

Montevideo, 12 de julio de 2011.

Sr. Presidente del
Sindicato Médico del Uruguay
Dr. Martín Rebella
Presente.-

De la mayor consideración:

Por la presente cúmpleme responder con la premura requerida a la consulta formulada en la tarde de ayer acerca de la regularidad jurídica del art. 41 del Decreto N° 221/011 de 27 de junio de 2011, en virtud del cual se reglamentan las leyes N° 18.731 y N 18.732 de 7 de enero de 2011 relativas a la incorporación de los profesionales universitarios, entre otros colectivos, al Seguro Nacional de Salud.

1 NORMATIVA A CONSIDERAR

- 1.1 De acuerdo al citado art. 41 -donde se destaca en negrita lo más importante para facilitar la lectura- “A los efectos de lo dispuesto en el inc. 10 del art. 61 y en el inc. 7 del art. 70 de la ley N° 18.211, en las redacciones dadas por los arts. 11 y 12 respectivamente de la ley N° 18.731 y en el inc. 6 del art. 3 de esta última, **se computarán para la liquidación que se realice al 31 de diciembre de cada año las sumas mensuales del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud** establecido en el inc. 3 del art. 55 de la ley N° 18.211, en la redacción dada por el art. 9 de la ley N° 18.731, **correspondiente al beneficiario y a quienes atribuya el mismo amparo** de conformidad con lo dispuesto en los arts. 64 y 66 de la ley N° 18.211 incrementados en un 25 %” (inc. 1°).

Agrega la norma que “De la cifra resultante a que refiere el inciso anterior, **se deducirán los aportes personales** realizados durante el año civil que se liquide por el beneficiario en su carácter de trabajador dependiente, propietario de empresa unipersonal comprendida en el decreto ley N° 14.407, jubilado, pensionista y/o titular de prestaciones de pasividad similares, **así como los anticipos de los mismos** a que refieren los arts. 22, 23 y 24 del presente Decreto que hubiere efectuado” (inc. 2°).

A renglón seguido, continúa la disposición estableciendo que “**De surgir un excedente a favor del beneficiario, el mismo será**

devuelto en las formas y plazos que determine el BPS, no más allá del ejercicio siguiente al de la liquidación de la que haya resultado” (inc. 3º).

Finalmente, añade el texto reglamentario lo que parece ser la razón motivante de la consulta: **“A los efectos de la determinación de la devolución referida en el inciso anterior, no se tomarán en cuenta los aportes personales a las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad** establecidos en el inc. 5 del art. 24 de la ley N° 18.731, ni los aportes personales al Fondo Sistema Notarial de Salud previstos en el lit. B del art. 3 de la ley N° 18.732”.

1.2 Del cúmulo de disposiciones citadas en el transcripto art. 41 del Decreto N° 221/011, interesa señalar el contenido de las más relevantes:

a) el inc. 10 del art. 61 de la ley N° 18.211, con su texto actual, prevé las sumas que se deberán comparar para determinar la devolución en caso de verificarse excedente de aportes para los colectivos comprendidos en la disposición;

b) el inc. 7 del art. 70 de la ley N° 18.211, con su texto actual, contempla igual procedimiento para quienes obtengan ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia; y

c) el inc. 6º del art. 3 de la ley N° 18.731 consagra dicha solución de principio con carácter general en los siguientes términos: “Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el inc. 3 del art. 55 de la ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el art. 9 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25 % con los aportes personales al FONASA realizados en el año civil”.

1.3 De la lectura contextual de dicho conjunto normativo -la cual no es fácil por el cúmulo de remisiones y modificaciones- parecería centrarse la cuestión de análisis en la pertinencia del inc. final del mentado art. 41 (ya que sus restantes párrafos parecen acordes a las normas legales que se invocan).

2 ANALISIS PARTICULAR

2.1 De o que viene de decirse resulta que la cuestión finca en determinar si la no consideración de los aportes personales a las cajas de auxilio o

seguros convencionales de enfermedad para el cálculo del excedente a devolver (a que refiere dicho inc. final del art. 41) es ajustada a la ley o no.

Aún cuando el punto no resulta del todo claro, la solución parece aportarla el art. 24 de la misma ley N° 18.731, a cuyo tenor “**Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad a los que refiere el artículo anterior [que refiere a la posibilidad de que continúen realizando las prestaciones que no brinde el Seguro Nacional de Salud], realizarán los correspondientes aportes al FONASA conforme a lo previsto en los arts. 61 y 66 de la ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007” (inc. 1°).**

Seguidamente, el texto refiere a los aportes patronales y personales adicionales por cónyuges, concubinos e hijos (incs. 2° a 5°).

- 2.2 Si los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad que deseen continuar recibiendo de éstos las prestaciones que no brinde el Seguro Nacional de Salud, realizando los correspondientes aportes al FONASA, cabe inferir que tales aportes no se tomen en cuenta para el cálculo de la devolución de excedentes de la cuota salud ya que, en rigor, no se trataría de un excedente sino de una cifra destinada a una cobertura complementaria.

No obstante, se desconoce si el punto en cuestión fue objeto de consideración y negociación en oportunidad de elaborarse las fórmulas que permitieron alcanzar el dictado de las citadas leyes N° 18.731 y 18.732.

3 REQUISITOS DE EVENTUAL IMPUGNACION

- 3.1 Para el caso de considerarse que el párrafo final del art. 41 del multicitado Decreto N° 221/011 es contrario a la ley y, por ende, ilegítimo en los términos del art. 23, lit. a) del decreto ley N° 15.524 de 9 de enero de 1984 (que considera tales a los actos administrativos contrarios a la regla de Derecho o dictados con desviación de poder), la vía de impugnación procedente es la interposición del recurso de revocación.
- 3.2 De acuerdo a lo previsto en el art. 317 de la Constitución y normas concordantes de la ley N° 15.869 de 22 de junio de 1987, el plazo para recurrir es de 10 días corridos a contar del siguiente a la publicación en el Diario Oficial por tratarse de un reglamento.

El Decreto N° 221/011 fue publicado en el Diario Oficial N° 28.259 del 6 de julio de 2011. Puesto que dicha fecha cae dentro de la Feria Judicial

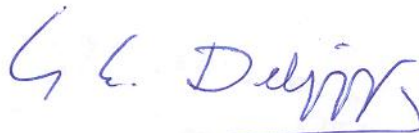
menor -que se extiende del 1º al 15 de julio de cada año- los 10 días deben contarse a partir del 16 de julio, venciendo por tanto el 25 de julio próximo.

- 3.3 Desde el punto de vista subjetivo, si bien el recurso puede ser formulado por el SMU, el Sindicato no podría luego seguir la instancia jurisdiccional anulatoria por carecer de un derecho subjetivo o de un interés directo personal y legítimo.

Por lo tanto, en la hipótesis de encararse una impugnación, la misma debería ser firmada por los médicos afiliados al SMU que se consideraran perjudicados por la medida.

Quedo a las órdenes para cualquier aclaración o ampliación que se estime necesaria o conveniente.

Saludo a Usted muy atentamente,



Dr. Carlos E. Delpiazzo