



## **ESPECIALIZACIÓN EN TRIBUTACIÓN**

### **TRABAJO FINAL**

# **TRATAMIENTO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Autor: Cr. Blancuzzi Gabriel**

**Tutor: Esp. Cr. Crespi German**

**Córdoba, Junio de 2019**



Tratamiento del impuesto al valor agregado en los servicios de salud by Blancuzzi, Gabriel is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Objeto, Sujeto, Nacimiento del Hecho Imponible.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Exenciones para las Prestaciones Medicas.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Prestaciones Indirectas.....</b>	<b>17</b>
<b>4.Coseguro y Falta de Servicio.....</b>	<b>19</b>
<b>5. Derivaciones de la Contratación.....</b>	<b>23</b>
<b>6. Prestaciones Gravadas.....</b>	<b>24</b>
<b>7. Casos Especiales.....</b>	<b>28</b>
<b>8. Alícuotas de los Servicios Médicos.....</b>	<b>34</b>
<b>9. Dictámenes Relacionados con la Salud Humana.....</b>	<b>40</b>
<b>10. Conclusiones.....</b>	<b>47</b>
<b>11. Bibliografía.....</b>	<b>50</b>

## 1. Introducción

Los servicios de asistencia sanitaria tanto médica como paramédica tienen especial importancia para los seres humanos, puestos que éstos dependen de las mismas para prevenir y curar su salud. Este hecho genera la necesidad que todo gobierno tenga en mente una solución adecuada en cuanto al diseño e implementación que le dará al área de salud, considerando que es responsabilidad del Estado el cuidado de los ciudadanos.

Mucho se ha discutido si resulta conveniente que las prestaciones médicas, en sentido amplio, se hallen gravadas por el Impuesto al Valor Agregado. Siempre se sostuvo que la exclusión de estas actividades, permitían al Estado reducir el gasto de mantener la salud pública. Esta no imposición de la actividad permitía la creación de entidades privadas que prestaban servicios médicos a sujetos que podían acceder a precios sin la incidencia del Impuesto al Valor Agregado. Esto permitía mejorar el servicio de salud, y descomprimir la concentración de prestaciones médicas en manos de entidades públicas (Iacomucci, 2004).

Sin embargo desde Enero de 1999 y por razones estrictamente recaudatorias, se dejaron de lado las ideas sobre las que se construyó durante años la salud pública y privada. Así, se incorporaron al objeto del impuesto, generando de esta forma el efecto contrario. En efecto, cuando la actividad queda percutida con una imposición a los consumos (como lo es, el Impuesto al Valor Agregado) se produce, necesariamente, un traslado de sujetos prestatarios (quienes reciben y requieren el servicio médico) desde las entidades privadas a las entidades públicas, con el consiguiente incremento para el Estado del costo de mantener la salud pública de la población (Iacomucci, 2004).

En la legislación argentina están quienes se inclinan por la gravabilidad de los servicios médicos y quienes apoyan su exoneración. Quienes se encuentran en esta última postura fundamentan su posición sosteniendo que por tratarse de servicios de primera necesidad, su exclusión aumenta la progresividad de un impuesto de naturaleza regresiva.

A su vez, quienes se inclinan por gravar algunos de los servicios relacionados con la medicina humana fundamentan su postura con dos argumentos (Iacomucci, 2004):

- 1) La eliminación de algunas exenciones torna más neutral al gravamen.
- 2) En general, lo que se procura es gravar los servicios particulares y de medicina prepaga, consumidos únicamente por los sectores de altos ingresos, los que contribuye a dotar de mayor progresividad al sistema.

Finalmente se ha llegado a una postura intermedia, donde determinados servicios quedan exentos teniendo en cuenta el tipo de prestación y el tipo de afiliado que se trate, y otros gravados, con la atenuante de la alícuota a la cual fueron sometidos.

Curiosamente si bien ambas posturas arriban a resultados contrapuestos, ambas fundamentan parte de sus argumentos en conferirle mayor progresividad al gravamen.

En efecto, como se verá, estarán exentos del impuestos aquellos servicios presumiblemente destinados a los sectores de menores recursos (el hospital público y las obras sociales sindicales), gravados a la alícuota general aquellos utilizados en principio, por los sectores de mayores ingresos (la atención de pacientes en forma particular) y finalmente gravados a una alícuota diferencial, equivalente al 50% de la general, los servicios brindados por sistemas de medicina prepaga y similares como mutuales, cooperativas e incluso obras sociales cuando brinden servicios de la misma naturaleza que estas entidades (Imirizaldu, 2010).

## 2. Objeto, sujeto, nacimiento del hecho imponible en las Prestaciones

### Médicas

#### 2.1 Objeto

Las prestaciones y locaciones médicas y paramédicas se encuentran dentro del objeto de la ley del Impuesto al Valor Agregado en el art. 1º, inciso b) el cual se refiere en su primer parte a:

*“b) Las obras, locaciones y prestaciones de servicios incluidas en el art. 3º, realizadas en el territorio de la Nación.....”*

El art. 3 de la ley de IVA define cuales son las prestaciones y locaciones de servicios que se encuentran dentro del ámbito del impuesto, es así que a las prestaciones médicas las podemos encontrar definidas dentro de dicho artículo.

Tratando de tipificar dichas prestaciones, y como sucede con la mayoría de los servicios en el Impuesto al Valor Agregado, las mismas quedan incluidas con carácter general en el art. 3º, Inc. e) apartado 21 (si bien no están taxativamente definidas en él), entendiéndolo como abarcativo de todas las obligaciones de dar o hacer por las cuales un sujeto se obliga a ejecutar, a través del ejercicio de su actividad, y mediante una retribución determinada, un trabajo o un servicio que le permita recibir un beneficio.

Si se remite al art. 3º, inc. e), solamente pueden incluirse en el apartado 21 que señala:

*“Las restantes locaciones y prestaciones, siempre que se realicen sin relación de dependencia y a título oneroso, con prescindencia del encuadre jurídico que les resulte aplicable o que corresponda al contrato que las origina.”*

Si se quisiera extender el análisis y situarlos en algunos de los puntos que a título enunciativo prevé el apartado 21, se podría citar el f):

*“Los servicios técnicos y profesionales (de profesiones universitarias o no), artes, oficios y cualquier tipo de trabajo.”*

También se debe mencionar el artículo 3 inc. c) de la ley de IVA que habla de la elaboración de cosa mueble por encargo de un tercero, en donde la misma ley dispone que este inciso no será de aplicación en los casos que la obligación del prestador sea un servicio no gravado o exento que se concreta a través de la entrega de una cosa mueble que simplemente constituye el soporte material de dicha prestación.

También se debe tener en cuenta el último párrafo del artículo 3 que dice que cuando se trate de locaciones o prestaciones gravadas quedan comprendidos los servicios conexos o relacionados con ellos.

## **2.2 Sujeto**

Quedan definidos por el inc. e) del artículo 4º, que se refiere a quienes:

*e) “Presten servicios gravados”*

Para determinar los sujetos del impuesto, lo primero que se tiene que analizar es quienes proporcionan los servicios de asistencia médica. Estos servicios pueden ser prestados por:

✓ Profesionales y técnicos auxiliares de la medicina que trabajan en forma independiente.

✓ Entes organizados en forma de empresas tales como clínicas, sanatorios, entidades de medicina prepaga.

Analizando la forma en que funciona al sistema de salud, teniendo en cuenta la distinción efectuada, se tienen:

### **❖ Hospitales**

Atienden al público en general, ya sea que el paciente vaya atenderse en forma privada o sea un paciente afiliado a una obra social que tiene ese hospital como centro de

atención. Para el tópic que analizamos, la calidad del sujeto pasivo del impuesto la reviste el hospital, aunque el sujeto percutido sea el paciente a quien le cobran el impuesto.

❖ **Sanatorios**

Laboratorios de análisis clínicos, profesionales médicos en todas sus especialidades, técnicos auxiliares de la medicina, etc.

Obtienen sus ingresos de afiliados obligatorios o voluntarios a Obras Sociales, de afiliados a entidades cooperativas, mutuales o de entidades de medicina prepaga, de privados que no están afiliados a ningún sistema, etc.

❖ **Obras Sociales**

Obtienen ingresos de su afiliados que pueden ser obligatorios (cuando se trate de personal en relación de dependencia y en los casos ya descriptos previamente) o voluntarios (cuando no sean obligatorios).

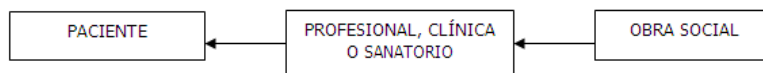
❖ **Entidades de cooperativas, mutuales o de entidades de medicina prepaga.**

❖ **Etc.**

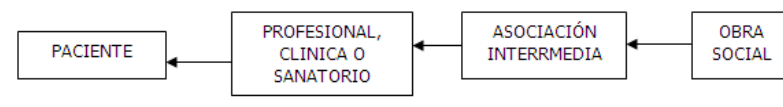
**Sujetos que intervienen:**

1. El paciente
2. El prestador del servicio de asistencia médica
3. Una entidad intermediaria (Gerenciadora)
4. Una obra social

Circuito N° 1



Circuito N° 2





### **2.3 Nacimiento del Hecho Imponible**

El inc. b) del art. 5º de la ley, refiriéndose al momento de perfeccionamiento del hecho imponible dispone que:

*“En el caso de las prestaciones de servicios y de locaciones de obras y servicios, en el momento en que se termina la ejecución o prestación o en el de la percepción total o parcial de precio, el que fuere anterior...”*

Adicionalmente teniendo en cuenta el tipo de servicio que se está tratando, se trata de un “Servicio continuo”, por lo que se debe hacer referencia al art. 21 de decreto reglamentario que establece:

*“Cuando por la modalidad de la prestación no se fije expresamente el momento de su finalización –como es el caso de los llamados “servicios continuos”- se entenderá que la misma tiene cortes resultantes de la existencia de un periodo base de facturación mensual, considerándose, a los efectos previstos en el inciso b), del artículo 5º de la ley, que el hecho imponible se perfecciona a la finalización de cada mes calendario”*

### **3. Exenciones para las Prestaciones Médicas**

#### **3.1 Las exenciones en el Impuesto al Valor Agregado**

Originariamente, en la ley del Impuesto al Valor Agregado se podía encontrar un elevado listado de exenciones objetivas, que recaían sobre bienes y servicios de necesidad primaria de la población (salud, vivienda, cultura, alimentación y educación). Su objetivo era atenuar la regresividad del impuesto.

Producto de la necesidad de obtención de recursos por parte del Estado, el listado de exenciones objetivas se ha reducido considerablemente.

La ley a partir de la generalización de los servicios, no contempla que determinados sujetos resulten beneficiados con la exención del gravamen. Es decir, que la norma no contempla la figura de la exención objetiva.

Al estar referida la exención sólo a un determinado hecho imponible de los previstos en el marco legal, adquiere el rol de objetiva y pierde entidad el sujeto en la liberación del pago del tributo, la exoneración se debe a la actividad que se realiza y no a quien la efectúa.

#### **3.2 Alcance de las exenciones**

##### **1. Obras sociales**

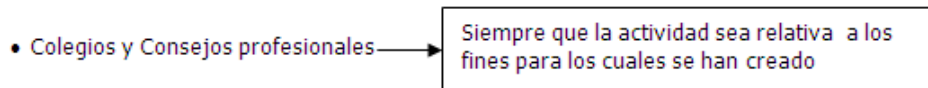
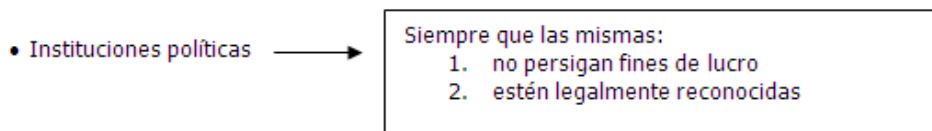
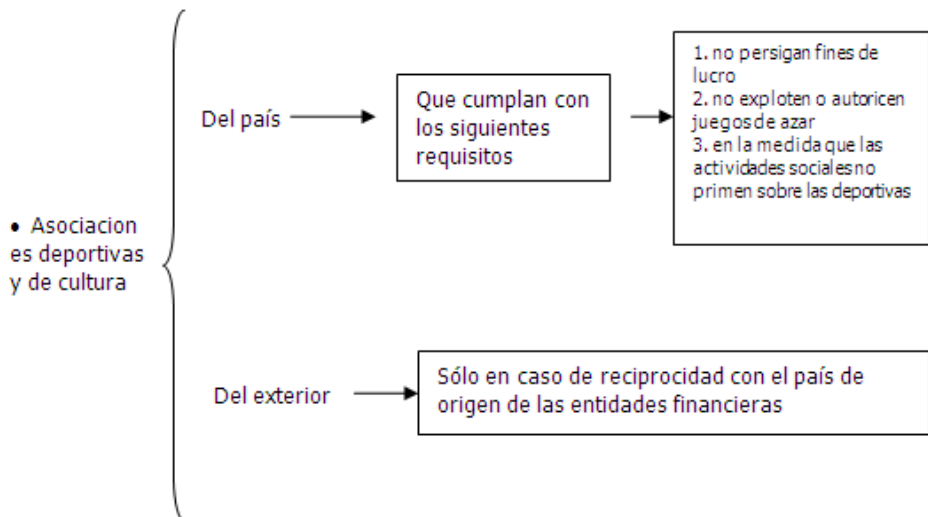
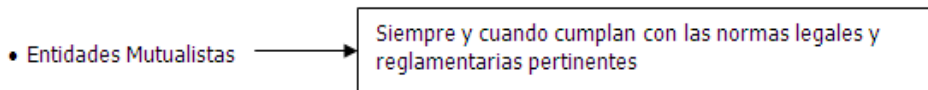
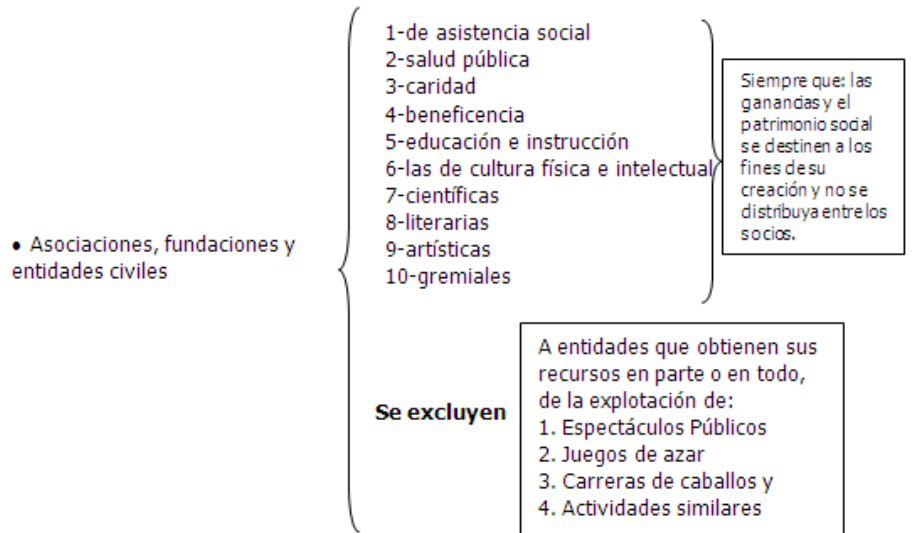
En primer lugar, cabe recordar que a través del punto 6 del inciso h) del artículo 7° de la ley de IVA, se establece una exención de tipo subjetiva (aunque limitada por la ley), al disponer la exoneración del gravamen para:

*“Los servicios prestados por obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales, por instituciones, entidades y asociaciones comprendidos en los incisos f), g), y m) del artículo 20 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1997 y sus modificaciones, por instituciones políticas sin fines de lucro y legalmente reconocidas, y por los colegios y consejos profesionales, cuando tales servicios se relacionen en forma directa con sus fines específicos”.*

Artículo 7º, inciso h), punto 6).

Se exige a los servicios prestados por:

- Obras Sociales regidas por la ley 23.660



La exención, en todos los casos enunciados en este punto, procede siempre que los servicios se relacionen en forma directa con los fines específicos de las entidades.

Las Obras Sociales se hallan claramente contenidas en el Inc. f) del art. 20 de la ley de Impuesto a las Ganancias. Se encuentra aquí una exención de tipo subjetiva, pero la misma se encuentra limitada a que:

- 1) deben haber sido creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales, y
- 2) en la medida que los beneficiarios de las prestaciones no sean adherentes voluntarios a las obras sociales, sujetos a un régimen similar a los sistemas de medicina prepaga.

En efecto, el punto 7 del inc. h) del art. 7º de la ley, refiriéndose a la exención que cabe a los servicios de asistencia sanitaria, médica o paramédica, en su tercer párrafo establece que:

*“Las exención dispuesta precedentemente no será de aplicación en la medida que los beneficiarios de la prestación...sean adherentes voluntarios a las obras sociales, sujetos a un régimen similar a los sistemas de medicina prepaga, en cuyo caso será de aplicación el tratamiento dispuestos para estas últimas.”*

Se puede advertir que la exención subjetiva que les cabe a las Obras Sociales depende de la cualidad del beneficiario de las prestaciones que realicen dichas Obras Sociales. Si el beneficiario es un afiliado o adherente obligatorio, persistirá la exención subjetiva, pero si el beneficiario es un afiliado o adherente voluntario, decae la exención subjetiva y, por ende, la prestación estará gravada por el impuesto.

Sigue diciendo el punto 7 del inc. h) del art. 7º de la ley:

*“Gozarán de igual exención las prestaciones que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, cuando correspondan a servicios derivados por las obras sociales”*

De la misma forma el segundo párrafo del mismo punto, refiere a que:

*“La exención se limita exclusivamente a los importes que deba abonar a los prestadores... las obras sociales, creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales así como todo pago directo que a título de coseguro o en caso de falta de servicio deban efectuar los beneficiarios.”*

Lo anterior significa que la exención que se está analizando es bipolar, esto es, que es aplicable a las prestaciones que realice la Obras Social al afiliado o adherente obligatorio (esto es, para adelante), pero también es aplicable a las prestaciones contratadas por la Obra social (a las cooperativas, las entidades mutuales, y los sistemas de medicina prepaga y los prestadores médicos en general) con destino a los mismos afiliados (esto es, para atrás).

Todo radica en la cualidad del sujeto beneficiario de las prestaciones de asistencia sanitaria, médica o paramédica.

El tercer párrafo del punto 7 inc. h) del art. 7º de la ley establece que:

*“La exención dispuesta precedentemente no será de aplicación en la medida en que los beneficiarios de la prestación no fueren matriculados o afiliados directos o integrantes de sus grupos familiares –en el caso de los servicios organizados por los Colegios y Consejos Profesionales y Cajas de Previsión Social para Profesionales- o sean adherentes voluntarios a las obras sociales, sujetos al régimen similar a los sistemas de medicina prepaga, en cuyo caso será de aplicación el tratamiento dispuestos para estas últimas.”*

De esta manera solo quedan alcanzados por el gravamen los servicios prestados a quienes adhieren voluntariamente a una Obra Social (que se encuentra compitiendo en el mercado con las medicinas prepagas, es decir a quienes denominamos afiliados o

adherentes voluntarios y sus familiares), a entidades de medicina prepaga privadas o a cualquier otra entidad que brinde servicios de salud. De la misma forma se encuentran alcanzadas todas las prestaciones de servicios de asistencia sanitaria, médica o paramédica, cualquiera sea el sujeto prestador (sea profesional, sanatorio, laboratorio, entidad de medicina prepaga, etc.), que se realicen a sujetos privados, no cubiertos por ningún sistema médico.

A su vez, para evitar la evasión del impuesto, a través de algún tipo de sociedad que gozara de una exención subjetiva, en virtud de lo dispuesto en el punto 6 del inciso h) del artículo 7° de la ley de IVA a través del artículo incorporado a continuación de éste se dispone que *“Respecto de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, no serán de aplicación las exenciones previstas en el punto 6), del inciso h) del artículo 7° - excepto para los servicios brindados por las obras sociales regidas por la ley 23.660 a sus afiliados obligatorios y por los colegios y consejos profesionales y las cajas de previsión social para profesionales y sus matriculados , afiliados directos y grupos familiares-, ni las dispuestas por otras leyes nacionales –generales, especiales o estatutarias-, decretos o cualquier otra norma de inferior jerarquía, que incluyan taxativamente o genéricamente al impuesto de esta ley, excepto las otorgadas en virtud de regímenes de promoción económica, tanto sectoriales como regionales y a las Aseguradoras de Fondos de Jubilaciones Y Pensiones Y Aseguradoras de riesgo de trabajo.*

*Tendrán el tratamiento previsto para los sistemas de medicina prepaga, las cuotas de asociaciones o entidades de cualquier tipo entre cuyas prestaciones se incluyan servicios de asistencia médica y/o paramédica en la proporción atribuible a dichos servicios”.*

Este artículo no solo reitera la exención de los servicios médicos prestados a los adherentes obligatorios al sistema de obras sociales, sino que además, elimina la exención

para aquellas entidades que la hubieran obtenido por su naturaleza, pero que prestan servicios de asistencia sanitaria, médica o paramédica o que realizan una actividad semejante a la de una entidad de medicina prepaga; es decir, que cobren una cuota o cápita con el objeto de cubrir determinados servicios médicos que dichos sujetos pudieran demandar. Asimismo prevé dicho artículo que si la cuota incluye servicios médicos y otros (por ejemplo uso de una biblioteca, acceso a un campo de deportes, etc.) el gravamen solo alcanzara la porción de la cuota atribuible a los servicios médicos.

*A través del artículo incorporado a continuación del artículo 40 del decreto reglamentario se aclara, que “Lo dispuesto en el último párrafo del artículo incorporado a continuación del artículo 7º de la ley, no será de aplicación cuando los servicios de asistencia sanitaria, médica o paramédica, resulten comprendidos en las cuotas o aportes obligatorios efectuados a las Cajas de Previsión y Seguridad Social Provinciales para Profesionales”.*

## **2. Servicios relacionados directamente con la salud humana**

### **Alcance de la exención:**

Se trata de una exención objetiva, con limitaciones de carácter subjetivo y con condiciones de tipo formal.

#### **a) Objetiva:**

Se refiere a servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica enunciados, en forma taxativa, en los puntos a) a f).

#### **b) Con limitación de carácter subjetivo:**

Deben intervenir en la prestación determinados sujetos (obras sociales –no cualquier tipo sino las creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales-; cooperativas; mutuales y sistemas de medicina prepaga), todos ellos taxativamente enunciados en el plexo legal.

**c) Con condiciones de tipo formal:**

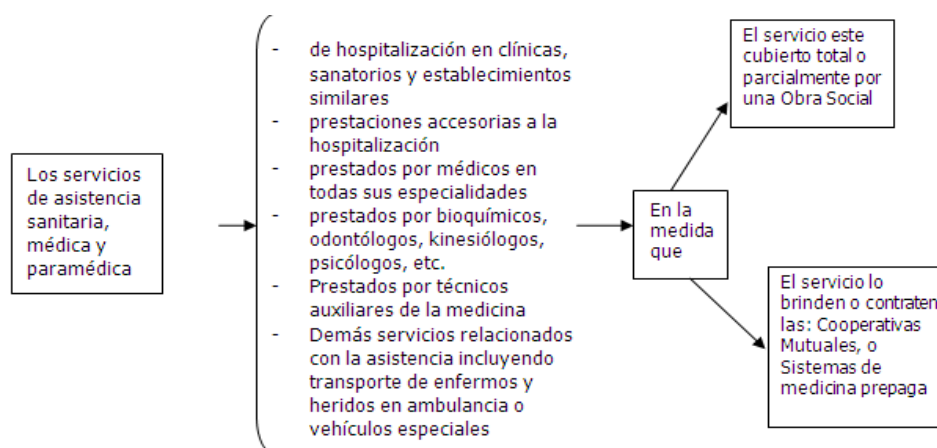
Deben cumplirse ciertos requisitos formales en la emisión de la documentación respaldatoria de la prestación, que se mencionan en la reglamentación.

En relación con la exención prevista para los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, en el primer párrafo del punto 7 del inc. h) del art.7º de la ley, a título enunciativo, describe distintos tipos de prestaciones que deben considerarse comprendidas, a saber:

*“Los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica: a) de hospitalización en clínicas, sanatorios y establecimiento similares; b) las prestaciones accesorias a la hospitalización; c) los servicios prestados por los médicos en todas sus especialidades; d) los servicios prestados por los bioquímicos, odontólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.; e) los que presten los técnicos auxiliares de la medicina; f) todos los demás servicios relacionados con la asistencia, incluyendo el transporte de heridos y enfermos en ambulancias o vehículos especiales.”*

Para una mejor comprensión se expone el contenido del artículo en forma gráfica:

Están exentos:





Requisitos que deben cumplir los sujetos intervinientes:

**Obras Sociales:** deben ser creadas o reconocidas por normas nacionales o provinciales.  
**Cooperativas, Mutuales y Prepagas:** deben ser registradas y/o autorizadas por los organismos nacionales, provinciales o municipales, cuando las respectivas jurisdicciones así lo exijan.

El decreto reglamentario en su artículo 31 limita esta exención estableciendo en su primer párrafo:

*“La exención de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, dispuesta en el punto 7, del inc. h), del primer párrafo del artículo 7º de la ley, será procedente cuando los mismos sean realizados directamente por el prestador contratado o indirectamente por terceros intervinientes, ya sea que estos últimos facturen a la entidad asistencial o al usuario del servicio cuando se trate de sistemas de reintegro, debiendo en todos los casos contarse con una constancia emitida por el prestador original, que certifique que los servicios resultan comprendidos en el beneficio otorgado”.*

Así explicitado, se aclara a través de la reglamentación que la exención alcanza no sólo a los prestadores de las Obras Sociales (con destino a los afiliados o adherentes obligatorios), sino a los terceros intervinientes que sean contratados indirectamente por dichos prestadores o en forma directa por los afiliados o adherentes obligatorios.

Debe entenderse por terceros intervinientes todos aquellos prestadores que intervengan en el proceso de atención al paciente en un sentido amplio, sea cual fuere el grado o nivel de subcontratación. Es decir, si un paciente utilizando la cobertura de su obra social, asiste a un laboratorio de análisis clínicos, quien a su vez contrata un profesional químico para que efectúe los análisis correspondientes, y éste a su vez subcontrata a otro profesional para hacer parte de su trabajo, todos los procesos se encontrarán exentos del impuesto.

La única exigencia establecida en el primer párrafo del artículo es que el prestador original, entendiéndose por tal aquél que fuera contratado por la obra social constituyéndose

en el primer eslabón de la cadena, extienda a los prestadores subcontratados una constancia donde certifique que los servicios resultan comprendidos en la exención. En otras palabras, cuando cada prestador indirecto deba facturar sus servicios, para no generar sobre ellos el débito fiscal, deberá contar con una constancia del primer prestador que fuera contratado directamente por la obra social, donde conste que el servicio se encuentra exento del gravamen porque en definitiva será soportado por la obra social, siendo el paciente un afiliado obligatorio. Lo mismo se exige en el caso que el paciente acuda al prestador en forma directa, pagando la consulta para solicitar reintegro posteriormente.

### **3. Prestaciones Indirectas**

La primera parte del segundo párrafo del apartado 7 limita la exención.

Como comentamos, puede existir un prestador directo de la obra social que a su vez subcontrate la prestación dando origen a la intervención de otros prestadores “indirectos”.

Según el Art. 7º, inc. h) apartado 7:

*“La exención se limita exclusivamente a los importes que deban abonar a los prestadores los Colegios y Consejos Profesionales, Cajas de Previsión Social para Profesionales y las Obras Sociales, creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales así como todo pago directo que a título de coseguro o en caso de falta de servicio deban efectuar los beneficiarios.”*

Antes de la sanción del decreto 1.920/91 (B.O. 23/9/91), no existía consenso doctrinario con respecto al alcance a dar a la limitación expuesta, es decir, si “...los importes que deban abonar a sus prestadores...” alcanzaba solo los que tenían las característica de directos o involucraba los que asumían la relación contractual como indirectos.

Oportunamente la Corte Suprema de la Nación señala que:

“Las menciones importantes deben resultar de la letra de la ley, de la indudable intención del legislador o de la necesaria implicancia de la norma que la establezca, fuera de estos supuestos, corresponde la estricta interpretación de la cláusulas respectivas.”

Como señalara Oklander (2009), no se justificaba la dualidad de criterios para la misma prestación según el sujeto que interviniera, en la que el tratamiento dispensado a los sistemas prepagos

“...consagra el principio de no discriminación en función de las distintas formas de organización, subcontratación, o delegación total o parcial en las efectivas prestaciones médico-asistenciales”.

Finalmente, la sanción del decreto citado extendió el beneficio al incorporar como primer párrafo del artículo 31 del decreto reglamentario, que será procedente la exención

“...cuando los mismos sean realizados directamente por el prestador contratado o indirectamente por terceros intervinientes, ya sea que estos últimos facturen a la entidad asistencial, o al usuario del servicio cuando se trate de sistemas de reintegro...”

Al referirse genéricamente a “terceros intervinientes, la exención alcanza a todos ellos, sean prestadores indirectos de primero, segundo o cualquier otro grado.

Con fecha 22/07/91, la DGI anticipó la reforma al dar a conocer su dictamen 26/91 de la DAT, mediante el cual aclaró que la exención alcanzaba:

- “...los montos que las obras sociales y las organizaciones de medicina prepaga abonen a los prestadores, ya sea en forma directa o a través de entidades intermedias representativas de los profesionales o establecimientos asistenciales...”

- “...formas de pago que incluyen distintas prestaciones (módulo, nomenclador, etc.)”

No afecta el tratamiento que debe dispensarse a la prestación indirecta la modalidad de pago que respecto de ella adopte el prestador directo.

Para que la exención sea procedente, la última parte del primer párrafo, la condiciona a que los prestadores indirectos cuenten con una constancia emitida por el prestador original. Dicha constancia consta en la factura o documento equivalente que debe emitir.

Esta constancia debe especificar que el prestador indirecto se encuentra realizando un servicio comprendido dentro del beneficio exentivo.

No necesariamente debe existir una constancia por cada prestación que realiza, sino que puede haber una comunicación del prestador original que indique las prestaciones que, realizadas a determinados sujetos, gozan del beneficio exentivo.

Por ejemplo, podría indicar el detalle de prestaciones que, para los sujetos que acreditan su pertenencia a determinada obra social, prepaga, etc., se encuentran sujetas a reintegro.

Esta constancia, globalizada, sería el soporte documental a partir del cual el prestador indirecto considerará exenta la prestación.

#### **4. Coseguro y Falta de Servicio**

Ambas situaciones están previstas en el cuarto párrafo del art. 31 del decreto reglamentario cuando establece:

*“Con respecto al pago directo que a título de coseguro o en caso de falta de servicio, deban efectuar los beneficiarios que no resulten adherentes voluntarios de las obras sociales, la exención resultara procedente en tanto dichas circunstancias consten en los respectivos comprobantes que deban emitir los prestadores del servicio”.*

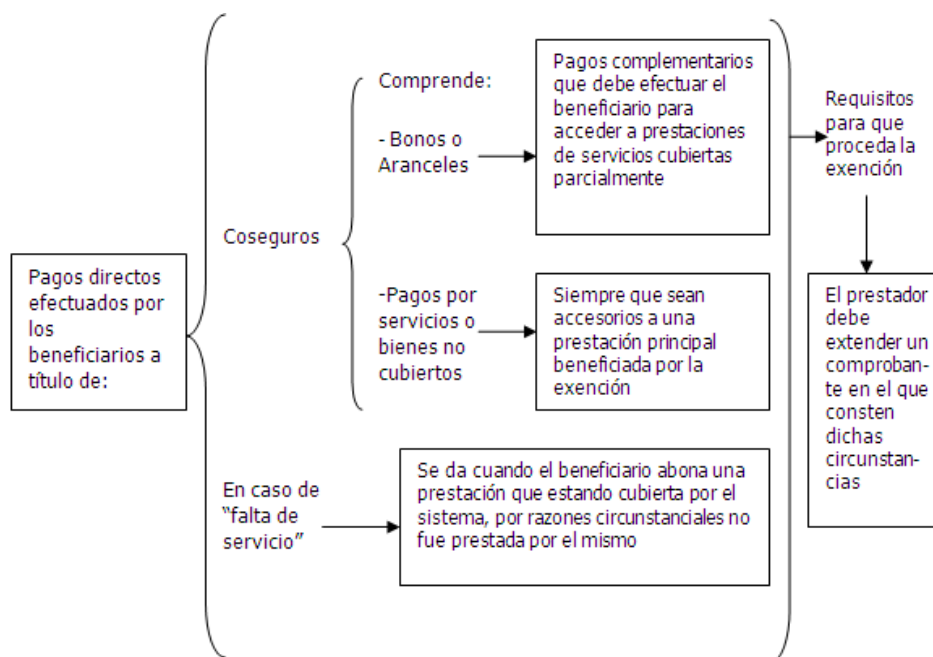
##### **Coseguro**

En lo relativo al término de “coseguro”, el art. 31 del decreto reglamentario dispone en su quinto párrafo:

“A tal efecto se entenderá que reviste la calidad de coseguro, el pago complementario que deba efectuar el beneficiario cuando la prestación se encuentra cubierta por el sistema –aún en los denominados de reintegro-, solo en forma parcial, cualquiera sea el porcentaje de la cobertura, incluidos los suplementos originados en la adhesión a planes de coberturas superiores a aquellos que correspondan en función de la remuneración, ya sea que los tome a su cargo el propio afiliado o su empleador, como así también el importe adicional que se abone por servicios o bienes no cubiertos, pero que forman parte inescindible de la prestación principal comprendida en el beneficio.”

Gráficamente:

La exención se extiende a:



El coseguro era una figura propia de la operatoria de las obras sociales, pero, seguramente, el reglamentador no quiso caer en una imprevisión y lo ha vinculado también a los pagos directos que, a ese título, efectúen los beneficiarios de las prestaciones vinculadas con cooperativas, mutuales o sistemas prepagos.

La reglamentación también lo hace extensivo a todo pago que realice el beneficiario (siempre que exista alguna medida de cobertura para ese servicio), y a otros bienes y

servicios que, aunque no gocen de cobertura, sean accesorios de la prestación principal beneficiada con la exención.

El término coseguro abarca las siguientes situaciones en la práctica y su consecuente tratamiento en el Impuesto al Valor Agregado:

➤ Que la empresa prestadora del servicio, sea una obra social o cualquier otra, cubra unos servicios adicionales a los básicos que deba prestar obligatoriamente a sus afiliados. En estos casos el afiliado abona una suma de dinero que gozará de un descuento por parte del prestador.

➤ Que la empresa prestadora del servicio no cubra un determinado servicios y que este forme parte inescindible de la prestación principal y por esto el afiliado deba abonar una suma de dinero.

➤ Que el afiliado se adhiera a una cobertura superior a aquella que le correspondiera por la remuneración percibida y deba pagar el afiliado o su empleador una suma de dinero adicional.

➤ Destaquemos que esta exención es sólo para el caso de afiliados obligatorios.

La exención corresponde sólo cuando exista algún tipo de cobertura sobre el servicio prestado, aunque sea mínima, implique ésta un menor valor a abonar o un reintegro posterior.

No habiendo cobertura de ningún tipo no hay exención.

Hay una excepción. La misma abarca bienes o servicios sin cobertura, pero que resulten accesorios de la prestación principal que goza el beneficio.

Por ejemplo, si una operación quirúrgica posee para el paciente algún tipo de cobertura, el beneficio exentivo también se extenderá a los medicamentos, material

descartable y servicios que se utilicen, tanto en la propia intervención como en el proceso postoperatorio, aunque los mismos no tengan cobertura de ningún tipo.

Tratando de buscar el alcance del término “irrescindible” y teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, entendemos que la prestación médica principal no es el hecho quirúrgico en si mismo sino la acción tendiente a lograr el restablecimiento del paciente; por lo tanto, todos los bienes y servicios, que tengan la calidad accesoria al principal gozarán del mismo tratamiento que éste.

La condición indispensable para gozar de la exención es, entonces la constancia que deje el prestador de ella en la factura o documento equivalente que deba emitir.

De esta manera, se ratifica lo dispuesto en el segundo párrafo del punto 7 del inciso h) del artículo 7º de la ley, el que prevé que la exoneración alcanzará los pagos directos que deba efectuar un paciente, tanto a título del coseguro como por falta de servicios.

### **Falta de Servicio**

El concepto de “falta de servicio” es, más que una modalidad, una deformación de la operatividad normal de las obras sociales; legisla de manera de atenuar las consecuencias de la suspensión de servicios por parte de los prestadores ante, generalmente, la falta de pago de los servicios prestados a los beneficiarios de aquellas obras.

El último párrafo del artículo 31 del Decreto Reglamentario establece:

*“ En cuanto al pago por falta de servicio a que hace referencia la norma exentita, solo comprende aquellas situaciones en las que el beneficiario abona una prestación que, estando cubierta por el sistema, por razones circunstanciales no es brindada por él mismo, en cuyo caso deberá contarse con la constancia equivalente que avale tal contingencia.”*

En lo referente a la falta de servicio, cuando un paciente se atiende directamente con un prestador, como consecuencia de haber sido cortados dichos servicios a los afiliados a una determinada obra social y éstos deban efectuar el pago para luego solicitar el reintegro,

la prestación continuará exenta, siempre que el prestador deje constancia de ello en la factura o documento equivalente que deba emitir.

Para entenderlo mejor esta disposición, es necesario comprender como es este procedimiento: la obra social presta sus servicios a través de su personal (por ejemplo, médicos contratados al efecto) o bien de prestadores externos (por ejemplo, odontólogos que prestan el servicio la paciente en su consultorio) que luego le facturan el servicio prestado.

Puede producirse que por algún motivo los prestadores externos corten los servicios a una determinada obra social (en general se debe a falta de pago, o atraso de los mismos), en cuyo caso cuando el paciente se atiende debe abonar el servicio para luego solicitar el reintegro total o parcial a la obra social. En estos casos el reglamento aclara, que también se aplicara la exención, pero siempre que conste en la factura o documento equivalente que el mismo fue soportado por el paciente, debido al corte de servicios a la obra social y se trate de una prestación cubierta por el sistema.

Así, a los efectos de no perjudicar al beneficiario de la obra social, la exención incluye los servicios que éste deba abonar por tal circunstancia.

Para que sea procedente este tratamiento, deben coexistir dos condiciones:

- 1) La prestación abonada debe estar cubierta por el sistema.
- 2) El prestador debe poseer una constancia que acredite la contingencia planteada.

En este último caso, entiendo que cumple tal requerimiento legal la comunicación fehaciente del prestador a la obra social de la suspensión del servicio.

## **5. Derivaciones de la Contratación**

Especial atención merece el último párrafo del punto 7 del inc. h) del art. 7º, cuando establece que:



*“Gozarán de igual exención las prestaciones que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, cuando corresponda a servicios derivados de las obras sociales.”*

También queda completa esta norma a través del decreto reglamentario, cuando en el tercer párrafo de su art. 31 se establece que:

*“Asimismo, a los fines previstos en el último párrafo de la referida norma legal, se considerarán comprendidos en la exención los servicios similares, incluidos los de emergencia, que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, realizados directamente, a través de terceros o mediante los llamados planes de reintegro, siempre que correspondan a prestaciones que deban a beneficiarios, que no revistan la calidad de adherentes voluntarios, de obras sociales que hayan celebrado convenios asistenciales con las mismas.”*

Es decir, que las prestaciones de las entidades de medicina prepaga, y similares, estarán exentas si son contratadas por una obra social, para sus afiliados, excluidos en todos los casos las adherentes voluntarios y sus familiares, y siempre que se traten de prestaciones que deban ser cubiertas por las obras sociales. Esta exoneración alcanza también a todas las etapas del proceso cualquiera sea el nivel de subcontratación que se alcance.

Por lo tanto, queda claro que las prestaciones de entidades de medicina prepaga y similares, estarán exentas del impuesto en el único caso que sean contratadas por obras sociales y se trate de adherentes obligatorios al sistema, dos condiciones que deben cumplirse conjuntamente.

## **6. Prestaciones Gravadas**

A esta altura del examen de la actividad, puede resultar tan claro como determinar el alcance de la exención imponer un análisis por oposición, esto es:

***¿Qué prestaciones no gozan del beneficio exentito?***

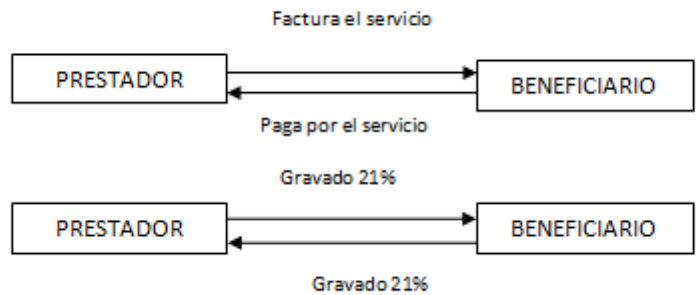
Así, se puede observar que están sujetas al impuesto:

-Aquellas donde intervengan sujetos que no sean los taxativamente enumerados por la ley (obras sociales no reconocidas, entidades distintas de cooperativismo; mutuales, sistemas que no sean prepagos, atención particular o privada de pacientes).

-Las realizadas por los prestadores indirectos que no tengan la documentación respaldatoria emitida por el prestador directo que avale un tratamiento exentivo.

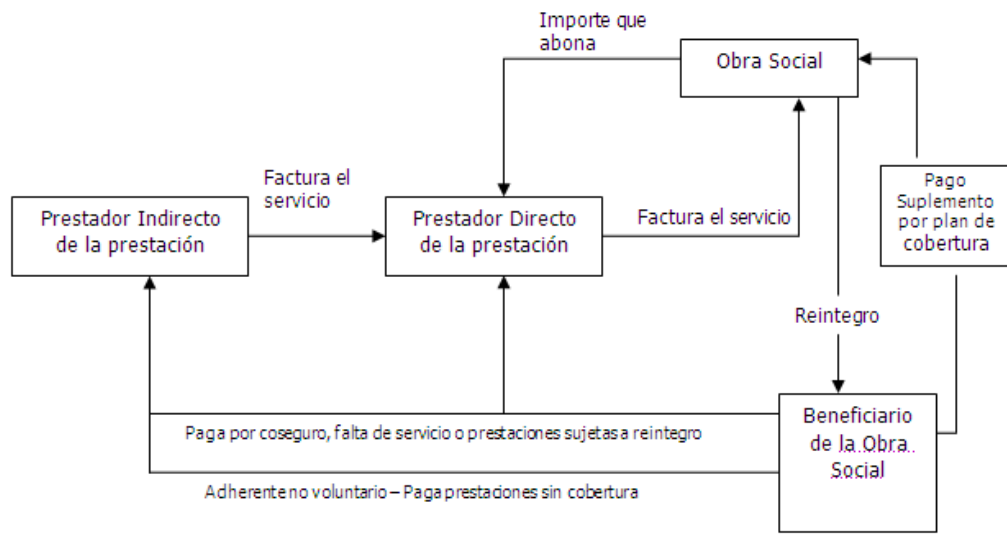
- Aquellas que, aunque vinculadas con los sujetos mencionados en la ley, no tengan ningún tipo de cobertura (excepto bienes o servicios inescindibles de la prestación principal).

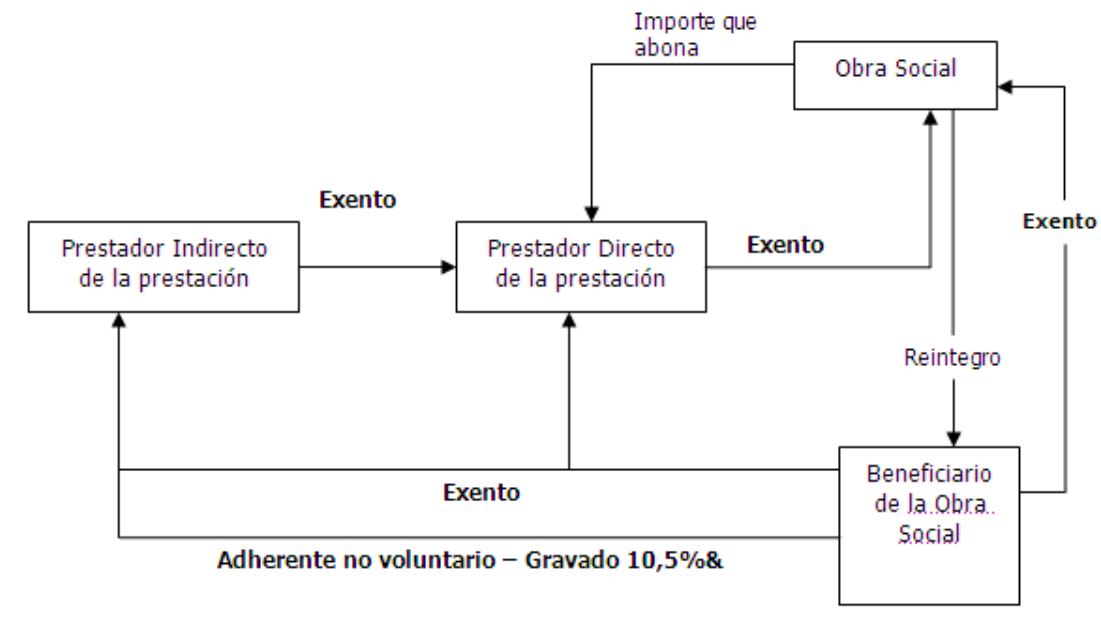
### Atención particular



### Atención por Obras Sociales (directa o indirecta)

#### 1) Adherente no voluntario



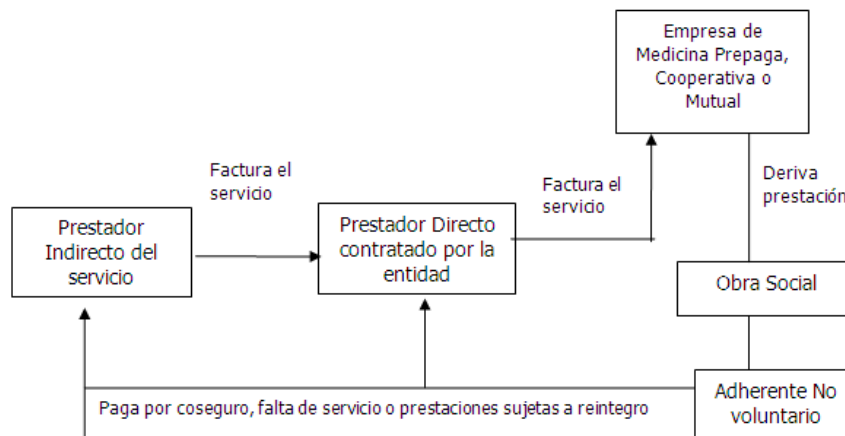


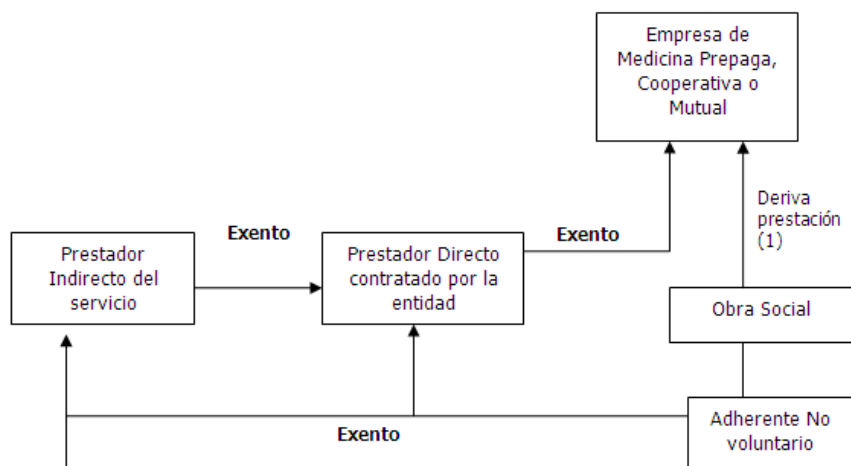
2) *Adherentes Voluntarios – no comprendidos en la definición establecida por el 2º párrafo del artículo 31 del decreto reglamentario*

Tienen el mismo tratamiento correspondiente a los sistemas de medicina prepaga, gravada al 10,5%.

### Atención por sistemas de medicina prepaga y otros

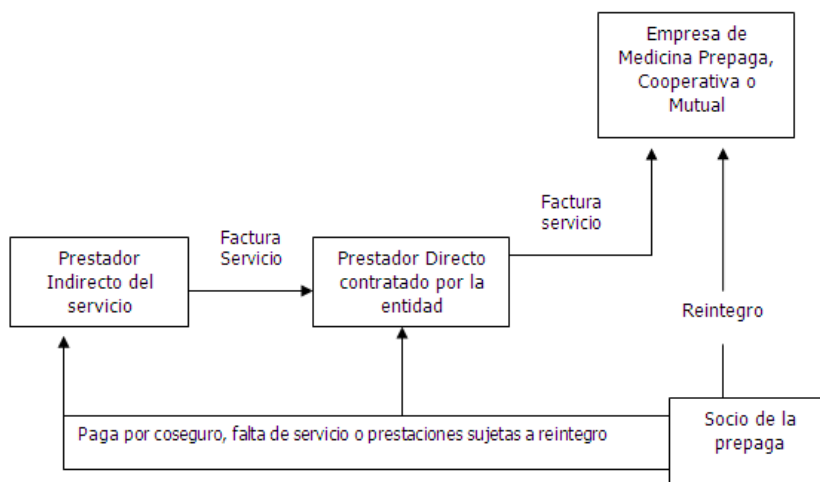
1) *Por derivación de la Obra Social a adherentes no voluntarios*

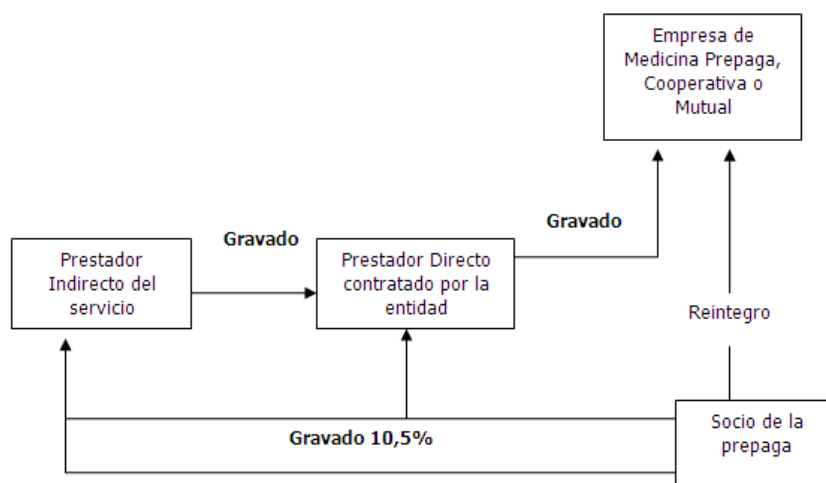




(1) No está previsto en la ley que las derivaciones provenientes de Consejos o Colegios Profesionales y de Las cajas de previsión Social para Profesionales estén alcanzados por la exención. Es decir, que, en principio están alcanzadas por el impuesto a la alícuota del 10,5%.

## 2) A Socios de la Prepaga , Cooperativa o Mutual





(\*) Extraído del “Seminario Taller: El IVA en las prestaciones de salud”, UNRC, Scheurer - Iñiguez

## 7. Casos Especiales

### Aseguradora de Riesgos de Trabajo (ART)

Una de las modificaciones que introdujo el decreto N° 679/99 (Boletín Oficial del 25/6/99) estuvo orientada a reglamentar la actividad que ejercen las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo en el ámbito de la salud. Introdujo así un artículo agregado a continuación del art. 31 en el Decreto Reglamentario, el cual establece:

*“Los importes que deban abonar las aseguradoras de riesgo del trabajo, por las prestaciones sanitarias, médicas y paramédicas, brindadas en el marco de sus contratos de afiliación, tendrán igual tratamiento que el previsto para las obras sociales respecto de sus afiliados obligatorios.”*

Toda la actividad de las Aseguradoras se encuentra exenta. Es decir, se encontrarán exentos del impuesto al valor agregado, en cualquier nivel de subcontratación en que se encuentren.

Como sucede en el caso de las obras sociales, el subcontratista deberá contar con una constancia emitida por la ART que certifique que los servicios resultan alcanzados por la exención.

Debe resaltarse el hecho que la exención no alcanza los servicios médicos que contraten aquellas empresas que se autoaseguren, prescindiendo de la ART.

### **Medicina Laboral**

Dentro de este grupo se incluyen todos los servicios contratados por los empleadores, ya sea para controlar al personal o para la atención de ellos, distinguiéndose los siguientes:

- a) Aquellos destinados a realizar exámenes preocupacionales.
- c) Los destinados a control de ausentismo.
- d) Los que persiguen la atención del trabajador en la misma empresa.

Todos estos servicios se encontrarán alcanzados por el impuesto, toda vez que no son contratados por una obra social, lo cual merece algunas consideraciones. En primer lugar, que ello podría ser razonable en el caso del control de ausentismo, toda vez que se trate de servicios “que los empleadores contratan con miras a su propio beneficio y no signifiquen velar por la recuperación del afectado”.

Sin embargo, no puede decirse lo mismo respecto de la medicina preocupacional y mucho menos aún de la destinada a atender problemas médicos que se presentan en la empresa.

Con respecto al control preocupacional del personal dependiente que no persiga como objetivo velar por la recuperación del afectado, lo cierto es que no dejan de estar incluidos dentro del campo de la medicina preventiva, ya que pueden perfectamente contribuir a detectar a tiempo enfermedades en los trabajadores.

Más aún considerando que la detección anticipada de la misma y su tratamiento oportuno ocasionarán un adecuado ahorro de gastos al trabajador, a su obra social, o en el supuesto que no tuviera cobertura de la misma, al hospital público.

Con respecto los servicios contratados para la atención de los trabajadores en el lugar de trabajo (sea por accidente o no), cabe la pregunta: ¿Qué diferencia existe entre la atención en dicho lugar o en uno posterior en una obra social, en una ART o en el hospital público? La única es que será atendido antes en el lugar de trabajo, lo cual ayudará probablemente a evitar el agravamiento del mal, lo cual redundará en un ahorro de gastos posteriores para la obra social y el hospital público.

Si bien puede justificarse la gravabilidad de estos servicios, se argumenta que con ello se evita la posible evasión del impuesto, que se produciría si se utilizara esta figura para encubrir servicios de medicina prepaga, lo cierto es que es más razonable extender la exención a los mismos, cuando sean exclusivamente brindados en la empresa o lugar de trabajo, por los argumentos enunciados anteriormente. En síntesis, todos estos servicios se encuentran gravados y no gozan de ninguna exención

La DGI así lo entendió en el Dictamen 47/92 (DAT) y 25/94 (DAT) en donde no se estaría frente a una prestación del tipo de las que se han beneficiado con la exención, ya que esta solo se refiere a aquellas que apuntan a la atención del enfermos en procura de su curación.

La crítica que varios autores hacen a esta opinión del fisco es que se olvidan de la medicina preventiva en donde justamente se trata de prevenir enfermedades que luego deberán ser atendidas sí o sí por las obras sociales u hospitales.

### **Hospitales Públicos**

Los servicios de medicina prestados por hospitales públicos y otros organismos dependientes del Estado, cualquiera fuese su denominación, se encuentran exentos del impuesto, en virtud de lo dispuesto por el punto 1 del inc. h) del art. 7 (... las prestaciones y locaciones...realizadas por el Estado nacional, las provincias y municipalidades, por instituciones perteneciente a los mismos.....) de la ley de IVA.

En caso de prestaciones médicas efectuadas por una clínica privada que se hace cargo de los pacientes derivados de un hospital público por falta de aparatología o de instrumentos necesarios para brindar ese servicio, el Fisco a través del Dictamen 18/96 de (DAL), se manifestó diciendo que cuando el Estado carece de servicios idóneos y deriva estos enfermos para su adecuada atención a prestadores privados se estaría produciendo una continuidad en el servicio del Estado. Por lo tanto esos servicios que las clínicas privadas facturan al fisco resultan alcanzados por la exención.

### **Mutuales**

**Como paso previo al análisis del tratamiento en el IVA, llevado a cabo por las denominadas Mutuales, de conformidad con lo que establece la Ley 20.321, es importante mencionar que la constitución nacional establece un rango o pirámide legal establecido en el Artículo 31 de la misma, en la cual existe un orden jerárquico para la aplicación de las leyes, como ya lo ha mencionado en reiteradas oportunidades la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a saber:**

- 1) Constitución Nacional**
- 2) Leyes Convenio entre Estado Nacional y Otros Estados Nacionales**
- 3) Leyes Específicas sobre determinadas actividades.**
- 4) Leyes generales de cada impuesto**
- 5) Decreto Reglamentario**
- 6) Resoluciones de la Administración Tributaria.**

**Existe un concepto fundamental en cuanto a la prioridad que se le da a las leyes; teniendo en cuenta que puede existir superposición de normas, como sucede en algunos casos en materia tributaria, debiendo en estos casos respetarse el principio jerárquico mencionado en el art. 31 de la C.N, que da prioridad a la ley específica que fija el tratamiento de determinada actividad o**



**sujeto sobre las leyes generales de los tributos, ya sea que se trate de ganancia, iva etc.**

**En ese sentido con buen criterio el Dr. Tacchi en la instrucción general 28/95, establece " LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO POR TRATARSE DE NORMAS DE CARÁCTER GENERICO, NO AFECTAN NI DEROGAN BENEFICIOS CONCEDIDOS A DETERMINADOS SUJETOS POR LEYES ESPECIALES, LAS QUE DE HALLARSE VIGENTES PREVALECEEN SOBRE LAS PREVISIONES DE LA LEY DEL IMPUESTO"**

Las Mutuales son entidades constituidas libremente, sin fines de lucro, por personas inspiradas en la solidaridad, con el objeto de brindarse ayuda recíproca frente a riesgos eventuales, o de concurrir a su bienestar material y espiritual, mediante una contribución periódica.

Estas asociaciones basan su actividad en la solidaridad y la ayuda mutua, fundadas en principios éticos y morales que forman parte de su doctrina.

Con carácter general, y yendo a las cuestiones tributarias, las asociaciones mutuales, según surge del artículo 29° de la Ley de Mutualidades se encuentran exceptuadas del pago de todo impuesto nacional, y con respecto al Impuesto al Valor Agregado, el artículo 7° establece *que los servicios prestados por las obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales, por instituciones, entidades y asociaciones comprendidas en los incisos f), g) y m) del artículo 20 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1986 y sus modificaciones, por instituciones políticas sin fines de lucro y legalmente reconocidas, y por los colegios y consejos profesionales, cuando tales servicios se relacionen en forma directa con sus fines específicos.*

Sobre este punto es menester destacar que las asociaciones mutuales se incluyen en el inciso g) de la ley del Impuesto a las ganancias por lo que con carácter general estas entidades se encuentran exentas del Impuesto al Valor Agregado.

### **Pronunciamientos Judiciales sobre los alcances de la Ley N° 25.920**

Sumados a las interpretaciones que sobre la materia se han vertido, ha habido pronunciamientos judiciales que marcan un criterio que supera la órbita de la Administración y en alguna medida, si bien se trata de avocaciones civiles, como el caso del “Club 20 de Febrero” marcan una clara posición y tendencia a interpretar la Ley N° 25.920 en el sentido que inspiró al legislador, tomando como dato firme la exención consagrada en las leyes básicas o no específicas.

En el caso de “El Club”, a pesar de ser una asociación civil exenta por su forma y no por su objeto, el fisco sostuvo que no estaban exentos del Impuesto al Valor Agregado los servicios de bar, restaurante, cantina, salón de té y confitería que se habían prestado en la sede social de esa institución entre julio de 1996 y octubre de 1999, así como tampoco la locación de sus salones para conferencias, reuniones, fiestas y similares de carácter eventual.

Pero la Corte justamente haciendo gala de una impecable interpretación, estableció que la Ley N° 25.920 es clara en cuanto a que la exención establecida por el art. 3°, inc. d, de la Ley N° 16.656 (Para asociaciones civiles, sin fines de lucro dedicada a la asistencia social) es aplicable al Impuesto al Valor Agregado. El texto de la norma transcribe inequívocamente la voluntad del legislador en tal sentido, sin que pueda presumirse carencia de previsión de su parte. Esto es que la ley específica prevalece sobre la ley general del tributo, por ello se entendió que atento a que el club 20 de febrero es una entidad civil sin fines de lucro, con personería jurídica, dedicada a la asistencia social, se encuentra exento de tributar Impuesto al Valor Agregado por los

servicios de bar, restaurante, cantina, salón de té y confitería prestados en su sede social, así como por la locación de sus salones.

### **Establecimiento Geriátricos**

Dicha actividad se encuentra legislada en el apartado 25 del inc. h) del art.7º de la ley que establece la exención para:

*“Los servicios prestados por establecimientos geriátricos. La exención se limita exclusivamente a los importes que deban abonar a los prestadores, las obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales.”*

Como se ha analizado, los ingresos que recibe la obra social se encuentran exentos en virtud de lo dispuesto en el punto 6 del inc. h) del art. 7º de la ley del IVA; así como también los servicios médicos que contraten para sus afiliados obligatorios (punto 7 del mismo inc. y art., y art. incorporado a continuación del 7º de la ley) y los importes que deban a abonar a los prestadores por los servicios de sepelio (punto 24 del inc. h)). A través del punto 25 se aplica la exención para los importes que deban abonar a los establecimientos geriátricos.

Se presentan dudas respecto el tratamiento a dispensar aquellos pagos que efectuaban en forma directa los afiliados por los luego pedían reintegro. Las mismas buscaron despejarse a través del dictamen DAT 68/94 (Bol. DGI 494, pág. 212) donde el organismo recaudador sostuvo que la exención también *“resulta procedente respecto de los montos que para el pago del servicio tomen a su cargo las obras sociales, ya sea que lo hagan en forma directa o a través de los llamados regímenes de “reintegro” o “subsidio”, en tanto exista la respectiva documentación respaldatoria por dichas entidades que avale tal circunstancia”*.

Este criterio fue incorporado al texto del decreto reglamentario (texto s/ Dto. 692/98 y sus modif...) quedando redactado su artículo 40 de la siguiente forma:

*“La exención dispuesta en el artículo 7º, inciso h) punto 25, de la ley resulta procedente respecto de los montos que para el pago de los servicios prestados por establecimientos geriátricos tomen a su cargo las obras sociales comprendidas en la referida norma, ya sea que lo hagan en forma directa o a través de los llamados regímenes de reintegro o subsidio, en tanto exista la respectiva documentación respaldatoria, extendida por dichas entidades, que avale tal circunstancia.”*

Una vez más se está en frente de excepciones de tipo subjetivo, puesto que siempre subsistirá la exención cuando se contrate a través de obras sociales reconocidas legalmente, mientras que no se mantendrá con otro tipo de contratación.

Consecuentemente la exención se limita al pago que deban efectuar directa o indirectamente las obras sociales a los prestadores, no encontrándose alcanzada por la exención los pagos efectuados en forma directa y particular fuera del sistema de obras sociales o a través de otros intermediarios (como seguros o servicios de medicina prepaga).

Sin embargo, la opinión del organismo recaudador fue elaborada sobre la base de un texto legal distinto al vigente; en aquel entonces estaban exentos todos los servicios que prestaban las obras sociales, mientras que actualmente lo están aquellas prestaciones médicas destinadas a sus afiliados obligatorios.

De manera tal, que en el caso de los servicios de geriátricos, no ha quedado claro si la exención debe también limitarse a estos últimos, quedando fuera del beneficio los pertenecientes a familiares del resto del resto de afiliados a una obra social (ascendientes y descendientes del beneficiario titular que se encuentren a su cargo, a cambio de un aporte adicional equivalente al 1,5% de la remuneración del titular) y a los adherentes voluntarios y sus familiares.

Una posible solución es adoptar el mismo criterio seguido por la ley para las prestaciones médicas, a través del punto 7 del inc. h) de artículo 7º y en el art. Incorporado a

continuación de este último; es decir, considerar que la exención alcanza a los afiliados obligatorios (incluyendo a sus grupos primarios) y a sus familiares que adhieran voluntariamente abonando el adicional del 1,5% y no, a los sujetos que adhieran voluntariamente (y sus familiares), en las mismas condiciones a las que se adhiere una entidad de medicina prepaga.

Asimismo, no se encontrará alcanzada por la exención la parte del pago efectuada por el afiliado y que no es cubierta por la obra social, ya que ésta no la toma a su cargo. Adicionalmente, se exige el cumplimiento formal de poseer la documentación respaldatoria que avale la situación planteada.

### 3.3 Síntesis del tratamiento impositivo de las prestaciones de salud

A los fines de una comprensión más acabada del tratamiento de las distintas actividades bajo la ley del Impuesto al Valor Agregado, y por la complejidad que estas exponen en todos sus aspectos, se presenta el siguiente cuadro.

Condiciones	Obras Sociales	Obras Sociales	Medicina Prepaga	Aseguradoras de Riesgo de Trabajo	Medicina Laboral	Atención Médica Privada
<b>Afiliado</b>	Obligatorio	Voluntario	Sólo puede ser Voluntario	--	--	Siempre sin Excepción
<b>Tratamiento</b>	Exento	Gravado	Gravado	Exento	Gravado	Gravado

## **4. Alícuota de los Servicios Médicos**

### **4.1 Introducción**

El Impuesto al Valor Agregado es un tipo de imposición a los consumos de los denominados indirectos por cuanto es esencialmente trasladable hasta el último sujeto (Consumidor Final) quién, en definitiva, soporta la carga del tributo. Esto hace que resulte proporcional al consumo toda vez que no se tienen en cuenta las características particulares de cada sujeto en relación con su capacidad contributiva.

Esto lo convierte en un impuesto regresivo, ya que, desde el punto de vista del ingreso de cada sujeto, repercute en mayor medida sobre los sectores de menores recursos.

Todo ello trae aparejado que en ciertos casos, y como una forma de atenuar esa regresividad, se eximan del impuesto los productos de la canasta familiar (productos de primera necesidad) o, en su defecto, se apliquen alícuotas inferiores a la general para esos mismos productos.

Otra forma de atenuar aún más esa regresividad es a través de la aplicación de alícuotas superiores a la general sobre determinados bienes suntuarios, como ocurre en nuestro país, complementándolo con impuestos específicos (Impuestos Internos) sobre ese tipo de bienes.

Es así que, en la actualidad, el impuesto al Valor Agregado prevé la aplicación de tres tipos de alícuotas:

- Alícuota General (actualmente, 21%).
- Alícuota Reducida (actualmente, 10,50%).
- Alícuota Incrementada (actualmente, 27%).

Sin embargo, a la hora de disponer alícuotas reducidas o incrementadas, el legislador no ha tenido como único objetivo atenuar la regresividad del Impuesto al Valor Agregado. Muchas veces se ha perseguido un fin meramente recaudatorio, como es el caso

de la alícuota del 27%. En efecto, el legislador ha aprovechado aquéllas manifestaciones de hecho imponible que se encuentran concentradas en muy pocas empresas, para aplicar una alícuota superior a la general y asegurarse así el cobro del impuesto con un menor costo de recaudación y fiscalización.

#### **4.2 Alícuota General**

El primer párrafo del art. 28 de la ley, establece con carácter general: “... *La alícuota del impuesto será del veintiuno por ciento (21%)....*”

#### **4.3 Alícuota Diferencial: Reducida**

Se dispone en el art. 28 de la ley en su inc. i) una alícuota reducida en un 50 % para:

*“Los servicios de asistencia sanitaria médica y paramédica a que se refiere el primer párrafo del punto 7, del inc. h) del artículo 7º, que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, que no resulten exentos conforme a lo dispuesto en dicha norma.”*

En otras palabras, estarán alcanzados a una a tasa equivalente al 50% de la alícuota general del impuesto, los ingresos de las entidades de asistencia médica y sanitaria, así como los servicios que ellas contraten.

#### **4.4 Tratamiento**

Como se observará, algunos servicios estarán exentos, otros gravados a una alícuota diferencial e inferior, y a su vez otros, gravados a la alícuota general. A esta situación se llegó al cabo de una profunda discusión política y doctrinaria que llegó a la justicia, y que analizaremos en el presente capítulo.

El tratamiento impositivo de las prestaciones médico asistencial será distinto con el prestador del servicio y el prestatario del mismo.

Condiciones	Obras Sociales	Obras Sociales	Medicina Prepaga	Aseguradoras de Riesgo de Trabajo	Medicina Laboral	Atención Médica Privada
<b>Afiliado</b>	Obligatorio	Voluntario	Sólo puede ser Voluntario	--	--	Siempre sin Excepción
<b>Tratamiento</b>	Exento	Gravado	Gravado	Exento	Gravado	Gravado
<b>Tasa</b>	--	10,50%	10,50%	--	21%	21%

En efecto, como se puede observar en el cuadro precedente, estarán exentos del impuesto aquellos servicios presumiblemente destinados a los sectores de menores recursos (el hospital público y las obras sociales sindicales), gravados a la alícuota general aquéllos utilizados, en principio, por los sectores de mayores ingresos (la atención de pacientes en forma particular) y finalmente gravados a una alícuota diferencial, equivalente al 50% de la general, los servicios brindados por entidades de medicina prepaga y similares (mutuales, cooperativas e incluso obras sociales cuando brinden servicios de la misma naturaleza que estas entidades).

#### **4.5 Alícuota: Controversias**

Como se expuso en el primer capítulo existen dos posturas distintas respecto del tratamiento en el IVA de los servicios relacionados con la medicina humana. Entre quienes se inclinan por su gravabilidad y quienes por su exoneración, se llegó a una postura intermedia eximiendo los servicios brindados por hospitales públicos y aquellos destinados a los afiliados obligatorios de una obra social, gravando a la alícuota general la atención particular y a una reducida a las entidades de medicina prepaga y similares.

Las alícuotas actualmente vigentes, expuestas en el cuadro resumen para este tipo de prestación, fueron fijadas por la modificación introducida por Ley N° 25.063 con vigencia a partir del 01/01/99 y promulgada por Decreto N° 1.517/99. A este respecto, existió una discusión política y doctrinaria por la forma que la misma fue promulgada.



Sin intención de hacer una disertación acerca de la forma en que deben promulgarse las leyes, se puede aseverar que la promulgación de la precitada no fue prolija ni constitucionalmente aceptable, atento que:

- El Poder Legislativo dio su aprobación a la ley con una alícuota diferencial del 10,5% para los afiliados voluntarios. Hay que tener en cuenta que la Constitución Nacional establece que las leyes tributarias solo pueden tener origen en el Congreso.

- Cuando la misma pasa al Poder Ejecutivo para su aprobación, este lo veta parcialmente en lo referente a la reducción de las alícuotas pretendiendo gravarla al 21%. Cabe la aclaración que el Poder Ejecutivo tiene expresamente prohibido establecer normas en materia impositiva por decretos de necesidad y urgencia (cosa que es habitual en Argentina).

- Además la Constitución Nacional, en su art. 80, no permite vetos parciales disponiendo que los proyectos desechados parcialmente no podrán ser aprobados en la parte restante.

Lo descripto en los tres puntos anteriores produjo numerosas medidas de amparo presentadas ante la Justicia, como por ejemplo, “Adecua c/ Poder Ejecutivo Nacional s/ Medida Cautelar”, de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal con fecha de sentencia del 27/01/00 publicado en el Periódico Económico Tributario N° 198; donde finalmente la Justicia da lugar a la falta de Constitucionalidad planteada, deviniendo en una retroacción de toda la ley.

Todas las medidas de amparo fueron receptadas por la Justicia de Primera Instancia, por lo que se puede decir que en marzo de 1999, las cosas volvieron al mismo estado de diciembre de 1998; es decir, los servicios médicos prestados por sistemas de medicina prepaga y similares continuaban exentos. Prácticamente todos los fallos, más de 250, se pronunciaron contra la invalidez del decreto del Poder Ejecutivo Nacional; sin embargo,

algunos se inclinaron por sostener que la actividad debería estar gravada al 10,5%, como establecía el texto de la ley sancionada por el legislativo, mientras que otros se pronunciaron en el sentido de mantener la exención.

Luego de ello, el 30/06/99 el Congreso de la Nación dicta el acto de insistencia sin incluir el inciso correspondiente a la reducción de alícuota, lo que implica volver a gravar los ingresos de las prepagas al 21%. Este procedimiento fue sumamente criticado desde el punto de vista jurídico, toda vez el Congreso no puede validar actos inconstitucionales del Poder Ejecutivo Nacional.

Finalmente, con la sanción de la ley 25.239 (B.O. 31/12/1999), se ratificó la alícuota reducida a la medicina prepaga, lo cual implicó en principio, la plena vigencia de la reforma establecida a partir del 1/1/1999, el artículo 27 de dicha ley facultó al Poder Ejecutivo establecer planes especiales de facilidades de pago por el gravamen adeudado por este concepto. Todo ello fue severamente criticado por la doctrina, debido que el IVA es un impuesto al consumo esencialmente trasladable. Por ende, si durante 1999, como consecuencia de las sentencias judiciales que determinaron el amparo y la inconstitucionalidad del decreto que promulgo la ley 25.063, las entidades de medicina prepaga no habían cobrado el impuesto sufrirían un grave perjuicio si, sin haberlo trasladado tenían que soportarlo. Si se les exigía a estas entidades un impuesto que no habían cobrado, se les producía un grave perjuicio financiero.

Finalmente, la Corte Suprema De Justicia de la Nación, determinó que el tratamiento en el IVA de los servicios de medicina prepaga debía mantenerse hasta la vigencia de la ley 25.239 y consecuentemente durante el año de 1999 los mismos se encontraban exentos de IVA. Se trató de un fallo dividido, donde la mayoría fundó su posición en el hecho que la reforma establecida por la ley 25.063, implica dos disposiciones en sendos incisos, conjuntas e inescindibles, referidas al tratamiento en el IVA de los

servicios de medicina prepaga: una disponía la eliminación de la exención de la que gozaban los mismos y la otra que establecía la alícuota a la que estarían gravadas como consecuencia de tal eliminación.

Consecuentemente el veto del Poder Ejecutivo a uno de esos incisos que conforma un todo inescindible con el otro, implica una promulgación parcial, que resulta inconstitucional. Por ello se concluye que el inciso que derogó la exención no es estrictamente una norma jurídica, de lo que se sigue que el Fisco no podría fundar derechos en una ley inexistente, por lo que se mantiene la exención hasta la vigencia de la ley 25.239.

#### **4.6 Aplicación de la alícuota diferencial y alcance de la exención**

Es importante resaltar, que de acuerdo con lo dispuesto en el inciso i) del artículo 28 de la ley, la alícuota diferencial del 10,5% funciona en ambas direcciones, tanto para los servicios que brinden las entidades como para los servicios que estas contraten (y presten a sus afiliados voluntarios) para lograr su fin específico.

A través de dicha norma quedaron disipadas las dudas que se plantearon en el pasado, cuando estos servicios estaban exentos, respecto a si la exención alcanzaba también la adquisición de bienes y servicios, o si la exoneración sólo correspondía a la última etapa.

Se resalta aquí la importancia de la inequidad que tendrán aquellos sujetos que brindan servicios exentos, puesto que el impuesto contenido en ciertas compras, locaciones o prestaciones que contraten (por estar ellas gravadas por el impuesto) no podrán computarlo como Crédito Fiscal por no estar vinculados con actividades gravadas.

Es decir, deberán pagar el gravamen en sus adquisiciones y contrataciones, como cualquier otro sujeto exento del impuesto, quienes son asimilados a los consumidores finales.

## 5. Algunos dictámenes relacionados con la salud humana

### 5.1 Incorporación de cosas muebles al servicio

En primer lugar, se debe analizar el tratamiento dispuesto por la ley para la incorporación de cosas muebles a las locaciones y prestaciones de servicios exentas o no gravadas, para lo cual nos remitimos al artículo 2º inciso a), el cual considera venta:

*“Toda transferencia a título oneroso, entre..... incluida la incorporación de dichos bienes de propia producción, en los casos de locaciones y prestaciones de servicios exentas o no gravada....”*

El último párrafo del inciso a) del mismo artículo agrega:

*“La venta por incorporación de bienes de propia producción, a que se refiere el primer párrafo de este inciso en su parte final, se considerará configurada siempre que se incorporen a las prestaciones o locaciones, exentas o no gravadas, cosas muebles obtenidas por quien realiza la prestación o locación, mediante un proceso de elaboración, fabricación o transformación, aún cuando esos procesos se efectúen en el lugar donde se realiza la prestación o locación y éstas se lleven a cabo en forma simultánea”*

Cuando se presenta una prestación de servicios que incluye la transferencia de una cosa mueble, deberá tenerse en cuenta, adicionalmente la Teoría de la Unicidad o Indivisibilidad. La misma consiste en que la operación principal arrastra a las accesorias, por lo que el tratamiento impositivo que le corresponde a la principal es aplicable a lo accesorio.

Por todo ello, toda vez que se esté en presencia de incorporaciones de cosas muebles de propia producción en locaciones, prestaciones de servicios u obras exentas o no alcanzadas, habrá “Venta”. En consecuencia, a pesar que la cosa mueble de propia producción constituye un accesorio de una operación exenta o no alcanzada, dicha

transferencia de dominio (de la cosa mueble) está alcanzada por el impuesto. Puede observarse que estamos en presencia de una excepción a la Teoría de la Unicidad.

Sin embargo, el legislador nada dijo respecto de las cosas muebles (gravadas), adquiridas a terceros, que sean incorporadas a las locaciones, prestaciones de servicios, u obras exentas o no gravadas. Se debe entender que si no lo ha hecho es porque no ha querido para éstas el mismo tratamiento previsto para los bienes de propia producción. El ejemplo típico y que fuere citado por varios autores, es el caso del servicio fúnebre (exento por el punto 8 inc. h) del art. 7° de la ley) al que se le incorpora el ataúd (cosa mueble gravada), en el caso en que éste sea fabricada por el mismo prestador de servicios. En este caso la cosa mueble, (ataúd) será venta y, en consecuencia, estará gravado por el impuesto, no así la prestación del servicio.

Prestación del servicio (Principal)	Cosa Mueble incorporada (Accesorio)	Tratamiento	
Exenta o No Gravada	Gravada	Si la cosa mueble es de propia producción	Queda gravada la cosa mueble por aplicación del Inc. a) del art. 2° de la ley.
		Si la cosa mueble es adquirida a terceros	Todo exento por aplicación de la Teoría de la Unicidad.

## 5.2 Elaboración de cosa mueble por encargo de terceros

Otro caso aplicable es el relacionado al inciso c) del artículo 3° de la ley, en lo atinente cuando estamos en presencia de un soporte material de una prestación exenta o no gravada.

Dicho artículo establece la inclusión dentro del objeto del impuesto a: *“La elaboración, construcción o fabricación de una cosa mueble –aún cuando adquiera el carácter de inmueble por accesión- por encargo de un tercero, con o sin aportes de materias primas, ya sea que la misma suponga la obtención de un producto final o simplemente constituya una etapa en su elaboración, construcción, fabricación o puesta en condiciones de utilización.”*

*Lo dispuesto en este inciso no será de aplicación en los casos en que la obligación del locador sea la prestación de un servicio no gravado que se concreta a través de la entrega de una cosa mueble que simplemente constituya el soporte material de dicha prestación. El decreto reglamentario establecerá las condiciones para la procedencia de esta exclusión”*

En relación al primer párrafo de este inciso c), se cree que ha perdido actualidad, ya que el legislador no lo ha adaptado a las sucesivas modificaciones que sufrió el texto de la ley y, complementariamente, a la generalización del objeto del impuesto sobre la locaciones y prestaciones de servicios.

En relación al segundo párrafo y teniendo en cuenta el tema específico abordado, se analizan solamente las cuestiones relacionadas con el mismo, para ello debe remitirse al artículo 6° del Decreto Reglamentario, el cual expresamente dice que: *“La exclusión prevista en el segundo párrafo del inciso c) del artículo 3° de la ley será de aplicación cuando la prestación del servicio exenta o no alcanzada por el gravamen y el bien mediante el cual se materializa, cumplan las siguientes condiciones en forma concurrente:*

*a) que ambas obligaciones –prestación y entrega del bien- se perfeccionen en forma conjunta;*

*b) que exista entre ellas una relación vinculante de orden natural, funcional, técnica o jurídica, de la que derive, necesariamente, la anexión de una a otra;*

*c) que la ‘cosa mueble’ elaborada constituya simplemente soporte material de la obligación principal.”*

Se advierte que las tres condiciones deben manifestarse en forma conjunta. Si alguna de ella no se verifica, no habrá soporte material y, en consecuencia, la locación o prestación exenta o no gravada podría quedar sujeta al impuesto a través del art. 3°, Inc. c) de la ley.

## **Condición I**

Que se perfeccione en forma conjunta la prestación y entrega del bien. Un ejemplo típico lo constituye la prestación del servicio que realiza un médico radiólogo para un paciente afiliado obligatorio de una Obra Social. Este servicio está eximido del impuesto por aplicación del art. 7º, inc. h) punto 7 de la ley. La entrega de la placa radiográfica constituye el soporte material de la prestación exenta y, en consecuencia, debemos afirmar que:

- La placa radiográfica no debe tipificarse como elaboración de cosa mueble por encargo de un tercero.
- Tampoco debe considerarse como una cosa mueble de propia producción que se incorpora a una prestación exenta.

En este sentido, el Tribunal Fiscal de la Nación fundamentó su dedición diciendo que: *“...el fin principal es el acto radiológico, constituyendo la placa una mera registración de una acto médico.....”*

## **Condición II**

Que exista una relación vinculante de orden natural, funcional, técnica o jurídica entre la prestación del servicio exenta o no gravada y el bien, de la que derive la anexión de una con otra.

Teniendo en consideración el ejemplo anterior, se puede decir que también se cumple esta condición, ya que entre la placa radiográfica y la prestación del servicio exento existe una relación vinculante de orden técnico, que implica la anexión de una con otra. Nadie podría suponer que el médico radiólogo pueda prestar un servicio médico sin un soporte material como lo es la placa radiográfica.

### **Condición III**

Que la cosa mueble elaborada, constituya simplemente el soporte material de la obligación principal.

Al respecto resulta muy clarificador lo expresado por Humberto Diez: *“Esta pauta está condicionada a que la cosa mueble sólo sirva a los efectos de la prestación, es decir, que no tenga por sí sola una utilidad para el usuario distinta a la del servicio exento o no alcanzado por la ley”*. En este sentido la placa radiográfica no tiene por sí sola una utilidad distinta para el usuario, toda vez que constituye una mera registración gráfica del servicio prestado por el médico radiólogo.

Se podrían mencionar otros ejemplos, tales como:

Una prestación de servicio médico, más precisamente un análisis de sangre a un paciente afiliado obligatorio de una Obras Social que se encuentra exenta del impuesto por aplicación del art. 7º, inc. h) punto 7 de la ley. El informe que contiene los resultados de dicho análisis constituye un soporte material ya que se configuran las tres condiciones previstas por el art. 6º del decreto reglamentario. En este caso el informe no puede ser tipificado como elaboración de cosa mueble por encargo de un tercero ni como una cosa mueble de propia producción que se incorpora a una prestación de servicio exenta.

La presente introducción obedece a los fines de poder analizar con especial atención los siguientes cuatro casos:

#### **5.2.1 Material quirúrgico**

Si la operación está cubierta con algún tipo de cobertura exentita, el beneficio se extenderá a los medicamentos, material descartable y los servicios que se utilicen, tanto en la propia intervención como en el proceso postoperatorio, aunque los mismos no tengan cobertura de ningún tipo. Se destaca para este caso el Dictamen N° 42/81 DATJ, del 1/10/81, Errepar, Tomo II de IVA, donde se destacaba que la prestación de servicios



médicos realizada en forma conjunta y complementaria con la entrega de cosas muebles, con el objeto de complementarlo o perfeccionarlo, no configura hecho imponible para la ley.

### **5.2.2 Servicios Odontológicos**

Entendiendo que la prestación de ciertos servicios que brinda un odontólogo es inseparable de un soporte material y no puede realizarse, por ejemplo, el arreglo de una caries sin la pasta. El Dictamen N° 105/96 DAT, del 28/10/96, Boletín de la DGI N° 523, pág. 1242, entendió que ésta estaría alcanzada por la exención.

### **5.2.3 Material Ortopédico**

Un tema que ha presentado dudas es si las locaciones y prestaciones efectuadas sobre estos materiales deben recibir el mismo tratamiento que los servicios médicos.

Luego de varias discusiones en distintos sentidos, la AFIP mediante el Dictamen N° 64/99 DAT, del 31/08/99, Boletín de la DGI N° 32, pág. 414, interpretó que tanto el alquiler, como la elaboración por encargo de un tercero de materiales de ortopedia como ser sillas de ruedas, muletas, etc., no constituyen asistencia médica o paramédica, no siendo alcanzada por la exención dispuesta por el punto 7 del inc. h) del art. 7° de la ley, resultando las mismas locaciones o prestaciones gravadas por el tributo.

### **5.2.4 Material para Ópticas**

La AFIP también emitió opinión a través del Dictamen N° 134/94 DAT, del 24/8/94, Boletín de la DGI N° 505, pág. 92, donde expresó que la provisión, construcción y prestación profesional de anteojos, armazones, lentes de contacto y otros relacionados con la óptica tampoco se encuentran alcanzadas por la exención. También a través del Dictamen N° 47/00 DAT, del 30/06/2000, Boletín de la DGI N° 42, pág. 134, se interpretó que la elaboración de anteojos y lentes encuadra como elaboración de productos por encargo de tercero, resultando gravada de aplicación el primer párrafo del art. 3°, inc. c) de la ley.

La posición de la AFIP en estos casos fue muy criticada doctrinariamente, algunos sostuvieron que no se está en presencia de elaboración de bienes por encargo de tercero, sino ante una prestación realizada por colaboradores de la medicina. Según esta postura, en el caso de los ópticos por ejemplo, estamos en presencia de un auxiliar de la medicina cuyo trabajo finaliza cuando verifica que los lentes confeccionados permitan al paciente realizar una correcta visión, sin embargo la corte suprema sella la suerte de esta exención en el caso **Lutz Ferrando SRL, el 12 de Mayo del 2009, la empresa se dedicaba a la cobertura médica oftalmológica mediante la provisión de elementos correctivos, cuya actividad se encontraba exenta en virtud del art 7, inc h), punto 7 apartado e) de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, en cuanto exime del gravamen a los servicios que prestan los técnicos auxiliares de la medicina, pues, la evidente finalidad de la norma es dispensar del tributo a las actividades técnicas que coadyudan con la medicina, y al respecto la circunstancia de que la ley que regula el ejercicio de la Medicina Ley 17.132- incluya a la desarrollada por técnicos ópticos como colaboración con la medicina es un elemento decisivo para considerar que la Actividad de los técnicos Ópticos se encuentra exenta del Impuesto al Valor Agregado.-**

Por ende, se sostiene que la entrega de los anteojos es complementaria e inescindible al servicio del óptico técnico, que se encuentra exento .

Se aclara que lo expresado en los párrafos precedentes, se refieren a los productos ópticos recetados por profesional competentes con fines terapéuticos, toda vez que, el expendio de anteojos y otros elementos de óptica (como anteojos para sol, lupas, cámaras fotográficas, etc.) de venta libre que, en virtud de lo dispuesto por la resolución 102/95 del Ministerio de Economía y Obras Y Servicios Público, puedan comercializarse en establecimientos comerciales, tendrán el tratamiento que para las cosas muebles establezca de IVA (en general gravados al 21%).

Por ejemplo, el trabajo de un traumatólogo termina cuando el paciente, luego de haber llevado muletas, por un determinado accidente, puede volver a caminar sin ellas. En cambio, el organismo fiscalizador, al defender su postura en el Dictamen N° 134/94 (antes comentado) entendió que el profesional es responsable por la prestación médica que indica, en este caso usar muletas, pero esto no obsta que la elaboración de dichas muletas sea por encargo de un tercero y, en consecuencia, no califica en la exención dispuesta en el art. 7° sino que corresponde su gravabilidad por encontrarse encuadrado dentro del inc. c) del art. 3° de la ley.

## Conclusiones-Propuestas

Como ya fue expresado, los servicios de asistencia sanitaria, tanto médica como paramédica tienen especial importancia para los seres humanos, puesto que estos dependen de la misma para prevenir, cuidar y curar su salud.

Es decir, la salud es un derecho para todas las personas y una obligación de proveerla por parte del Estado. Este hecho, conlleva a que todo gobierno adopte una solución apropiada, en cuanto al diseño e implementación que le dará a esta área, ya que es responsabilidad del Estado el cuidado de los ciudadanos que la forman.

Se puede concluir que:

El derecho a la salud es equivalente al derecho a la vida y debido a que la salud es un valor imprescindible para el desarrollo humano, que se ubica en importancia inmediatamente después de la vida. El derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional.

Es decir, se trata de la aplicación de un tributo sobre el derecho a la vida, con el agravante que lo hace contrastando el principio constitucional de igualdad ante la ley previsto por el artículo 16 de la Constitución Nacional: “La igualdad es la base de impuestos y de las cargas públicas”.

La Constitución Nacional, asienta el principio de igualdad de los iguales, y contrariamente a ello el Impuesto al Valor Agregado divide el tratamiento fiscal entre afiliados voluntarios y afiliados obligatorios, eximiendo a estos últimos del impuesto y gravando a los trabajadores independientes que son quienes deben recurrir voluntariamente a entidades de salud para poder cubrir su salud y la de su familia tengan o no ingresos.

En síntesis, para algunos prima el respeto por el derecho a la vida y se los excluye del impuesto, en cambio para otros, esa enorme masa de adherentes que deben acceder voluntariamente se los hace víctimas del peso de una carga fiscal, inconcebible.

Por otro lado, como ya se manifestó en el desarrollo del presente trabajo, ha sido amplia la discusión sobre si es conveniente que las prestaciones médicas, en un sentido amplio se hallen gravadas por el Impuesto al Valor Agregado.

El resultado de dicha discusión en Argentina, ha sido el establecimiento de una exención subjetiva, que grava a ciertas personas y exime otras, en la utilización del sistema de salud. Este resultado tiene que ver con razones estrictamente recaudatorias del Estado. Es decir, que se aplica el IVA a esos servicios porque es una forma más de recaudar.

La exclusión de dichas actividades del objeto del impuesto, permiten al Estado reducir al gasto de mantener la salud pública. Esto encuentra su explicación, en que al no estar gravada la actividad, permite la creación de entidades privadas que prestaban servicios médicos y paramédicos a personas que no podían acceder a dichas entidades si el precio del servicio estaba incidido por el impuesto.

Esto permitía mejorar el sistema de salud y descomprimir la demanda de prestaciones médicas en entidades públicas, Es decir, que ciertas personas que no podían afrontar el costo del servicio más un impuesto, al ser eliminado el último podían concurrir a entidades privadas en busca de su servicio de salud.

Sin embargo, desde enero de 1999, el Estado vio una posibilidad de recaudación gravando dicho servicios, y los incluyó en el objeto del impuesto, generando de esta forma un mayor gasto en el mantenimiento de la salud pública, debido a que quienes demandan y reciben el servicio encuentran un mayor costo en el acceso a entidades privadas. Produciéndose de esta forma un traslado de sujetos que requieren el servicio desde las entidades privadas a las entidades públicas, con el consiguiente incremento para el Estado del costo de mantener la salud de la población.

Una posible solución radica en incrementar el recupero o gravar las prestaciones de gastos efectuada por los hospitales públicos a personas que poseen tanto obras sociales

como pre-pagas, toda vez que cuando una afiliado obligatorio u optativo se atiende en un hospital público las obras sociales por ejemplo además de verse beneficiadas con una exención en el IVA, el recupero de gastos que dicho hospital público le factura a la obra social es considerablemente menor, a la realizada en iguales condiciones y por las mismas consultas en clínicas o prestadores privados, lo que generaría una clara desigualdad en deterioro del presupuesto nacional y una laguna en el tratamiento de estas situaciones puntuales, toda vez que se estaría realizando una transferencia de recursos desde los hospitales públicos a las obras sociales además de estas estar beneficiadas ya con la exención del tributo.

No siendo el mismo caso para las pre-pagas, toda vez que si bien las mismas se ven beneficiadas con un recupero de gastos claramente inferior para aquellas personas que la poseen y van a un hospital público, lo cierto es que las mismas están gravadas a una alícuota reducida.

Otra posible alternativa puede ser, gravar con una alícuota reducida, al igual que las pre-pagas, a aquellos afiliados obligatorios de obras sociales considerados como pacientes NO CRONICOS, es decir, solo eximir a afiliados oncológicos, con enfermedades infecto-contagiosas como ser HIV-, planes materno-infantil, discapacidad y similares ya que son los que más van a requerir dichos servicios recordando siempre que el fin de las obras sociales es la solidaridad el fin es solidario.

De esta manera podríamos lograr mayor igualdad entre las obras sociales y las pre-pagas, dotando a ambas de la misma alícuota lo que en combinación con un sistema de recupero de gastos más efectivo por parte de los hospitales públicos, mejoraría considerablemente el déficit que hoy poseen las cuentas públicas en materias de salud, lo que a su vez permitiría más recursos para poder destinar a la mejor prestación de los servicios médicos, adquisición

de equipamiento de última tecnología y mejoramiento de infraestructura de los hospitales públicos.

Cabe destacar que como contraposición a lo expuesto en el párrafo precedente que depende de la óptica con que se lo mire también hay que tener presente que el IVA en los servicios de la salud ejerce un gran peso en los prestatarios de los mismos, ya que estos ven incrementado el costo en salud, haciendo en muchos casos imposible afrontar tal gasto, y debiendo recurrir a un sistema público de salud.

Por otro lado, existe un Estado muy poco comprometido como sus obligaciones como tal (proveer un sistema de salud para la población), que por su afán puramente recaudatorio, no ve los inconvenientes de gravar dichos servicios:

- Mayor gasto de salud pública, por existir un aumento cada vez mayor en la demanda de los mismos, por incremento de costos en el sector privado.

- Una desigualdad total, entre demanda y oferta de servicios públicos.

Por otro lado, hay bajos salarios para médicos, enfermeras, etc., integrante del mencionado sistema de salud, que lo tornan más deficitarios aún, ya que a menudo quienes acceden a hospitales públicos, se encuentran con que solo se atienden casos de extrema urgencia, en más de una oportunidad.

Hay que tener presente la gran deficiencia que existe actualmente en el sistema de salud argentino. Por lo que también se puede sugerir a modo de recomendación, que el Estado desgrave totalmente los servicios médicos, lo que conllevaría a un incremento de la oferta de medicina privada, una disminución de sus costos, y por sobre todo cumpliría con su objetivo, el cuál es proveer un sistema de salud igualitaria para todos sus ciudadanos.

La aplicación de las diversas y contrapuestas recomendaciones del presente trabajo dependerá pura y exclusivamente de la finalidad que se persiga por parte del estado en materia de salud, ya que si el fin es estrictamente recaudatorio y se apunta a obtener una

mayor igualdad entre obras sociales y prepagas, como así también a sanear el déficit que existe en las cuentas públicas, las primeras alternativas serian mas apropiadas para lograr lo expuesto, como contrapartida si el fin es descomprimir la salud pública y que exista un traslado progresivo de pacientes a las pre-pagas, lo optimo seria lo mencionado en el párrafo precedente.-

## **Bibliografía**

- Herrera M., Caramelo G. y Picasso S. (2015). Código Civil y Comercial de la Nación Comentado. 1º edición. Ed. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Iacomucci, N. (2004). "El Impuesto al valor agregado en los sistemas de salud". Doctrina Tributaria, Editorial Errepar, Buenos Aires.
- Imirizaldu, J. (2010). "Prestaciones sanitarias, médicas y paramédicas. Su exención en el Impuesto al Valor Agregado" Rev. Doctrina Tributaria Errepar N° 367, Buenos Aires.
- Oklander, J. (2009). "Ley del Impuesto al Valor Agregado Comentada" Ed. La Ley, Buenos Aires.