

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ESTADÍSTICA**

CARRERA DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN TRIBUTACIÓN

El Impuesto al Valor Agregado en el Sistema de Salud Argentino

Autor: María Florencia Habermann

Director: Ana María Grecchi

30 de Diciembre 2019

INTRODUCCIÓN

La temática de este trabajo fue elegida por su importancia para los servicios de salud y todos sus intervinientes. Sin desmerecer la especial importancia que tienen los sistemas de salud para los seres humanos, puesto que estos dependen de los mismos para prevenir, cuidar y curar su salud.

La actividad de asistencia sanitaria, médica y paramédica está alcanzada por el Impuesto al Valor Agregado desde Enero de 1999, se trata de un servicio complejo producto de la pluralidad de prestaciones que se brindan y la gran cantidad de sujetos que interviene. En la actualidad contamos con un sistema mixto en el que coexisten el sector público, las obras sociales, el sistema de medicina prepaga, las mutuales y organizaciones médico-gremiales entre otros.

El objetivo de este trabajo consiste en poder analizar el tratamiento frente al Impuesto al Valor Agregado del sector, teniendo en cuenta que se trata de normas específicas que no son aplicadas en la generalidad de las empresas comerciales, industriales o de servicios y por lo tanto no son tratadas en profundidad.

El trabajo plantea diversos aspectos que componen dicha problemática, enfocada en los siguientes elementos básicos: los sistema de salud; las prestaciones médicas; análisis de la normativa legal; los distintos tratamientos por alícuotas; tratamiento en IVA de los coseguros, el recupero de aportes en el caso de afiliados obligatorio de obras sociales; tratamiento impositivo en los casos de falta de servicio por parte los prestadores; determinación del crédito fiscal; entre otros.

DESARROLLO

Sistemas de Salud.

La OMS¹ define a los Sistemas de Salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud. Los integran todas las personas que actúan en él y todas las medidas que se adoptan. Deben abarcar al conjunto de actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud.

A la existencia de los mismos se debe gran parte del notable aumento en la esperanza de vida durante el siglo XX. Sin embargo todavía hay mucho por mejorar ya que existe una gran diferencia entre lo que los sistemas pueden brindar y la función que desarrollan hoy en día.

Por su parte Tobar² sostiene que el sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población.

Objetivos del Sistema de Salud: la OMS³ establece tres objetivos fundamentales;

- Mejorar la salud de la población a la que sirven, entendiendo al mismo como el objetivo principal;
- Responder a las expectativas de las personas, buscando el respeto a la dignidad de las mismas, su autonomía y la confidencialidad de la información;
- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud, buscando distribuir equitativamente los mismos.

Existen cuatro tipos ideales de Sistemas de Salud:

1. **El Modelo Universalista**, donde el Estado es quien garantiza la salud a través de un acceso universal. La financiación proviene mayoritariamente

¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo, Año 2000, Ginebra, pág. 24.

² Tobar, Federico. "Breve historia de las prestaciones del servicio de salud en la Argentina", Año 2001, pág. 1.

³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo, Año 2000, Ginebra, pág. 9.

de los impuestos de los individuos, si bien existen pagos directos por parte de los usuarios, la financiación además de la organización y gestión del sistema es estatal. Bajo este modelo trabajadores profesionales como no profesionales son considerados empleados públicos. En comparación con los demás modelos, en este caso la función del Estado es como proveedor.

2. **El Modelo de Seguro Social** que implica un seguro del cual los participantes no se pueden substraer, por lo tanto la participación es compulsiva. Este modelo se basa fundamentalmente en el sistema desarrollado en Alemania, caracterizado por un menor protagonismo estatal, donde éste cumple el rol de organismo regulador, posee una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación surge de los aportes y contribuciones tanto de empresarios como de trabajadores. La gestión y la organización son realizadas por entidades que son intermediarias y no gubernamentales y que a su vez contratan a proveedores públicos y privados para llevar adelante las prestaciones.

La cobertura solo se brinda a los aportantes y su grupo familiar. Un ejemplo de aplicación del mismo es el desarrollado por las obras sociales en Argentina.

3. **El Modelo de Seguros Privados** se basa en un servicio privado de intermediación entre usuarios (pacientes) y proveedores (servicios de salud). El Estado interviene solo como regulador, no financia ni presta servicios. Se fundamenta en algunas de las fallas características del mercado de la salud. Actualmente este sistema es el aplicado en EEUU.
4. **El Modelo Asistencialista** el cual sostiene que cada ciudadano debe hacerse responsable por su propia salud, considera que la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de cada individuo, por lo cual el

Estado no cumple funciones de prestación, ni de financiamiento ni de regulación. Solo brinda asistencia con acciones muy limitadas a las personas carenciadas y más vulnerable.

Características del Sistema de Salud actual en Argentina.

Luego de analizar los distintos modelos ideales de salud, puedo señalar que el Sistema de Salud Argentino engloba un mix de todos ellos.

Para poder comprender como llegamos al sistema de salud que tenemos hoy en día debemos revisar cómo fue la evolución del mismo a través de los años.

En una primera etapa la medicina era totalmente independiente del estado, la salud era un problema privado y no público, Tobar⁴ define al modelo de esa época como un estado de policía donde solo se buscaba evitar la propagación de enfermedades y epidemias, pero no se centraba en curar a la población.

Los servicios de atención médica eran prestados por las sociedades de beneficencia cubriendo el financiamiento a través de donaciones y quienes tenían una buena posición económica contaban con un médico de familia cubriendo la prestación de manera particular.

En la década del cuarenta con la primera y segunda presidencia de Perón surge un nuevo Estado, más presente, con un gran crecimiento del sector público, en particular del sector de la salud. Hasta 1943 la salud se encontraba dentro del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior, ese año se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transforma en Ministerio. Pero el acceso no se plantea de forma universal sino regulado por el estado, se busca garantizar la asistencia médica, completa y gratuita al 65% de la población argentina que se consideraba no pudiente y ofrecer servicios a tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor posición económica.

En la década del cincuenta nace y se consolida el sistema de obras sociales bajo un sistema de financiamiento solidario tanto con los gremios profesionales como con los sindicatos de obreros y empleados, aquí es donde comienza la gran fragmentación del sistema que existe hasta el día de hoy, al generarse dos grandes estructuras, cada una buscada alcanzar sus propios objetivos e incurrían en costos operacionales que estaban duplicados. En este mismo momento es cuando el sector público detiene el crecimiento y posteriormente se comienza a

⁴ Tobar, Federico. "Breve historia de las prestaciones del servicio de salud en la Argentina", Año 2001, pág. 5.

deteriorar debido a la gran cantidad de responsabilidades que asume para garantizar el servicio.

Los intentos por parte del estado de disminuir el gasto público repercuten notablemente en el sector de la salud produciéndose un deterioro del mismo, en 1957 los hospitales pasan de la esfera nacional a la provincial pero un año más tarde son devueltos a la nación por la falta de capacidad técnica y financiera de las provincias.

A partir de 1976 con la llegada del gobierno militar prima la idea del estado liberal y comienza el desmantelamiento de los servicios sociales que estaban a cargo del estado quedando en manos de sectores privados entre ellos la salud. De esta manera se consolida la fragmentación del sistema, se genera una descentralización de los servicios debido a que muchos hospitales nacionales pasan a las provincias o municipios, pero sin la correspondiente transferencia de partidas, de esta manera se fortaleció el sector privado debido a la caída que sufrió el sector público que solo se dirige a la población con recursos más bajos, los servicios públicos pasan a ser arancelados, situación que al retorno de la democracia es revertido.

Las décadas de 1960 y 1970 fueron el auge de las obras sociales, producto del pleno empleo, el crecimiento del sindicalismo como expresión política de la clase trabajadora y la sanción de la ley 18.610 de obras sociales.

Los distintos gobiernos que llegaron luego de la vuelta de la democracia no lograron revertir la situación, además en la década de 1980 producto de la caída del empleo, la disminución del salario de los trabajadores y el incremento de los costos por las prestaciones las obras sociales entran en un gran crisis produciéndose la expansión de las empresas de medicina prepaga que si bien a partir de la década de 1950 comienzan a surgir como consecuencia de que los sanatorios privados ante la capacidad ociosa de sus instalaciones comienzan a ofrecer planes de cobertura que fueron mejorando y ampliando con el transcurso del tiempo fue en los `80 cuando cobran protagonismo.

Hasta el día de hoy estamos frente a un sistema fragmentado, heterogéneo y desarticulado. Además de segmentado debido a que existe una ausencia de

articulación de las responsabilidades tanto en la regulación, financiación y previsión entre los distintos niveles de gobierno. Y poco equitativo ya que el servicio recibido depende fundamentalmente del lugar dentro del país en el cual nos encontremos aunque la constitución establezca que todo ciudadano tiene derecho a recibir la misma cobertura básica.

Prestaciones médicas.

Tipo de prestaciones médicas,

Existen diferentes modalidades en que se prestan los servicios médicos, los distintos tipos de prestaciones pueden estar incluidas en:

- **Atención Particular.** En este caso, la atención se realiza en forma directa entre el prestador y el paciente. La actividad es desempeñada en forma independiente, atendiendo a los pacientes en los consultorios propios, a través de visitas domiciliarias o en lugares cedidos por otros prestadores.
- **Obras Sociales.** En las cuales los afiliados a las mismas se dividen en obligatorios y voluntarios.

Afiliados obligatorios: Regulados por la ley 23.660, son los trabajadores en relación de dependencia, los monotributistas que estén obligados a realizar aportes al SUSS, los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales. Debemos incluir dentro de este grupo a los integrantes del grupo familiar primario de dichos afiliados, con excepción de los familiares de los afiliados monotributistas. El grupo familiar primario está compuesto por: a) cónyuge del afiliado titular, b) hijos solteros hasta veintiún años de edad no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, c) los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular, que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, d) hijos incapacitados a cargo del titular mayores de veintiún años, e) hijos del cónyuge, f) menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa y que reúnan los requisitos mencionados, ascendientes o descendientes por consanguineidad del beneficiario titular por los cuales se efectúe un aporte adicional y que se encuentren autorizados expresamente

por la Dirección Nacional de Obras Sociales. También se encuentran dentro de este grupo aquellas personas por las cuales los empleados bajo relación de dependencia han solicitado que se les descuenta un adicional en su recibo de sueldo (que actualmente es del 1,5% de las remuneraciones remunerativas). En este caso si debemos tener en cuenta a los familiares de los monotributistas obligados a aportar al SUSS y por los cuales el titular ha realizado la opción de incorporación y abona por ellos el adicional respectivo.

Afiliados voluntarios: son aquellos individuos que se encuentran fuera del régimen de la Ley 23.660 de Obras Sociales, incluye tanto a afiliados titulares como los integrantes de su grupo familiar que opten libremente por adherirse a este sistema, debiendo pagar una cuota que se determina en función de las prestaciones contratadas.

- **Sistemas de adhesión voluntaria.** Son aquellas personas que no se encuentran afiliadas a ninguna obra social o que estándolo han decidido contratar un seguro de salud independiente con otras entidades. Son considerados afiliados voluntarios a dichas entidades entre las cuales se encuentran empresas de medicina prepaga, asociaciones sin fines de lucro, fundaciones, mutuales o cooperativas.
- **Colegios y Consejos Profesionales y Cajas de Previsión Social para Profesionales.** En este grupo se incluyen a los profesionales matriculados y a su grupo familiar primario que tienen una cobertura de salud brindada por su Colegio o Consejo o por su Caja de Previsión Social. Tributariamente reciben el mismo tratamiento que los afiliados obligatorios a Obras Sociales.
- **Medicina laboral.** La empresa es quien contrata con terceros prestadores, ya sea para realizar controles de salud o para la atención directa de sus empleados. Cabe señalar que la ley 19.587 de higiene y seguridad en el trabajo obliga a las empresas a realizar los exámenes preocupaciones y

periódicos a su personal en función de las tareas que realizan y sus respectivos riesgos, responsabilizando de la realización de los mismos al empleador.

- **Aseguradoras de Riesgo de Trabajo.** Estas entidades están contempladas en la Ley 24.557, también prestan o contratan servicios de salud debido a que brindan un seguro que cubre los riesgos de accidentes o enfermedades laborales.

Las prestaciones médicas y su encuadre impositivo.

En la ley de IVA y su decreto reglamentario hay numerosas normas que tratan la imposición en el sector de la salud. Las mismas se desarrollan a continuación:

Objeto del Impuesto al Valor Agregado:

ARTÍCULO 1 LEY DE IVA— Establece en todo el territorio de la Nación un impuesto que se aplicará sobre:

b) Las obras, locaciones y prestaciones de servicios incluidas en el artículo 3, realizadas en el territorio de la Nación.... Y continúa diciendo... En los casos previstos en el inciso e) del artículo 3, no se consideran realizadas en el territorio de la Nación aquellas prestaciones efectuadas en el país cuya utilización o explotación efectiva se lleve a cabo en el exterior, las que tendrán el tratamiento previsto en el artículo 43.

Diez⁵ sostiene respecto de las prestaciones de servicios que se trata de una clase de operaciones que requieren para la configuración del hecho imponible, la concurrencia de los elementos objetivo y territorial, sin condicionamientos de tipo subjetivo. Sólo estarán sujetas a imposición las operaciones vinculadas al territorio Argentino.

Marchevsky⁶ establece que la obra, locación o prestación debe ejecutarse, desarrollarse o prestarse dentro del ámbito territorial que define la ley o, en su caso, utilizarse o explotarse efectivamente en él, con ausencia del elemento subjetivo.

Excepcionalmente cuando nos referimos a obras sobre inmueble propio la ley claramente nos habla de empresa constructora, en los demás casos de prestaciones de servicio no es necesaria la existencia del elemento subjetivo para la configuración del hecho imponible.

A fin de analizar la gravabilidad de las mismas debemos remitirnos al artículo 3 inciso e) de la ley de Impuesto al Valor Agregado.

⁵ Diez, Humberto. "Impuesto al Valor Agregado", 2° edición, Errepar, Año 1997 pág. 63.

⁶ Marchevsky, Rubén Alberto. "Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral", Errepar, Año 2006, pág. 123.

ARTÍCULO 3 LEY DE IVA — Se encuentran alcanzadas por el impuesto de esta ley las obras, las locaciones y las prestaciones de servicios que se indican a continuación:

e) Las locaciones y prestaciones de servicios que se indican a continuación, en cuanto no estuvieran incluidas en los incisos precedentes:

21. 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....

La ley del Impuesto al Valor Agregado no menciona específicamente a los servicios de salud, sino que lo hace indirectamente en el punto 21 del inciso e) del artículo 3 al hablar de las restantes locaciones o prestaciones de servicios.

Según Diez⁷, la norma simplemente realiza una enunciación ejemplificativa de algunas locaciones y prestaciones comprendidas en la generalización del impuesto, dado que la pretensión del legislador fue incorporar al ámbito de imposición con carácter general a las locaciones y prestaciones definiendo a las mismas con un sentido negativo, pues integran tal concepto todas las transacciones que no configuren en sí una entrega de bienes.

Hasta la entrada en vigencia de la ley 23.871, en diciembre de 1990, el Impuesto al Valor Agregado era un impuesto taxativo en cuanto a la gravabilidad de las obras, locaciones o prestaciones de servicios, es decir que solo se encontraban incluidas dentro de su objeto aquellas prestaciones incluidas en la planilla anexa al artículo 3 de la norma legal, a partir de esta fecha se incorpora el apartado 21) del inciso e) a dicho artículo.

Específicamente la ley en este artículo establece el principio de onerosidad para dichos servicios, por lo tanto aquellos prestados en forma gratuita se encuentran fuera del objeto del gravamen, en consecuencia, los créditos fiscales computados y vinculados con su locación o prestación deberán ser reintegrados.

Además quiero agregar que se hace referencia en el Inciso f) de la norma legal a...*Los servicios técnicos y profesionales (de profesiones universitarias o no),*

⁷ Diez, Humberto. "Impuesto al Valor Agregado", 2° edición, Errepar, Año 1997, pág. 77.

artes, oficios y cualquier tipo de trabajo. Donde abarcaría a todos los prestadores de la salud sean profesionales, técnicos, enfermeros, etc.

Sujeto del Impuesto al Valor Agregado:

ARTÍCULO 4 LEY DE IVA — Son sujetos pasivos del impuesto quienes:

e) Presten servicios gravados.

Respeto de los sujetos pasivos del impuesto, a diferencia de lo que sucede en los casos de venta de cosa mueble en donde se requiere de los aspectos objetivo y subjetivo concomitantemente, para las prestaciones de servicios solo basta que las mismas se realicen a título oneroso, sea en forma directa o como intermediarios, en este último caso a nombre propio.

Marchevsky⁸ afirma que cualquier sujeto que realice prestación de servicio automáticamente se convierte en sujeto pasivo del impuesto, no se requiere que tal condición se adquiera con anterioridad debido a que existe una potencialidad que exime al sujeto de cumplir con determinados requisitos adicionales, debido a que el desarrollo de dichas actividades implica cierta pericia técnica o profesional, esto no ocurre en la realización de venta de cosa mueble. Con excepción como mencione con anterioridad de las obras sobre inmueble propio donde se requieren la existencia de empresa constructora.

Nacimiento del Hecho Imponible:

ARTÍCULO 5 LEY DE IVA — El hecho imponible se perfecciona:

b) En el caso de 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 del precio, el que fuera anterior.

ARTÍCULO 5 ÚLTIMO PARRAFO LEY DE IVA — Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos precedentes, cuando se reciban señas o anticipos que congelen

⁸ Marchevsky, Rubén Alberto, "Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral", Errepar, Año 2006, pág. 210.

precios, el hecho imponible se perfeccionará, respecto del importe recibido, en el momento en que tales señas o anticipos se hagan efectivos.

ARTÍCULO 23 DECRETO REGLAMENTARIO DE IVA —A efectos de lo dispuesto en el inciso b), del artículo 5 de la ley, se considerarán percibidos los importes que se debiten en la cuenta del prestatario, excepto cuando los mismos no signifiquen una real traslación de recursos al prestador, sino que constituyan un mero procedimiento formal requerido por normas de índole legal o judicial, o establecidas por organismos reguladores oficiales, en ejercicio de facultades propias de su competencia.

Con lo cual a menos que finalice la prestación del servicio sin haber percibido importe alguno, en todos los casos en que se produzca la percepción del precio corresponderá imputar ese hecho al periodo fiscal que corresponda.

En los casos en los cuales se obtuvo una percepción parcial del mismo, debemos tener en cuenta que el débito fiscal se genera únicamente por el monto recibido.

ARTÍCULO 21 DECRETO REGLAMENTARIO DE IVA— Cuando por la modalidad de la prestación no se fije expresamente el momento de su finalización -como en el caso de los llamados "servicios continuos"-, se entenderá que la misma tiene cortes resultantes de la existencia de un período base de facturación mensual, considerándose, a los efectos previstos en el inciso b), del artículo 5 de la ley, que el hecho imponible se perfecciona a la finalización de cada mes calendario.

Marchevsky⁹ define a los servicios continuos como ciertas prestaciones cuya característica esencial radica en que no poseen un plazo prefijado de culminación, por el contrario, resultan la exteriorización de una relación que tiende a permanecer en el tiempo.

⁹ Marchevsky, Rubén Alberto." Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral", Errepar, Año 2006, pág. 287.

Dentro de las prestaciones de salud encontramos determinadas prestaciones denominadas servicios continuos tanto de tipo curativo como terapéutico cuya prolongación en el tiempo se encuentra supeditada a aspectos que las convierten, en atemporales como ser cualquier tratamiento médico prolongado como por ejemplo diálisis, tratamientos psiquiátricos o psicológicos, etc.

En los casos en los cuales el precio no pueda fijarse a través de cortes mensuales, el fisco acepta un período de facturación más prolongado a fin de determinar el tributo, así quedó de manifiesto en los dictámenes desarrollados a continuación.

Dictamen (D.A.T.) N° 46/92 establece que en el caso de prestaciones continuas cuando no tienen un plazo determinado de finalización, existen etapas o períodos que surgen de los usos y costumbres de la actividad y que constituyen prestaciones independientes, para ello se consideran, en función de diversos hechos o circunstancias jurídicas por ejemplo el devengamiento o la exigibilidad del precio para cada uno de esos períodos, sin perjuicio de que en los casos en los que se establecieron o se convino otras pautas se las reconozca a los fines de determinar el nacimiento de la obligación.

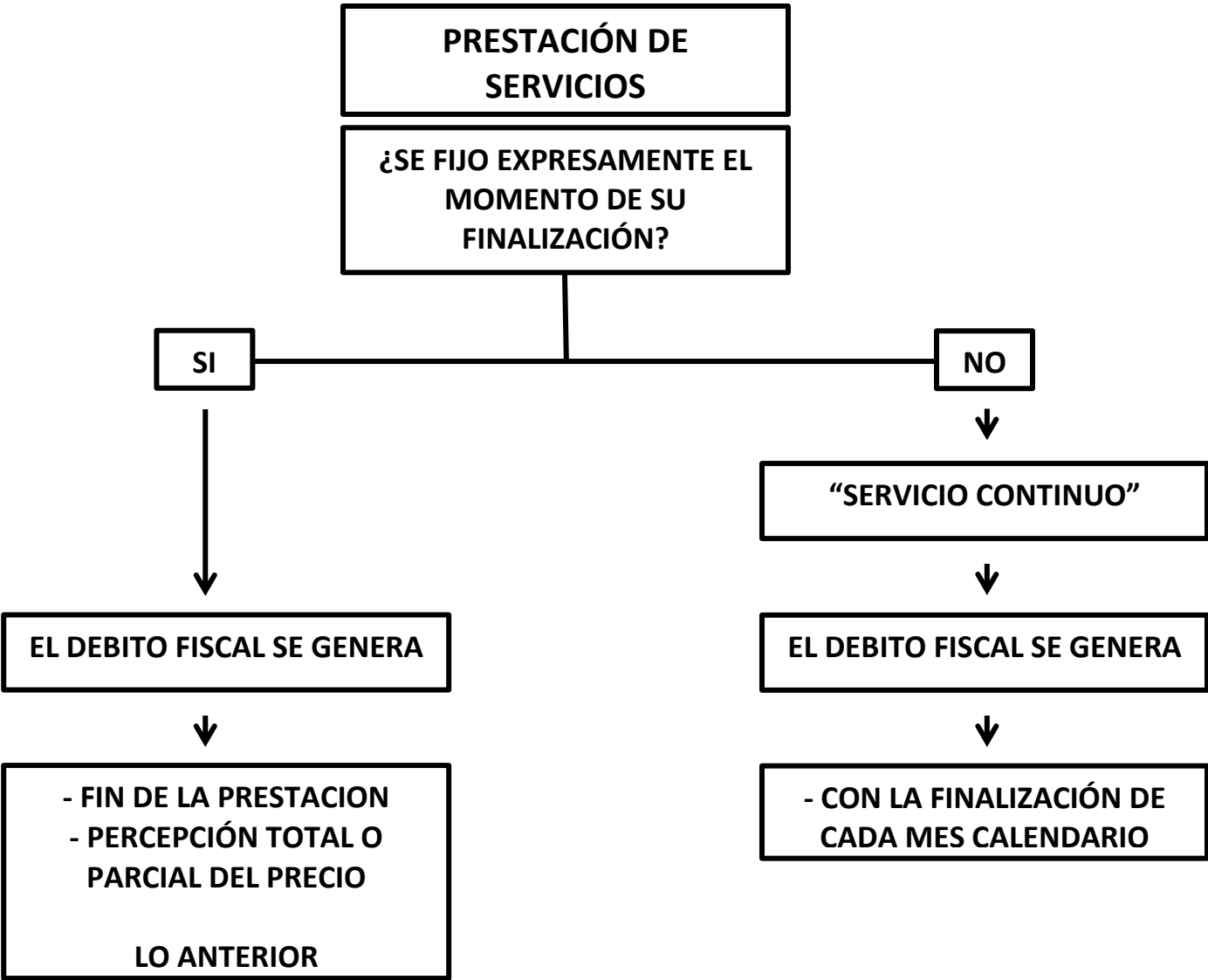
Asimismo en el Dictamen (D.A.T.) N° 39/98, determina que para que resulte procedente la exigibilidad de los cortes mensuales establecidos en el decreto reglamentario es necesario que dicho precio este previsto contractualmente o en los hechos, situación que le permite al prestador emitir el correspondiente comprobante y en consecuencia perfeccionar la operación. Agrega además que en los casos en los cuales el valor de la prestación esté condicionado a la medición de una determinada variable como ser el valor de bienes a determinada fecha, no es posible perfeccionar el hecho imponible en un momento distinto a aquel en el cual la remuneración queda perfectamente cuantificada.

Respecto de los servicios continuos Diez¹⁰ opina que la norma es contradictoria y altera el espíritu de la ley, y por lo tanto es inaplicable. Por un lado debido a que en los casos en los que se ha fijado expresamente el momento de su finalización, no se aplica el decreto, y por lo tanto no existen cortes mensuales para determinar

¹⁰ Diez, Humberto. "Las prestaciones profesionales en el Ámbito Tributario", 1° edición, Editorial de la Universidad de La Plata, La Plata, Año 2013, pág. 49.

la obligación de pago del tributo, es arbitrario que el prestador pueda escaparse del corte mensual por el simple hecho de fijar la terminación del servicio. Además el decreto reglamentario es contradictorio al referirse a los cortes resultantes de la existencia de un período base de facturación mensual y luego no tomar en cuenta a la factura como elemento condicionante del perfeccionamiento, sino a la finalización de cada mes calendario.

Cuadro Resumen



Fuente: Marchevsky; Impuesto al Valor Agregado; Análisis Integral; Errepar.

Exenciones de las prestaciones médicas:

Dentro de la norma existen prestaciones médicas que se encuentran gravadas a la alícuota general, otras que poseen una alícuota diferencial reducida y por último, algunas prestaciones que se encuentran exentas.

Según doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación respecto de las exenciones a las leyes impositivas, las mismas deben resultar de la letra de la ley, de la indudable intención del legislador en cuanto tal o de la necesaria implicancia de la norma que la establezca, misma interpretación se reitera en numerosos pronunciamientos del Máximo Tribunal.

Fallos: Fallo 258:75 “S.A. Puloil”, sentencia del 6 de marzo de 1964; Fallo 262:60 “S.A. A.P. Green Argentina v. Nación Argentina”, sentencia del 21 de junio 1965; Fallo 284:341 “Víctor S. Guzmán v. Dirección General Impositiva”, sentencia del 6 de diciembre de 1972; entre otros.

A su vez en el Fallo 316:1115, “Multicambio S.A.”, sentencia del 1° de junio de 1993, se expresó en el considerando 8°: *“Las disposiciones que estatuyen beneficios de carácter fiscal no deben interpretarse con el alcance más restringido que el texto admita, sino en forma tal que el propósito de la ley se cumpla, lo que equivale a admitir que las exenciones tributarias pueden resultar del indudable propósito de la norma y de su necesaria implicancia”*.

Las exenciones podemos clasificarlas en:

Exención subjetiva: se refiere exclusivamente a personas de existencia física, de existencia ideal o entes que puedan tener existencia a partir de la autonomía del derecho tributario independientemente de los bienes, locaciones o prestaciones que resulten involucrados en los hechos imponibles. Se analizan el Artículo 7, inciso h, apartado 6; primer artículo sin número a continuación del artículo 7 y primer artículo sin número a continuación del artículo 40 del Decreto Reglamentario.

Exención objetiva: recaen exclusivamente sobre bienes, locaciones o prestaciones, sin atender el tipo de sujeto que interviene en el hecho imponible. Se analizan el Artículo 7, inciso h, apartado 7 y Artículo 31 del Decreto Reglamentario.

A continuación, se transcriben las normas en cuestión:

Exenciones de carácter subjetivo:

ARTÍCULO 7 LEY DE IVA — Estarán exentas del impuesto establecido por la presente ley, las ventas, las locaciones indicadas en el inciso c) del artículo 3 y las importaciones definitivas que tengan por objeto las cosas muebles incluidas en este artículo y las locaciones y prestaciones comprendidas en el mismo, que se indican a continuación:

h) Las prestaciones y locaciones comprendidas en el apartado 21 del inciso e) del artículo 3, que se indican a continuación:

6) Los servicios prestados por 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 1997 y modif.), 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 SIN NÚMERO A CONTINUACIÓN DEL ARTÍCULO 7 LEY DE IVA— Respecto de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica y de los espectáculos y reuniones de carácter artístico, científico, cultural, teatral, musical, de canto, de danza, circenses, deportivos y cinematográficos —excepto para los espectáculos comprendidos en el punto 10, del inciso h) del primer párrafo del artículo 7 y para los servicios brindados por las obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales a sus afiliados obligatorios y por los colegios y consejos profesionales y las cajas de previsión social para profesionales, a sus matriculados, afiliados directos y grupos familiares—, no serán de aplicación las exenciones previstas en el punto 6, del inciso h) del primer párrafo del artículo 7, ni las dispuestas por otras leyes nacionales —generales, especiales o estatutarias—, decretos o cualquier otra norma de inferior jerarquía, que incluya taxativa o genéricamente al impuesto de esta ley, excepto las otorgadas en virtud de regímenes de promoción económica,

tanto sectoriales como regionales y a las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones y aseguradoras de riesgo del 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.

Sin perjuicio de las previsiones del primer párrafo de este artículo, en ningún caso serán de aplicación respecto del impuesto de esta ley las exenciones genéricas de impuestos, en cuanto no lo incluyan taxativamente.

La limitación establecida en el párrafo anterior no será de aplicación cuando la exención referida a todo impuesto nacional se encuentre prevista en leyes vigentes a la fecha de entrada en vigencia de la ley por la que se incorpora dicho párrafo, incluida la dispuesta por el artículo 3º, inciso d) de la Ley 16.656, que fuera incorporada como inciso s) del artículo 19 de la Ley 11.682 (t.o. en 1972 y sus modificaciones).

ARTÍCULO SIN NÚMERO A CONTINUACIÓN DEL ARTÍCULO 40 DECRETO REGLAMENTARIO DE IVA — Lo dispuesto en el último párrafo del artículo incorporado a continuación del artículo 7 de la ley, no será de aplicación cuando los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, resulten comprendidos en las cuotas o aportes obligatorios efectuados a las Cajas de Previsión y Seguridad Social Provinciales para Profesionales.

La Ley 25.063 (B.O 07/12/1998) a través de su Artículo 1 inciso e.6) incorpora el artículo sin número a continuación del artículo 7 de la Ley de Impuesto al Valor Agregado, con efecto para los hechos imponible que se configuren a partir del 1º de Enero de 1999. Sin embargo, a partir de la modificación que introduce la Ley 25.920 (B.O 09/09/2004), es que nos encontramos con el artículo actual, dicha modificación incorporo los últimos dos párrafos.

Antes de la incorporación del artículo en cuestión los servicios prestados por instituciones, entidades y asociaciones y empresas de medicina prepaga creadas bajo la forma de asociaciones, fundaciones y entidades mutuales se encontraban exentas en la medida en que tales servicios se relacionaran en forma directa con sus fines específicos. De esta manera la ley elimina la exención subjetiva que han adquirido determinadas entidades siempre que las mismas presten servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, o que cobren cuotas a efectos de brindar un seguro de salud, subsistiendo solamente las previstas en forma específica.

Por lo tanto, según la norma legal solo estarán exentas las prestaciones efectuadas por Colegios y Consejos Profesionales, las Cajas de Previsión Social para profesionales y obras sociales, creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales.

El artículo sin número incorporado a continuación del artículo 7 además centraliza la exención de los servicios médicos solo a los adherentes obligatorios de obras sociales y los integrantes de su grupo familiar y tratándose de colegios y consejos profesionales y las cajas de previsión social para profesionales, a sus matriculados, afiliados directos y grupos familiares.

Cabe aclarar que las entidades incluidas en el punto 6) del inciso h) del artículo 7 de la ley, únicamente deben gravar en el IVA la proporción de las cuotas que cobren a sus afiliados y que tengan relación con los servicios de medicina. *Marchevsky*¹¹ agrega que en los casos en los cuales no fuera posible individualizar la proporción, toda la cuota quedaría alcanzada por el gravamen.

Mutuales:

A raíz de las modificaciones incorporadas por la ley 25.920 surgieron distintos criterios de interpretación acerca de las exenciones por leyes especiales.

Una primera interpretación sostiene que quienes gozan de leyes especiales con exención de IVA recibirán el pleno efecto de la exención sobre todo hecho susceptible de imposición salvo los mencionados en el primer párrafo, debido a

¹¹ *Marchevsky*, Rubén Alberto. "Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral", Errepar, Año 2006, pág. 879.

que el último párrafo remite al anterior que tiene esta salvedad. Con lo cual la exención no alcanzaría a aquellos casos en los cuales la ley de IVA legisle hechos imponibles específicos como en el primer párrafo del artículo incorporado a continuación del artículo 7.

Una segunda interpretación establece que quienes gozan de leyes especiales con exención de IVA recibirán el pleno efecto de la exención sobre todo hecho susceptible de imposición, incluso los mencionados en el primer párrafo ya que el último párrafo, si bien remite al anterior, lo hace solo con referencia a las limitaciones allí dispuestas. Esa limitación se vincula con la posibilidad de hacer prevalecer las exenciones genéricas por sobre las de IVA, pero no hace mención a que ello debe concretarse sin perjuicio de las previsiones del primer párrafo como si lo menciona expresamente el tercero.

Y una tercera interpretación sostiene que quienes gozan de leyes especiales con exención de IVA recibirán el pleno efecto de la exención sobre todo hecho susceptible de imposición excepto:

- a) los mencionados en el primer párrafo, ya que el último remite al anterior y tiene esta salvedad y
- b) todos los hechos no previstos en el punto 21 del inciso e) del artículo 3 que es la limitación de la propia norma de exención de la Ley de IVA.

Esto debido a que al haberse limitado hacia el futuro las exenciones no taxativas, era necesario dejar en claro la vigencia de las existentes, pero de ninguna manera se pretendió extender la exención más allá de lo que la propia Ley de IVA tiene previsto.

Marchevsky¹² coincide con esta última interpretación de la norma y agrega que respecto al copete del inciso h) del artículo 7 que remite las exenciones allí enumeradas solo a las locaciones y prestaciones del artículo 21 del inciso e) del artículo 3, sostiene que la operatividad es restrictiva y que las modificaciones incorporadas por la ley 25.920 no modifican el entendimiento.

El fisco en respuesta a una consulta de la Comisión de Enlace del Consejo Profesional de Ciencias Económicas con la AFIP (Acta reunión 27/07/2005) acerca

¹² Marchevsky, Rubén Alberto. "Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral", Errepar, Año 2006, pág. 357.

de *¿cuál es el tratamiento que corresponde aplicar en el tributo a las prestaciones médicas realizadas por las entidades mutuales? ¿Si corresponde considerarlas como gravadas o exentas?* La respuesta del fisco fue que... *“las operaciones incluidas en el artículo 7.1 de la ley, en el caso planteado de prestaciones médicas por parte de entidades mutuales, continúan gravadas por el IVA al no resultar afectadas por la ley 25.920.”*

Sin embargo, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en un fallo unánime del 14 de abril de 2015 en la causa de la Asociación Mutual Sancor contra AFIP dispuso que las mutuales, cualquiera sea su objeto, quedan exentas en IVA.

El máximo tribunal concluyó que, encontrándose una mutual debidamente constituida e inscripta, cualquiera fuere su objeto, conforme lo establece el artículo 29 de la Ley 20.321, queda exenta del Impuesto al Valor Agregado.

Entre las conclusiones del fallo, los letrados destacan en el punto 19 *“Que, en tales condiciones, toda vez que la ley 25.920 dispuso la aplicabilidad de las exenciones establecidas en las leyes entonces vigentes -como lo es la prevista en el art. 29 de la ley 20.321 y no efectúa distingos en razón de la actividad, corresponde concluir que la exención establecida por el citado art. 29 para las asociaciones mutuales alcanza también al IVA en los servicios de salud que prestan tales entidades.”*

ARTÍCULO 29 LEY ORGANICA PARA LAS ASOCIACIONES MUTUALES — Las asociaciones mutualistas constituidas de acuerdo a las exigencias de la presente ley quedan exentas en el orden nacional, en el de la Municipalidad de la Capital Federal y en el Territorio Nacional de Tierra de Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, de todo impuesto, tasa o contribución de mejoras, en relación a sus bienes y por sus actos. Queda entendido que este beneficio alcanza a todos los inmuebles que tengan las asociaciones, y cuando de éstos se obtengan rentas, condicionado a que las mismas ingresen al fondo social para ser invertidas en la atención de los fines sociales determinados en los respectivos estatutos de cada asociación. Asimismo, quedan exentos del Impuesto a los Réditos los intereses

originados por los depósitos efectuados en instituciones mutualistas por sus asociados.

Quedan también liberadas de derechos aduaneros por importación de aparatos, instrumental, drogas y específicos cuando los mismo sean pedidos por las asociaciones mutualistas y destinados a la prestación de sus servicios sociales.

El Gobierno Nacional gestionará de los Gobiernos Provinciales la adhesión de las exenciones determinadas en el presente artículo

De esta manera se concluye que independientemente de la actividad que desarrollen, las entidades mutuales están exentas en el Impuesto al Valor Agregado en virtud del artículo 29 de la Ley de Mutuales número 20.321.

Exenciones de carácter objetivo:

ARTÍCULO 7 LEY DE IVA — Estarán exentas del impuesto establecido por la presente ley, las ventas, las locaciones indicadas en el inciso c) del artículo 3 y las importaciones definitivas que tengan por objeto las cosas muebles incluidas en este artículo y las locaciones y prestaciones comprendidas en el mismo, que se indican a continuación:

h) Las prestaciones y locaciones comprendidas en el apartado 21 del inciso e) del artículo 3, que se indican a continuación:

7) Los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica:

- a) de hospitalización en clínicas, sanatorios y establecimientos similares;*
- b) las prestaciones accesorias a la hospitalización;*
- c) los servicios prestados por lo 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.*

La exención se limita exclusivamente a los importes que deban abonar a los prestadores los colegios y consejos profesionales, las 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 servicios deban efectuar los beneficiarios.

La exención dispuesta precedentemente no será de aplicación en la medida en que los beneficiarios de la prestación no fueran 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 a un régimen similar a los sistemas de medicina prepaga, en cuyo caso será de aplicación el tratamiento dispuesto para estas últimas.

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

ARTÍCULO 31 DECRETO REGLAMENTARIO DE IVA— La exención de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, dispuesta en el punto 7, inciso h), del primer párrafo del artículo 7 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.

A los efectos de la exclusión prevista en el tercer párrafo de la norma legal citada precedentemente, no se considerarán adherentes voluntarios:

a) *El grupo familiar primario del afiliado obligatorio, incluidos los padres e hijos mayores de edad, en este último caso hasta el límite y en las condiciones que establezcan las respectivas obras sociales.*

b) Quienes estén afiliados a una obra social distinta a aquella que les corresponde por su actividad, en función del régimen normativo de libre elección de las mismas.

Asimismo, a los fines previstos en el último párrafo de la referida norma legal, se considerarán comprendidos en la exención a 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 suministrarse a beneficiarios, que no revistan la calidad de adherentes voluntarios, de obras sociales que hayan celebrado convenios asistenciales con las misma.

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

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—, sólo en forma parcial, cualquiera sea el porcentaje de la cobertura, incluidos los suplementos originados en la adhesión a planes de cobertura 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 formen parte inescindible de la prestación principal comprendida en el beneficio.

En cuanto al pago por falta de servicios a que hace referencia la norma exentiva, sólo 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 correspondiente que avale tal contingencia.

En este caso estamos frente a una exención objetiva, con limitaciones de carácter subjetivo y condiciones de tipo formal, la ley realiza una enumeración no taxativa de aquello considerado como servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, comprendiendo de esta manera a todas aquellas labores tendientes a la efectiva atención del paciente.

La opinión del fisco respecto al alcance de la exención consta en el Dictamen (DAT) 134/94, el cual determina que *"...no toda prestación relacionada con la medicina puede encuadrarse en la exención comentada, habida cuenta que la intención de la norma es apartar de la tributación las labores tendientes a la efectiva atención médica de los pacientes con miras a su curación, prevención y restablecimiento y a aquellos servicios que, sin tener vinculación directa con la medicina, complementen y asistan al servicio principal -verbigracia transporte de enfermos, técnicos auxiliares de la medicina, etc."*

Respecto al inciso e) cuando hace referencia a los servicios que presten los técnicos auxiliares de la medicina, la Ley 17.132 sancionada 24 de enero de 1967 regula el ejercicio de la medicina, odontología, y actividades de colaboración de ella, en su artículo 42 se encuentran enumerados aquellos que la misma considera actividades de colaboración, entre ellos podemos encontrar enfermeras, obstétricas, instrumentistas, técnicos ópticos, radiólogos, etc.

Por último, respecto de las limitaciones de carácter subjetivo la norma legal establece que el importe facturado solo estará exento en la medida que sean abonados por los Colegios y Consejos Profesionales, las Cajas de Previsión Social para profesionales y las Obras Sociales creadas o reconocidas por normas legales tanto nacionales como provinciales por prestaciones que realicen los prestadores a los afiliados obligatorios, no así cuando se trata de afiliados voluntarios cuyo tratamiento será idéntico al de las empresas de medicina prepaga.

Sobre esto último Fenochietto¹³ manifiesta que se trata de una decisión razonable ya que algunas obras sociales actúan como verdaderas intermediarias entre los pacientes y las entidades de medicina prepaga, compitiendo con ellas.

De esta manera, si se grava la actividad desarrollada por las entidades de medicina privada, también deben gravarse la actividad de las obras sociales que compiten con ellas.

Prestaciones Indirectas:

La ley cuando nombra a los prestadores, determina que la exención alcanza no solo a los servicios brindados por un prestador contratado de manera directa sino también a aquellos terceros intervinientes contratados en forma indirecta, ya sea por dichos prestadores o directamente por los pacientes afiliados obligatorios.

Los terceros intervinientes son aquellos prestadores que intervienen en el proceso de atención del paciente en un sentido amplio, sin importar el nivel de subcontratación de que se trate.

Previo a la sanción del decreto 1.920/91 (BO: 23/9/1991), no existía consenso doctrinario respecto de los importes que deban abonar a los prestadores, si ello alcanzaba sólo a los que tenían la calidad de directos o involucraba también a los considerados como indirectos.

El dictamen (DAT) 26/91 aclaró que...” *la exención alcanzaba a los montos que las obras sociales y las organizaciones de medicina prepaga abonen a los prestadores, ya sea en forma directa o bien a través de entidades Intermedias representativas de los profesionales o establecimientos asistenciales*”.

Luego al sancionarse el decreto reglamentario, a través del artículo 31 queda de manifiesto que al referirse genéricamente a terceros intervinientes, la exención alcanza a todos ellos, sean prestadores indirectos de primero, segundo o cualquier otro grado.

En este caso para que las prestaciones que brinden los terceros intervinientes subcontratados se encuentren exentas, el prestador original, es decir, aquel que

¹³ Fenochietto, Ricardo. “Impuesto al Valor Agregado. Análisis económico, técnico y jurídico”, Editorial La Ley, Buenos Aires, Año 2001, pág. 444.

ha sido contratado en forma directa, deberá emitir una constancia en la cual certifique que los servicios brindados están amparados por la exención. 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 de la exención. Esta constancia, globalizada, sería el soporte documental a partir del cual el prestador indirecto considerará exenta la prestación.

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

No obstante todo lo antes mencionado el fisco a través del Dictamen (DAT) 56/99 responde una consulta realizada a la asesoría técnica acerca del tratamiento a otorgar a los honorarios percibidos por prestaciones de anestesiología efectuadas a pacientes que se atienden a través de obras sociales, en este caso el monto es percibido por el titular del servicio. Quien recibe las liquidaciones del sanatorio para el cual se desempeña, obteniendo un detalle de las cobranzas de cada afiliado con indicación de la obra social a la cual está adherido y facturando a la institución el importe pertinente.

Luego, la suma es distribuida entre los médicos que integran su equipo de trabajo, quienes emiten los comprobantes correspondientes de acuerdo con las normas legales.

En este caso el fisco interpreta que la exención está restringida a los importes que deban abonar las obras sociales a los profesionales o entidades asistenciales que contraten, aclarando que la reglamentación extendió dicho tratamiento a los terceros que intervengan y que sean subcontratados por los citados sujetos o entidades.

Por lo cual la exención alcanzaría tanto a las sumas que la obra social abone al sanatorio por la atención de sus afiliados obligatorios, como así también a las que por esos conceptos se participe al titular del servicio de anestesiología, pero los honorarios que este último pague a los anestesistas que llevan a cabo la

prestación no quedan incluidos en la misma, debiendo considerarse locaciones de servicios gravadas por el impuesto al valor agregado.

Marchevsky¹⁴ no comparte dicha interpretación considerando que desvirtúa completamente la intención de la franquicia, el reglamento sólo asume una modalidad simple de derivación y en función de ella efectúa la mención sobre el destinatario de la facturación, no pudiendo prever en la norma todas las complejas modalidades de contratación y subcontratación propias de la actividad. Y sostiene que...*Al referirse genéricamente a 'terceros intervinientes', alcanza a todos ellos, sean prestadores indirectos de primero, segundo o cualquier otro grado.*

Servicio desarrollado por técnicos ópticos.

Respecto de los técnicos Ópticos el fisco se pronunció a través del Dictamen (DAT) 134/94, en el no solo define el alcance de la exención del artículo 7, inciso h) punto 7, ya transcrito más arriba, sino que continua diciendo respecto de la actividad que *... "no tiene por objeto la realización de prestaciones sanitarias directas al paciente afectado por alguna dolencia ocular ni la asunción del riesgo médico que la misma implica, puesto que aquella consiste en la elaboración de un producto de acuerdo con especificaciones indicadas por el oftalmólogo, quien en definitiva lleva a cabo el servicio exento del gravamen y asume la efectiva responsabilidad que deriva de ese ejercicio profesional."*

Misma conclusión surge del Dictamen (DAT) 47/00 y además establece que *... "independientemente del nivel profesional y la responsabilidad que implique la tarea que realizan los técnicos oftalmólogos, a los efectos tributarios que tratamos, su tarea no puede identificarse con los servicios contemplados en el mencionado apartado 7, precisamente porque no constituye una prestación de servicios encuadrable en el artículo 3, inciso e), punto 21 de la ley, sino que configura una elaboración de bien mueble por encargo de tercero, encuadrable en el artículo 3, inciso c) y cuyo tratamiento se determina en función del que corresponda al bien mueble que constituya su objeto."*

¹⁴ MARCHEVSKY, Rubén Alberto, Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral, Errepar. 2006 pag 882

De esta manera el fisco sostuvo que la actividad del técnico óptico no estaba alcanzada por la exención, por el contrario, se trataba de una actividad que tiene por objeto la elaboración de bienes, por encargo o no de un tercero, inciso c) del artículo 3.

Marchevsky¹⁵ sostiene que en el caso particular de armazones, lentes y etc., los mismos deberían tributar hasta llegar al técnico óptico, a partir de allí corresponden a un prestación exenta que es la adaptación del medio óptico a la prescripción médica que realiza el oftalmólogo y que la cosa mueble que se entrega al paciente es el soporte de su prestación. No existe forma de que el óptico preste su servicio, manifiestamente exento si no es a través de la entrega del soporte material que en este caso es el lente.

La justicia en varios fallos estableció la exención de la actividad de los ópticos. Así quedó de manifiesto en los fallos Roberto e Ivo Lencioni S.C. (Tribunal Fiscal de la Nación, Sala B, 1/11/2002), Campos, Diego R. (Tribunal Fiscal de la Nación, Sala C, 22/9/2005), Laboratorio Pfortner Cornealent S.A.C.I.F. (Tribunal Fiscal de la Nación, Sala A, 12/3/2007) y Roberto e Ivon Lencioni S.C. (Cámara Nacional Contencioso Administrativo Federal, Sala II, 27/3/2007), entre otros-, en los mismos los magistrados sostuvieron que la actividad en cuestión se halla exenta en el impuesto al valor agregado en función de lo normado por el artículo 7°, inciso h), apartado 7 de la ley del tributo.

Luego tenemos la sentencia de la CSJN en el caso "Lutz Ferrando SRL", 12/05/2009, donde el fallo establece... *"Que el Artículo 7°, inc. h, punto 7, ap. e) de la ley de IVA exime del impuesto a los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica prestados por técnicos auxiliares de la medicina. A los fines de determinar si la actividad desarrollada por la actora se encuentra comprendida en esa norma, resulta adecuado el criterio empleado por los tribunales de las anteriores instancias, en cuanto acudieron para ello a las disposiciones de la Ley N° 17.132, que estableció el régimen legal del ejercicio "de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas" (Artículo 1), cuyo Título VII se refiere específicamente a los "colaboradores", y en su Artículo 42 establece*

¹⁵ Marchevsky, Rubén Alberto. "Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral, Errepar. Año 2006, pág. 870.

que se consideran actividades de colaboración de la medicina y odontología la que ejercen -entre otros- los "ópticos técnicos".

Continúa diciendo..."Que la evidente finalidad de la norma que estableció la exención es dispensar del gravamen a las actividades técnicas que coadyuvan con la medicina, y al respecto, la circunstancia de que la ley que regula el ejercicio de ésta incluya a la desarrollada por los técnicos ópticos como de colaboración con la medicina es un elemento decisivo para considerar comprendida en aquella norma a la actividad efectuada por la actora. En tal inteligencia, carece de toda relevancia a los fines de decidir la presente causa la distinción en la que pone el acento el representante del Fisco Nacional, aduciendo que la norma exentiva se refiere a técnicos "auxiliares" de la medicina, en tanto que la Ley N° 17.132 califica a los técnicos ópticos como "colaboradores" de ella, pues más allá de esa cuestión terminológica, no hay dudas en que -como con acierto lo puntualizó el Tribunal Fiscal en su sentencia- se trata de expresiones que conllevan "la idea común en uno y otro caso de una asistencia o ayuda a la actividad principal del ejercicio de la medicina".

De esta manera, la CSJN desestima los argumentos esgrimidos por el Fisco por considerar que los mismos pretenden establecer restricciones a la exención establecida por el citado Artículo 7 y confirma la sentencia apelada que consideró que la cobertura óptica oftalmológica prestada mediante la provisión de elementos correctivos -anteojos, lentes de contacto y prótesis- se encuentra exenta del tributo.

Con posterioridad a este fallo el fisco en los Dictámenes (DAT) 23/2010 y 34/2011, citando a lo establecido por la CSJN concluyen que la actividad consistente en la venta de anteojos recetados se encuentra exenta del Impuesto al Valor Agregado de acuerdo a lo normado en el Artículo 7, inciso h), punto 7, apartado e) de la ley.

Venta y alquiler de material de ortopedia.

Misma línea aplico el fisco al momento de analizar la venta y alquiler de material de ortopedia, rehabilitación e implantes quirúrgicos. El Dictamen (DAT) 64/99 determina...”*en el sentido de que debe concurrir un técnico ortopedista y realizar sucesivas pruebas al paciente a efectos de la construcción de piezas anatómicas, se interpreta que la tarea realizada –no obstante la intervención del aludido técnico atento a las particulares características del “producto” que debe responder a las necesidades de cada paciente- consiste en una locación que comprende la elaboración de productos por encargo de un tercero -gravada en los términos del artículo 3 Inciso c) de la ley-, destacándose que las especificaciones para elaborar las mencionadas piezas anatómicas son indicadas por un médico, quien es el que brinda el servicio exento del gravamen y asume la efectiva responsabilidad que deriva del ejercicio profesional.”*

Luego con posterioridad al fallo de la CSJN en el caso “Lutz Ferrando SRL”, 12/05/2009 que desarrolle hace un momento, el fisco en el dictamen (DAT) 36/2010 , que surge en respuesta a una consulta vinculante acerca de la prestación de servicio de asesoramiento técnico y provisión de prótesis y del equipamiento específico para el desarrollo de la cirugía junto con el asesoramiento técnico vinculado al alquiler del equipamiento , establece...*en lo que respecta a la provisión de prótesis y al servicio de asesoramiento técnico relacionado con dicha provisión,..., se concluye que la referida provisión así como el servicio de asesoramiento técnico vinculado a ella se encuentran exentos del impuesto al valor agregado, de acuerdo a lo normado por el Artículo 7°, inciso h), punto 7, apartado e) de la ley del gravamen.*

Sin perjuicio de ello, se mantiene el temperamento adoptado con relación a la provisión del equipamiento específico para el desarrollo de las cirugías -torre de laparoscopia, arco en C móvil-, en el sentido de que la misma constituye una locación de cosa mueble comprendida en el Artículo 3°, inciso e), punto 7 de la ley del tributo.

Asimismo, con respecto al servicio de asesoramiento específico vinculado al alquiler del referido equipamiento, corresponde reiterar que si bien reviste el

carácter de un servicio técnico comprendido en el citado Artículo 3º, inciso e), punto 21, el mismo constituye una actividad accesoria de dicho alquiler, por lo que tampoco le resulta aplicable el beneficio de que se trata.

Luego tenemos el Dictamen (DAT) 36/2012, el mismo surge de una consulta vinculante acerca de la gravabilidad de la actividad de provisión de prótesis para reemplazos articulares y el asesoramiento técnico vinculado a ello que es llevado a cabo por instrumentadores quirúrgicos que concurren el día de la cirugía. En él el fisco determina... *“tanto la provisión de prótesis para reemplazos articulares, así como el servicio de asesoramiento técnico vinculado a ella se encuentran exentos del impuesto al valor agregado, de acuerdo a lo normado por el Artículo 7º, inciso h), punto 7, apartado e) de la ley del gravamen, por hallarse entre las actividades de colaboración de la medicina y odontología contempladas en el Artículo 42 de la Ley N° 17.132. Ello, con la salvedad de que la exención sólo alcanza a los importes que las entidades mencionadas en su segundo párrafo abonen a los prestadores por los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica detallados por el artículo en cuestión, en la medida en que los beneficiarios de la prestación fueren matriculados o afiliados directos -en el caso de servicios organizados por Colegios y Consejos Profesionales y Cajas de Previsión Social para Profesionales-, o bien sean adherentes obligatorios a las obras sociales.*

Colocación de prótesis odontológicas:

Para este análisis nos remitimos al Dictamen (DAT) 105/96, el mismo hace referencia al tratamiento en el impuesto al valor agregado a pacientes asociados a una empresa de medicina prepaga, la cual cubre las consultas, extracciones, arreglos de caries y tratamiento de conductos, no así las prótesis tales como: piezas dentarias postizas, coronas y pernos.

El Dictamen es muy claro en cuanto a la procedencia de la exención al determinar que...”*estando los servicios médico-odontológicos comprendidos en forma genérica en la franquicia de marras,(artículo7, inciso h) punto 7), los referidos a diseño, adaptación o colocación de piezas dentarias, pernos, etc.,*

constituyen una modalidad de aquéllos, pues su realización exige que el trabajo lo concrete el respectivo profesional, por lo que las cosas muebles necesarias para ese cometido deberán considerarse parte integrante del servicio médico. En tales condiciones parece razonable interpretar que las piezas que se aplican a ese objetivo médico no son separables del servicio odontológico que implica su colocación, habida cuenta que ese tratamiento médico que se suministra al paciente está destinado a restituir la función que cumplen las piezas dentarias y ello no sería posible sin la concurrencia de éstas y de aquel tratamiento.

En consecuencia, se arriba a que si las prestaciones sanitarias odontológicas de diseño, adaptación o colocación de las prótesis, pernos, coronas, etc. están cubiertas por el sistema de medicina prepaga, el precio adicional que debe pagar el asociado a la entidad asistencial por las citadas prótesis, se considera parte integrante de la prestación médica aludida y por lo tanto exceptuado de tributación, siempre que la prestadora adquiera a terceros los mencionados elementos.

En este caso, es el propio prestador, el odontólogo, quien incorpora el bien a la prestación, es en este contexto que los mismos se consideran alcanzados por la exención, al tratarse de bienes inescindibles de la prestación principal. Tanto en el caso de los técnicos ópticos como el de los técnicos ortopedistas, se trata de terceros que proveen bienes para la atención del paciente.

Coseguro y el tratamiento en el IVA:

Como ya vimos el artículo 31 del decreto reglamentario define lo que la norma legal considera coseguro, en ella establece que...”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—, sólo en forma parcial, cualquiera sea el porcentaje de la cobertura, incluidos los suplementos originados en la adhesión a planes de cobertura 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 formen parte inescindible de la prestación principal comprendida en el beneficio.

De esta manera a modo de resumen podemos señalar que el coseguro engloba:

- El pago complementario que efectúa el beneficiario cuando se encuentra cubierto parcialmente.
- El pago diferencial, ya sea que lo realice el propio afiliado o esté a cargo de su empleador, por la adhesión a planes de cobertura mayores al que le corresponde según sus ingresos.
- El pago de bienes o servicios sin cobertura pero que forman parte inescindible de la prestación principal exenta.

Marchevsky¹⁶ sostiene que el coseguro era una figura propia de la operatoria de las obras sociales, pero 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 relacionadas con Colegios, Consejos o Cajas.

En principio la norma requiere que para que exista exención se necesita que exista cobertura, por más mínima que sea, salvo cuando se refiere al pago por bienes y servicios sin cobertura, en ese caso deben ser inescindible de la principal.

El dictamen (DAT) 46/01 trae a colación el dictamen ya desarrollado sobre técnicos ópticos, número 105/96 y sobre esto aclara respecto de las prestaciones escindibles que... *“la norma reglamentaria que extiende la franquicia al importe que se abone por bienes no cubiertos, pero que formen parte inescindible de la prestación principal exenta, apunta a los supuestos en que ésta requiere para su desarrollo de la concurrencia de una cosa mueble”.*

Por lo tanto la prestación médica principal está dada por la acción tendiente a lograr el restablecimiento del paciente, de esta manera, todos los bienes y

¹⁶ Marchevsky, Rubén Alberto. “Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral”, Errepar, Año 2006, pág. 885.

servicios que tengan calidad accesoria a la principal gozarán del mismo tratamiento que éste.

Sin embargo existe una condición para que proceda la exención y es que la circunstancia por la que ocurre ese pago directo, es decir la existencia de coseguro, conste en el comprobante que emite el prestador del servicio, ya sea en la factura o documento equivalente.

Tratamiento impositivo en los casos de falta de servicio por parte los prestadores.

Marchevsky¹⁷ opina que 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.

Cuando se trata de pagos directos que son abonados por los afiliados debido a la falta de servicios, siempre que se trata de adherentes obligatorios, la exención procederá en la medida en que se trate de una prestación que, estando cubierta por el sistema, por razones circunstanciales no es brindada por el mismo.

Dichas circunstancias deben constar en los respectivos comprobantes, es decir que al momento de emitir la factura correspondiente a los honorarios se deje constancia en la misma. Además, es requisito necesario que el prestador cuente con la constancia que acredite la contingencia planteada, cumple tal requerimiento legal la comunicación fehaciente del prestador a la obra social de la suspensión de la prestación.

¹⁷ Marchevsky, Rubén Alberto. “Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral”, Errepar, Año 2006, pág. 887.

Tratamiento del pago diferencial que abonan los afiliados por la adhesión a planes de cobertura mayores al que le corresponde según sus ingresos.

Como ya mencione antes al momento de analizar la evolución que tuvo el sistema de salud a lo largo de los años, las empresas de medicina prepaga fueron creciendo con el transcurso de los años en detrimento de la Obras Sociales que se encuentran hace tiempo atravesando situaciones financieras que dificultan poder cumplir correctamente con las prestaciones médicas correspondientes, esto como consecuencia de las sucesivas crisis económicas que hemos atravesado y que han generado un aumento del índice de desempleo y por lo tanto una reducción en la recaudación por disminuir la cantidad de aportantes al sistema, sin perjuicio del constante aumento generado en los costos de las prestaciones e insumos y que no logra compensarse con la recaudación.

El Decreto 9/93 habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social Sindical distinta a la que le correspondería pertenecer de acuerdo a la actividad económica que desarrolla. De esta manera surge lo que hoy conocemos como “Convenio de Triangulación” en el cual las Obras Sociales han celebrado con distintas empresas de medicina privada contratos de prestación de servicios por intermedio de los cuales las prepagas se comprometen a atender a los afiliados obligatorios a cambio de una cápita o de un porcentaje de aportes y contribuciones.

En dichos convenios se pacta que las obras sociales retengan un porcentaje del total cobrado o bien un valor fijo por cada beneficiario a efectos de financiar su operatoria, y el resto le es transferido a las prepagas. Esta suma transferida recibe el nombre de “recupero de aporte”.

Esto generó beneficios para ambas partes, por un lado las Obras sociales disminuyen parcial o totalmente el riesgo y por el otro lado las empresas de medicina prepaga ven incrementar su cartera de beneficiarios. Esto compensó en parte la crisis que se generó en el año 1995 donde se les exigió a las Obras Sociales brindar ciertas prestaciones mínimas y en 1996, con la creación del Programa Médico Obligatorio (PMO) a través del Decreto 492/95, fueron obligadas a cumplir con el mismo. Poco tiempo después, esta obligatoriedad también rigió para las empresas de medicina prepaga.

El PMO (Programa médico obligatorio) es el régimen obligatorio mínimo de asistencia en prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico que las obras sociales deben asegurar a sus beneficiarios, ya sea mediante servicios propios o a través de terceros contratados. Este régimen no admite períodos de carencia, coseguros ni copagos, previendo sólo algunos desembolsos mínimos y algunos toques de prestaciones para ciertas especialidades.

La Ley de IVA y su decreto reglamentario regulan el tratamiento a aplicar en los casos de derivación de aporte.

Las sumas que las obras sociales transfieren a las empresas de medicina prepaga a efectos de que estas últimas brinden el servicio de salud a los afiliados obligatorios y su grupo familiar primario se encuentran exentas en el IVA, la misma cubre todas las etapas del proceso, las prestaciones sanatoriales, las que realicen los prestadores estén contratados de manera directa o indirecta, etc. La condición para que la exención proceda consiste en que el prestador que efectivamente realiza la práctica al paciente, debe contar con una constancia emitida por el prestador original que certifique que los servicios se encuentran comprendidos en el beneficio otorgado. Tanto el médico como el sanatorio deben contar con una constancia emitida por la empresa de medicina prepaga, quien es el prestador original contratado por la obra social. La misma debe certificar que los servicios prestados se encuentran comprendidos en la exención.

Existen diferencias entre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga que me gustaría resaltar, cuando un afiliado incorpora integrantes de su grupo familiar a la cobertura el valor a abonar aumenta en caso de tener contratado una cobertura con una empresa de medicina prepaga, situación que no ocurre por estar prohibido en las obras sociales. Además las prepagas ofrecen diferentes planes de cobertura según la cantidad de prestadores médicos y de instituciones sanatoriales, la existencia o no de un coseguro en consultas y prácticas.

Esto genera en la mayoría de los casos que las sumas que la obra social transfiere a la prepaga como recupero de aporte no logre cubrir el valor total de la cuota correspondiente al plan por el cual ha optado el afiliado. Sin embargo para la norma legal este adicional que abona el afiliado obligatorio a una obra social o

prepaga, ya sea que lo abone el mismo o su empleador a efectos de cubrir el monto de la cuota que no queda cubierto en su totalidad con las sumas transferidas por la obra social original se encuentra exento en el IVA.

Prestaciones Gravadas.

Alícuota diferencial reducida:

ARTÍCULO 28 LEY DE IVA —*La alícuota del impuesto será del veintiuno por ciento (21%).*

Estarán alcanzados por una alícuota equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la establecida en el primer párrafo:

i) Los servicios de asistencia sanitaria médica y paramédica a que se refiere el primer párrafo del punto 7, del inciso h), del artículo 7, 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.

Como vimos a lo largo de este trabajo, las prestaciones médicas poseen en el Impuesto al Valor Agregado distintos tratamientos, solo resta mencionar que aquellas prestaciones que brindan las cooperativas y las empresas de medicina prepaga se encontraran alcanzadas por la alícuota diferencial reducida del 10,5% en la medida en que no correspondan a servicios derivados por las obras sociales, es decir, que se trate de beneficiarios adherentes obligatorios de obras sociales que hayan celebrado convenios asistenciales con dichas entidades.

Si bien la norma legal nombra a las mutuales, en función del fallo de la CSJN los servicios prestados por dichas entidades se encuentran exentos.

Además, en los casos en los cuales existan prestaciones médicas particulares, las mismas estarán gravadas a la alícuota general del 21%.

Prestaciones de las obras sociales

La situación de las obras sociales frente a la exención no ha variado sustancialmente con respecto a su tratamiento anterior al 1/1/1999 (vigencia de la ley 25.063). A continuación se expone un grafico con su operatoria.



Fuente: Marchevsky, Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral, Errepar.

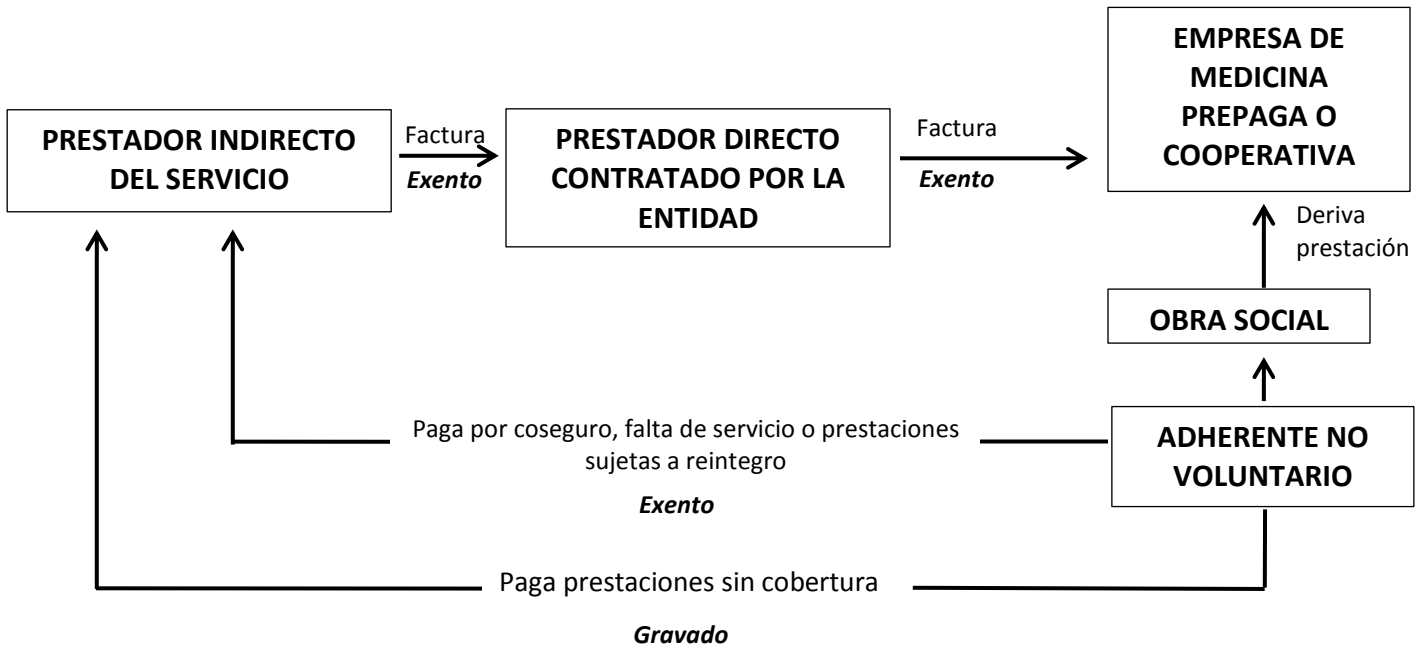
Prestaciones de las empresas de medicina prepaga y cooperativas

Las Empresa de medicina prepaga son aquellas empresas de servicios médicos que brindan cobertura integral al paciente, deben cubrir como mínimo en los planes de cobertura medico asistencial las mismas obligaciones dispuestas para las Obras sociales, conforme lo establecido por la ley 24754.

Las Cooperativas poseen su propia reglamentación especial y sus organismos de contralor y para entender sí el sujeto es el previsto por la norma legal sólo basta que se haya constituido y funcione de acuerdo a ello.

Estas prestaciones se encuentran alcanzadas a menos que se realicen por derivación de servicios de obras sociales.

Esquema gráfico de prestaciones:



Fuente: Marchevsky, Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral, Errepar.

Distintas modalidades de prestación y sus alícuotas correspondientes.

| ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN IVA SEGÚN LA MODALIDAD DE PRESTACION Y LA NATURALEZA DEL BENEFICIARIO | | |
|---|---|-------------|
| MODALIDAD DE COBERTURA | BENEFICIARIO | TRATAMIENTO |
| PARTICULAR | Particular | 21,00% |
| | Particular afiliado a prepaga con reintegro | |
| OBRA SOCIAL Ley 23.660 | Afiliado obligatorio y su grupo familiar. | EXENTO |
| | Afiliado voluntario | 10,50% |
| OTRAS OBRAS SOCIALES (Provinciales, de profesionales, etc.) | Afiliados obligatorios y su grupo familiar y/o matriculados, afiliados directos y sus grupos familiares | EXENTO |
| | Afiliados voluntarios | 10,50% |
| PREPAGAS | Afiliado obligatorio derivado de Obras Sociales | EXENTO |
| | Afiliados voluntarios derivados de Obras Sociales | 10,50% |
| | Sujetos adheridos al sistema | 10,50% |
| MUTUALES Y COOPERATIVAS, ETC | Afiliados derivados de Obras Sociales | EXENTO |
| | Afiliados propios | EXENTO |
| A.R.T. | Afiliados al sistema | EXENTO |

Crédito Fiscal

El crédito fiscal provendrá, básicamente, de insumos, bienes y servicios que adquieran para el desarrollo de la actividad.

En este caso el prestador al momento de determinar el impuesto se encuentra

con Prestaciones —→ Gravadas
—→ Exentas

ARTÍCULO 12 SEGUNDO PARRAFO LEY DE IVA— *Sólo darán lugar a cómputo del crédito fiscal las compras o importaciones definitivas, las locaciones y las prestaciones de servicios en la medida en que se vinculen con las operaciones gravadas...*

Por lo tanto una cuestión a resolver es el tratamiento a dispensar en los casos en los cuales las adquisiciones, locaciones o prestaciones que dieran lugar al cómputo de crédito fiscal y que se vinculan con actividades gravadas no puedan establecerse en forma directa o precisa. Sobre ello la ley determina:

ARTÍCULO 13 LEY DE IVA— *Cuando las compras, importaciones definitivas, locaciones y prestaciones de servicios que den lugar al crédito fiscal, se destinen indistintamente a operaciones gravadas y a operaciones exentas o no gravadas y su apropiación a unas u otras no fuera posible, el cómputo respectivo sólo procederá respecto de la proporción correspondiente a las primeras, la que deberá ser estimada por el responsable aplicando las normas del artículo anterior...*

Las estimaciones efectuadas durante el ejercicio comercial o año calendario — según se trate de responsables que lleven anotaciones y practiquen balances comerciales o no cumplan con esos requisitos, respectivamente— deberán ajustarse al determinar el impuesto correspondiente al último mes del ejercicio comercial o año calendario considerado, teniendo en cuenta a tal efecto los montos de las operaciones gravadas y exentas y no gravadas realizadas durante su transcurso.

La diferencia que surja del ajuste dispuesto en este artículo, al igual que el monto de las operaciones de cada uno de los meses del ejercicio comercial o, en su caso, año calendario considerado, se actualizarán mediante la aplicación del índice mencionado en el artículo 47 referido, respectivamente, al mes en que se efectuó la estimación y a cada uno de ellos, de acuerdo con lo que indique la tabla elaborada por la DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA para el mes al que corresponde imputar la diferencia determinada.

En los casos en que las compras, importaciones definitivas, locaciones y prestaciones que otorgan derecho a crédito fiscal, sean destinadas parcialmente por responsables personas físicas a usos particulares y siempre que ello no implique el retiro a que se refiere el inciso b) del artículo 2º, tales responsables deberán estimar la proporción del crédito que no resulta computable en función de dichos usos, ajustando esa estimación en la oportunidad indicada en el segundo párrafo, tomando en cuenta la afectación real operada hasta ese momento.

Si la restante proporción del crédito fiscal se hubiera computado totalmente en razón de vincularse a operaciones gravadas, las diferencias que surjan del ajuste indicado serán objeto del tratamiento dispuesto en el tercer párrafo. En cambio, si solo se hubiera computado parte de esa proporción por vincularse a operaciones gravadas y operaciones exentas o no gravadas, los resultados de ese ajuste deberán tomarse en cuenta al realizar el que debe practicarse de acuerdo con lo establecido en el segundo párrafo.

ARTÍCULO 53 DECRETO REGLAMENTARIO DE IVA— *El prorrateo a que hace mención el artículo 13 de la ley, deberá efectuarse sobre la base del monto neto de las respectivas operaciones del ejercicio comercial o año calendario correspondiente, según se trate de responsables que lleven anotaciones y practiquen balances comerciales o no cumplan con esos requisitos, respectivamente.*

Por lo tanto a fin de establecer el crédito fiscal computable debemos efectuar lo siguiente en este orden de prelación:

a) La apropiación debe efectuarse por conocimiento cierto de la afectación de los bienes y servicios a las operaciones gravadas.

b) De no ser posible lo indicado anteriormente, deberá recurrirse a la práctica de un prorrateo, a fin de determinar el porcentaje de operaciones gravadas realizadas en el período, el crédito fiscal afectado a actividades exentas debe considerarse como costo no computable.

Caso especial: Planes de reintegro de asistencia médica. Cómputo del crédito fiscal

ARTÍCULO INCORPORADO A CONTINUACIÓN DEL ARTÍCULO 57 DECRETO REGLAMENTARIO DE IVA— *Las entidades de asistencia sanitaria, médica y paramédica, incluidas las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, que tengan incorporados a sus servicios los llamados planes de reintegro, podrán computar como crédito de impuesto el importe que surja de aplicar sobre el monto efectivamente reintegrado, el coeficiente que resulte de dividir la alícuota vigente al momento de la facturación por la suma de CIEN (100) más dicha alícuota.*

El cómputo del crédito fiscal previsto en el párrafo anterior, será procedente en tanto el reintegro corresponda a una prestación gravada por el impuesto, el prestador revista la calidad de responsable inscripto en el mismo y el prestatario la de consumidor final, debiendo constar en la factura o documento equivalente que se emita -en la que no deberá figurar discriminado el gravamen-, los datos correspondientes a la entidad ante la que deberá presentarse para obtener el reintegro, la que deberá conservar la misma en su poder a efectos de respaldar la procedencia del referido cómputo.

Por lo tanto dichas entidades que tengan planes de reintegro podrán computar como crédito fiscal el importe que surja de aplicar sobre el monto efectivamente

reintegrado, el coeficiente que resulte de dividir la alícuota vigente al momento de la facturación, por la suma de 100 más dicha alícuota.

El cómputo del crédito fiscal será procedente en tanto:

- El reintegro corresponda a una prestación gravada por el impuesto
- El prestador será responsable inscripto en el mismo y el prestatario consumidor final
- Conste en la factura o documento equivalente que se emita (en la que no deberá figurar discriminado el gravamen) los datos de la entidad ante la que se presenta para obtener el reintegro, que será la documentación que respalde dicho cómputo.

CONCLUSIÓN

Como pudimos ver a lo largo del trabajo, el sistema de Salud Argentino es un sistema complejo, fundamentalmente debido a la gran cantidad de sujetos que intervienen. Se caracteriza por ser un sistema mixto donde las Obras Sociales Sindicales, las Empresas de Medicina Prepaga y Sanatorios Privados surgen como respuesta a la deficiente prestación pública de salud, buscando suplir las grandes falencias del sistema público.

El IVA es un impuesto a los consumos de tipo indirecto en donde el tributo es trasladado hasta el último sujeto que interviene siendo este quien soporta la carga del mismo. 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.

Existen distintas posturas respecto del tratamiento en el IVA de los servicios de salud. Por un lado están quienes se inclinan por su gravabilidad y por otro quienes sostiene la exención absoluta a fin disminuir la regresividad del mismo, luego tenemos la postura intermedia que es la aplicada hasta el momento, donde se gravan los servicios prestados por empresas de medicina prepaga y cooperativas y las prestaciones efectuadas por los prestadores de manera particular, ya que se considera que a estas prestaciones normalmente acceden las clases sociales con mayores recursos económicos, lo cual contribuye a que el impuesto se torne más progresivo.

La Constitución Nacional en su Artículo 16 establece el principio constitucional de igualdad, en el determina que... *“Todos sus habitantes son iguales ante la ley,....y continua diciendo...” La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas.”*

Lo que busca proteger este principio de igualdad, no es la igualdad de todos los hombres en cualquier tipo de circunstancias, sino la igualdad de trato en igualdad de condiciones. De esta manera lo que se pregona es la igualdad relativa de las personas, la cual está basada en una legislación tendiente a proteger las desigualdades naturales.

Sin embargo, el impuesto al Valor Agregado aplica diferentes alícuotas de acuerdo a las características del paciente, dividiendo el tratamiento fiscal según si una persona se encuentra afiliada en forma obligatoria a una obra social sindical, o si es afiliado voluntario tanto a estas obras sociales como a empresas privada de medicina prepaga. Aplicando una exención a los primeros y gravando a los trabajadores independientes que son quienes deben recurrir voluntariamente a entidades de salud y contratar cobertura para ellos como para su grupo familiar.

De esta manera, estos últimos ven reflejado un mayor costo en la cuota que deben abonar como así también en el pago de coseguros para obtener la misma prestación médica. No estamos en presencia de una exteriorización de capacidad de consumo que justifique su gravabilidad.

Por lo tanto las normas del impuesto al valor agregado que aplican un tratamiento diferenciado a las personas que reciben servicios médicos, son violatorias de los derechos de igualdad y de acceso a la salud consagrados en la Constitución Nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- AFIP. Biblioteca Electrónica. Dictámenes.
- Tribunal Fiscal de la Nación, Fallos.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación, Fallos
- Ley 19.587 Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo, Buenos Aires, Abril 1972.
- Ley 20.321 Ley Orgánica para las Asociaciones Mutuales, Buenos Aires, Abril 1973.
- Ley 23.660 Obras Sociales, Buenos Aires, Diciembre 1998.
- Ley 23.349 Ley de impuesto al valor agregado, Buenos Aires, Marzo 1997.
- Ley 24.557 Ley de Riesgo de Trabajo, Buenos Aires, Septiembre 1995.
- Decreto Reglamentario del Impuesto al Valor Agregado, D692, Junio 1998.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo, Ginebra, Año 2000.
- Sociedad Argentina de Cardiología. El sistema de Salud Argentino. Buenos Aires, Año 2017
- OPS/OMS — PNUD — CEPAL. “El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros”, Buenos Aires, 21 de diciembre de 2011.
- TOBAR, Federico. “Herramientas para el análisis del Sector Salud”. *Medicina y Sociedad*. Año 2001.
- TOBAR, Federico. “Breve historia de las prestaciones del servicio de salud en la Argentina”, Año 2001.
- MARCHEVSKY, Rubén Alberto. “Impuesto al Valor Agregado, Análisis Integral”, Errepar, Año 2006.
- DIEZ, Humberto, “*Impuesto al Valor Agregado*”, 2° edición, Errepar, 1997.
- DIEZ, Humberto. “Las prestaciones profesionales en el Ámbito Tributario”, 1° edición, Editorial de la Universidad de La Plata, La Plata, Año 2013.
- FENOCHIETTO, Ricardo. “Impuesto al Valor Agregado. Análisis económico, técnico y jurídico”, Editorial La Ley, Buenos Aires, Año 2001

- Impuesto al Valor Agregado, Explicado y comentado, 11^a edición, Editorial Errepar, Año 2018.