

**ISAIA, MARIA LAURA**

El importe al momento ya lo veo en el estado de la cuenta corriente:

75115

2016

75115



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN EN TRIBUTACIÓN**

**TESIS DE POSGRADO**

**EL IMPUESTO AL CONSUMO Y A LA RENTA EN EL ÁMBITO  
DE LA SALUD.  
CUESTIONES CONTROVERTIDAS.**

**Cra. Isaía María Laura**

75115

MF:
Clasif:
T. 1033

# Índice

Índice.....	2
Introducción.....	5
Capítulo I: Sistema de Salud Argentino.....	7
1.1. Reseña Histórica.....	7
1.2 Prestadores.....	13
1.2.1 Prestador Gratuito y público.....	13
1.2.2 Prestadores Onerosos, públicos y privados.....	13
1.2.2.1 Atención particular.....	13
1.2.2.2 Atención Por Obras Sociales.....	13
1.2.2.3 Atención por Colegios y Consejos profesionales.....	15
1.2.2.4 Atención por sistemas prepagos.....	15
1.2.2.5 Medicina laboral.....	18
1.2.2.6 Aseguradoras de riesgos de trabajo.....	18
1.3 Prestaciones.....	18
1.4. Prestatarios.....	19
1.4.1 Prestatarios de carácter obligatorio.....	19
1.4.2 Prestatarios de Carácter voluntario.....	20
Capítulo II: El Impuesto al Valor Agregado.....	23
2.1 Elementos determinantes de la Obligación Tributaria.....	23
2.1.1 Objeto.....	23
2.1.2 Sujeto.....	24
2.1.3 Nacimiento del Hecho Imponible.....	24
2.1.4 Base Imponible.....	25
2.2. Exenciones.....	25
2.2.1 Alcance de la Exención.....	26
2.2.2 Cuestión controvertida.....	29
2.2.2.1 ¿Cómo procede la exención en caso de prestaciones indirectas?.....	29

2.2.2.2 ¿La exención alcanza a las entidades Mutuales y Cooperativas?.....	30
2.3 Facturación.....	37
2.3.1 Tipos de Comprobantes.....	37
2.3.2 Régimen de Facturación.....	38
2.3.3 Alícuota a Aplicar.....	39
2.3.4 Cuestiones Controvertidas.....	40
2.3.4.1 ¿Cuándo se emiten Recibos en lugar de facturas? .....	40
2.4 Servicios Complementarios.....	40
2.4.1 Servicio de Transporte.....	40
2.4.2 Los restaurantes, bares, confiterías.....	41
2.4.3 Incorporación de cosas muebles.....	42
2.5 Prorrato del Crédito Fiscal.....	42
Capítulo III: Impuesto a las Ganancias.....	45
3.1 Elementos determinantes de la obligación tributaria.....	45
3.1.1 Sujeto.....	45
3.1.2 Objeto.....	45
3.1.3 Territorialidad.....	46
3.2 Categorías.....	46
3.2.1 Tercera categoría.....	47
3.2.1.1 Criterio de Imputación.....	47
3.2.2 Cuarta Categoría.....	49
3.2.2.1 Criterio de Imputación.....	49
3.2.3 Cuestiones Controvertidas.....	52
3.2.3.1 ¿Cuándo se considera perfeccionado el hecho imponible, por el criterio de lo devengado, para prestadores médicos a obras sociales?.....	52
3.2.3.2 ¿Son las rentas obtenidas por sociedades civiles o de profesionales una explotación comercial que deba tributar por lo devengado o por lo percibido?.....	56
3.3 Exenciones.....	61

3.3.1 Certificado de Exención.....	62
3.3.2. Cuestiones controvertidas.....	63
3.3.2.1 ¿La declaración de la exención por parte de AFIP es a título declarativo o constitutivo?.....	63
3.4 Retención Impuesto a las Ganancias – RG 830.....	64
Conclusión.....	67
Bibliografía.....	70

## Introducción

El Sistema Tributario Argentino ha sido desde sus orígenes complejo y deficiente. Con el correr del tiempo, se ha intentado esclarecerlo con normas, resoluciones, dictámenes, entre otros, buscando subsanar vacíos que las leyes originarias no han podido contemplar. Como condimento, la sociedad ha ido mutando, y con ello diversos escenarios se plantean lo que dificulta que la normativa vigente se adapte a los tiempos que corren.

El sector de la salud, por su parte, no se ha encontrado ajeno a esta situación, más aún, ha sido uno de los principales sectores que presentan dificultad. La salud es un aspecto primordial en la vida de las personas y por ello la preocupación de los gobernantes porque toda la población tenga acceso a una cobertura mínima.

En la actualidad, luego de un lento camino, es el Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, el órgano rector para los distintos actores y quien establece los lineamientos para que la actividad sea realizada correctamente. Propone un sistema mixto en el que coexisten el sector público, las obras sociales y el sector privado, incluyéndose dentro de este último al sistema de medicina prepaga, las mutuales y organizaciones médico-gremiales. Frente a esta estructura planteada, existen leyes nacionales que reglamentan el tratamiento impositivo.

El presente trabajo busca enfocarnos en este sector, brindando un panorama esclarecedor del Impuesto al Consumo y a la Renta vigentes en nuestro Sistema Tributario. Para ello se buscará visualizar desde sus inicios hasta la actualidad el proceso de prestación del servicio de salud, con los distintos actores y su organización ya sea jurídica, administrativa como impositiva. Para luego, enfocarnos en el Impuesto al Consumo, establecido por la Ley del Impuesto al Valor Agregado N° 23.349, conociendo su incidencia en el ámbito de la salud y planteando algunas cuestiones controvertidas con las distintas posiciones adoptadas por el fisco, la doctrina y la jurisprudencia.

Seguidamente se hará lo oportuno con el Impuesto a la Renta vigente, considerando lo dispuesto en la Ley del Impuesto a las Ganancias N° 20.628 y sus modificaciones, trabajando en buscar esclarecer cuestiones controvertidas que se presentan en el momento de la liquidación.

Para finalizar se tratara de arribar a una conclusión que expondrá como la incidencia de cada tributo repercute en las prestaciones de los servicios y como una organización eficiente entre los distintos actores proveería ahorros de costos impositivos, que se traducen en mayor rentabilidad al empresario y mayor posibilidad de inversión para que una mejor prestación al beneficiario.



# Capítulo I: Sistema de Salud Argentino

El sistema de Salud Argentino es un sistema complejo ya que cuenta con diversos sujetos, que se vinculan entre sí, tratando de cubrir la totalidad de prestaciones que puedan exigir las múltiples patologías que puede sufrir un paciente, dentro de un marco regulatorio que va evolucionando lentamente y con limitaciones dadas por el contexto económico y político.

## 1.1. Reseña Histórica

### Modelo Descentralizado Anárquico (hasta 1945)

Originalmente en nuestro país, se concibió a la salud como una necesidad subsidiaria y el rol del Estado se limitaba a garantizar que ésta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo “natural” del mercado. En sus comienzos el financiamiento de las pocas acciones existentes no era público sino privado, por la vía de las donaciones, y la salud no constituía un derecho de la población. El objetivo no era curar sino evitar la propagación.

### Modelo Centralizado (1945-1955)

En la década del cuarenta, con la irrupción del Peronismo, se comienza a pensar en la salud como “cosa pública”. Por esta concepción, se nacionalizan establecimientos públicos y se desplaza a las Sociedades de Beneficencia, se construyen nuevos hospitales y centros asistenciales, se comienza a observar la coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de seguro de salud (obras sociales), lo que incorpora la fragmentación del sistema.

Se consideró que la modalidad financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo eran los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro.

### Modelo de Descentralización del Sistema (1955-1978)

Hacia el año 1957, el sistema de salud comienza a descentralizarse, con la transferencia de los hospitales Nacionales a las Provincias. Al año siguiente, los mismos

son devueltos a la Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias. Igualmente, la idea ya estaba instalada, y fue una constante procurar lograr esto.

En 1970, luego de fuertes crisis económicas, el gobierno establece el diálogo con los sectores sindicales y se sanciona la Ley de Obras Sociales que se caracterizaba por incluir a todas las obras sociales y dictaminaba que los recursos provendrían un 2% de la nómina salarial (contribución a cargo del empleador), 1% del salario del trabajador, 2% de haberes provisionales de jubilados y pensionados que serían incorporados al sistema. Las obras sociales serían conducidas por los mismos sindicatos que recaudarían sus fondos, sin intervención alguna del gobierno. También sería obligatorio para el trabajador afiliarse al sistema de obras sociales.

Se logra que las obras sociales cobren fuerza y el Estado pierda control, ya que no se logra un traspaso articulado de las instituciones de salud de la Nación a las Provincias y Municipios.

#### Descentralización orientada por las relaciones financieras entre Nación y Provincias. (1978 – 1990)

Hacia 1978, continúa el proceso de descentralización motivado por los principios de modernización y jerarquización de la red sanitaria.

Para 1983, con la guerra de Malvinas, los fondos habían sido destinados a otros fines, la crisis que atravesaba el país se evidenciaba, entre otros aspectos, en el gran deterioro del sistema de salud.

Hacia 1988, y en virtud de los reiterados fracasos, se impulsa un nuevo marco normativo, sancionándose las leyes:

- ✓ Ley 23.660 de "Obras Sociales", que no introdujo modificaciones sustantivas en relación con la ley de 1970, manteniendo la totalidad de las Obras Sociales como prestadoras del Sistema, pero sujetas a un marco más amplio y formando parte del Seguro Nacional de Salud. Se mantuvo la obligatoriedad de la afiliación para los trabajadores en relación de dependencia, pero se eliminó la cláusula de adhesión obligatoria a la Obra Social por rama de actividad.

- ✓ Ley 23.661 de “Seguro Nacional de Salud”, que buscaba mejorar la cobertura y equidad de la oferta de salud, organizándola dentro de una concepción integradora y dejando en manos del Ministerio de Salud la articulación de los servicios de salud de los diferentes subsistemas (público, privado y obras sociales), pero dándole un mayor protagonismo a las Obras Sociales.

El Sector de Salud Argentino había consolidado una organización que se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad, su falta de coordinación y articulación, lo que impidió la conformación de un "sistema" de salud y atentó contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.

No sólo se evidenciaba la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social, privado), sino que hacia el interior de cada uno de ellos, también se observaba un elevado grado de fragmentación.

En resumen hasta la fecha, la evolución del Sector Salud en Argentina está marcada por tres lógicas convergentes:

- Un primer establecimiento temprano y débil del sector con el objetivo de prevenir enfermedades y plagas que lleva a la constitución de un sistema disperso que luego será necesario articular,
- Un fuerte momento de concentración y expansión de la atención médica a la población en el marco del gobierno de Perón, que le imprimió al sector características tales como mayor capacidad asistencial adquirida y el impulso de un nuevo sector (el de Obras Sociales) que luego se convirtió en un actor central del sistema;
- Por último, un asistemático intento de descentralización de la gestión de la salud de la Nación hacia las Provincias, del manejo de los hospitales, centros asistenciales, entre otros, que se impulsa, se interrumpe o se debilita según los distintos periodos.

## La década del 90

Hacia la década del 90, la salud pública continúa con un modelo basado, casi exclusivamente, en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica efectiva en relación costo-eficiencia.

Un aspecto relevante del subsector público en esta década, fue un nuevo modelo Microeconómico, conocido como Hospital de Autogestión, al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Consistía en captar los fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de los pacientes de menores recursos. Los resultados no fueron los esperados ya que los recursos obtenidos provenían principalmente del recupero de pagos por servicios prestados a las obras sociales.

En lo concerniente al subsector de seguridad social, los años noventa han significado el camino a la implementación de mecanismos de mercado a la hora de la elección de una obra social. Para ello, se firmaron varios decretos, que buscaban asegurar esta libre elección y reglamentar las leyes sancionadas en 1.988. Dentro de los principales temas reglamentados, se puede mencionar:

- ✓ Se establece un monto para las Prestaciones Básicas y un organismo, el ANSSAL, encargado de compensar a la Obra Social si el beneficiario con su aporte no alcanzaba a cubrir dicho monto.
- ✓ Se crea un Fondo Solidario tendiente a lograr la igualdad del sistema en su conjunto asegurando las prestaciones mínimas para cada grupo familiar.
- ✓ Se les da la posibilidad a los pasivos de optar por la obra social que deseen, definiendo un plan de atención médica especial.
- ✓ Se prohíbe la doble afiliación de los beneficiarios.
- ✓ Se autoriza la posibilidad de pactar aportes adicionales con el agente de salud.

- ✓ Se les otorga a los autónomos la posibilidad de entrar al sistema siempre que abonen el monto de las prestaciones básicas más el correspondiente al Fondo Solidario de Retribución.

Este proceso llevo a los trabajadores a elegir las obras sociales de empresas y la entrada de empresas de medicina prepaga, lo que significó una amenaza para el poder sindical argentino. Fue por ello que en 1.998 la libre elección quedo restringida a las obras sociales sindicales, mixtas, de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados y de personal de dirección. De todas maneras, las empresas de medicina prepaga encontraron la forma de acceder al mercado a través de contratos con las mismas obras sociales sindicales. La posibilidad de pactar planes diferenciales de salud entre los beneficiarios y las obras sociales sirvió de medio para que esto ocurriera.

En cuanto al sector privado, en los noventa, no solo se continuó omitiendo la necesidad de establecer un marco regulatorio y la coordinación del mismo con el resto del sistema, sino que las políticas orientadas a los otros componentes del sistema dejaron más espacio para que actúe un sector donde el mercado no asegura la mejor asignación de los recursos ni mejoras en la equidad. De esta forma se ha ido mutando de manera permanente generando nuevas oportunidades de negocios y formas organizacionales, incorporando nuevos actores e intereses, transformando las alianzas dentro del sector y, en definitiva, introduciendo cambios en los mecanismos de contratación entre subsectores.

La caracterización del Sistema de Salud consistía en que cada beneficiario eligiera donde atenderse, llevándose consigo su propia carga salarial destinada al sistema de obras sociales. Si un trabajador de ingresos altos afiliado a una obra social correspondiente al gremio de ingresos medios-bajos no está conforme puede migrar hacia otra obra social con mejor atención que, posiblemente, sea un gremio con ingresos medios-altos. En este caso, se lleva consigo el aporte de su obra social básico más su propio aporte adicional. Si todos los trabajadores de ingresos altos toman una actitud de este tipo la consecuencia será una fuerte concentración de los afiliados de salarios altos en pocas obras sociales o en los planes más caros de cada obra social y,

simultáneamente, caería aún más el financiamiento de las obras sociales más pobres, motivado por la fuga de los afiliados con mayores aportes. En el caso contrario, si es un afiliado de salario bajo quien decide emigrar a una obra social mejor financiada, esta tiene fuertes incentivos para ejercer mecanismos de selección adversa. En este caso, es el propio régimen quien habilita hacerlo ya que por el decreto 504 del año 1.998 obliga a dar solo las prestaciones comprendidas en el Programa Médico Obligatorio para estos casos, creando un plan diferencial, de menor cobertura, al de sus propios afiliados. Con el tiempo esta situación hará que el sistema avance hacia un mayor grado de fragmentación y desigualdad al abrirse la posibilidad de crear planes diferenciales en cada obra social. Hasta el momento esto continúa y para compensar esa tendencia, se ha incorporado el aporte que hace el ANSSAL asegurando el monto de las Prestaciones Básicas para aquellos trabajadores, que por sus ingresos, el aporte que hacen a la obra social es inferior al dicha Prestación Básica.

#### Desde el año 2.000 hasta la actualidad

Durante el anterior decenio (2000-2010) y hasta la actualidad, el sistema de salud continúa con el desarrollo de las políticas de desregulación con fuertes vínculos con las empresas de medicina prepaga y la contratación con la medicina comercial.

Con la mejora de los índices de empleo y el incremento de los salarios mejoran su situación financiera, aunque persiste la atomización del sistema.

Los principales inconvenientes que se observan en la actualidad consisten en:

- ✓ La falta de incorporación de nuevas tecnologías principalmente porque los insumos y aparatología está valuada en dólares y resulta desfavorable el tipo de cambio, los aportes de los afiliados no son suficientes para adecuar el instrumental a la tecnología existentes.
- ✓ La cantidad de intermediarios que existen, con sus márgenes de ganancia y sus costos administrativos.
- ✓ Falta de regulación en la obligación de cobertura.
- ✓ Una matriz tributaria muy injusta, una gran parte de la actividad está exenta de IVA (la facturación a obras sociales y PAMI), pero la totalidad de nuestras compras están gravadas con IVA. Esto perjudica a las clínicas más chicas, que

son las que más dependen de la seguridad social y menos facturación con IVA pueden hacer.

## **1.2 Prestadores**

Antes de analizar el tratamiento dispuesto por las leyes impositivas, resultará de utilidad efectuar una breve descripción de los distintos tipos de prestadores y prestaciones que existen en la medicina, ya que el tratamiento impositivo de las prestaciones médico asistencial será distinto según los sujetos intervinientes:

### **1.2.1 Prestador Gratuito y público**

El estado a través de los hospitales y centros asistenciales presta un servicio gratuito y público para aquellas personas que no cuentan con cobertura de salud.

Cabe realizar la aclaración, que toda persona puede recurrir a un Centro Asistencial de salud para la primera atención la cual será gratuita, recibiendo la derivación correspondiente según la patología detectada a un centro de mayor complejidad según la cobertura médica que cuente.

### **1.2.2 Prestadores Onerosos, públicos y privados**

#### **1.2.2.1 Atención particular**

La actividad desempeñada en forma independiente, atendiendo a los pacientes en los propios consultorios, a través de visitas domiciliarias, en lugares cedidos por otros prestadores, etc. se denomina comúnmente atención de pacientes particulares.

El prestador cobra por su servicio al paciente, sin intervención alguna de intermediarios (obras sociales, prepagas, fundaciones o asociaciones, etc.).

#### **1.2.2.2 Atención Por Obras Sociales**

La actividad la realiza un prestador por cuenta y orden de una obra social a un paciente. La obra social en forma periódica le liquidará al prestador un valor preestablecido en función de la cantidad y la calidad de las prestaciones que este efectúe a sus beneficiarios. Adicionalmente, puede el prestador cobrar un bono, generalmente un monto reducido, en calidad de "coseguro", que es un arancel por derecho de atención.

Legalmente, las Obras Sociales se encuentran reglamentadas por la Ley 23.660, en su Art. 3° se establece *“Las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud. Deberán, asimismo, brindar otras prestaciones sociales...”* Dentro de las otras prestaciones el Decreto 575/93 reglamentario de la Ley 23.660 en su artículo 3o determina que: Las "otras prestaciones sociales" que deben otorgar las Obras Sociales son aquellas no comprendidas en la cobertura médico asistencial regulada por los artículos 25, 26, 27, 28 y concordantes de la Ley 23.661. La Dirección Nacional de Obras Sociales establecerá las normas y prioridades bajo las cuales deben brindarse, "otras prestaciones sociales" cuyo financiamiento deberá atenderse con el excedente de los recursos que prioritariamente se tiene que destinar a las prestaciones de los servicios de atención a la salud y gastos administrativos.

Como ejemplo se puede mencionar, el brindar a los discapacitados "participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte..." según lo indica la Ley 26.378 sobre la Convención Internacional de Discapacidad, buscando que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones en todo tipo de actividades.

*“...En lo referente a las prestaciones de salud formarán parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud -en calidad de agentes naturales del mismo- sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan.”*

El sistema Nacional de Seguro de Salud se encuentra reglamentado por la ley 23.661, donde se establece que el Seguro de Salud es un Seguro Social, un instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, cuyo *“...objetivo fundamental es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.”* (Art. 2do.)

Dentro de los principales aspectos que establece la normativa para las obras sociales se puede resumir:





- ✓ El agente de conducción y supervisión es el ANSSAL. (art. 9).
- ✓ Deberán inscribirse en el Registro Nacional de Agentes del Seguro. (art. 17).
- ✓ Las obras sociales deberán destinar como mínimo el ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado en jurisdicción de la ANSSAL, a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro, a sus beneficiarios. (art. 21 Ley 23.661 y Art. 5 Ley 20.660).
- ✓ Las obras sociales que recauden centralizadamente deberán remitir mensualmente el setenta por ciento (70%) de lo recaudado en cada jurisdicción para atender las necesidades de salud de sus beneficiarios residentes en la misma jurisdicción. Asimismo asegurarán en sus estatutos mecanismos de redistribución regional solidaria que asegure el acceso de sus beneficiarios a los servicios de salud sin discriminaciones de ningún tipo. (Art. 5 Ley 20.660).
- ✓ Los Agentes del Seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquéllas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran. (Art. 28).

### **1.2.2.3 Atención por Colegios y Consejos profesionales.**

Los profesionales matriculados y su grupo familiar primario tienen una cobertura de salud brindada por su Colegio o Consejo, o su Caja de Previsión Social. Tributariamente reciben igual tratamiento que los afiliados obligatoriamente a Obras Sociales, según lo estableció la Ley Nº 25.405.

### **1.2.2.4 Atención por sistemas prepagos.**

Aquellas personas que no se encuentran comprendidos en el régimen de la Ley 23.660 (obras sociales), o que estándolo, han optado por contratar un seguro de salud independiente con otras entidades.

Antes del año 90, la adhesión a cualquiera de estas instituciones prepagas no relevaba al adherente, de los aportes que legalmente deba realizar por quedar

comprendido en el régimen de la ley 23.660. En otras palabras, si como trabajador en relación de dependencia aportaba una obra social y deseaba adherir a una entidad de medicina prepaga, entonces se debía efectuar ambos aportes.

Desde los años 90, por el Proceso de Desregulación, se permitió a los afiliados cambiar de obra social, teniendo cada trabajador derecho a elegir a que obra social derivar sus aportes. Esto llevo a muchas obras sociales, con el objetivo de no perder a sus afiliados, a realizar acuerdos con prepagas, transfiriendo gran parte del aporte obligatorio. Esto ocurre principalmente en el caso de empleados de altos ingresos que pueden acceder con el aporte obligatorio a una cobertura mayor o están dispuestos a pagar la diferencia para disponer de un plan superior. También hay afiliados “corporativos” por acuerdos de las empresas directamente con las empresas prepagas.

Dentro de los sistemas prepagos se encuentran:

- Empresas de Medicina prepaga
- Fundaciones
- Asociaciones Civiles
- Asociaciones Mutuales
- Cooperativas

Las Empresas de Medicina prepaga, se organizan bajos los tipos societarios conocidos por ley, con la regulación que la ley 19.550 establece para cada uno. Las Fundaciones por Ley 19.836, Asociaciones Civiles se encuentran regidas por Ley 24.057, las Mutuales por la Ley 20.321 modificada por la Ley 25.374 y las Cooperativas por la ley 20.337.

En cuadro seguido se hace un resumen de las principales características de cada una:

CATEGORIAS	Empresas Prepagas - Sociedades Comerciales	Fundaciones	Asociaciones Cíviles	MUTUALES	COOPERATIVAS
Definición	"Habrá sociedad comercial cuando dos o más personas en forma organizada, conforme a uno de los tipos previstos en esta ley, se obliguen a realizar aportes para aplicarlos a la producción o intercambio de bienes o servicios participando de los beneficios y soportando las pérdidas." (Art. 1ero Ley 19.550)	"Las fundaciones a que se refiere el artículo 33 del Código Civil son personas jurídicas que se constituyen con un objeto de bien común, sin propósito de lucro, mediante el aporte patrimonial de una o más personas, destinado a hacer posible sus fines..." (Art. 1ero Ley 19.836)	Se denomina asociación civil a aquella entidad privada sin ánimo de lucro y con personalidad jurídica plena, integrada por personas físicas para el cumplimiento de fines culturales, educativos, de divulgación, deportivos, o de índole similar, con el objeto de fomentar entre sus socios y/o terceros alguna actividad socio-cultural.	"Son asociaciones mutuales las constituidas libremente, sin fines de lucro, por personas inscriptas en la solidaridad, con el objetivo de brindarse ayuda mutua frente a riesgos eventuales o de concurrir a su bienestar material o espiritual, mediante una contribución periódica." (Art. 2do Ley 20.321)	Asociación autónoma de personas que se unen voluntariamente para hacer frente a sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales comunes por medio de una empresa de propiedad conjunta, democráticamente gestionada.
Reglamentación	Código de Comercio - Ley 19.550	Código Civil - Ley 19.836	Código Civil	Código Civil - Ley 20.321	Código de Comercio - Ley 20.337 - Subsidiariamente las disposiciones para las SRL en cuanto no sean contrarias.
Carácter esencial	Con Fines de Lucro	Sin Fines de Lucro. Creación de un patrimonio de afectación administrado por terceros.	Sin Fines de Lucro. Nucleamiento de personas.	Empresa social de servicio, sin fines de lucro. Asociación de personas. En escala de valores tienen Primacía el Hombre.	Empresa social de servicios, sin fines de lucro. Asociación de Personas. En escala de valores Primacía el Hombre.
Asociados	socios o accionistas	fundadores, que luego son terceros	socios	Existen tres categorías de asociados: activos, adherentes y participantes. El estatuto puede admitir las de honorarios, vitalicios y menores.	Existe una sola categoría, son las personas que se reúnen en las condiciones que establece el estatuto social.
Sectores de Actuación	Actúa en consumo, producción, servicios, industrias de todo tipo y finanzas. Su producción se ofrece al mercado.	Actúa en todo ámbito persiguiendo su fin altruista	De carácter social, cultural, político o artístico, asistencial, de beneficencia, religioso, educativo, gremial o en defensa de intereses de sectores empresariales y profesionales. Su producción se ofrece al Mercado	Actúan en el campo de los servicios de todo tipo. Su producción es para los asociados.	Actúan en consumo, producción, servicios, industrias de todo tipo y finanzas. Su producción se ofrece al Mercado.
Órganos Sociales	*Sociedades de Personas y SRL: Reunión de Socios *Sociedades Anónimas: Directorio y Asamblea de Accionistas	Consejo de Administración. Eventualmente puede delegar algunas funciones ejecutivas en el Comité Ejecutivo	Comisión Directiva - Órgano máximo Asamblea de Asociados. Puede existir un órgano de fiscalización interna	Asambleas - Consejo Directivo - Junta Fiscalizadora.	Asambleas - Consejos de Administración - Fiscalización privada: Síndico
Gobierno de la Entidad	*Sociedades de Personas: *SRL: Gerentes *Sociedades Anónimas: Directores.	Consejeros	Directivos	Pertenece a los activos, cada uno de estos tiene un voto. El estatuto tipifica a los asociados activos.	Rige el principio de igualdad: un hombre, un voto, cualquiera sea el capital o las condiciones del asociado.
Aporte de Capital	Aporte de cuotas sociales o acciones	Aporte inicial efectuado por los Fundadores, quienes pasan a ser luego terceros. Se incrementa por donaciones	Cuotas Periódicas	Aporta una cuota periódica. No tienen derecho a que se les reintegre cuando se retiren.	Cada asociado ingresa suscribiendo una cuota que se le reintegra cuando se retira
Límites de Capital	Existe un capital mínimo fijado por ley, sin límite superior	Capital suficiente para alcanzar los fines de la sociedad	No se pone límite al capital social	No se pone límite al capital social.	No pone límite al capital social
Excedente del Ejercicio	Se distribuye entre socios o accionistas	Se acumulan con el objeto de cumplir los fines de la fundación	No existe devolución a los asociados de los excedentes del ejercicio social. Con estos sobrantes se aumenta el capital, las reservas y otros fondos sociales.	No existe devolución a los asociados de los excedentes del ejercicio social. Con estos sobrantes se aumenta el capital, las reservas y otros fondos sociales.	"Se devuelve a los asociados conforme con las operaciones que cada uno realizó. Este proceso se llama "retorno" y se concreta luego de conformar las reservas, amortizaciones y fondos especiales.
Liquidación. Destino de las Reservas	Luego de saldar los compromisos el remanente pasa a los socios o accionistas.	El remanente de los bienes deberá destinarse a una entidad de carácter público o a una persona jurídica de carácter privado de bien común, sin fines de lucro y domiciliada en la República, salvo cuando se trate de fundaciones extranjeras.	El estatuto social establece el destino de las reservas y del sobrante patrimonial, luego de saldar los compromisos de pago	El estatuto social establece el destino de las reservas y del sobrante patrimonial, luego de saldar los compromisos de pago.	Las reservas y todo el sobrante patrimonial pasa al Estado, luego de saldar los compromisos de pago.

### 1.2.2.5 Medicina laboral

Son aquellos servicios contratados por los empleadores a entidades públicas o privadas para examinar al personal bajo relación de dependencia y brindarles un sistema de salud, distinguiéndose los siguientes:

- a) Aquellos destinados a realizar exámenes pre ocupacionales,
- b) Los destinados a control de ausentismos, y
- c) Los que persiguen la atención del trabajador en la misma empresa.

### 1.2.2.6 Aseguradoras de riesgos de trabajo

El empleador está obligado a contratar a estas entidades para cubrir las posibles lesiones como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades laborales, cuya operatoria se encuentra regulada por la ley N° 24.557.

## 1.3 Prestaciones

Las prestaciones que realizan los distintos agentes del Sistema de Salud, son variadas, sin embargo adoptamos una clasificación que nos resulta conveniente a efectos de nuestro análisis:

Según la forma en que se realice.

- **Directa:** Cuando la obra social, la prepaga, el sanatorio, clínica utiliza su propia infraestructura y/o recursos humanos.
- **Indirecta:** Cuando se subcontrata el servicio. Puede hacerse con profesionales dependientes (médicos de cartilla), con grupo de profesionales (por ejemplo colegios médicos), con instituciones especializadas o incluso con otras entidades del Sistema de Salud. Como ejemplo puede mencionarse el paciente que concurre a un sanatorio a fin de utilizar el servicio de análisis clínicos, y este lo presta otra persona jurídica, o uno o varios profesionales, titulares a veces del instrumental y el equipamiento, que ocupan un lugar físico cedido por el sanatorio, bajo alguna forma de arrendamiento o, usualmente, bajo cierto convenio económico. Así puede darse el caso que una obra social se dedique a lograr la afiliación voluntaria de personas o de trabajadores en relación de dependencia, sin prestar

directamente servicio alguno, sino subcontratando a través del pago de una cápita todo el servicio integral a otra obra social o a una entidad de medicina prepaga. A su vez, esta última puede prestarle el servicio a los afiliados de la contratante en forma directa, a través de sus trabajadores en relación de dependencia, o en forma indirecta, a través de terceros contratados a tal fin.

## 1.4. Prestatarios

Son los sujetos beneficiarios de las prestaciones que brindan los agentes del Sistema de Salud. A efectos de poder clasificarlos, se toma la definición adoptada por la Ley 23.600 de Obras Sociales, quien los agrupa según la obligatoriedad que tienen las mismas de brindar los servicios de atención de la salud.

### 1.4.1 Prestatarios de carácter obligatorio

El Art. 8° establece: *“Quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales:*

*a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; (Inciso sustituido por Art. 2° de la Ley N° 23.890 B.O. 30/10/1990).*

*b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;*

*c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.”*

Continúa el Art. 9°: *“Quedan también incluidos en calidad de beneficiarios:*

*a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, 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, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge;*

los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1.5%) por cada una de las personas que se incluyan.”

En este sentido, el Instituto Nacional de Obras Sociales dictó la Resolución N° 81/95 (de fecha 29/05/95) a fin de establecer los requisitos que deben cumplirse para poder incluir los beneficiarios mencionados en el inciso b), precedentemente descripto, estableciendo en su Art. 1º que:

“Los ascendientes y descendientes de los beneficiarios titulares a cargo de los mismos para sean admitidos en calidad de beneficiarios familiar, deberán acreditar ante la obra social respectiva los siguientes recaudos:

- a) El vínculo
- b) Que no resulte, a su vez beneficiario titular o familiar de alguna de las obras sociales que integran el sistema regulado por las Leyes 23.660 y 23.661.
- c) En el supuesto de menores, que no hubiesen cumplido la edad mínima legal para trabajar, o que se encuentran incapacitados para hacerlo. Cuando se trate de mayores deberán tener 60 ó más años de edad o encontrarse incapacitados para trabajar.
- d) No ser beneficiario de servicios médicos o de obras sociales dependientes del Estado Nacional, Provincial o Municipal o de organismos de ellos dependientes.”

#### **1.4.2 Prestatarios de Carácter voluntario:**

Se encuentran definidas por exclusión en el Art. 31 del decreto reglamentario de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, luego de la modificación introducida por la Ley N°

25.063, con vigencia a partir del 19 de marzo de 1999, ya que la Ley de Obras Sociales no las conceptualizaba. Establece “... *no se consideraran adherentes voluntarios:*

*a) El grupo familiar primario del afiliado obligatorio, incluidos los padres y los 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 corresponda por su actividad, en función del régimen normativo de libre elección de las mismas.”*

Para comprender la clasificación, y el posterior tratamiento impositivo, se debe resaltar que:

1) Todo afiliado o adherente obligatorio que desee cambiar de Obra Social, por así permitirlo las normas en vigencia, seguirá siendo un afiliado o adherente obligatorio. Dicho cambio no afecta en nada su condición, y de ninguna manera puede ser considerado como afiliado o adherente voluntario.

2) Todo afiliado o adherente obligatorio que desee acceder a un plan de cobertura superior, obteniendo una prestación más completa, y por tal motivo debe pagar un plus adicional, seguirá siendo un afiliado o adherente obligatorio.

3) Todo afiliado o adherente obligatorio que desee incorporar como beneficiario a ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular, y que los mismos se encuentren a su cargo (en cuyo caso se aportara un adicional del 1.5% por cada una de las personas que se incluyan) seguirá siendo un afiliado o adherente obligatorio por él y por los que estén incluidos en el grupo.

4) el “adherente voluntario” es todo aquel que opte voluntariamente por afiliarse a una obra social u otra organización de las mencionadas anteriormente, debiendo pagar una cuota, la cual deberá ser fijada en función del costo de las prestaciones.

5) El pago efectuado al sistema de medicina que se elija no releva al adherente de los aportes que legalmente deba realizar por estar comprendido en el Sistema de Salud obligatorio.

6) Este sistema es igual al de la medicina prepaga, por lo que compite en el mismo mercado por los trabajadores autónomos, pues sólo este tipo de trabajadores pueden optar por una entidad de medicina prepaga o una obra social, mientras que el empleado

en relación de dependencia sólo puede optar, luego de cumplir determinados requisitos, entre distintas obras sociales.



## Capítulo II: El Impuesto al Valor Agregado

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.

Errada o no esta postura, desde Enero de 1.999 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 que la actividad quede percutida con una imposición a los consumos, como lo es, el Impuesto al Valor Agregado. Dicha decisión trajo aparejado mayores costos a los prestatarios, quienes reciben, necesariamente, el traslado del impuesto por los sujetos pasivos.

En la ley de IVA y su decreto reglamentario hay numerosas normas que tratan la imposición en el sector de la salud. Así, existen prestaciones médicas que se encuentran gravadas a la alícuota general, otras que están gravadas a una alícuota reducida y por último, algunas que se encuentran exentas. Seguidamente, procederemos a analizar la incidencia de estas situaciones.

### 2.1 Elementos determinantes de la Obligación Tributaria.

#### 2.1.1 Objeto:

El artículo 1° de la ley del Impuesto al Valor Agregado establece que el impuesto se aplicará sobre *“Las obras, locaciones y prestaciones de servicios incluidas en el artículo 3º, realizadas en el territorio de la Nación...”*

El artículo 3° inc. 21 establece *“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.”*

El mencionado punto 21 hace una enumeración de alguna de las restantes prestaciones que se incluirían como ejemplo, entre los cuales su inciso h) establece “...los servicios técnicos y profesionales (de profesiones universitarias o no), artes, oficios y cualquier tipo de trabajo...” con lo cual abarcaría ampliamente a todos quienes presten servicios relacionados con la salud, (profesionales, técnicos, enfermeros, etc.) organizados bajo cualquier forma jurídica.

### **2.1.2 Sujeto:**

El artículo 4° establece en su inciso e): “*Son sujetos pasivos del impuesto quienes...e) Presten servicios gravados*”. Lo que estaría abarcando al universo de sujetos que presten servicios gravados. Serán gravados todos aquellos servicios que no se vean exceptuados por alguna exención específica, las cuales veremos más adelante.

Si bien esta es la situación actual, han existido muchas modificaciones a lo largo de la vigencia del mismo. De estar exentos todos los profesionales prestadores de Salud, se comenzó gravando a los mismos en el año 1.990 y más recientemente a la Medicina Prepaga, medida ésta que fue muy cuestionada desde diversos sectores y por distintos motivos, que trataremos más adelante.

En cuanto a los profesionales, en octubre de 1.998 entró en vigencia un sistema mal llamado “Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes” o Monotributo, que ha causado grandes distorsiones, de acuerdo al orden de los ingresos de cada uno, o si trabajaban simultáneamente en relación de dependencia, entre otras cuestiones.

### **2.1.3 Nacimiento del Hecho Imponible:**

En cuanto al hecho imponible, tenemos que distinguir cuando nace; el art. 5° en su inc. b) dice: “*en el caso de prestación de servicios y de locación de obras y servicios en el momento que se termine la ejecución o prestación o en el de la percepción total o parcial del precio, el que fuere anterior.....*”.

Es necesario hacer dos salvedades:

- Para las prestaciones realizadas individualmente y facturadas, ya sea por la Institución médica o el profesional actuante, rige lo enunciado en el párrafo anterior.

- En cuanto a las cuotas facturadas por la empresa de medicina prepaga, nos tenemos que remitir al art. 21 del Decreto Reglamentario del IVA donde habla de servicios continuos *"...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 inc. b) del art. 5° de la Ley, que el hecho imponible se perfecciona a la finalización de cada mes calendario"*. Con lo cual el nacimiento del hecho imponible en los sistemas de medicina prepaga nace con la emisión de la factura mensual.

#### **2.1.4 Base Imponible**

Y en cuanto a la base imponible, en su art. 10 la Ley dice: *"será el que resulte de la factura o documento equivalente extendida por los obligados al ingreso del impuesto, neto de descuentos..."*

También el mismo artículo nos dice que *"...son integrantes del precio neto –aunque se facturen o convengan por separado- y aun cuando considerados independientemente no se encuentren sometidos al gravamen: los servicios prestados conjuntamente con la operación gravada o como consecuencia de la misma; los intereses; el precio atribuible a los bienes que se incorporen a las prestaciones gravadas."* (medicamentos, material descartable, etc.).

## **2.2. Exenciones**

Las exenciones impositivas deben considerarse como una exención al objeto del impuesto ya que una exención se verifica cuando previamente existió un hecho gravado. Para entender esto, se debe pensar que para consagrar la exención debe necesariamente existir un acto alcanzado, es decir, las operaciones exentas son una categoría dentro de las operaciones gravadas, una delimitación del hecho imponible, ya que aunque éste se configure no nace la obligación de pago del tributo. Las exenciones deben resultar de una ley, ya que constituyen un verdadero privilegio.

Como ya mencionamos, originariamente en la ley del Impuesto al Valor Agregado podíamos 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 subjetiva.

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.

No debemos confundir, con exención subjetiva, el hecho que determinados sujetos estén eximidos de pagar el impuesto por las locaciones y prestaciones previstas en el art. 3º, inc. e), punto 21 de la ley, pero alcanzados por otras operaciones gravadas.

No obstante, la temática impuesta por la Ley del Impuesto al Valor Agregado de no considerar sujetos exentos, no modifica ni deroga beneficios otorgados a ciertos entes o a determinadas actividades por leyes especiales las que, por hallarse vigentes, prevalecen sobre las consideraciones de la propia Ley del Impuesto del Valor Agregado.

Este criterio, aceptado por el organismo fiscal – instrucción 28/95 del 11/8/95 – busca consagrar la plena operatividad de las exenciones de todo impuesto nacional, emanadas de normas especiales que se encuentran en vigencia, frente al Impuesto al Valor Agregado, ya que existe un orden prioritario de leyes específicas sobre la naturaleza genérica que tiene la ley del tributo.

### **2.2.1. Alcance de la Exención**

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

*Objetiva:* El art. 7 inc. h. establece “Las prestaciones y locaciones comprendidas en el apartado 21 del inciso e) del art. 3, que se indican a continuación...”

- *Los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica:*

- *de hospitalización en clínicas, sanatorios y establecimientos similares;*
- *las prestaciones accesorias de la hospitalización;*
- *los servicios prestados por los médicos en todas sus especialidades;*
- *los servicios prestados por los bioquímicos, odontólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.;*
- *los que presten los técnicos auxiliares de la medicina;*
- *todos los demás servicios relacionados con la asistencia, incluyendo el transporte de heridos y enfermos en ambulancias o vehículos especiales.*

#### Limitaciones de carácter subjetivo

*“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 fueren matriculados o afiliados directos o integrantes de sus grupos familiares -en el caso de 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 o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, cuando correspondan a servicios derivados por las obras sociales.”*

El art. 31 del Decreto Reglamentario, procede a hacer una aclaración sobre quienes se consideran adherentes voluntarios, como ya lo tratamos en párrafos anteriores y extiende la exención indicando:

- *“...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 suministrarse*

*a beneficiarios, que no revistan la calidad de adherentes voluntarios, de obras sociales que hayan celebrado convenios asistenciales con las mismas.”*

- *“... Los importes que deban abonar las Aseguradoras de Riesgos 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.”*
- *“... Los servicios prestados a sus afiliados obligatorios por la entidad que se financia con recursos provenientes del FONDO ESPECIAL DEL TABACO creado por el artículo 22 de la Ley N° 19.800, tendrán el tratamiento previsto para las obras sociales, en el punto 6 del inciso h), del primer párrafo, del artículo 7° de la ley, quedando alcanzados por la exención establecida en dicha norma los recursos provenientes del mencionado Fondo.*
- *“...Asimismo, la referida entidad gozará de la exención establecida en el punto 7 del inciso h), del primer párrafo, del artículo 7° de la ley, respecto de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica que deban abonar a los prestadores por sus afiliados obligatorios.”*

#### Condiciones del tipo formal.

Hace referencia a los requisitos del tipo forma en la emisión de la documentación respaldatoria de la prestación.

Cabe aclarar que el Art. 31 hace especial referencia a los coseguros que se abonen: *“...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.”*

## **2.2.2 Cuestión controvertida:**

### **2.2.2.1 ¿Cómo procede la exención en caso de prestaciones indirectas?**

La prestación indirecta ocurriría en caso de que un prestador directo de una obra social subcontrate la prestación dando origen a la intervención de otros prestadores indirectos.

Mucho se ha discutido sobre si procede o no la exención, antes de la sanción del Decreto 1920/91 no existía consenso sobre si la exención era procedente solo para los importes que deban a los prestadores directos o involucraba también a los que asumían la relación contractual como indirectos.

Con dicha sanción queda claro en el art. 31 del Decreto que 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...”*. Al referirse a terceros intervinientes la exención alcanza a ellos, sean prestadores indirectos de primer, segundo o cualquier otro grado.

A pesar de esto, una interpretación del fisco (dictamen 56/99 DAT) que trata el caso de un servicio de anestesiología que prestaba servicios a obras sociales a través de un sanatorio donde el titular de dicho servicio recibía la contraprestación por los servicios prestados para luego retribuirlo a los médicos integrantes del equipo. El fisco, luego de citar el artículo 31 del decreto reglamentario, lo interpreta restrictivamente poniendo énfasis en que el texto de la norma menciona que los terceros intervinientes deben facturar a la entidad asistencial (prestador contratado), situación que no se presenta ya que los integrantes del equipo le facturan al titular del servicio. Concluye así que los servicios de asistencia médica prestados por los integrantes del equipo se encuentran gravados.

Esta interpretación caería si analizamos el Dictamen 18/96, a través del cual el fisco trato la cuestión de las prestaciones médicas efectuadas por una clínica privada que se hace cargo del tratamiento de los pacientes derivados de un hospital público por falta de

aparatoología y/o instrumental necesario a esos fines. Establece que si bien no existe norma legal o reglamentaria que ampare a los prestadores indirectos en el caso de hospitales pertenecientes al Estado (por lo que la prestación llevada a cabo por las clínicas o sanatorios privados se encontraría alcanzada por el gravamen), no se debe pasar por alto el párrafo del decreto reglamentario que dice *“...a través de la mencionada normativa el legislador ha tenido presente una finalidad social de la cobertura médica...”*. Por extensión puede ser asimilarse la clínica privada que se hace cargo del tratamiento o servicio médico a los pacientes derivados de un hospital público por falta de aparatoología o instrumental adecuado, con el tercero interviniente al que el precepto reglamentario hace referencia. Concluye señalando que las prestaciones mencionadas resultan alcanzados por la norma exentiva.

Para concluir con el análisis debemos tener presente que para la viabilidad de la exención, el decreto reglamentario condiciona a que los prestadores indirectos cuenten con una constancia emitida por el prestador original sobre el carácter exentivo de la prestación. La procedencia de esta constancia debe entenderse como una especie de salvoconducto para el prestador indirecto, ya que puede ocurrir que por algún motivo no pueda corroborar por sí tal hecho.

#### **2.2.2.2 ¿La exención alcanza a las entidades Mutuales y Cooperativas?**

Históricamente las Asociaciones Mutuales y Cooperativas que presten asistencia sanitaria, médica y paramédica, se encuentran incluidas en el art 7°, inciso h), punto 6 de la ley de IVA, que comprenden a las instituciones previstas en el art. 20, inciso g) de la Ley del Impuesto a las Ganancias, estableciendo la exención de las entidades mutualistas que cumplan con las exigencias de las normas legales y reglamentarias y con los beneficios que deben proporcionar a sus afiliados.

Sin embargo, se incorporó, por Ley 25.063, a la Ley de IVA un artículo sin número a continuación del 7mo, que grava especialmente las prestaciones de salud e incluye -al no exceptuarlas- a las Mutuales. Ello, se hizo sin alterar en nada la letra del artículo 29 de la Ley 20.321, lo cual generó una contradicción de normas y diferentes interpretaciones.



El debate se centró principalmente, respecto a qué norma prevalecía: si la Ley genérica de Mutuales que contenía la exención impositiva transcrita, o la Ley de IVA que gravaba tal actividad.

Para aclarar esta situación, se dictó la Ley 25.920 que agregó dos párrafos al artículo sin número (también denominado 7.1) que había sido incorporado a la Ley de IVA. Estos nuevos dos párrafos tienen el objetivo de fijar un criterio uniforme. Para ello establece:

*"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..."*

Es decir que siguiendo lo establecido por el primer párrafo agregado, dado que la Ley 20.321 prevé una exención anterior a la entrada en vigencia de la Ley 25.920, en principio aquella prevalecería sobre ésta, y regiría por tanto la exención genérica subjetiva.

Sin embargo, y pese a que se presentan claros los términos de la reforma, hay quienes no lo interpretan así, siguiendo este razonamiento: si la norma de IVA, sentando un criterio distinto, generó un hecho imponible específico, en este caso, tal situación será un caso de excepción al criterio exentivo. Es decir, que si hay alguna actividad especialmente gravada por el IVA, la exención genérica subjetiva cede, y seguirá vigente para el resto de las prestaciones de las mutuales, pero no para la gravada por el IVA. Precisamente, tal es el caso de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica.

Ésta postura entiende que respecto de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, la aplicación del primer párrafo del mencionado artículo 7.1. implica la eliminación de la exención para aquellas entidades que la hubieran obtenido por su naturaleza, como es el caso de las Mutuales.

### Instrucciones Generales DGI/AFIP

Es importante resaltar en este punto, que las exenciones genéricas subjetivas establecidas por leyes con anterioridad a la sanción de la Ley de IVA, ya habían sido objeto

de instrucciones internas de la DGI/AFIP, las que dan cuenta que el organismo estatal se inclinó desde el inicio por la exención.

En este sentido, la Instrucción General (DGI) N° 28/95 lleva a conocimiento de las dependencias que, de acuerdo con el criterio sustentado por la Secretaría de Ingresos Públicos, *"las disposiciones de la Ley del impuesto al Valor Agregado, por tratarse de normas de carácter genérico, no afectan ni derogan beneficios concedidos a determinados sujetos por leyes especiales, las que de hallarse vigentes prevalecen sobre las previsiones de la Ley del impuesto."*

Esta interpretación se basó, a su vez, en una providencia de la Secretaría de Ingresos Públicos, en la que se sostuvo que las exenciones contenidas en el entonces artículo 6°, inciso j), de la Ley del IVA, como norma genérica, en ningún caso deben tomarse como limitativas de beneficios más amplios acordados por disposiciones específicas, sobre todo considerando que tanto el otorgamiento como la derogación de exenciones debe establecerse por acto legal expreso y no a través de criterios interpretativos. Posteriormente, por medio de la Instrucción General (AFIP) N° 5/00, se deja sin efecto la Instrucción General (DGI) N° 28/95, y de esta manera, acota las franquicias genéricas contenidas en leyes u otras normas anteriores a su dictado.

Sin embargo, el Procurador del Tesoro de la Nación, por Dictamen N° 46/02, sostiene que la ley de carácter específico N° 16.656 -que exime de todo impuesto nacional a entidades sin fines de lucro dedicadas a la educación, a la asistencia social y a la salud pública- prevalece sobre las disposiciones de la Ley del Impuesto al Valor Agregado.

Mediante una nueva Instrucción General DGI N° 6/2004, se lleva a conocimiento de las Dependencias que de acuerdo con el criterio consagrado por la Procuración del Tesoro de la Nación en el Dictamen N° 46/02, corresponde mantener la Instrucción General N° 28/95 (DGI) y dejar sin efecto desde su dictado la Instrucción General N° 5/00 (AFIP) del 3 de Julio de 2.000, restableciéndose la vigencia del instructivo citado en primer término.

### Análisis jurisprudencial

Las interpretaciones judiciales acerca de la materia han sido disímiles, bien vale aclarar que han prevalecido las que entienden exentas de IVA los servicios médico-asistenciales prestados por las Mutuales de salud.

En fecha 01 de diciembre de 2.013, la Sala I de la Cámara Nacional en lo Contencioso Administrativo Federal, en autos "ASOCIACIÓN MUTUAL TRANSPORTE AUTOMOTOR C/ DGI", ratificó la sentencia dictada por el Tribunal Fiscal de la Nación, por la cual se considera a la Asociación Mutual de Transporte Automotor exenta del IVA, específicamente en los servicios de salud que brinda a sus asociados. Contra dicho fallo, la DGI interpuso Recurso Extraordinario que fue denegado por la Corte Suprema de Justicia, quedando por lo tanto firme la sentencia de Cámara.

El Tribunal Fiscal de la Nación, había calificado de "interpretación auténtica" la establecida por la Ley 25.920, sobre el alcance y efectos en relación con el IVA que poseen las exenciones impositivas de carácter genérico acordada por leyes anteriores.

Para así resolver, los jueces de Cámara se basaron en el art. 29 de la Ley 20.321 y en la prevalencia de la Ley 25.920, por sobre la Ley del IVA, a la vez que citan fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Fallos: 310:195; 312:1614; 131:132 y 1149, entre muchos otros) ("Club 20 de Febrero c/ Estado Nacional y/o AFIP s/ acción meramente declarativa - medida cautelar", pronunciamiento del 26/09/2006 (Fallos: 329:4007), en igual sentido Sala III, en la causa: "Fundación Médica Bahía Blanca (TF 16810-I y acumulados) c/DGI, pronunciamiento del 02/02/2009), en los que el máximo tribunal - interpretando la Ley 25.920 había declarado que la exención establecida en la Ley 16.656, anterior a la Ley del IVA, es aplicable a este impuesto.

Con anterioridad a este fallo, en fecha 17 de septiembre de 2.013, la Sala IV de la misma Cámara, en autos "Asociación Mutual San Isidro Labrador (TF 30605-I) s/Dirección General Impositiva", ya había ratificado otra decisión del Tribunal Fiscal de la Nación, declarando la plena aplicabilidad de las exenciones genéricas de impuestos previstas en leyes anteriores vigentes al 9/9/04 (en clara referencia a la exención del art. 29, Ley 20.321).

No obstante, vale decir que no fue ésta la opinión de otro tribunal que expondremos a continuación, lo que da evidente cuenta de la incertidumbre que

actualmente rige la materia y la urgente necesidad de poner un manto de claridad, inclinando la balanza por la solución más justa: la de la exención.

En los autos caratulados "Asociación Mutual Sancor c/ A.F.I.P. - D.G.I. s/ ordinario", la Cámara Federal de Apelaciones de Rosario, en fecha 12 de junio de 2.013, dictaminó que: *"Se han dejado sin efecto las exenciones genéricas respecto del impuesto al valor agregado, en virtud de lo dispuesto por el artículo agregado a continuación del art. 7 de la Ley de IVA por la ley 25.063, subsistiendo solamente las previstas en forma específica, razón por la cual, las Asociaciones Mutuales no se encuentran exentas."*

En los considerandos del fallo, la Cámara estimó que: *"De modo que entre la previsión del primer párrafo relativa a la prestación o actividad que nos ocupa y aquel otro posterior "...en ningún caso...", está la diferenciación que hizo el legislador entre los servicios de salud y cualesquiera otros que no advertí en mi voto antes referenciado...Aclaro que, cuanto menos desde mi punto de vista, la interpretación de la normativa bajo análisis no puede resultar alterada ni afectada por el alcance que le hubiera adjudicado la administración, sin perjuicio de señalar la inconveniencia de la coexistencia de los distintos criterios de los órganos del Estado con relación a la materia impositiva tanto como de la posibilidad de discrecionalidad e incerteza constante acerca de los sujetos y/o actividades alcanzadas por un determinado tributo."*

Y para terminar de afirmar la poca o nula claridad normativa, a la hora de juzgar las costas del proceso, refiere: *"En cambio entiendo que le asiste razón a la recurrente al rechazar la condena en costas a su parte. Esto por cuanto, efectivamente, la cuestión objeto de debate ofrece cierta dificultad emergente no de los hechos ni de las circunstancias del presente proceso, sino de la legislación aplicable misma, que, en su conjunto y devenir constituye un verdadero galimatías que no resulta fácil elucidar. Todo producto de una cuestionable técnica legislativa de enmiendas, agregados, exenciones de exenciones, limitaciones a los límites, dentro de farragosos párrafos."*

Continuando cronológicamente con el análisis, en los autos caratulados "Asociación Italiana de Socorros Mutuos s/apelación", el Tribunal Fiscal de la Nación resolvió, el 12 de marzo de 2015, por mayoría, revocar la resolución apelada, en la que el fisco reclamaba el IVA por los servicios prestados de asistencia sanitaria, médica y paramédica. Se sostuvo que si la exención referida a todo impuesto nacional se encuentra

prevista en leyes vigentes al 09/09/2004 (entrada en vigencia de la ley N° 25.920), tal exención tiene operatividad en el IVA. El legislador reafirma el criterio en el sentido de la prevalencia de las normas genéricas subjetivas por sobre las disposiciones propias del IVA.

En contraposición el vocal Magallon destacó que *“...no puede, en los hechos, existir imposibilidad para el legislador de restringir, tanto exenciones como hechos imponibles, pues nadie tiene un derecho adquirido al mantenimiento de leyes o reglamentaciones, ni a la inalterabilidad de los gravámenes creados por ellas. La admisión de una hipótesis semejante, dejaría como última alternativa al legislador la de modificación de la ley exentiva general... lo que implicaría una deficiente y criticable técnica legislativa”*. Así mismo concluye, que la tesis propuesta sobre la gravabilidad de las prestaciones, cumple con las reglas interpretativas de “ley posterior deroga anterior y ley especial deroga ley general”. Se deduce que interpretó que la ley del IVA específicamente dispone que no resulte de aplicación las exenciones concedidas por otras leyes nacionales, generales o especiales.

Como último antecedente jurisprudencial, el 14 de abril de 2015, la Corte Suprema de Justicia revoca la sentencia dictada por la Sala A de la Cámara Federal de Apelaciones de Rosario en la causa “Asociación Mutual Sancor c/AFIP DGI AFIP s/acción meramente declarativa de derecho”, exponiendo que tanto la ley de Impuesto a las Ganancias como la ley del Impuesto al Valor Agregado, al eximir a las mutuales en forma particular, reiteran lo dispuesto en el art. 29 de la Ley 20.321, que establece que las mutuales estarán exentas de todo impuesto, tasa o contribución de mejoras, cualquiera fuera su objeto, siempre que se encuentren debidamente inscriptas.

Por más que la última modificación de la ley de IVA, dada por la ley 25.920, establezca, en el apartado 6 del art. 7º, inciso h, que las mutuales están exentas en tanto los servicios prestados se relacionen en forma directa con sus fines específicos, esta limitación no es aplicable, dado que lo dispuesto por el Art. 29 de la ley 20.321 prevalece, ya que dicha exención se encontraba vigente a la fecha de la promulgación de la ley 25.920, esto es, al 9 de septiembre de 2004.

En resumen, el fallo establece que la mutual Asociación Sancor Salud, debidamente constituida e inscripta y dedicada a la prestación de servicios de salud, se encuentra exenta de tributar el IVA por todos sus servicios prestados.

## Opinión

El último fallo de la CSJ busca dar certidumbre al sistema normativo, y solucionar una injusta desigualdad, ya que se gravaba las prestaciones médicas brindadas por las asociaciones mutuales, en tanto no grava las brindadas por las obras sociales, en lo que hace a sus afiliados obligatorios. Esto implicaba que un afiliado a obra social no pagaba IVA, pero sí lo hace un paciente afiliado a una mutual, violando el principio de igualdad consagrado en el artículo 16 de la Constitución Nacional: *"Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad. La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas."* Así como el art. 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) *"Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley."*

La Corte Suprema de Justicia entendió que no existe motivo que justifique tal desigualdad, ya que las mutuales comparten, en esencia, similares características respecto a las obras sociales toda vez que ambas fueron pensadas e inspiradas en el espíritu solidario de los ciudadanos y trabajadores, que brindándose ayuda recíproca y mediante el aporte de cada uno de ellos, encuentran en estas instituciones un medio para garantizarse el derecho a la salud, que es un derecho humano fundamental. Se priorizó la realidad económica sobre las diferentes interpretaciones normativas.

Tienen además idéntica actividad, el artículo 4 de la Ley Orgánica para las Asociaciones Mutuales comprende, entre el objeto de las mutuales *"...la satisfacción de necesidades de los socios ya sea mediante asistencia médica, farmacéutica"*, la que constituye la actividad prioritaria para las obras sociales según el artículo 3 de la Ley 23.660: *"Las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud..."*

Las asociaciones mutuales, como entidades propias de la economía social que apela a los mejores valores de las personas: solidaridad, cooperación, esfuerzo propio y ayuda mutua, deben de gozar de políticas diferenciales por parte del Estado, que fomente su formación y estimule sus actividades. Precisamente ése fue el espíritu del artículo 29 de su Ley orgánica Nº 20.321. En resumen, se ha puesto fin a más de diez años de disputa.

## 2.3 Facturación

### 2.3.1 Tipos de Comprobantes

La obligación de emitir factura conforme la RG 1.415 incluye a todos los contribuyentes, independiente de su situación ante el IVA.

Ahora bien, la situación ante el IVA determinará qué tipo de comprobantes se deben emitir y recibir, los que se identifican con distintas letras. En resumen:

EMISOR	LETRA según la característica del Receptor	RECEPTOR
RI	"A"	RI
RI con leyenda "pago CBU informada"	"A" con leyenda "pago CBU informada"	RI
RI	"M"	RI
RI	"B"	Exentos, Consumidores Finales. Monotributistas., no categorizados
Exentos, Monotributistas	"C"	Todos
Sujetos que realizan exportaciones	"E"	Sujeto del exterior

Ahora bien, dentro de los Emisores podemos mencionar que son:

- **Responsables Inscriptos/Responsables con Leyenda**
  - Entidades de Medicina Prepaga
  - Clínicas, Sanatorios
- **Exentos**
  - Obras Sociales
  - Mutuales
  - Cooperativas
  - Hospitales
- **Monotributistas**
  - Profesionales independientes

Los receptores son:

- **Responsables Inscriptos**
  - Entidades de Medicina Prepaga
  - Clínicas
- **Exentos**
  - Obras Sociales
  - Mutuales
  - Cooperativas
  - Hospitales
- **Consumidores Finales**
  - Pacientes particulares
- **Monotributistas**
  - Profesional que contrata el servicio de otro profesional o institución.

### 2.3.2 Régimen de Facturación

Mediante la Resolución General (AFIP) 3571/13 (B.O. 18/12/2013), la Administración Federal de Ingresos Públicos incorpora nuevas actividades a la obligación de emitir sus comprobantes en forma electrónica. Así desde 01/07/2014 se encontraban obligados quienes realicen investigación y desarrollo experimental en el campo de la ingeniería, tecnología y en determinadas ciencias (médicas, agropecuarias, exactas, naturales, sociales y humanas).

Por la reciente Resolución General N° 3.749/2015, la obligación de acogerse al Régimen de Factura Electrónica dispuesto por la Resolución General N° 2.485 y sus modificatorias y complementarias, se hace extensible a todos los responsables inscriptos desde el 01/07/2015.

Si bien esta norma establece que es opcional para los responsables exentos en iva, por el Título III, lo hace obligatorio a las empresas prestadoras de servicios de medicina prepaga que realicen operaciones indicadas el Artículo 3° de la Resolución General N° 3.270, por estas y por todas sus operaciones realizadas en el mercado interno.



### 2.3.3 Alícuota a Aplicar

En principio la clasificación anterior nos determina que comprobante se ha de emitir, lo que no implica que la prestación este gravada en IVA. Por ejemplo un *Centro de Radiología* factura a una *Clínica* los servicios prestados por convenio que esta Clínica tiene con una *Obra Social*. Si bien ambas partes (Centro de Radiología y Clínica) son Responsables Inscritos la prestación estará exenta porque surge del convenio con la *Obra Social*. La factura a emitir será A sin IVA.

Estas situaciones las hemos tratados de resumir en el siguiente cuadro

MODALIDAD DE LA COBERTURA	BENEFICIARIO	ALÍCUOTA
PARTICULAR	Particular	21%
	Particular afiliado a Prepaga con reintegro	21%
	Particular afiliado a Obra Social con reintegro	21%
OBRA SOCIAL Ley 23.660	Afiliados Obligatorios y su grupo familiar	Exento
	Afiliados Voluntarios	10,5%
OTRAS OBRA SOCIAL (provinciales, de profesionales, etc.)	Afiliados Obligatorio y su grupo familiar y/o matriculados, afiliados directores y sus grupos familiares	Exento
	Afiliados Voluntarios	10,5%
PREPAGAS	Afiliados obligatorio derivados de Obras Sociales	Exento
	Afiliados voluntarios derivado de Obras Sociales	10,5%
	Sujetos adheridos al sistemas	10,5%
MUTUALES Y COOPERATIVAS, ETC.	Afiliados derivados de Obras Sociales	Exento
	Afiliados propios obligatorios	Exento*
	Afiliados propios voluntarios	10,5%
ART	Afiliados al sistema	Exento

\* Luego del fallo de la CSJ en los autos caratulados “Asociación Mutual Sancor c/AFIP DGI AFIP s/acción meramente declarativa de derecho”, de fecha 14/04/2015.

## **2.3.4 Cuestiones Controvertidas**

### **2.3.4.1 ¿Cuándo se emiten Recibos en lugar de facturas?**

Es común que cuando recibimos el servicio de un profesional de la salud nos extienda un recibo, esto es así según lo establecido en el Título II de la RG (AFIP) 1415.

Los profesionales y demás prestadores de servicios deberán optar por utilizar (en carácter de comprobante válido de operaciones y de soporte de la registración de las mismas) sólo facturas o recibos. En consecuencia, no resultará válida la emisión indistinta o alterada de los mencionados comprobantes.

Debemos tener presente, que para que dicho recibo sea equivalente a una factura, debe cumplir ciertos requisitos según la RG (AFIP) 1.415. Es documento equivalente a la factura sólo cuando reemplaza a la misma, y no cuando es sólo una constancia de pago. En el caso de que sólo sea una constancia de pago efectuado, lleva la letra X y la leyenda no valido como factura, sin necesidad de cumplimentar ninguna otra formalidad.

Si existieran diferencias entre los importes facturados originalmente y los percibidos deberá emitirse la correspondiente nota de débito o de crédito.

En resumen, el recibo es equivalente a la factura cuando:

- Individualice correctamente la operación.
- Cumplimente los requisitos establecidos para la factura.
- Solo se emitan recibos y no indistintamente facturas y recibos.
- Respalde operaciones de contado.

## **2.4 Servicios Complementarios**

### **2.4.1 Servicio de Transporte**

El servicio de transporte se encuentra alcanzado con el impuesto al valor agregado a la alícuota del 10,50%; el servicio de traslado de enfermos en cualquier medio (terrestre, acuático, aéreo, ya que pueden ser ambulancias, lanchas o aviones sanitarios), está gravado a la alícuota del 10,50%. Cuando el servicio se preste a

afiliados de obras sociales, el servicio estaría exento; y cuando fuere para afiliados de medicina prepaga, al 10,50%.

Acá es importante destacar la diferencia entre el servicio de traslado de enfermos puro y los llamados servicios de emergencias médicas. En este último caso, la alícuota a la que están alcanzados es la general (21%), pues el servicio principal es la atención del enfermo (luego se lo traslada, si fuese necesario), pero la actividad no es transporte de ambulancia, sino servicio de emergencia médica prestado por unidades ambulatorias.

Respecto de este tipo de casos, existe el Dictamen de Asesoría Técnica (AFIP) 33/2001, a raíz de una consulta vinculante donde un contribuyente de servicios asistenciales de servicios de emergencias y guardias sin cargo, sostiene que su actividad estaría gravada a la alícuota reducida del 10,50%. El sumario del dictamen indica lo siguiente: *“Los servicios asistenciales brindados por la titular consistentes en ‘atención de guardias sin cargo’ y ‘consulta de especialistas sin cargo’ no resultan comprendidos en los sistemas de medicina prepaga alcanzados por la alícuota del 10,50% de conformidad al artículo 28 de la Ley de Impuesto al Valor Agregado; ello toda vez que esa norma se refiere a aquellos que apuntan a brindar atención médica al paciente en forma similar a las prestaciones de las obras sociales, las que ofrecen cobertura integral mediante el pago de una cuota, destacándose que el hecho de que los servicios médicos sean retribuidos mediante cuotas por sus afiliados, no los convierte en un sistema de medicina prepaga, resultando en consecuencia gravados a la tasa general”*.

#### **2.4.2 Los restaurantes, bares, confiterías**

Los restaurantes, bares, confiterías que se encuentren en establecimientos sanitarios exentos están exceptuados del gravamen, siempre que sean de uso exclusivo:

- para el personal;
- para los pacientes;
- y para los acompañantes.

### 2.4.3 Incorporación de cosas muebles

El Fisco sostiene, desconociendo la Teoría de la Unicidad, que la incorporación de bienes de *propia producción* a locaciones y prestaciones de servicios exentas, es una venta y por lo tanto alcanzada por el gravamen. En cambio, si el bien incorporado a una locación o prestación de servicios exenta, no es de propia producción sino *adquirida a terceros*, en este caso sigue la suerte de lo principal y por lo tanto estará exenta.

Así surge el Dictamen DAT 46/01 el que establece que los montos que por los servicios de hospitalización y prestaciones accesorias de la misma, incluido el importe atribuible a medicamentos, abonen a la institución sanatorial las obras sociales y demás entidades comprendidas en el artículo 7°, inciso j), punto 7, de la ley de IVA vigente, estarán exentos del gravamen.

Por su parte el Dictamen DAT 42/81 establece que cuando los bienes muebles resulten consumidos en la prestación de servicios médicos (tales como gasas, desinfectantes, etc.) el Servicio Asesor entiende que no cabría considerar concretada la transferencia de dominio a que alude el artículo 2°, inciso a) de la Ley, por lo que deberían seguir la suerte de la aludida prestación principal. Cuando se trate de medicamentos administrados al paciente, se hayan facturado discriminadamente o no, así como en el caso de bienes muebles que constituyan el objeto resultante de trabajos o estudios realizados que sean entregados al cliente (como placas radiográficas), se operaría la transferencia de dominio de los mismos, resultando en consecuencia gravada su enajenación.

## 2.5 Prorratio del Crédito Fiscal

En la actividad de Salud es frecuente que un mismo sujeto realice actividades gravadas o exentas, por lo que a la hora de computar el crédito fiscal de las compras se debe tener en cuenta esta situación.

El Art. 12 de la ley nos dice *"...del impuesto determinado, los responsables restarán el gravamen que se le hubiera facturado en el período fiscal que se liquida, por compra, locación o prestación de servicios, -incluidas las compras de bienes de uso-, en la medida que se vinculen con operaciones gravadas"*, acá hace una excepción en cuatro puntos de

los cuales tres debemos tener en cuenta para esta actividad, ya que enuncian que no se considerara vinculado con la operación gravada:

- *Las compras, importaciones definitivas y locaciones de automóviles, que no tengan para el adquirente el carácter de bienes de cambio.*

- *Las compras y prestaciones de servicios vinculadas con la reparación, mantenimiento y uso de los automóviles mencionados en el punto anterior.*

- *Las compras o importación definitiva de ropa u otro equipamiento de trabajo que no sea para uso exclusivo del trabajador (ej. guardapolvos, uniformes, del personal médico y auxiliares).*

El art. 13 de la Ley explica “...cuando las compras, importaciones definitivas, locaciones y prestaciones de servicios que den lugar el crédito fiscal, se destinen indistintamente a actividades gravadas, exentas o no gravadas, y su apropiación a una u otra no fuere posible (y en los sujetos bajo análisis, como comentamos en el párrafo anterior se torna muy dificultosa) el cómputo respectivo solo procederá respecto a la proporción de las actividades gravadas, la que deberá ser estimada por el contribuyente.”

Las estimaciones deben efectuarse:

- ✓ por año calendario (sujetos que no lleven registros comerciales).
- ✓ por ejercicio comercial (para sujetos obligados a llevar anotaciones y practicar balance comercial).

En el último mes de uno u otro según corresponda, debe practicarse el ajuste correspondiente a las diferencias.

El art. 55 del DR. indica que no será de aplicación el prorrateo en los casos de que exista incorporación física de bienes, o directa de servicios, ni cuando pueda conocerse la proporción en que deba realizarse la respectiva apropiación. Como ejemplo podemos mencionar el caso de una entidad de medicina prepaga, que contrata los servicios profesionales de médicos responsables inscriptos en IVA para brindar un servicio gravado, el crédito del servicio incorporado se apropia en forma directa y el resto se prorratea.

El art. 51.1 del Decreto Reglamentario faculta a las instituciones que tengan incorporado a sus servicios los llamados planes de reintegro, a computar como crédito del impuesto el importe que surja de aplicar sobre el monto efectivo del reintegro el

coeficiente que resulte de dividir la alícuota vigente al momento de la facturación por la suma de 100 + dicha alícuota.

Ejemplo: si se reintegra una consulta médica por valor de \$ 150, el cálculo para tomar el crédito fiscal sería:

$$\frac{21}{121} = 0,1735$$

$\$150 \times 0,1735 = \$26,03$  que es el crédito fiscal computable

Se establecen como requisitos para su cómputo:

- ✓ el reintegro corresponda a una prestación gravada por el impuesto.
- ✓ el prestador revista la calidad de Responsable Inscripto en el IVA.
- ✓ el prestatario revista la calidad de consumidor final, así lo debe decir la factura, y no debe hallarse discriminado el impuesto.
- ✓ la factura debe indicar la entidad ante la cual se va a presentar el cobro del reintegro.

## Capítulo III: Impuesto a las Ganancias

El Impuesto a las Ganancias grava, como indicador de la capacidad contributiva del sujeto contribuyente, las "ganancias" obtenidas en el período fiscal, que surgen del resultado positivo entre ingresos menos egresos, será quebranto cuando arroje pérdida, de operaciones realizadas por un contribuyente en un período determinado.

Este tipo de imposición tiene por principal característica el ser considerado como un impuesto progresivo, por lo cual, además de tener un efecto recaudador, resulta una herramienta económica utilizada para obtener la buscada redistribución del ingreso y el patrimonio. La escala progresiva de la alícuota, en el caso de las personas físicas y sociedades de personas, hace que la carga impositiva acompañe el nivel de capacidad contributiva del sujeto, estabilizando la economía. En el caso de sociedades de capital (por acciones y de responsabilidad limitada) la alícuota es única independiente del resultado impositivo de la sociedad.

La ley 20.628 es la ley que regula en nuestro país el Impuesto a las Ganancias, sufriendo desde 1.973, fecha de sanción como gravamen de emergencia, más de 260 modificaciones, encontrándose vigente a la fecha.

### 3.1 Elementos determinantes de la obligación tributaria.

#### 3.1.1 Sujeto

El artículo 1° de la Ley establece *"...Todas las ganancias derivadas de fuente argentina, obtenidas por personas de existencia visible o ideal, cualquiera sea su nacionalidad, domicilio y residencia, quedan sujetos al gravamen..."*

#### 3.1.2 Objeto

El Artículo 2°, por su parte, complementa el Art. 1° para determinar el objeto, indicando que: *"...A los efectos de esta ley son ganancias, sin perjuicio de lo dispuesto especialmente en cada categoría y aun cuando no se indiquen en ellas:*

- 1) Los rendimientos, rentas o enriquecimientos susceptibles de una periodicidad que implique la permanencia de la fuente que los produce y su habilitación.*

2) Los rendimientos, rentas, beneficios o enriquecimientos que cumplan o no las condiciones del apartado anterior, obtenidos por los responsables incluidos en el artículo 69 y todos los que deriven de las demás sociedades o de empresas o explotaciones unipersonales, salvo que, no tratándose de los contribuyentes comprendidos en el artículo 69, se desarrollaran actividades indicadas en los incisos f) y g) del artículo 79 y las mismas no se complementaran con una explotación comercial, en cuyo caso será de aplicación lo dispuesto en el apartado anterior.”

### **3.1.3 Territorialidad**

Es un impuesto de carácter nacional, que grava las ganancias obtenidas por fuentes del país, así el artículo 5° establece “*En general, y sin perjuicio de las disposiciones especiales de los artículos siguientes, son ganancias de fuente argentina aquellas que provienen de bienes situados, colocados o utilizados económicamente en la República, de la realización en el territorio de la Nación de cualquier acto o actividad susceptible de producir beneficios o de hechos ocurridos dentro del límite de la misma, sin tener en cuenta nacionalidad, domicilio o residencia del titular o de las partes que intervengan en las operaciones, ni el lugar de celebración de los contratos.*”

*También están sujetas al gravamen las ganancias provenientes de actividades realizadas ocasionalmente en el extranjero por personas residentes en el país, las que podrán computar como pago a cuenta del impuesto de esta ley las sumas efectivamente pagadas por gravámenes análogos en el lugar de realización de tales actividades, a condición de reciprocidad.”*

## **3.2 Categorías**

El impuesto divide los rendimientos en cuatro categorías para su mejor comprensión clasificándose de la siguiente manera:

- Primer Categoría: Rentas del suelo
- Segunda Categoría: Renta de capitales
- Tercer Categoría: Beneficio de las empresas y auxiliares de comercio
- Cuarta Categoría: Renta del trabajo personal



A efectos de analizar como incide este impuesto en los distintos actores del Sistema de Salud nos limitaremos a analizar la tercer y cuarta categoría.

### **3.2.1 Tercera categoría**

El artículo 49 de la Ley establece las rentas de tercera categoría, siendo de especial intereses para el análisis de los distintos actores del ámbito de la salud, lo mencionado en el inciso b) *“...Todas las que deriven de cualquier otra clase de sociedades constituidas en el país o de empresas unipersonales ubicadas en éste.”*

Al concluir el artículo menciona *“...Cuando la actividad profesional a que se refiere el artículo 79 se complemente con una explotación comercial o viceversa (sanatorios, etcétera), el resultado total que se obtenga del conjunto de esas actividades se considerará como ganancia de la tercera categoría.”*

Se está incluyendo dentro de las rentas de tercera categoría el desarrollo de la actividad profesional complementaria con una actividad comercial, lo que nos dejaría por exclusión fuera de esta categoría a los sujetos que únicamente obtengan rentas en concepto de honorarios profesionales.

Cabe mencionar en esta instancia, que producto del análisis del artículo 2° de la norma, no es necesaria la periodicidad de la fuente ni su habilitación para que la ganancia obtenida sea considerada gravada, basta con que haya sido obtenido por estos sujetos mencionados.

#### **3.2.1.1 Criterio de Imputación**

El artículo 18 de la Ley de Impuesto a las Ganancias establece que las ganancias de la tercera categoría se imputarán por el método de lo devengado, mencionando: *“Las ganancias indicadas en el artículo 49 se consideran del año fiscal en que termine el ejercicio anual en el cual se han devengado...No obstante, podría optarse por imputar las ganancias en el momento de producirse la respectiva exigibilidad, cuando las ganancias se originen en la venta de mercaderías realizadas con plazos de financiación superiores a diez (10) meses, en cuyo caso la opción deberá mantenerse por el término de cinco (5) años y su ejercicio se exterioriza mediante el procedimiento que determine la reglamentación.”*

No existe ninguna norma legal que defina el concepto impositivo de devengado en el Impuesto a las Ganancias. Esta falencia está suplida por aproximaciones a dicho concepto que se han efectuado en jurisprudencia judicial y administrativa, y por los autores de doctrina.

El Diccionario de la Real Academia Española define devengado como *“el adquirir el derecho a alguna percepción o retribución por razón de trabajo, servicio u otro título”*.

Para Enrique Reig, el concepto de ingreso devengado se define como *“la adquisición de un derecho a percibirlo por haberse producido los hechos necesarios para que se genere.”* Además este autor señala que el devengamiento se produce cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- requiere que se hayan producido los hechos sustanciales generadores del rédito o gastos;
- requiere que el derecho al ingreso, o compromiso, no esté sujeto a condición que puede hacerlo inexistente;
- no requiere actual exigibilidad, o determinación o fijación, en términos precisos para el pago, ya que puede ser obligación a plazo de monto no determinado.

En el fallo “Ecohabitat S.A.” de la Sala A del Tribunal Fiscal de la Nación, de fecha 29/04/2.004, se resolvió que “los gastos se devengan cuando, sin condición alguna, existe una obligación de pago cierto y determinado”, y que “una renta es atribuible, conforme a dicho criterio, cuando se hayan producido los actos, actividades, hechos sustanciales que la generan, aunque no sean exigibles al momento de su medición, y en tanto se verifiquen parámetros objetivos esenciales y no meramente formales, y la posibilidad fáctica y jurídica de que ese ingreso o gasto deba efectuarse. Es decir, debe tratarse de un derecho cierto, no sujeto a condición que pueda tornarlo carente de virtualidad, dado que, mientras la condición no se haya cumplido, no existirá derecho cierto por una suma determinada; recién cuando se cumpla la misma, habrá rédito devengado”.

En el Dictamen s/n emitido por la Dirección de Asuntos Jurídicos de la DGI, en fecha 09/12/1.966, se hace referencia a anteriores dictámenes y establece un nuevo

criterio. Así cita al dictamen del 29/09/1.939 que expresa que “mientras la condición no se haya cumplido o el plazo no haya vencido, haciendo exigible el pago, desde el punto de vista fiscal no hay rédito devengado”, y al dictamen del 15/05/1.947 que expresa “que al no haberse reconocido el crédito, su importe no puede ser conceptuado como renta devengada, pues carece de un requisito esencial para revestir tal carácter, cuál es su exigibilidad por parte del acreedor”. En el dictamen bajo análisis se establece que cuando se define al concepto de devengado no se habla de exigibilidad, sino simplemente de “derecho adquirido”, y concluye “que los réditos se devengan, cuando, sin condición alguna, existe un derecho al cobro u obligación de pago, ciertos y determinados.”

En conclusión se podría arribar a que las ganancias de tercera categoría se imputarán cuando se produzca una variación en el patrimonio originada en hechos que permitan el nacimiento de un derecho adquirido, sin sujeción a condición alguna.

### **3.2.2 Cuarta Categoría**

El artículo 49 de la Ley establece: “...*Constituyen ganancias de cuarta categoría las provenientes: b) Del trabajo personal ejecutado en relación de dependencia...f) Del ejercicio de profesiones liberales u oficios y de funciones de albacea, síndico, mandatario, gestor de negocios, director de sociedades anónimas y fideicomisario.*”

se incluye en esta categoría las rentas que percibe en concepto de honorarios como profesional de la salud ya sea ejercido en relación de dependencia, o independiente.

#### **3.2.2.1 Criterio de Imputación**

El artículo 18 establece el criterio de imputación de las ganancias de cuarta categoría cuando, por exclusión en el inciso b), establece “... *las demás ganancias se imputarán al año fiscal en que hubiesen sido percibidas*”.

El concepto de percibido esta enunciado en este artículo indicando: “*cuando corresponda imputar las ganancias de acuerdo con su percepción, se considerarán percibidas y los gastos se considerarán pagados, cuando se cobren o abonen en efectivo o en especie y, además, en los casos en que, estando disponibles, se han acreditado en la cuenta del titular, o con la autorización o conformidad expresa o tácita del mismo, se han*

*reinvertido, acumulado, capitalizado, puesto en reserva o en un fondo de amortización o de seguro, cualquiera sea su denominación o dispuesto de ellos en otra forma”.*

De este artículo se desprende que para que ocurra la percepción se deben producir tres hechos:

### 1) El devengamiento previo

La necesaria precedencia del devengamiento surge de la ley en forma indirecta, puesto que lo que se perciba sin haber sido devengado será en todos los casos un pasivo (deuda o utilidad diferida) y no un ingreso (ganancia). Del mismo modo, lo que se pague, si no está devengado, no será una pérdida sino un crédito, por carecer de causa eficiente que justifique la percepción.

Este concepto no siempre ha sido interpretado cabalmente por la autoridad de aplicación e, incluso, los tribunales. Muchas de las interpretaciones diferentes se basan en la confusión que se produce cuando se asimila el concepto de “percibido” al de “cobrado” o “pagado”.

### 2) Concepto de pago

No existen dudas sobre la primera forma que adopta el principio: hay percepción cuando se cobre o abone en efectivo o en especie. La incógnita es el significado de los términos “cobrar” y “abonar” que no puede ser otro que una (o varias) de las formas de extinción de las obligaciones: el pago, la compensación, la novación, la transacción, la confusión, la renuncia de derechos, la remisión de deudas y la imposibilidad de pago, surgiendo la cuestión de cuáles de estas formas son hábiles para producir la percepción de la que habla la ley.

Borda sostiene que *“...el principio esencial en esta materia, es que el deudor debe cumplir exacta y fielmente lo prometido, conforme con la regla de la buena fe”* y en el caso de obligaciones de dar, debe dar la misma cosa que prometió, debiendo el pago ser íntegro porque el acreedor no puede ser obligado a recibir pagos parciales; en el caso de las deudas con intereses, el pago no es íntegro si no los incluye.

Entonces, si el acreedor no quiere o puede recibir el pago, cualquiera sea la causa, el deudor sólo podrá pagar por consignación y, si en el juicio acepta el pago consignado, la obligación se extinguirá, en caso contrario deberá decidir el juez.

En definitiva, hasta que no opere el pago como medio de extinción de la obligación, no habrá percepción, incluso cuando exista juicio de consignación o cualquier otra pretensión de entregar la prestación comprometida.

De lo anterior se deduce que, obtenida por el acreedor la cosa prometida, este la somete a su dominio por lo que toda situación en la que no se produzca esta adquisición patrimonial no será pago en los términos de la ley.

También surge de la ley claramente la necesidad de que el acreedor acepte la cosa objeto del pago, pudiendo sustituirse sólo su aceptación voluntaria, por sentencia judicial firme. Por ejemplo, un depósito de dinero hecho por el deudor en una cuenta bancaria del acreedor, no implica pago hasta que sea aceptado por este, pese que técnicamente el dinero es de su propiedad.

### 3) Disponibilidad económica

Este es un requisito insoslayable ya que la ley no pretende asignar ganancias ficticias a quien no las haya percibido. El punto carece de importancia cuando existe cobro o pago ya que allí, es indubitable que hay disponibilidad económica, es el caso extremo en que el acreedor tiene en su poder el cobro y ejerce sobre él absoluto dominio.

Pero hay otras situaciones en las que la relación del acreedor sobre su acreencia es distinta, por ejemplo, porque el importe fue acreditado en una cuenta contable o reinvertido. En estos casos, con requisitos específicos enunciados en la ley, el legislador dispone que existe percepción como forma de cerrar el camino a maniobras elusorias que podrían consistir en deducir, mediante un artificio, un gasto no pagado sin que el acreedor deba declarar su correlativa renta.

El requisito citado es que, para que exista percepción, en forma previa o concomitante con dicha acreditación, sea indispensable poner el importe a disposición del acreedor para que él pueda optar (en forma explícita o tácita) por cobrar o aceptar la disposición que del mismo efectúe el deudor.

### 3.2.3 Cuestiones Controvertidas

#### 3.2.3.1 ¿Cuándo se considera perfeccionado el hecho imponible, por el criterio de lo devengado, para prestadores médicos a obras sociales?

Analizando los servicios que brindan las clínicas, sanatorios e institutos médicos, sujetos que encuadran sus rentas en la tercera categoría, a las obras sociales, empresas de medicina prepaga, cooperativas, mutuales, aseguradoras de riesgos de trabajo vemos que en la práctica suele producirse demoras importantes en la liquidación de las prestaciones. Además, una importante cantidad de prácticas se encuentran sujetas a débitos (parciales o totales) por parte de las obras sociales, lo cual atrasa aún más el circuito de cobro.

Por lo que es necesario determinar cuándo una prestación médica se encuentra devengada, o sea, el momento en que la práctica esté sujeta a imposición en el Impuesto a las Ganancias para quienes declaran por tercera categoría.

Para responder al interrogante se requiere conocer la secuencia de facturación y pago de las prestaciones médicas. Comenzando se debe saber que los prestadores médicos (clínicas, sanatorios) obtienen casi la totalidad de sus ingresos producto de convenios de prestación de servicios que celebran con obras sociales, mutuales y empresas de medicina prepaga. La forma de pago se puede instrumentar de dos maneras:

- a) Por Cápita: donde la obra social abona un monto fijo a los prestadores por cada uno de sus afiliados, o
- b) Por Prestación: en la cual se paga en forma individual a cada prestador las prestaciones por ellos efectuadas. Una variante del sistema por prestación es el sistema modulado, mediante el cual cada práctica se paga a una única persona que luego la distribuye entre los distintos prestadores (ej: por una apendicitis se le abona un monto pactado a la clínica, y luego es esta última se encarga de pagar a los distintos prestadores, como ser médico principal, médico ayudante, instrumentadora, anestesista). La obra social pone énfasis en la auditoría médica cuando utiliza el sistema de prestación, ya que es ella la que está asumiendo los riesgos económicos ante una sobreprestación o ante casos catástrofe.

En este tipo de sistema, el circuito es el siguiente:

- el prestador (médico, clínica) realiza una determinada práctica, por la cual el paciente le entrega un bono emitido por la obra social;
- estos bonos son procesados por el prestador, y se emite la correspondiente factura y una planilla de liquidación valorizando cada práctica, entregándose toda esta documentación a la obra social a efectos de procurar el cobro;
- la factura, las planillas de liquidación y los bonos son auditados por la obra social (desde el punto de vista formal, económico y médico) a efectos de verificar la corrección de las liquidaciones practicadas por los prestadores;
- la obra social emite un débito (si paga menos de lo facturado) o un crédito (si paga más) de los importes facturados, y efectúa el correspondiente pago.

Como se puede ver, en las prestaciones médicas, se da un proceso muy diferente al que normalmente se prevé para el resto de las actividades económicas. En las mismas, se produce una secuencia sujeta a múltiples condicionamientos hasta que los prestadores logran cobrar los servicios prestados.

Los créditos de los prestadores han sufrido, sobre todo en los últimos años, cuestionamientos por parte de los deudores (obras sociales) a efectos de retrasar o evitar el pago de los mismos. Un ejemplo más que elocuente de esta situación es el decreto nacional 925/96, por el cual se permitió al PAMI diferir el reconocimiento de deudas y sus respectivas cancelaciones, sin tenerse en consideración los perjuicios que esta situación aparejaba a los prestadores. No solo eso, sino que terminó pagando dichas deudas con bonos cuyo valor de cotización al momento del pago rondaba entre el 30% y 40 % de su valor nominal.

Una vez concluida la prestación a un afiliado, el prestador comienza con el trámite de solicitud de reconocimiento de su crédito, estando sujeto a que por diversas circunstancias su acreencia pueda ser desconocida, no generándose ningún tipo de Ingreso y viéndose en la práctica disminuida o anulada sus posibilidades de discusión del derecho.

Por lo tanto, lo que el prestador inicia con la remisión de la factura a la obra social es una gestión de reconocimiento de su crédito. Una vez aceptadas y

reconocidas las prestaciones facturadas, el prestador tiene certeza sobre el monto a cobrar.

La cuestión a determinar es en qué momento se considera perfeccionado el hecho imponible, o en qué momento se genera un derecho cierto no sujeto a condición sobre una suma susceptible de determinarse.

En principio, el hecho imponible se perfecciona cuando se finaliza la práctica, ya que en ese momento se genera un derecho y una obligación. Derecho de cobro por una parte, y obligación de pago por la otra.

Cada práctica que se efectúa tiene un valor pactado con anterioridad, y en muchos casos, se requiere una autorización previa por parte de la prepaga o de la obra social para efectuar al paciente una práctica específica. De forma tal, que el prestador tiene conocimiento al momento de finalizar la prestación del monto de su acreencia.

Sin embargo, la operatoria diaria refleja que en infinidad de casos las obras sociales (entre ellas, las estatales, como PAMI y IOMA) efectúan débitos a los prestadores por diferentes motivos, los cuales en muchos casos son meramente formales e intrascendentes (por ejemplo, la falta de firma de un profesional médico en los bonos de prestaciones), o las mismas se demoran en el reconocimiento o rechazo del crédito.

De esta forma, se podría considerar que el ingreso se considera devengado al momento de su facturación y que, con posterioridad, una vez producidos los débitos por las obras sociales (y siempre que los mismos no puedan ser refacturados), el prestador debería deducir estos últimos como malos créditos, lo cual se ajustaría a la realidad económica de la operación.

Por lo tanto, aquellas prácticas facturadas cuyo reconocimiento por parte de las obras sociales se encuentra pendiente al cierre del ejercicio, no son susceptibles de castigo o previsión, debido a que no existen elementos de juicio que avalen esto último. El prestador en estos casos sufre un perjuicio económico ya que debe considerar devengado un ingreso cuando no tiene la certeza del monto del mismo.

Estos perjuicios para el prestador no se producirían si se considerara que el hecho imponible se perfecciona en el momento de reconocimiento del crédito por parte del deudor, que es el momento en que efectivamente se tiene certeza del monto



del efectivo ingreso. Esto se podría realizar enviando unas planillas denominadas "minutas de prestaciones" a la obra social a efectos de lograr una aceptación previa a la emisión de la factura, produciéndose el devengamiento en el momento de aceptación de la "minuta de prestaciones" por parte de la obra social. Esta postura sería concordante con definiciones del concepto de devengado citadas en el punto 3.1., que tanto en doctrina como en jurisprudencia, sostienen que el devengamiento se genera cuando se adquiere un derecho cierto. Y en estos casos, si bien el derecho es cierto, lo que no es cierto es el monto del efectivo ingreso hasta tanto no se conozca la suma reconocida por la obra social.

La propuesta realizada en el párrafo anterior ya es aplicada en nuestra legislación actual en otras actividades económicas. Así, en el inciso c) del artículo 5º de la ley de IVA se prevé que en el sector de la construcción, el débito fiscal se genera *"en el caso de trabajos sobre inmuebles de terceros, en el momento de la aceptación del certificado de obra, parcial o total, o en el de la percepción total o parcial del precio o en el de la facturación, el que fuera anterior"*. Por lo tanto, cuando no existe certeza del monto del ingreso a percibir, es conveniente emitir el certificado de obra, y recién al momento de la aceptación parcial o total del mismo se genera el respectivo débito fiscal, en la proporción de la aceptación.

Haciendo una comparación entre ambas operaciones (construcción y servicios de salud) se verifica una gran similitud de los mismos en cuanto a la aleatoriedad de las fechas de reconocimiento del crédito por parte del deudor y de los montos aceptados por las respectivas auditorías.

Se debe mencionar una cuestión adicional que fortalece la postura de considerar devengada la prestación al momento de su reconocimiento por parte de la obra social.

Sin tenerse en consideración el fracaso que ha tenido, en varias oportunidades el Estado ha intentado instrumentar la factura de crédito como un instrumento financiero a efectos de aumentar el dinamismo de la economía. Sin embargo, en el caso de las facturas emitidas por los prestadores de salud, la implementación de las mismas sería imposible, ya que se desconoce efectivamente el monto final del crédito (debido a la aplicación de débitos en forma unilateral por parte de la obra social) y

tampoco será determinada ni determinable la fecha del efectivo pago (ya que depende de las finanzas de la obra social).

Por lo tanto, y debido a estas circunstancias es imposible la utilización de estas facturas como un elemento de financiación, que era el objetivo buscado con la implementación de la factura de crédito. A su vez, y por el mismo motivo (inexistencia de una fecha cierta y de un monto cierto de cobro), dichas facturas tampoco se pueden titularizar por intermedio de un fondo fiduciario, lo cual permitiría a los prestadores obtener financiación a una tasa más baja que las del mercado bancario.

### **3.2.3.2 ¿Son las rentas obtenidas por sociedades civiles o de profesionales una explotación comercial que deba tributar por lo devengado o por lo percibido?**

La Afip mediante los dictámenes Nro. 273/88 y Nro. 368/92 ha sentado su opinión llegando a las siguientes conclusiones:

- ❖ La ley no distingue entre profesiones liberales y oficios, siendo por ello igual el tratamiento a aplicar en una sociedad o empresa unipersonal que desarrolle un oficio como a otra que preste servicios profesionales.
- ❖ Si hay trabajo organizado de otros profesionales y hay frutos importantes del equipamiento, se debe presumir que hay un ente empresario sujeto a tributación, distinto de la persona de sus miembros, aunque haya relación social de hecho. Los interesados podrán rebatir esa presunción y demostrar que las operaciones no caen en la misma si pactaran con el cliente servicios propios o individuales en acto conjunto, y sólo en caso de objeto contractual divisible.

En este sentido, cabe señalar que la pretensión fiscal en recientes actuaciones se basa en la consideración de que las rentas obtenidas por los profesionales que integran un estudio profesional son de la tercera categoría, aun cuando la actividad profesional no se encuentra complementada con ninguna explotación comercial.

En efecto, el fisco ha dicho que:

- ✓ *"...al utilizar la expresión 'explotación comercial' lo que la ley ha pretendido es incluir entre las ganancias de tercera categoría a la actividad profesional personal,*

*complementada con una actividad de índole empresaria, sea ella civil o comercial..."*.

- ✓ *"...el término empresa engloba la organización profesional concebida con el propósito de ejercer con habitualidad una actividad económica basada en la prestación de servicios, que utiliza como elemento fundamental para el cumplimiento de dicho fin la inversión de capital y/o aporte de mano de obra, asumiendo en la obtención del beneficio el riesgo propio de la actividad que desarrolla..."*.
- ✓ *"...la actividad desarrollada por el sujeto del rubro, se observa que la misma no sólo es el desempeño profesional de los socios en forma liberal, sino que por el contrario se encuentra configurada de manera tal que funciona como una estructura correctamente organizada por universitarios en el desarrollo de su profesión, disponiendo para su explotación de un capital, generando un riesgo económico en razón de la inversión realizada..."*.
- ✓ *"...al utilizar la expresión 'explotación comercial' lo que la ley ha pretendido es...incluir dentro de la tercera categoría las rentas derivadas de actividades desarrolladas en forma de 'empresa'..."*.

Sin embargo, la doctrina ni la jurisprudencia comparten estas aseveraciones. Consideran que para dar respuesta a este interrogante resulta de suma importancia especificar el concepto de "explotación comercial" a fin de determinar el correcto encuadramiento de las rentas derivadas del ejercicio de la profesión liberal y oficios organizados en forma de sociedades civiles o de hecho o de profesionales.

El error fundamental consiste en asimilar la expresión "explotación comercial", requisito ineludible para considerar las ganancias de que se trata como de tercera categoría, como las rentas derivadas de actividades desarrolladas en forma de "empresa". Como puede verse, la pretensión fiscal no encuentra fundamento en lo que dice la ley.

En este sentido, es preciso señalar que, cuando la ley utiliza la expresión "explotación comercial", lo que ha pretendido es referirse concretamente a las actividades que configuran una "explotación comercial". Esto es así porque en la interpretación de la ley debe recurrirse en primer lugar a su letra, que es la fuente primaria de interpretación. A ello conviene añadir que, por tratarse de legislación tributaria, no cabe la analogía,

atento a que se encuentra comprometido el respeto de la garantía constitucional de la legalidad en materia tributaria (existen varias sentencias de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que ratifican este criterio; basta con citar las causas José Elías El Barri del 15/04/86, Eduardo Sambrizzi del 31/10/89, Miguel Bolaño c/Benito Roggio del 16/05/95, entre otras).

Si el legislador hubiese querido incluir en la tercera categoría las rentas provenientes del ejercicio de actividades profesionales desarrolladas a través de una organización empresarial, simplemente habría dispuesto tal cosa. Ello por cuanto no cabe suponer la falta de previsión o la inconsecuencia en el legislador (Corte Suprema de Justicia, Massalin Particulares S.A., 16/04/91).

En consecuencia, carece de toda base razonable sostener que el legislador utilizó la expresión "*se complementen con una explotación comercial*" pero que en realidad pretendió decir "*se realice mediante una organización empresarial*."

La pretensión fiscal no solamente se basa en hacerle decir a la ley lo que la ley no dice, sino que además resulta desmentida por el texto expreso de la propia Ley del Impuesto a las Ganancias.

En efecto, cabe recordar que la distinción entre rentas de tercera y de cuarta categoría se encuentra en paralelo con la distinción entre la renta caracterizable bajo la teoría de la fuente o del rédito-producto (aplicable en la cuarta categoría) y la teoría del rédito-incremento patrimonial o del rédito-ingreso (de aplicación para las rentas de tercera categoría).

Según el argumento fiscal, el legislador dijo "*complementado con una explotación comercial*", pero quiso significar "*complementado con una actividad de índole empresaria*".

La evidencia del manifiesto error en que se incurre se encuentra en el artículo 2° de la Ley del Impuesto a las Ganancias, cuando la legislación emplea la expresión "*empresas*" para referirse a sujetos que realizan las actividades de los incisos f) y g) del artículo 79 sin complementarlas con una explotación comercial, e indica que las rentas de tales "*empresas*" se regulan por el criterio de rédito-producto propio de la cuarta categoría.

Pero no termina aquí la contradicción existente entre la argumentación fiscal y las normas cuya aplicación compete a la Dirección General Impositiva. Al respecto, el Decreto Reglamentario no es menos claro en este punto cuando dice en el ya mencionado tercer párrafo de su artículo 68: *"...Quedan excluidas de las disposiciones de este artículo las sociedades y empresas o explotaciones a que se refiere el párrafo precedente que desarrollen las actividades indicadas en los incisos f) y g) del artículo 79 de la ley, en tanto no la complementen con una explotación comercial. Tales sujetos deberán considerar como ganancias a los rendimientos, rentas y enriquecimientos a que se refiere el apartado primero del artículo segundo de la ley..."*.

Nuevamente la norma alude a empresas que desarrollen actividades indicadas en los incisos f) y g) del artículo 79, y distingue según que ellas complementen tal actividad con una explotación comercial, o no la complementen con una explotación comercial, y dispone que las empresas que realicen exclusivamente las actividades de los incisos f) y g) del artículo 79 tributen bajo las reglas de la cuarta categoría.

El fallo de fecha 7 de febrero de 2003, emitido por la Sala D del Tribunal Fiscal de la Nación en la causa "Ramos, Jaime Francisco s/recurso de apelación - Impuesto a las Ganancias", por el cual se revoca una resolución determinativa emitida por la Dirección General Impositiva avala jurisprudencialmente lo expuesto, aplicado a un actor del sistema de salud.

En dicho caso, el fisco consideró que las rentas de un profesional bioquímico debían someterse a las reglas de la tercera categoría por contar dicho profesional con una estructura empresarial (laboratorio de análisis clínicos).

Según surge del fallo, las autoridades fiscales consideran una "empresa" el ejercicio profesional, debido a que el profesional bioquímico contaba con aparatos de laboratorio, propios de su labor, empleados para la recepción de las muestras, una estructura administrativa y bioquímicos a su cargo en relación de dependencia.

En este sentido, el fisco señala que la responsabilidad es asumida por el contribuyente con fines de lucro y que el personal (bioquímicos a su cargo en relación de dependencia) no reviste el carácter de auxiliar dado que su accionar implica la realización propiamente dicha de la prestación del servicio profesional, lo que lleva a tipificarlo a los fines impositivos como empresario o empresa unipersonal.

A fin de justificar la posición adoptada, el fisco menciona que, cuando la actividad profesional individual se desarrolla con el concurso de un alto grado de equipamiento técnico y con la colaboración de otros profesionales dependientes, se ha configurado una "empresa" y en consecuencia le es aplicable el tratamiento que la Ley del Impuesto a las Ganancias reserva a ese sector de contribuyentes.

El Tribunal Fiscal de la Nación indica que se incurre en una confusión al darle primacía a lo accesorio, en este caso el equipamiento, en detrimento de lo más valioso y principal que es el intelecto. Asimismo menciona que las mayores exigencias operativas actuales hacen necesario contar con más y mejores medios técnicos y mecánicos puestos al servicio de la actuación profesional.

Continuando con lo citado precedentemente, el hecho de que el ejercicio de la profesión implique la afectación a la misma de un patrimonio, tal es el caso de los equipos utilizados, una organización, costos fijos en recursos humanos, materiales y un cierto riesgo empresario, como podría ser la inversión en equipos que se espera recuperar, no permite concluir que se está ante una actividad comercial que complementa la profesión, pues la organización aludida está ínsita en el ejercicio de la profesión.

En resumen, las rentas obtenidas por profesionales que han adoptado una forma de organización empresarial ya sea como sociedad civil, de hecho o irregular, producto del ejercicio de su profesión universitaria o liberal por sí sola no revisten el carácter de "explotación comercial", y en consecuencia, tributarán por el criterio de cuarta categoría, independiente del equipamiento tecnológico que necesiten para llevar adelante su profesión o de los empleados con los que cuenten.

Ahora bien, si a dicha actividad profesional se le complementa una actividad económica adicional, sólo en ese caso, la norma establece que las rentas se encuadran en la tercera categoría. Es decir, que de la letra de la ley surge que se requiere el ejercicio de al menos dos actividades, una actividad profesional y además otra distinta, complementaria de la anterior que consista en una "explotación comercial".

La propia Ley del Impuesto a las Ganancias, cuando ejemplifica en el artículo 49 último párrafo establece lo que debe entenderse por "explotación comercial", menciona sanatorios, etc. Un sanatorio está atendido por médicos, los que ejercen su actividad profesional, pero asimismo el sanatorio ofrece, vende y explota otra actividad, la que se

denomina hotelería: cuartos, camas, comida, etc. Estos son servicios no médicos, son simplemente servicios y bienes que generan rentas y que no forman parte de leyes regulatorias de profesiones liberales ni están sujetos a matrícula ni a tribunales de disciplina. Esto es una "explotación comercial".

Este caso no se presenta cuando se trata de un estudio de profesionales, o de consultorios médicos, dado que ellos desarrollan únicamente la actividad profesional y están sometidos por dicho ejercicio a las normas que regulan en cada jurisdicción el ejercicio de la actividad.

### 3.3 Exenciones

El art. 20 de la ley de Impuesto a las Ganancias establece "...*Están exentas del gravamen: ...*

*f) Las ganancias que obtengan las asociaciones, fundaciones y entidades civiles de asistencia social, salud pública, caridad, beneficencia, educación e instrucción, científicas, literarias, artísticas, gremiales y las de cultura física o intelectual, siempre que tales ganancias y el patrimonio social se destinen a los fines de su creación y en ningún caso se distribuyan, directa o indirectamente, entre los socios. Se excluyen de esta exención aquellas entidades que obtienen sus recursos, en todo o en parte, de la explotación de espectáculos públicos, juegos de azar, carreras de caballos y actividades similares... La exención a que se refiere el primer párrafo no será de aplicación en el caso de fundaciones y asociaciones o entidades civiles de carácter gremial que desarrollen actividades industriales y/o comerciales...*

*g) Las ganancias de las entidades mutualistas que cumplan las exigencias de las normas legales y reglamentarias pertinentes y los beneficios que éstas proporcionen a sus asociados..."*

El último párrafo cierra el artículo "*La exención prevista en los incisos f), g) y m) no será de aplicación para aquellas instituciones comprendidas en los mismos que durante el período fiscal abonen a cualquiera de las personas que formen parte de los elencos directivos, ejecutivos y de contralor de las mismas (directores, consejeros, síndicos, revisores de cuentas, etc.), cualquiera fuere su denominación, un importe por todo concepto, incluido los gastos de representación y similares, superior en un CINCUENTA POR*

*CIENTO (50 %) al promedio anual de las TRES (3) mejores remuneraciones del personal administrativo. Tampoco serán de aplicación las citadas exenciones, cualquiera sea el monto de la retribución, para aquellas entidades que tengan vedado el pago de las mismas por las normas que rijan su constitución y funcionamiento.”*

Complementa esta norma el art. 34 del Decreto reglamentario: *“La exención que establece el artículo 20, incisos b), d), e), f), g), m) y r) de la ley, se otorgará a pedido de los interesados, quienes con tal fin presentarán los estatutos o normas que rijan su funcionamiento y todo otro elemento de juicio que exija la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS, entidad autárquica en el ámbito del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS. Cualquier modificación posterior deberá ponerse en su conocimiento dentro del mes siguiente a aquel en el cual hubiera tenido lugar. Las entidades a las que se haya acordado la exención, no estarán sujetas a la retención del gravamen.”*

### **3.3.1 Certificado de Exención**

Estas entidades deberán solicitar el reconocimiento de la exención ante Afip, siguiendo un procedimiento establecido por la R.G. Nº2681 (B.O. 05/10/09), el que se verá concluido con la obtención del *“Certificado de Exención en el Impuesto a las Ganancias”*.

Este procedimiento incluye el cumplimiento estricto de los deberes formales de presentación de declaraciones juradas impositivas y previsionales que correspondan en cada caso, bajo la amenaza de rechazar, denegar la emisión del Certificado o disponer la caducidad del mismo. Dichos controles serán *“sistémicos”*, es decir, en forma automática sobre la base de datos que dispone la AFIP.

Los beneficios de acreditar su condición de exentos frente al Impuesto a las Ganancias no se limitan a dicho impuesto, sino que permite usufructuar de otros tratamientos impositivos diferenciales, por ejemplo, no ser pasivo de retenciones ni percepciones ó la aplicación de un alícuota reducida en el Impuesto Ley 25413, a los débitos y créditos bancarios, obtener donaciones de terceros, permitiéndoles a ellos deducirlas de su liquidación del Impuesto a las Ganancias, entre otros.

La consulta de la vigencia del Certificado de exención se torna imperativa para los terceros intervinientes, en especial los agentes de retención y percepción de impuestos,



dada la responsabilidad (y sanciones pertinentes) que pudiera haberles por brindar un tratamiento exentivo a un sujeto que no revistiera como tal según las constancias del sitio web de la AFIP; incluso los mismos están obligados a informar a la AFIP tales situaciones.

### **3.3.2. Cuestiones controvertidas**

#### **3.3.2.1 ¿La declaración de la exención por parte de AFIP es a título declarativo o constitutivo?**

Parte de la doctrina considera que lo único que hace AFIP es reconocer la existencia de la exención, pero que debe otorgarse con efectos retroactivos desde la fecha de su constitución ya que la exención emana de la ley y AFIP lo único que debe hacer, es declarar su existencia constatando el cumplimiento de los requisitos.

Sin embargo, no es lo que entendido el Fisco, ya que la exención se otorga desde el momento en que se solicita, y no con efectos retroactivos, pese a mencionarse “reconocimiento” y de no existir norma expresa que así lo disponga. El art 34 menciona la palabra “otorgar”, mientras que la RG 1815/05 mencionaba permanentemente el término “reconocer”, y la RG 2681/09 también emplea el mismo término.

Si lo que AFIP otorga es el “reconocimiento” quiere decir que, examinados los antecedentes presentados, el Fisco e ha satisfecho que cumple con los requisitos exigidos por la Ley, y, de haberlo cumplido desde su constitución, entonces, el reconocimiento debería tener vigencia desde el inicio de la vida del ente.

Se comparte la posición mayoritaria que plantea que sí al momento de solicitar el reconocimiento se cumplen los requisitos exigidos por la ley, quiere decir que dicho cumplimiento se ha observado con anterioridad por lo tanto ¿por qué no retrotraer los efectos al momento de constitución de la entidad, y solamente otorgarla desde que se la solicita?

Cabe indicar que la RG 2681/09, en su art 17, establece que *“el certificado de exención se otorgará por periodos anuales, y que producirá efectos a partir de la fecha de vigencia que el mismo establezca”* que estamos será desde la fecha de solicitud y no de manera retroactiva, tal como lo venían haciendo hasta ahora.

En la causa “Centro de Ayuda Mutua Empalme Sud”, la Sala II de la CNACAF, en oportunidad de expedirse a partir de cuanto tiene efecto la resolución por la cual se le

denegaba la exención en el Imp. A las Ganancias al contribuyente expreso: *“...la exención que se le reconoció estaba sujeta al cumplimiento de ciertas condiciones resolutorias por lo que en caso de verificarse algunas de ellas, caducaría. Por ello la resolución del organismo recaudador que revoco la exención, tienen efecto declarativo de una situación preexistente y no constitutivo, razón por la cual, debe aplicarse desde que se violaron las normas estatutarias.*

*En otras palabras, la resolución proyecta sus efectos al momento en que dejó de cumplir con los requisitos legales requeridos para mantener la exención, dado que esta solo podría prevalecer mientras cumpliera con las condiciones requeridas.”*

Siguiendo el razonamiento, debería aplicarse el mismo criterio al momento de otorgarse la exención: debe reconocerse el carácter de exenta desde que se constituyó el ente si es que desde ese momento se han cumplido las exigencias legales, y no desde el momento en que el Fisco lo determine (o sea, para adelante)

Por otro lado, la CSJN el 16/9/1999, en el Fallo “Unión de Trabajadores Gastronómicos de la Rep. Argentina”, se ha expedido en el sentido de indicar que, aunque los artículos 20 de la ley y el 34 del DR establecen que la exención será otorgada por AFIP mediante la emisión de un certificado, el solo hecho de que la entidad califique dentro de las disposiciones de la ley, la habilitan para encuadrarla como entidad exenta. Si bien el certificado de exención es importante para acreditar la condición ante terceros, el hecho de no contar con él no lo descalifica como tal.

Cabe también resaltar, que el Tribunal Fiscal de la Nación, a través de su sala D, en el fallo “Federación Ciclistas Argentina” de fecha 11/08/2.004, ha sentenciado que la exención opera desde su solicitud ante el Fisco y que toda entidad está sujeta a impuesto por los periodos anteriores a la solicitud, aun cuando cumpliera con los requisitos sustanciales.

### **3.4 Retención Impuesto a las Ganancias – RG 830.**

Todos los contribuyentes del régimen general son sujetos pasibles de actuar como agentes de retención del Impuesto a las Ganancias en virtud de la Resolución General N° 830 (Anexo IV Resolución General N° 830 Sujetos obligados a practicar la retención),

siempre que realicen un pago por un importe superior al monto no sujeto a retención previsto en el Anexo VIII de la citada resolución.

Sin embargo, el artículo 5to la Resolución establece: *“Quienes realicen pagos en forma global de honorarios de varios profesionales, a sanatorios, federaciones o colegios médicos, no deberán actuar como agentes de retención.*

*En este supuesto, las precitadas entidades serán responsables de practicar la retención en oportunidad de pagar -en forma directa a cada profesional- el respectivo honorario.”*

Adicionalmente, el artículo 6to. establece: *“Las obras sociales deberán actuar en carácter de agentes de retención cuando realicen pagos en concepto de:*

*a) Prestaciones médico-asistenciales y/o sociales bajo el sistema de capitación, a instituciones de tipo comercial, empresas o profesionales independientes.*

*b) Prestaciones médico-asistenciales bajo el sistema de "acto médico"..."*

Cuando se hace mención a prestaciones médicos asistenciales se refiere a los honorarios de asistencia sanitaria, médica y paramédica: a) de hospitalización en clínicas, sanatorios y establecimientos similares. b) las prestaciones accesorias de 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.

Cuando se refiere a acto médico Deberán practicar la retención en función de la naturaleza de la prestación brindada, quedando exceptuadas de actuar como tales sobre los honorarios facturados por la institución respectiva; en este último supuesto deberá observarse el procedimiento establecido por el artículo 5°.

La retención a realizar a los Profesionales liberales (Anexo II, inc. K) va a depender si no está inscripto en el impuesto a las ganancias, entonces la ley establece una alícuota 28%, ahora si está inscripto, nos determina una escala a seguir según el monto de la prestación:

I M P O R T E S			R E T E N D R A N	
Más de \$	A \$	\$	Más el %	S/Exced. de \$
0	2.000	0	10	0
2.000	4.000	200	14	2.000
4.000	8.000	480	18	4.000
8.000	14.000	1.200	22	8.000
14.000	24.000	2.520	26	14.000
24.000	40.000	5.120	28	24.000
40.000	y más	9.600	30	40.000

## Conclusión

Del análisis realizado, observamos que en Argentina no existe un sistema integral de salud, sino que hay un conjunto de subsistemas, cada uno con sus particularidades e intereses en juego. Por un lado, el sector público, en sus instancias nacional, provincial y municipal; por otro las obras sociales, que dependen de los sindicatos; y las empresas de medicina prepaga, cuya regulación se aprobó recientemente. Además, es insoslayable la creciente presencia de cooperativas y mutuales, que constituyen una suerte de cuarto subsector, ya que si bien son entidades privadas, no persiguen fines de lucro.

A su vez existe normativa general y específica que los regula. Esta normativa no siempre es complementaria una con otra, sino que se contradicen, lo que lleva a diversas interpretaciones. En este escenario, cada actor adecua la reglamentación a su realidad y conveniencia, buscando un criterio conciliador entre la numerosa doctrina y jurisprudencia existente.

Al analizar el Impuesto al Consumo vigente, Ley del Impuesto al Valor Agregado, sobresalen las desigualdades que ocasionan las diferentes alícuotas a aplicar según quien es el prestador del servicio (obras sociales, empresas de medicina prepaga, clínicas, sanatorios, etc.) y/o el prestatario (adherentes voluntarios u obligatorios), produciendo una verdadera alteración al principio de neutralidad del impuesto.

Se deja de priorizar la importancia de la prestación en sí misma, para evaluar las características de las partes. Se visualiza un trato diferenciado en favor de los empleados bajo relación de dependencia, autónomos afiliados al monotributo que realicen aportes obligatorios al SUSS y profesionales que posean planes de salud brindados por sus Consejos y Colegios Profesionales.

Sin cuestionamiento alguno, las normas del Impuesto al Valor Agregado aplican un tratamiento diferenciado a las personas que reciben servicios médicos en un sentido amplio, son violatorias de los derechos de igualdad y del acceso a la salud, consagrados en la Constitución Nacional.

Más aún, cuando se exceptúe la prestación, igualmente ocurre que la carga del impuesto recae sobre el Prestador del servicio de salud, ya que por sus compras y gastos

paga crédito fiscal, el cual no puede ser descargado de sus ventas, acumulándose un saldo inutilizado. El perjuicio es grave, ya que para el Prestador no es sencillo trasladar el sobrecosto. En general, no “forma precio” sino que gran parte de sus ingresos y egresos se definen por cuestiones macroeconómicas como son escalas salariales, tarifas de PAMI, etc., siendo ellos los que terminan afrontando el IVA, en detrimento de tecnificar el sector y fomentar la prevención

Por este motivo, los Prestadores de Salud hace años que realizan gestiones en los estamentos de gobierno para obtener un aprovechamiento de ese IVA que hoy se pierde. La propuesta consensuada consiste en su cómputo a cuenta de las contribuciones patronales sobre la nómina salarial. Este pedido se encuentra fundado en varios antecedentes normativos (Ley 22.317: Establecimientos industriales que tengan cursos de educación técnica, Ley 26.270: Biotecnología moderna y Ley 25.922: Promoción de la industria del software). El 27 de junio de 2014 se ha presentado un proyecto de ley que solucionaría esta situación, aunque aún no ha sido tratado.

Del análisis del Impuesto a Renta vigente, Ley del Impuesto a las Ganancias, se ha buscado esclarecer el momento de imputación de la prestación, según se declare por tercera o cuarta categoría, a efectos de planificar la incidencia tributaria en el ejercicio comercial.

En cuanto a las exenciones de Ganancias, se ha dejado en claro quiénes son los sujetos beneficiados, y la correspondiente necesidad de solicitar el Certificado de Exención, cuya vigencia podrá ser cuestionada si consideramos la jurisprudencia analizada, aunque en el mejor de los casos se otorgará desde la vigencia del ente, considerando el último fallo de la CSJN.

Más aún, se ha comentado la incidencia que la R.G. 830 (Régimen de retenciones para determinadas Ganancias), genera en el importe a percibir por los sujetos alcanzados, principalmente para los profesionales de la salud independientes u organizados como sociedad de profesionales, ya que el monto facturado diverge notablemente con el físicamente percibido, generando una alteración financiera importante, la cual a la hora de organizar un nuevo emprendimiento no debe dejar de evaluarse, considerando la posibilidad de organizarse bajo algún tipo jurídico que encuadre en la referida Resolución

por otro artículo distinto al Anexo II, inc. K), aun cuando sea necesario complementarlo con alguna actividad comercial.

Para concluir, basta con recordar que la Salud, es un derecho de todos y una obligación de nuestros gobernantes, y desde todas las aristas posibles necesitamos protegerlo y procurar garantizarlo, para asegurarnos una población próspera y un mejor futuro para nuestra descendencia.

## Bibliografía

- AFIP. Biblioteca Electrónica. Dictámenes s/nº de fecha 09/12/1966 (Dirección de Asuntos Jurídicos); 96/1996, 33/2001, 54/2001, 69/2002, 81/2002 y 30/2005 Dirección de Asesoría Técnica).
- Bavera, Ma. Josefina - Frankel, Gustavo I. - Vanney Carlos F.; "Facturación & Registración – Colección Práctica"; 2005; 3º Edición; Editorial Errepar.
- Diez, Humberto; "Impuesto al Valor agregado"; 1998; 2º edición; Editorial Errepar.
- Enrico, Federico A.; "Análisis del impuesto al Valor Agregado"; Abril 2003; Editorial La Ley.
- Fenochietto, Ricardo; "Impuesto al Valor Agregado – Análisis Económico, Técnico y Jurídico"; 2001; Editorial La Ley.
- Iacomucci, Norma H.; "El Impuesto al valor agregado en los sistemas de salud". Doctrina Tributaria; Editorial Errepar; Buenos Aires; Enero de 2004.
- Impuestos Comentados Errepar; "Prestaciones sanitarias, médicas y paramédicas -Doctrina, Jurisprudencia Judicial y Jurisprudencia Administrativa". Impuestos comentados; Editorial Errepar.
- Ley de Facturación y Registración N° 1415 y sus modificatorias.
- Ley del Impuesto al Valor Agregado N° 23.349 y sus modificatorias.
- Ley de Impuesto a las Ganancias N° 20.628 y sus modificatorias.
- Management Salud. Director del Boletín Lic. Jorge Armando Guerra. Fuente: <http://www.managementensalud.com.ar> .
- Marchevsky, Rubén A. "IVA Análisis Integral"; 2º Edición Ampliada y Actualizada; Editorial Macchi; Mayo 2002.
- Página oficial Superintendencia de Servicios de Salud. Fuente: <http://www.sssalud.gov.ar/index/home.php> .
- REIG, Enrique Jorge – "El impuesto a las ganancias"; Editorial Macchi; Bs.As. 2001.