

# Tesis

---

**MBA 2009 - 2010**



*Dra. Stella M. Batallés*

**Título:** *"Implicancias del modelo tributario argentino sobre financiadores y prestadores de salud privados en Rosario"*

**Tutor: Hugo Nelson López**

**Junio de 2012**

## Índice del Trabajo

• <b>Resumen</b>	<b>4</b>
• <b>Preguntas de Investigación</b>	<b>5</b>
• <b>Objetivo General del trabajo</b>	<b>5</b>
• <b>Objetivos Específicos del Trabajo</b>	<b>5</b>
• <b>Fuente y Metodología utilizada</b>	<b>6</b>
• <b>Introducción</b>	<b>7</b>
• <b>Capítulo Primero. Origen y Funcionamiento del Hospital. Situación actual de la Salud en Argentina. Sistemas de Salud en el Mundo. Estructura del sistema Argentino. Incidencia en nuestra Economía. Su evolución.</b>	<b>8</b>
1.1. <i>El hospital: concepto y funcionamiento histórico</i>	<b>8</b>
1.2. <i>Estado actual Sistema de Salud en Argentina</i>	<b>9</b>
1.2.1 <i>Sistemas Sanitarios en la Unión Europea</i>	<b>10</b>
1.2.2 <i>Medicina prepaga en Argentina. Comparación con otros países de América Latina.</i>	<b>16</b>
1.3. <i>Caracterización del Mercado de la Salud (en general)</i>	<b>17</b>
1.4. <i>Estructura del Sistema de Salud Argentino</i>	<b>17</b>
1.4.1 <i>Incidencia del sector salud en la Economía Argentina.</i>	<b>21</b>
1.4.1.1. <i>Servicio de Salud Privado (Prepagas). Situación actual y evolución.</i>	<b>22</b>
1.4.1.2 <i>Obras Sociales.</i>	<b>24</b>
<i>Resumen del Capítulo</i>	<b>27</b>
• <b>Capítulo Segundo. La Carga Impositiva. Papel del Estado. Necesidad de Impuestos. Teorías para Aplicar Impuestos. De los Tributos aplicables a la Atención Médica. Impuestos Nacionales, Provinciales y Municipales.</b>	<b>28</b>
2.1 <i>La Carga Impositiva</i>	<b>28</b>
2.1.1 <i>¿Necesidad o no de Impuestos? El Papel del Estado.</i>	<b>28</b>
2.1.2 <i>¿Cómo se deben aplicar los Impuestos?</i>	<b>30</b>
2.2 <i>Los impuestos que se deben pagar en Argentina para producir Atención Médica.</i>	<b>31</b>
2.2.1 <i>De Los Tributos Nacionales</i>	<b>31</b>
2.2.1.1 <i>Impuesto al valor Agregado</i>	<b>31</b>
2.2.1.1.1 <i>Categorización de los Pacientes. Tratamiento Igualitario en el IVA.</i>	<b>31</b>
2.2.1.1.2 <i>Pago suplementario que hacen los afiliados obligatorios a obras Sociales para adherirse a planes de cobertura superior brindados por Empresas de Medicina Prepaga. Su tratamiento en IVA.</i>	<b>40</b>
2.2.1.1.3 <i>Análisis Cuantitativo de la Incidencia de este tributo.</i>	<b>46</b>
2.2.1.2 <i>Impuesto a las Ganancias. Criterio de lo Devengado.</i>	<b>47</b>
2.2.1.3 <i>Otros Tributos Nacionales</i>	<b>52</b>

---

2.2.2 De los Tributos Provinciales	62
2.2.2.1 Impuesto sobre los Ingresos Brutos Provincia Santa Fe.	62
2.2.2.2 Impuesto de Sellos Provincia de Santa Fe.	65
2.2.2.3 Impuesto Inmobiliario Santa Fe.	68
2.2.3 De las Cargas Municipales.	68
2.2.3.1 Derecho Registro e Inspección Ciudad de Rosario.	68
2.2.3.2 Otras Tasas Municipales	71
2.2.4 En Cifras: Los Impuestos que se deben pagar en Argentina para producir atención médica.	72
• <b>Capítulo Tercero. Aportes y Conclusiones.</b>	76
• <b>Anexos.</b>	80
• <b>Bibliografía.</b>	86

---

## RESUMEN

Debido a las deficientes prestaciones de salud brindadas por el Estado y/o por la mala gestión realizada por los directivos de las obras sociales sindicales (quizás por factores concurrentes), los prestadores privados de salud están experimentando un importante crecimiento en los últimos años (representan el 55% del sistema de salud argentino, de allí su relevancia pues no puede pensarse un sistema sin su participación). Pero es necesario resaltar que se enfrentan a dos problemas, uno económico (rentabilidad) y otro financiero (inmovilización de capital de trabajo). Si se realiza un análisis detallado de los factores que afectan los costos de los prestadores privados, considerando costos laborales, insumos médicos y no médicos, y principalmente *servicios públicos e impuestos*, “se ha dado un incremento neto del 105% desde 2006 hasta la actualidad”; mientras que el incremento de los aranceles (precios), que “la Superintendencia prevé es de un 66%”. Cabe rápidamente la pregunta: ¿Cómo han financiado los efectores privados esa diferencia del 39% entre aumento de costos y aumento de precios”? La respuesta también es simple, con desinversión: se dejó de invertir en equipar la instituciones, mientras que en segundo lugar, se financió con emergencia sanitaria; y finalmente recurriendo a constantes planes de pago para cumplir las obligaciones impositivas como efecto amortiguador en las cajas de las instituciones”.

Existen numerosas cuestiones impositivas referidas a este sector que no han sido analizadas por la doctrina con la profundidad que la nueva realidad impone, probablemente por ser normas específicas que no se aplican en la generalidad de las empresas comerciales, industriales o de servicios. En el presente trabajo se analizan varias de estas normas a efectos de realizar un aporte que pueda ser de utilidad. Se pretende dar una visión adicional sobre ciertas cuestiones impositivas controvertidas en el ámbito de la medicina.

En el capítulo inicial se pretende dar un aporte del sistema de salud, su funcionamiento, caracteres del mercado local e internacional.

En el capítulo segundo, se realizará un desarrollo general sobre las diferentes alícuotas de IVA que se aplican en el sector salud según las características que reúna el beneficiario de las mismas. Y luego se realiza un análisis del principio constitucional de igualdad teniendo en cuenta este tratamiento diferenciado estipulado en la ley de IVA. Se realiza un análisis de un caso muy específico y distintivo del sector de la salud: En la actualidad existe un importante número de empresas de medicina prepaga en el mercado. Muchas de las mismas, a los efectos de aumentar el número de sus afiliados han celebrado convenios de transferencia de aportes con Obras Sociales Sindicales (esta operación se conoce comúnmente con el nombre de “triangulación de aportes”). Estos convenios consisten en que las Obras Sociales derivan los aportes obligatorios a las empresas de medicina prepaga para que estas últimas brinden a los diferentes afiliados el servicio de cobertura médica. En reiteradas oportunidades, los montos transferidos por las Obras Sociales no alcanzan a cubrir la totalidad del monto del plan por el que ha optado el afiliado, por lo tanto, las prepagas deben facturar a los diferentes afiliados una suma adicional a efectos de cobrar la totalidad de la cuota pactada. La cuestión de este segundo capítulo del trabajo es determinar qué tratamiento se debe dar a dicho importe adicional en el Impuesto al Valor Agregado.

Posteriormente se profundiza sobre la aplicación del principio de devengado en el Impuesto a las Ganancias. La cuestión central en este punto es poder determinar el momento en el cual se debe considerar que el crédito o el ingreso generado por la prestación se encuentra irrevocablemente



producido a favor del prestador, y por lo tanto, que ha producido el nacimiento del hecho imponible.

Finalmente abordamos el código Tributario Provincial y Municipal. Haciendo hincapié en los diferentes tributos que inciden en la rentabilidad de las instituciones. Para luego clarificar el análisis con cifras concretas, mostrando la incidencia de la estructura impositiva global en la política de precios (pricing) de las instituciones bajo análisis.

En capítulo final se plantean bases, ideas y mecanismos que resulten postulados básicos para elaborar proyectos que permitan mitigar el esquema impositivo que plantea nuestro país, que ayuden a recomponer los márgenes de rentabilidad de los efectores privados.

### **Preguntas de investigación:**

1. ¿Cuál es la doctrina y la estructura normativa del sistema tributario argentino?
2. ¿Cómo influye la misma en la estrategia global de los prestadores privados de salud en la ciudad de Rosario?
3. ¿Es posible plantear nuevos paradigmas impositivos que permitan analizar alternativas a la presión tributaria actual sobre el sector bajo análisis?

**Palabras clave. Modelo tributario; financiadores privados; salud; Argentina**

## **Objetivo General**

La presente investigación tiene como objetivo:

1. Exponer las dificultades a las que, en materia de determinación de tributos, se encuentra sometido el sistema de salud argentino en virtud del complejo esquema existente en nuestro país con relación a esta temática.
2. Explicar las consecuencias de esta problemática en la estrategia económica/financiera de las entidades involucradas.

Esta exposición se centrará principalmente en las relaciones existentes y por lo tanto las operaciones que se originan entre cada uno de los entes intervinientes en el sistema sanitario argentino y puntualmente de la ciudad de Rosario; como así también se planteará el tratamiento tributario que las mismas reciben según el régimen vigente en cuanto a exenciones y determinación de la base sujeta a impuesto tanto en el Impuesto al Valor Agregado (IVA), Impuestos a las Ganancias, Contribuciones Patronales al Régimen de Seguridad Social, Impuesto a la Ganancia Mínima Presunta, Impuestos Internos, Impuesto sobre Transacciones Financieras, así como en el Impuesto sobre los Ingresos Brutos y de Sellos Provincia de Santa Fe y finalmente Derecho de Registro e Inspección y otras tasas de la ciudad de Rosario. También analizaremos pero con menor alcance los regímenes de información a los que puedan estar sometidos.

### **Objetivos Específicos**

Con la meta puesta en brindar una visión adicional sobre ciertas cuestiones impositivas controvertidas en el ámbito de la Medicina, se postulan los siguientes objetivos específicos:

- 
- a. Interpretar las diferentes alícuotas de IVA que se aplican en el sector salud según las características que reúna el beneficiario de las mismas
  - b. Analizar la aplicación del principio de devengado en el Impuesto a las Ganancias
  - c. Analizar la incidencia de otros tributos nacionales como: Impuesto a la Ganancia Mínima Presunta, Contribuciones Patronales, Impuestos Internos e Impuesto a las transacciones financieras
  - d. Analizar e interpretar el código fiscal de la Provincia de Santa Fe
  - e. Comprender las ordenanzas municipales de la ciudad de Rosario que regulan la actividad en particular.

### **Fuente y Metodología utilizada**

Entre las múltiples clasificaciones de Tesis que existen se definió desarrollar una de tipo descriptiva, basada en la descripción de un fenómeno o hecho.

Las fuentes primarias están conformadas por análisis e interpretación de Leyes Nacionales y Provinciales, Códigos Fiscales, Ordenanzas Municipales y otros documentos oficiales aplicables al sector.

Como fuentes secundarias se utilizarán autores especializados en el tema, publicaciones de las asociaciones que nuclean al sector, revistas tributarias especializadas, publicaciones internacionales sobre la materia.

Finalmente, la metodología aplicada es la recopilación y análisis de las fuentes mencionadas, así como entrevistas con representantes del sector.

---

## Introducción

Las organizaciones dedicadas a los servicios de salud están expuestas a la presión continua de mayores costes y al mismo tiempo a las exigencias cada vez superiores por parte de los pacientes, obras sociales, organismos del estado y la sociedad toda. Los constantes avances en materia tecnológica y científica obliga tanto a la adquisición de nuevos equipos, como a la continúa capacitación y entrenamiento del personal médico y paramédico. El ingreso de nuevos competidores obliga a mejorar el perfil en la oferta de servicios. Así pues el marketing y la innovación se hacen cada día más imprescindibles. Ya, no basta con poseer un edificio y colocar las placas de los profesionales. Por otra parte, los desacoples entre el momento de generarse los ingresos y los egresos llevan a la necesidad imperiosa de lograr una mejor sincronización en el flujo de ellos, ya que de poco sirve generar servicios y contabilizar utilidades, si luego no logra contarse con la suficiente liquidez y solvencia para hacer frente a las deudas y obligaciones contraídas. La empresa del Siglo XXI y, con mucha mayor razón aquellas dedicadas a una actividad tan especial como lo son los servicios de salud, requieren del máximo de eficacia y eficiencia en todas y cada una de sus actividades y procesos.

Además cabe resaltar que los servicios de salud son considerados una necesidad básica que cada vez más es cubierta por prestadores privados. De acuerdo a las características del mercado y por la crisis continua que atraviesan estas empresas, es inevitable plantear su posible desaparición. Al ser importantes desde el punto de vista social, se desprende la necesidad de la permanencia de estas instituciones. Permanencia que obedece a las reglas del capitalismo que rige el mercado. Un prestador privado siempre se regirá por la rentabilidad que la inversión le brinde. Las organizaciones de salud tienen un doble fin que cumplir, uno relacionado con el objeto de su creación, que es obtener un adecuado rendimiento mediante la prestación de servicios de salud y el otro basado en su contribución al bienestar social. Evidentemente, la salud es considerada una de las necesidades básicas que debe ser satisfecha a través de la comunidad. De allí se desprende la importancia de la permanencia de estas instituciones. Para ello, como se indica en primer párrafo es imprescindible una Gestión orientada a la Calidad Total (TQM)<sup>1</sup>. Y en esta búsqueda de la mejora continua encontrar herramientas, ideas y opciones que brinden soporte y planes de acción para adoptar medidas correctivas y preventivas que permitan apaciguar el efecto económico/financiero de la carga tributaria, que representa el eje temático de esta investigación.

---

<sup>1</sup> TQM aplicada en las empresas de Salud. La Gestión de la Calidad Total debe comprender desde la calidad de las prestaciones y servicios, hasta la calidad de la administración, reconociendo para ello como primer objetivo la necesidad imperiosa de conocer las necesidades y requerimientos tanto de los clientes internos como externos a la organización.

---

## Capítulo primero. Origen y Funcionamiento del Hospital. Situación actual de la Salud en Argentina. Sistemas de Salud en el Mundo. Estructura del Sistema Argentino. Incidencia en nuestra Economía. Su Evolución.

En el presente capítulo se pretende dar una visión del origen y fundamentos del hospital privado en Argentina, su concepto y evolución en el tiempo. Así mismo se aborda la situación actual del sistema de salud argentino, sus perspectivas y caracteres del mercado en el cuál operan las entidades bajo análisis (particularidades de los servicios que ofrecen). Incidencia en la economía, su estructura y estadísticas disponibles.

Por otro lado, a los efectos de encontrar fundamentos en otras legislaciones sobre el funcionamiento del sistema salud, se tomaron ejemplos vigentes en países del viejo continente y del continente americano.

El objetivo perseguido con este análisis preliminar es sentar las bases, que permitan profundizar la incidencia del sistema tributario argentino (en todo su espectro) sobre este eje particular de nuestra economía: el sistema de salud en el ámbito privado del Municipio de Rosario.

### 1.1 El hospital: concepto y funcionamiento histórico<sup>2</sup>

En latín la expresión Hospital (Hospitalis) es un adjetivo que quiere decir amable y caritativo con los huéspedes. La palabra Hospicio, también de origen latino, proviene de Hopitium, lugar para recibir y alojar peregrinos y pobres.

Según el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland, el Hospital es un establecimiento público o privado en el que se curan los enfermos, en especial aquellos carentes de recursos. Es una institución organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales.

El "caudillo" Franco fue atendido y murió en el hospital La Paz, de Madrid. El presidente Reagan luego del atentado fue intervenido en el hospital de la Universidad en Washington....El Papa Juan Pablo II fue operado en el hospital Gemelli, de Roma.... El presidente Lula fue hospitalizado en el hospital Portugués, de Recife<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Por Maiqui M. Flores - Especialista en Salud Pública. Diario la Nación. Periódico On-Line.  
<http://nacionysalud.com/node/1354>

<sup>3</sup> Por Alfredo Zurita. Publicado por Bureau de Salud el 15-05-2010  
<http://bureaudesalud.com/v2/2010/02/15/%C2%BFhospital-o-sanatorio>

El presidente Menem fue intervenido en una clínica de Belgrano. El presidente de la Rúa fue intervenido en el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires... El ex presidente Kirchner fue intervenido en el sanatorio Los Arcos.

¿Hospitales, clínicas, institutos, sanatorios? ¿Cuál es la diferencia? En *Argentina* es muy clara. Un hospital es una institución donde se atienden pobres. Una clínica, o sanatorio, es un lugar donde se atienden los que no son pobres, o tienen la ilusión de no serlo porque tienen obra social o prepaga. Muchas veces, más que un diferencial de atención, es una cuestión de status.

En el resto del mundo, solo se utiliza la denominación de hospital, sea público o privado, lucrativo, o no lucrativo. Una clínica es un establecimiento de atención ambulatoria y un sanatorio es un hospital especializado en crónicos. Por esa razón el ex leproso de la Isla del Cerrito se llamaba "Sanatorio Dr. Aberastury" y no hospital. Inaugurado en 1939 es anterior a los "sanatorios".

Durante siglos, los hospitales se crearon para asegurar albergue a grupos sociales carentes de recursos para pagar su asistencia médica, basados en un sentimiento de amor al prójimo y de caridad cristiana. También cumplían un proceso de aislamiento y segregación en determinados pacientes (leproso, lazaretos). En las últimas décadas se incorporó el concepto de "Derecho a la Salud" de toda la población, determinando que el Hospital es la respuesta que brinda la sociedad organizada a ese derecho.

El Hospital es probablemente una de las instituciones sociales que ha experimentado más cambios en las últimas décadas, particularmente en los últimos treinta años. Obviamente, este espectacular proceso de cambio es muy diferente en los distintos países del mundo y está íntimamente relacionado con el grado de desarrollo socioeconómico y cultural que caracteriza a la población. Incluso dentro de un mismo país existen grandes diferencias entre los hospitales de diferentes regiones, no solo en tamaño y complejidad, sino también en su esencia. La diferencia entre las diferentes regiones y el gran proceso de evolución, hace que de un estudio comparativo entre el pasado y el presente prácticamente lo único en común es el nombre de Hospital.

## 1.2 Estado actual Sistema de Salud en Argentina

La Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ve disminuir sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más importantes. En las últimas décadas, el sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios en forma gratuita, sufrió un gran deterioro. A su vez, esta situación actuó como disparador de un crecimiento expansivo del sistema de seguridad social (Obras Sociales - OS -) que se convirtió en el principal proveedor de servicios, hasta que sus problemas se agudizaron en el transcurso de la década de los ochenta, como consecuencia de múltiples factores, entre ellos la pérdida de recursos y la debilidad institucional. Sin embargo, un elemento aún más importante que influyó en la crisis de las OS se desprende del creciente proceso internacional de tercerización del trabajo y la consiguiente pérdida de peso de los sindicatos. En la Argentina, este problema se hizo visible aunque no se profundizó como era esperable suponer puesto que, aún ante el incremento cada vez mayor del empleo informal y la consecuente pérdida de los aportes obligatorios de los trabajadores (que se ligaban a su condición de trabajadores

formales), no se debilitó en igual medida, la cantidad de usuarios de las OS. En efecto, se observa que entre 1991 y 1997 la población que contaba únicamente con seguro de OS aumentó de 40,3% a 50,2%<sup>1</sup>. Esto se explica por la paralela baja de la población que contaba simultáneamente con Prepagas y OS, que descendió de 13,9% a 4,2%. En efecto, la mayoría de la población argentina (62,3%) aún cuenta con cobertura de algún sistema de salud, sea éste de OS o de Prepagas. La explicación se encuentra en el carácter fragmentado del sistema de salud argentino que permite que algunas personas cuenten con más de una Obra Social ya sea porque tienen más de un empleo o porque cuentan con la cobertura de la Obra Social de sus cónyuges. Por otra parte, la mitad de los beneficiarios de los planes voluntarios de mutuales y Prepagas suelen tener también Obra Social. Esto explica, en parte, que un crecimiento significativo del desempleo (como el registrado durante la década de los años noventa) no haya repercutido linealmente sobre la cobertura de la seguridad social. La doble cobertura ha funcionado como mecanismo "amortiguador" del impacto del desempleo sobre la demanda de seguridad social. Por último, un efecto que también se ha registrado es el incremento de los beneficiarios por cada titular aportante. Este es un mecanismo de supervivencia que utilizan algunos sectores carenciados que buscan extender la cobertura de aquellas personas que aún cuentan con algún tipo de protección de OS, hacia los familiares que han quedado excluidos del mercado laboral formal (Tobar, 2001).

Asimismo, la progresiva crisis fiscal afectó indirectamente al subsistema de seguridad social debido, entre otras cosas, a las débiles condiciones macroeconómicas existentes. En la década de los años noventa, frente a esta situación, surgió la necesidad de mejorar el funcionamiento del sector salud y el objetivo se centró en la realización de transformaciones en el área ligadas a las llamadas "reformas de segunda generación" que fueron impulsadas por los Bancos Multilaterales de Desarrollo tras la primera ola de reformas macroeconómicas realizadas en los años ochenta y principios de los noventa. En particular, se buscó asegurar las condiciones político- institucionales y sociales que dieran sustento a las reformas macroeconómicas a través de un programa de reformas que apuntaron principalmente a abrir la competencia entre las OS y, a largo plazo, incluir en ella a la medicina Prepaga.

### 1.2.1 Sistemas Sanitarios en la Unión Europea

Los sistemas sanitarios se pueden considerar variantes directos de los sistemas sociales, definidos éstos como el conjunto de relaciones sociales, estructuras y estratificaciones sociales de la sociedad. La parte más destacada e importante de los sistemas sociales son las llamadas funciones sociales, que son el conjunto de actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de la sociedad y las instituciones o estructuras que tienen por finalidad ejecutarlas. Dentro de los sistemas sociales una de las funciones de mayor complejidad son aquellas relacionadas con la atención a la salud, las cuales conforman lo que podemos denominar el sistema sanitario.

Al estudiar los sistemas sanitarios de un país, estamos directamente analizando los valores de la sociedad y sus gobernantes con respecto a la salud; sus modelos de financiación y de asignación de recursos sanitarios; la cartera de servicios programada y el grado de protección sanitaria deseado; su legislación; su organización administrativa y su modelo de gestión adoptado para garantizar una prestación de servicios eficaz, efectiva, eficiente y de calidad.

---

Los sistemas sanitarios, son, por lo tanto, sistemas sociales que la Organización Mundial de la Salud (OMS) los ha definido más recientemente como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial y en el sector de la salud y otros sectores afines. Definición de sistema sanitario que es similar al concepto de salud promulgado por la OMS en el año 1946: «estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» convirtiéndose de este modo los sistemas sanitarios en uno de los más importantes indicadores y vital para poder analizar el Estado de Bienestar de una sociedad y su nivel de desarrollo.

Los sistemas sanitarios son sistemas complejos, abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, como el sistema político, el sistema fiscal o el sistema educativo y deben cumplir, para considerarse sistema de acuerdo con la OMS, las cualidades de ser: un sistema universal que dé cobertura a toda la población; con atención integral, tanto higiene y salud mental, medicina preventiva, asistencia primaria, asistencia terciaria de todas las patologías agudas y crónicas; debe tener equidad en la distribución de los recursos; debe ser eficiente, es decir, aportar las mejores prestaciones y el mejor nivel de salud al menor coste; debe ser un sistema con flexibilidad, con objeto de poder adaptarse y responder de manera rápida a las nuevas necesidades; con participación de los ciudadanos en la planificación y gestión del sistema. Es decir, que independientemente de las diferencias entre los distintos modelos, todos ellos deben tener en común una serie de prerrogativas fundamentales como la universalidad, por lo que deben abarcar y dar cobertura a prácticamente toda la población (con referencia a este punto de universalidad los países de la Unión Europea firmaron en 1996 la Carta de la Reforma de la Atención Sanitaria de Ljubljana, aprobada por unanimidad, que habla sobre las reformas sanitarias y que dentro de los principios fundamentales y de manera textual, dice que debe haber cobertura universal y acceso equitativo para toda la población a la asistencia necesaria); también debe haber equidad, considerado este atributo como parte importante y fundamental en todos los países democráticos, donde el concepto de equidad está muy arraigado y es totalmente complementario al de universalidad.

El concepto de equidad en términos sanitarios se refiere a la necesidad de una igualdad tanto en la posibilidad de acceso como en la igualdad de trato, sin distinción de sexos religión o razas; e igualdad de cartera de servicios para todos los ciudadanos de la misma nación, con los mismos programas de vacunación y tratamiento. Otro concepto para hablar de sistema sanitario es la necesidad de calidad asistencial, calidad tanto a nivel de eficacia como de eficiencia. Eficacia en el sentido de que debe lograr el efecto deseado en los planteamientos generales que, en el caso de la actividad sanitaria, son el correcto diagnóstico y tratamiento, logrando la curación o la mejoría, mediante la rehabilitación. Eficiencia relacionada con el coste obtenido para lograrla.

En cifras macroeconómicas, el gasto que los diversos países destinan al componente sanitario es variable (Fuente ECOSALUD OCDE 2008<sup>4</sup>). La media de los países desarrollados está alrededor del 9% del producto interior bruto (PIB), llegando a cifras mucho más altas en Estados Unidos. A partir de la crisis de los años setenta, con el imparable crecimiento del gasto sanitario, con relación al PIB

---

<sup>4</sup> <http://www.oecd.org/dataoecd/29/50/45586601.pdf>



---

nacional, muy por encima del crecimiento económico general, se ha desarrollado un interés universal por la contención del gasto (necesidad financiera) sin disminuir las prestaciones (necesidad política y social), una vez que los gastos más importantes (universalización de cobertura y establecimiento de estructuras sanitarias), se han cubierto ya en las fases previas. No obstante, debido a los estrictos criterios de Maastricht en los Estados miembros de la Unión Europea, se han realizado recortes del gasto público, lo que ha afectado también al gasto sanitario. En los países en vías de desarrollo, las políticas sobre gasto público del Fondo Monetario Internacional, del Banco Mundial y de otras organizaciones semejantes, también apuestan por transferencias del gasto público al ámbito privado, imprescindible para el sostenimiento financiero de los sistemas sanitarios, con resultados económicos variables.

En los últimos años, debido a una escasez de recursos, a unos costes crecientes y a la introducción de nuevas tecnologías, se han llevado a cabo, en diferentes países, varios intentos de ordenar y priorizar los servicios sanitarios, dado que los recursos disponibles son limitados y el hecho de invertir más recursos en un sector implica invertir menos recursos en otro (coste de oportunidad), para asegurar la provisión de los servicios más importantes. El término priorizar implica la necesidad de elegir entre varios posibles usos de los recursos por los que compiten varios beneficiarios; es decir, se trata de la decisión de asignar recursos a uno de esos posibles beneficiarios antes que a otros, o simplemente asignar más recursos a uno que a otro.

Los países que componen la actual Unión Europea ofrecen una cobertura prácticamente universal, aunque deriven de modelos diferentes, como los mutualistas, en que el Estado garantiza las prestaciones sanitarias mediante cuotas obligatorias o modelo Bismarck, como Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda y los del Sistema Nacional de Salud (SNS) o modelo Beveridge, en los que la financiación de la sanidad pública procede de los presupuestos generales del Estado y es prestada, asimismo, en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad, como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal.

Al comparar el sistema de financiación de los seguros sociales de los países europeos, nos encontramos con grandes diferencias entre unos y otros. No obstante, se pueden clasificar básicamente en dos grandes sistemas; el llamado *sistema Bismarck*, basado principalmente en contribuciones a la Seguridad Social; y *el sistema Beveridge*, que es financiado por impuestos. En otras palabras, sistema tipo Bismarck, sin redistribución existente entre los diferentes grupos de ingresos, donde las personas aseguradas son empleados; la financiación es vía contribuciones de acuerdo con el volumen de ingresos; y el sistema Beveridge que sí contiene redistribución social; incluye a toda la población y es financiado principalmente por presupuestos del Estado. Históricamente los países del norte de Europa tienen más afinidad al modelo Beveridge, mientras que los países en el centro de Europa tienen más afinidad al modelo Bismarck; no obstante, con el paso del tiempo estas diferencias se han ido debilitando (en los últimos diez años la financiación por medio de impuestos ha crecido en países como Francia, Italia y Portugal donde su importancia en la financiación era previamente muy escasa) y la importancia del aporte de las contribuciones ha aumentado en aquellos como la República de Eslovaquia, con base estatal, por lo que la tendencia actual en Europa es hacia un modelo convergente de los dos sistemas.



Las comparaciones que pueden hacerse sobre los diferentes sistemas sanitarios incluyen, por tanto, como parámetros principales, la estructura organizativa y las leyes; los modelos de financiación; la extensión de la cobertura que ofrecen a los ciudadanos y el precio que han de pagar por ella (si existe o no el copago). Los cambios respecto a la cobertura se mantienen bastante estables en los distintos países, si bien el precio que han de pagar por los servicios sanitarios varía de modo frecuente. Los SNS de los países de la Unión Europea reflejan realidades muy dispares en lo que respecta a los derechos de los pacientes por lo que analizando los sistemas sanitarios de los diferentes países de nuestro entorno podemos apreciar qué elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas no están funcionando del todo correctamente poniéndose de manifiesto la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación y que se están desaprovechando oportunidades que se iniciaron y forjaron hace 30 años, en el cambio de paradigma de Alma-Ata en la forma de concebir la salud. La Conferencia de Alma-Ata<sup>5</sup> favoreció la aparición de un «*movimiento en pro de la atención primaria de salud*», impulsado por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación política, social y económicamente inaceptable de desigualdad sanitaria en todos los países. En la Declaración de Alma-Ata quedaron claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores. La traducción de esos valores en reformas palpables ha sido desigual. No obstante, la equidad sanitaria ocupa un lugar cada vez más destacado en el discurso de los líderes políticos y los ministros de salud.

Seguidamente se exponen dos países de referencia para denotar las diferencias entre el modelo mutualista (Alemania) y el Sistema Nacional de Salud (Finlandia).

#### *Sistema Sanitario de Alemania (modelo mutualista)*

País, con datos del 2007, de una población de 82,7 millones de habitantes; una esperanza de vida de 77,1 años los hombres y de 82,4 años las mujeres; un crecimiento anual de la población (2010-2015) de -0,17%; población menor de 15 años de 13,5%; población mayor de 60 años del 25,7%; tasa de fertilidad por mujer de 1,3; tasa bruta de natalidad de 9; tasa bruta de mortalidad de 10,3; con un PIB (en miles de millones de euros) de 2.424; con un crecimiento medio anual del PIB (2002-2007) del 1,5%; y un PIB per cápita de 40.320 \$; tiene un gasto sanitario (% del PIB) de 10,6; 3,4 médicos por cada 1.000 habitantes y 8,3 camas de hospital por 1.000 habitantes.

Es uno de los países con verdadera reforma intencionada. La unificación con la antigua República Democrática Alemana ha causado problemas, incluida la transformación de un sistema planificado a uno tipo Bismarck, aparte de los económicos. Las raíces del SNS alemán datan de 1883 con su Seguro Obligatorio de Salud nacional. En el año 2003 cerca del 87% de la población estaba cubierta

---

<sup>5</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.  
[http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

---

por un seguro de salud estatutario, basado en los ingresos y obligatorio en 77% y voluntario en un 10%. El otro 10% tenían seguros de salud privados, el 2% cubierto por aportaciones gubernamentales y 0,2% no estaba cubierto. El sistema de cuidados de salud tiene una organización descentralizada caracterizada por el federalismo y cuerpos corporativos no gubernamentales. Existen asociaciones de médicos y odontólogos, por un lado y fondos de enfermedad y sus asociaciones en el otro. Existen organizaciones a nivel federal y estatal.

El Ministro de Salud propone las leyes que una vez aprobadas en el Parlamento definen la legislación. También supervisa los cuerpos corporativos. Existen un total de 291 Fondos de Enfermedad que negocian sus contratos con los distintos proveedores de servicios sanitarios. Desde 1996 cada persona asegurada puede elegir libremente uno de los distintos Fondos de Enfermedad y estos fondos están obligados a aceptar a cualquier ciudadano que los solicite (no hay selección adversa). Desde 2004 hay un Instituto independiente para valorar la eficiencia y la calidad asistencial. Existe libertad de elección de médico, generalista o especialista.

En cuanto a financiación y gasto del sistema, en el 2002 el gasto sanitario supuso el 10,9% del PIB y el 79% de este gasto correspondía a fondos públicos (el mayor de los países de la Comunidad Económica Europea -CEE-), siendo el tercero de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). El gasto en salud per cápita fue de 2.817 \$.

Del total del gasto el 57% viene de los seguros de salud estatutarios, el 7% por los seguros de cuidados crónicos, el 4% de otros seguros y el 8% de fuentes gubernamentales. Los seguros de salud privados financian el 8%. Existe un copago por estancia hospitalaria en habitación compartida; por fisioterapia, transporte sanitario y el 50% de los gastos bucodentales. Los medicamentos tienen un copago como cantidad fija, variable según el coste del medicamento. La mayoría de los pagos directos se emplean para medicamentos OTC. En el 2004 se introdujo el copago para las consultas.

Existen diferentes esquemas de compensación de riesgos, por edad, sexo y estado de salud entre los distintos fondos de enfermedad. Los hospitales se financian de manera doble. La inversión está planificada por los gobiernos de los 16 Länder (nombre alemán que designa los estados federados que componen el país) y después cofinanciada por el Länder y el gobierno federal. Los fondos de enfermedad financian los gastos recurrentes y los costes de mantenimiento. Desde 2004 el sistema aceptado para pagos por gasto hospitalario son los GRDs (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) australianos adaptados a su idiosincrasia.

En cuanto a la provisión de los cuidados de salud, los cuidados ambulatorios se realizan principalmente por los médicos generales (GP) y por especialistas de práctica privada contratados por los Fondos de Enfermedad. Los pacientes tienen libre elección de médico, psicoterapeutas, odontólogos, farmacias y servicios de urgencia. No existe un sistema formal de necesidad de referencia para acudir al sistema hospitalario. El cuidado de los pacientes a nivel hospitalario agudo se realiza por un sistema de proveedores mixto público y privado con una participación del sector público en un 53%, organizaciones no lucrativas 39% y el sector privado el 8%. Aunque el número de camas y la estancia media en los hospitales se ha reducido sustancialmente a 6,3 camas por 1.000 habitantes con estancia media de 9,3 días, Alemania está todavía en los niveles de ranking más altos de la CEE.

Desde 1990 el sistema de salud de la parte este de Alemania se ha transformado rápidamente a un modelo Bismarck de sistema de provisión de servicios y desde el 2002 ha mejorado la calidad y esperanza de vida de los ciudadanos.

Comparado internacionalmente, el sistema alemán de salud tiene un elevado nivel de fuentes de ingresos y de recursos sanitarios. La población disfruta de un sistema de salud equitativo y de fácil acceso.

### *Sistema Sanitario de Finlandia (Sistema Nacional de Salud)*

País, con datos del 2007, de una población de 5,3 millones de habitantes; una esperanza de vida de 76,2 años los hombres y de 83 años las mujeres; un crecimiento anual de la población (2010-2015) de 0,32%; población menor de 15 años de 16,7%; población mayor de 60 años del 24%; tasa de fertilidad por mujer de 1,9; tasa bruta de natalidad de 11; tasa bruta de mortalidad de 9,4; con un PIB (en miles de millones de euros) de 179; con un crecimiento medio anual del PIB (2002-2007) del 3,7%; y un PIB per cápita de 46.260 \$; tiene un gasto sanitario (% del PIB) de 8,2; 3,3 médicos por cada 1.000 habitantes y 6,8 camas de hospital por 1.000 habitantes. La estructura organizativa del sistema de salud de Finlandia es un sistema de salud basado en los impuestos obligatorios, teniendo una cobertura universal cubriendo a toda la población residente de manera oficial. En ello participan conjuntamente el gobierno central y los municipios. A nivel nacional, el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud es el encargado de realizar la legislación y monitorizar su cumplimiento. A nivel local, son encargados de organizar la salud mediante los Comités de Salud Municipales y mediante los Consejos. Los 444 municipios existentes en el 2004 tienen la responsabilidad de la promoción y de la prevención de la salud, de la medicina primaria, la rehabilitación y los servicios dentales. El país se divide en 20 Distritos Hospitalarios. En cuanto a la financiación y el gasto sanitario, el sistema finlandés está principalmente financiado por medio de impuestos. En el 2002 cerca del 43% del gasto total en salud estaba financiado por los municipios; el 17% financiado por el Estado; 16% por el Seguro Nacional de Salud y 24% por fuentes privadas. Hay un incremento de la financiación privada (pasando del 20,4% en el año 1980 al 24,3% en el 2002), debido a las medidas adoptadas de incremento de cargos por servicios municipales y abolición de la deducción de impuestos por gastos de medicamentos existentes anteriormente. El gasto total en salud fue del 7,3% del PIB en el 2002 y 1.943 \$ PPP (Paridad del Poder Adquisitivo) per cápita. El gasto público en salud fue del 75,3% del total de gasto sanitario. Los municipios pagan a los hospitales por sus servicios, estando los médicos de los hospitales y la mayoría de los médicos de los centros municipales asalariados. Los profesionales sanitarios son pagados por un medio mixto: salario básico en un 60%; pago capitativo en un 30%, cobro libre en un 15% y pagos locales en un 5%. En cuanto a la provisión de los cuidados de salud, los cuidados primarios de medicina general, la medicina preventiva y los servicios de sanidad pública son realizados por equipos multidisciplinarios en Centros de Salud de Asistencia Primaria, que son públicos y de responsabilidad local de los municipios. Los médicos desde el año 1980 ven a los pacientes en un plazo prefijado de 3 días y el salario depende del trabajo realizado. Esto ha mejorado sustancialmente el acceso a los médicos generales y ha originado un descenso de la lista de espera. Los cuidados por médicos especialistas y los cuidados hospitalarios (terciarios) se realizan en hospitales públicos. En el 2002 había 2,3 camas por 1.000 habitantes y 3,2 médicos por 1.000 habitantes (similar a la media de la CEE) y enfermeras 21,7 por 1.000 habitantes (el nivel más

elevado de la CEE). Dentro de los objetivos del sistema sanitario de Finlandia está el proporcionar cuidados de calidad, y continuar con las medidas de control de costes para el incremento existente en el gasto farmacéutico, medidas adoptadas en la reforma del 1997. Asimismo, otro objetivo es mantener las Guías de Calidad de Salud Mental instauradas en el 2001; realizar mejoras en el acceso; dar respuesta a las preferencias de los pacientes y ejecutar la libre elección de médico de medicina general y de elección de hospital, así como una mejor coordinación entre la asistencia primaria (médico de medicina general) y la asistencia especializada (médicos especialistas y hospitales). Como en Dinamarca, las autoridades regionales o locales deciden las prestaciones tanto en atención primaria como en atención especializada, aunque los fondos se distribuyen a nivel estatal y se complementan localmente. Los determinan los límites de los copagos por hospitalización de agudos. En 1994 los fondos estatales para sanidad y seguridad social se redujeron en un 10%.

### 1.2.2 Medicina prepaga en Argentina. Comparación con otros países de América Latina.

Una de las principales diferencias con Argentina, es que no existe en otros países un sub-sector de la seguridad social como el de nuestro país. En su lugar, los sistemas suelen estructurarse en torno a un subsector público y uno privado en forma de compañías y cooperativas de seguro. En Brasil la salud es un derecho y es un deber del Estado. La iniciativa privada es de libre elección. En Uruguay hay un *Sistema Nacional Integrado de Salud*, que es un seguro nacional de salud con total participación estatal. Venezuela tiene un sistema similar de seguridad social, el IVSS (*Instituto Venezolano de Servicios Sociales*), que es un organismo centralizado que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. El financiamiento consta de aportes tripartitos (Estado, los patrones y los empleados) y está destinado a los trabajadores aportantes, su núcleo familiar y los jubilados. Pero no existen las obras sociales con la estructura que conocemos en Argentina. Lo más similar son las organizaciones de sanidades de las Fuerzas Armadas y de las Policías Nacionales. Chile directamente no tiene seguridad social como la vemos nosotros, son aportes privados. En Perú es reemplazado por un seguro que desde el año 2002 está destinado a la población en situación de pobreza extrema y que carece de seguro privado. El resto de la población tiene seguro a través de Compañías de Seguro Privadas y Entidades de Salud Prepagadas. La República Dominicana, por su parte, tiene un sistema similar al argentino, con un sistema de seguridad social financiado por aportes y contribuciones obligatorias sobre el salario de los trabajadores pero no están administradas por obras sociales o gremios sino por Administradoras de Riesgos de la Salud que pueden ser públicas o privadas de autogestión.

Mientras las empresas de medicina prepaga de Argentina brindan 100 % de cobertura sin límite y sin tope en prestaciones ambulatorias y en internación, que incluyen las de más alta complejidad, así como cobertura a medicación ambulatoria para tratamientos crónicos que oscilan entre 70 y 100%, se observa que los otros países miembros de ALADI (Asociación Latinoamericana de Integración)<sup>6</sup> cubren prestaciones en forma muy parcial, siempre con topes y límites. Estas limitaciones y los problemas de equidad, acceso y calidad que conllevan fueron admitidos por los asistentes a la última reunión de ALADI en Buenos Aires. Venezuela no cubre medicación ambulatoria ni estudios genéticos, quimioterapia, diálisis, psiquiatría ni tampoco el rubro

---

<sup>6</sup> Asociación Latinoamericana de Integración. [http://www.aladi.org/nsfaladi/arquitect/nsf/vsitioweb/paises\\_miembros](http://www.aladi.org/nsfaladi/arquitect/nsf/vsitioweb/paises_miembros)

“hotelería”. Llama la atención, según el expositor Ignacio Correa, que “no cubre órgano para trasplante”. El sistema de medicina prepaga de Chile cubre entre el 64 y 74 % de las prestaciones / beneficiario / año y como ejemplo, solo el 70 % de medicamentos antineoplásicos e inmunosupresores. En Uruguay la cuota se incrementa con la edad. Los mayores de 65 años pagan entre 2 a 4 veces más que el adulto joven, tiene coberturas “adicionales” como la accesibilidad a consultas. Colombia es el país en el que hay una mayor desprotección, ya que el sector privado da muy poca cobertura y casi nada en ambulatorio. Paraguay, por su parte, brinda primas capitativas que ofrecen “paquetes de atención primaria de acuerdo al contrato del seguro”. En el Perú existen 14 Aseguradoras Privadas, de las cuales 5 ofrecen Seguros de Salud, bajo diversos planes y programas. En Brasil, por último, el porcentaje de beneficiarios de medicina privada asciende al 23, 48% de la población general. Hay 1627 entidades de medicina privada, en formas de autogestión, seguros y cooperativas médicas y odontológicas.

### 1.3 Caracterización del Mercado de la Salud (en general)

Los servicios sanitarios tienen características intrínsecas peculiares que originan las siguientes fallas de mercado: la existencia de bienes públicos<sup>7</sup>, las externalidades, la incertidumbre<sup>8</sup> y la asimetría de información<sup>9</sup>.

El mercado sanitario es distinto a los demás. Es difícil identificar otro servicio que posea a la vez tantas condiciones distorsionantes del libre juego del mercado, ya que no puede planificarse por sí mismo mediante las fuerzas invisibles del interés personal y de la independencia de los compradores debidamente informados, dado que las personas no saben ni cuánto, ni cuando necesitan la asistencia sanitaria.

En pocas palabras, “... las características estructurales especiales que presenta el mercado de cuidados médicos representan por un lado a características propias de los bienes en cuestión y por otra parte a intentos por superar la sub-optimalidad derivada de la no comerciabilidad de muchos riesgos y de la comerciabilidad imperfecta de la información....”<sup>10</sup>

### 1.4 Estructura del Sistema de Salud Argentino

A continuación se expone el cuadro de ofrecimiento de cobertura de salud existente en nuestro país, el que es atendido por dos sistemas:

- 1- **Gratuito y Público**: prestado por el Estado Nacional, Provincial y/o Municipal a través de los hospitales.

---

<sup>7</sup> Se trata por definición de bienes por los cuales no existe rivalidad en el consumo - el consumo de un individuo no limita el consumo por parte de otro individuo - y en los que no es posible la exclusión para ningún individuo.

<sup>8</sup> Dada la existencia de incertidumbre, el hecho de que los ofertantes posean un conocimiento que los diferencia claramente de los demandantes, establece una asimetría en la relación que guía tal encuentro por la que, en esencia, los compradores terminan adquiriendo información pero bajo la forma de cuidados especializados.

<sup>9</sup> El consumidor necesita recuperar su salud, pero no sabe qué necesita para conseguirlo, salvo que debe recurrir al asesoramiento profesional. Por lo tanto, se produce una información desigual entre el médico y el paciente, ante la cual la respuesta ha sido el establecimiento de una relación de agencia por parte del facultativo.

<sup>10</sup> ARROW K. “La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. Información Comercial Española (Madrid), N° 574. Junio 1981, pp 47-63. Citado en Publicaciones ISALUD

2- ***Onerosos, Público y Privado:*** Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de OS sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido, influyendo así en la inviabilidad financiera de muchas de ellas.

**a. Sistema Nacional de Seguro de Salud**

Establecido para proveer sistemas de salud a TODOS los habitantes de la nación:

- *Obras Sociales reguladas por la Ley 23.660:* Se incluyen dentro de éstas las obras sociales sindicales, de personal civil o militar. Se incluyen los trabajadores autónomos, en relación de dependencia, etc.
- *P.A.M.I.:* El 13 de mayo de 1971, a través de la ley 19.032, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en un intento por dar respuesta a un problema que afectaba a la denominada tercera edad: la falta de atención médica y social por parte de sus OS de origen. El Instituto se transforma en un pionero en la asistencia a los mayores ya que por aquellos años no existían cátedras de medicina ni tampoco se planteaban políticas globales de salud para la tercera edad. De allí el rol histórico que cumplió el organismo.

**b. Sistemas de adhesión voluntaria**

Cualquier sujeto puede adherir voluntariamente a algunas de las siguientes entidades para tener cubierto su sistema de salud:

- Empresas de Medicina Prepaga
- Asociaciones sin fines de lucro tales como Mutuales, Consejos Profesionales, A.R.T., etc.

Estas instituciones, realizan convenios con clínicas y sanatorios privados a efectos de prestar sus servicios a los afiliados mediante el pago de una suma de dinero.

**c. Medicina laboral**

Son aquellos servicios contratados por los empleadores, para controlar al personal bajo relación de dependencia y brindarles un sistema de Salud.

**d. Aseguradoras de Riesgo de Trabajo**

Son aquellas entidades que el empleador está obligado a contratar cuando las lesiones generadas en un sujeto provienen de accidentes de trabajo.

El sistema de salud argentino es extremadamente fragmentado. La ausencia de un fondo universal - consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre grupos sociales)-



acota la posibilidad de brindar una cobertura homogénea a la población, asociada con equidad horizontal en la asignación de recursos de salud. El desarrollo de un sistema más integrado permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, puedan atender a sus necesidades asociadas con requerimientos de consultas, internación, análisis y estudios complementarios y/o medicamentos.

La Argentina se encuentra ubicada entre las naciones de mayor ingreso a nivel latinoamericano. Sin embargo, al comparar el esfuerzo que realiza en términos de gasto en salud y los indicadores obtenidos, con aquellos registrados por los restantes países de la región, la performance dista de ser exitosa. Por ejemplo, registra una mortalidad al 5to año que llega a duplicar la de países que tienen un gasto en salud per cápita considerablemente menor al argentino.

Esto desmitifica la siempre mencionada falta de recursos en el sector de la salud y sugiere una falla en su estructura organizativa, que excede a la capacidad de gasto y se vincula con la utilización, financiamiento y gestión de esos recursos.

En la mayoría de los países de América Latina, así como en gran parte de las naciones en desarrollo, se identifican mecanismos de aseguramiento mixtos, donde diferentes grupos poblacionales aportan a fondos alternativos para la cobertura de servicios de salud. En algunos casos estos mecanismos tienen naturaleza social, en la medida en que los aportes de grupos de ingresos diferentes financian paquetes homogéneos de servicios al interior del fondo de aseguramiento.

En este marco, Argentina presenta un sistema de salud extremadamente segmentado, lo que implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria o compulsiva, de los aportantes y sus familias. Un esquema de aseguramiento social diseñado para toda la población permitiría reducir los desembolsos individuales, otorgando el derecho a toda persona de acceder a un paquete de servicios relativamente homogéneo.

La diversidad que presenta el sistema de financiamiento, gestión y atención de la salud en la Argentina se presenta en dos dimensiones: geográfica (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, innumerables fondos de seguridad social y prepagas).

La primera de las dimensiones es consecuencia de las características políticas del federalismo argentino, y de la descentralización para la asignación y gestión de recursos del sistema de salud.

Es decir, a diferencia de lo que ocurre en otros países con sistemas políticos federales, en Argentina la naturaleza federal determina que los Ministerios de Salud de cada provincia sean responsables tanto de la política sanitaria de su jurisdicción como del presupuesto público para sustentarla, con limitada injerencia de la autoridad nacional.

En este contexto, el mecanismo que articula la coordinación nación-provincias es el Consejo Federal de Salud (COFESA), que no es una estructura formalmente vinculante. Los acuerdos que se alcanzan en esa instancia se tornan relevantes para los Ministerios provinciales en la medida en que existe consenso político acerca de las líneas de acción y recursos nacionales que las sustenten. Por ello, son los Ministerios de Salud de las provincias las instituciones de mayor relevancia en el diseño de políticas y en la definición de los mecanismos que organizan y reforman los sistemas de salud de sus jurisdicciones.

Adicionalmente, y haciendo referencia a la segunda dimensión de la fragmentación, cada provincia cuenta con sus institutos de seguridad social (24 obras sociales provinciales), alrededor de 250 obras sociales nacionales (sindicales o de personal de dirección) y el PAMI (jubilados y pensionados). En consecuencia, existen más de 300 mecanismos de aseguramiento que operan paralelamente al sistema público de salud (Maceira, 2009). Ello evidencia un importante desafío de coordinación para garantizar el

derecho a la salud de la población.

La presencia de un número amplio de fondos reduce la capacidad de hacer financieramente sostenible el sistema sanitario, en tanto cada uno de ellos enfrenta la necesidad de solventar tratamientos variados, de costos diferenciados y, donde muchas veces, la escala de éstos lo impide.

Así, la descentralización provincial y la atomización del sistema de seguridad social generan una brecha de equidad entre jurisdicciones y sistemas de aseguramiento social. Es decir, provincias y fondos sociales con mayor capacidad financiera tienen más posibilidades de brindar atención, diferenciando la cantidad y la calidad de las prestaciones con respecto a aquellos fondos de provincias y seguros más pobres. Esta situación repercute en el gasto de bolsillo de las familias, que deben cubrir lo que estos fondos no logran proveer, evidenciando la existencia de un sistema de salud no sólo ineficiente sino también inequitativo.

Aunque las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, como se mencionó anteriormente, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único sino que se dispersan entre el PAMI, los fondos provinciales y las obras sociales nacionales gerenciadas por los sindicatos de trabajadores.

La segmentación del modelo sanitario argentino permite que haya subsistemas que absorben niveles diferenciados de gasto, independientemente de los recursos que posean. Así, la población de mayores ingresos contribuye a un sistema que recauda más recursos para tratar a gente relativamente menos enferma. Mientras tanto, el sistema público brinda cobertura a individuos con perfil epidemiológico más complejo e ingresos más bajos.

De acuerdo con la última Encuesta de Utilización y Gasto en Salud, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2005, aproximadamente 56% de la población cuenta con algún mecanismo de seguro social, ya sea obra social sindical, provincial o PAMI. En tanto que 10% de los individuos posee una cobertura del sistema privado y aproximadamente 34% de la población no cuenta con seguros formales y su cobertura se canaliza a través del sistema público.

No obstante, estos mecanismos de cobertura no se condicen con los patrones de utilización de los servicios de salud, en la medida que la primera fuente de atención utilizada por los individuos no necesariamente está relacionada con el mecanismo formal de aseguramiento que posee. Ello refleja una de las consecuencias no deseadas de un mecanismo no coordinado de financiamiento y atención: individuos que aportan a un fondo, pero demandan servicios de salud en otro subsistema, independientemente de la capacidad de recupero de costos de los prestadores efectivos. El caso más frecuente es el de pacientes que, contando con cobertura de alguna obra social, se atienden en establecimientos públicos (hospital público o centro de atención primaria).

Si bien para estos casos existe un mecanismo formal de recupero de costos en hospitales públicos, la práctica evidencia importantes dificultades tanto en la facturación de estos servicios como en su cobro.

Frente a esta situación, el sistema público diversifica su atención entre la población que aportó a su obra social y que difícilmente recupera y aquella que no tiene cobertura alguna. En un contexto de presupuesto limitado, esto repercute en la población de menores recursos y en la calidad de los servicios.

En síntesis, la ausencia de un fondo universal como consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre subsectores), acota la posibilidad de brindar una cobertura homogénea asociada con equidad horizontal en la asignación de recursos de salud. La presencia de un sistema más integrado permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de abordar sus necesidades, sean ellas asociadas con requerimientos de consultas, internación, análisis, estudios complementarios y/o medicamentos.

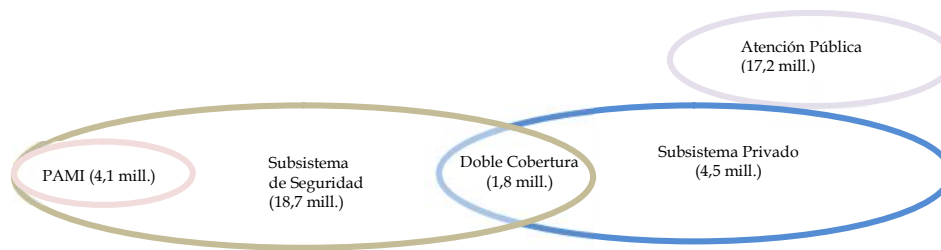


### 1.4.1 Incidencia del sector salud en la Economía Argentina

El sistema de salud argentino enlaza tres subsistemas:

- la atención pública (nacional, provincial y municipal);
- la Seguridad Social (las obras sociales sindicales y el PAMI);
- el subsistema netamente privado (empresas de medicina prepaga, clínicas).

De una población total estimada en 40 millones de habitantes, la cobertura se reparte de la siguiente forma:



Fuente: Asociación de Empresas de Medicina Privada (ADEMP)

La financiación de todo el sistema durante el año 2009 ascendió a \$102.000 millones, lo que representó un 9,6% del PBI, según los datos del Ministerio de Salud y el INDEC. Este gasto en salud se repartió entre los distintos actores de los subsistemas de la siguiente forma:

Financiadores del Gasto en Salud	\$	Descripción	%
Obras Sociales (administradoras de servicios de salud sin fines de lucro)	29,072	Obras Sociales Nacionales	17%
		Obras Sociales Provinciales	11%
PAMI	9,181	Jubilados, pensionados, veteranos de guerra.	9%
Estado	29,016	Nacional, Provincial, Municipal	28%
Sistema Privado	12,807	Prepagas, mutuales, seguros	13%
Otros (*)	21,931	Hogares, empresas, etc.	21%

(\*) Gasto en salud por consultas, medicación, planes, terapias no cubiertas

### Sistema privado de salud

#### Acceso al sistema privado de salud

**12%**

De la población de poder adquisitivo medio a alto no cubierta por obra social o que decide rediseñar este aporte a una cobertura privada



Beneficiarios privados  
**4.620.000**

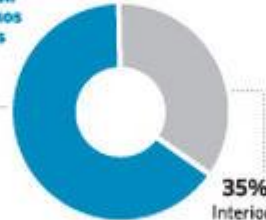
DATOS 2009

FUENTE KEY MARKET

#### Concentración en la cartera de clientes de prepagas y mutuales

**65%**

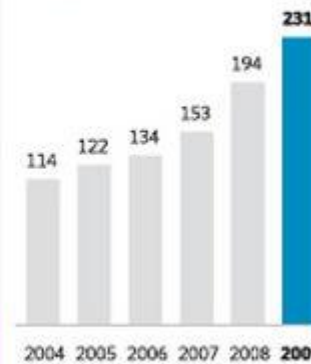
Capital Federal y Gran Buenos Aires



Gasto del sistema privado de seguros de salud  
**12.807**  
en millones de \$ corrientes

#### Prima media del mercado\*

En pesos por mes

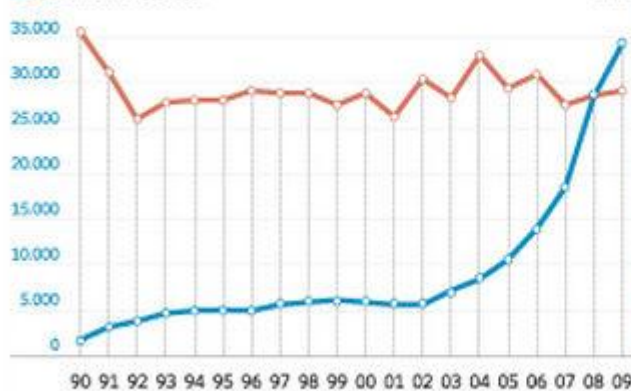


\* VALOR PROMEDIO DE LA CUOTA

### Obras sociales nacionales

#### Gasto público en obras sociales

En millones de pesos



FUENTE KEY MARKET

#### Participación

En %

#### Apertura por tipo de beneficiario

**69,3%**  
Relación de dependencia

**20,9%**  
Jubilados y pensionados

**0,6%**  
Servicio doméstico

**1,3%**  
Adherentes

**6,5%**  
Monotributistas

**1,4%**  
Beneficio por desempleo

AL 30 DE JUNIO DE 2009

#### 1.4.1.1. Servicio de Salud Privado (Prepagas). Situación actual y evolución.

Las empresas de medicina prepaga se propagan en la década del '90 para dar respuesta a los trabajadores autónomos que habían quedado fuera del sistema de las OS. Su expansión fue producto del fomento a la privatización de los servicios de salud y a la insatisfacción ante los deficientes servicios brindados por la medicina pública y/o gremial, permitiendo a los individuos con suficiente poder adquisitivo pagar un seguro de salud voluntario.

El ingreso económico de estas empresas con fines de lucro se constituye básicamente por las cuotas pagadas por los individuos y corporaciones que adhieren voluntariamente al sistema. Sus principales egresos están determinados por la obligación de cubrir las Prestaciones Mínimas Obligatorias (PMO).

Por otra parte, luego que varias obras sociales realizaran convenios con empresas de medicina privada, surge que las empresas de medicina prepaga poseen dos tipos de asociados:

- 1) Los directos: que son los que contratan en el mercado un seguro privado de salud.
- 2) Los indirectos: que son aquellos que acceden a la cobertura de la prepaga a través de una obra social, haciendo uso de su aporte laboral.

Como parte del proceso de desregulación del sistema de salud, en el año 2000 se permitió la libre opción entre cualquiera de las obras sociales indicadas en la Ley 23.660, exceptuando al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito.

Actualmente, la cantidad de afiliados totales que tiene la medicina privada llega a 4,5 millones, de los cuales un 48% son afiliados corporativos. Cabe aclarar que del resto de los afiliados, aproximadamente 500 mil son “puros” y alrededor de 1,8 millones tienen doble cobertura personal de salud, a través del sistema privado y de las OS. En los últimos cinco años, los afiliados a la medicina privada se incrementaron un 39% (según cálculos de la Cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la Argentina).

Existen en el país cerca de 150 empresas de medicina, entre prestadoras integrales (OSDE, Swiss Medical, Galeno, Omint), hospitales de comunidad (Británico, Italiano, Alemán y Español) y sanatorios privados (Otamendi, Mater Dei, etc.). Así todo, la concentración resulta alta ya que las 5 principales prepagas reúnen más del 80% de los afiliados y el 75% de la facturación (OSDE, Swiss Medical, Galeno, Omint y Medicus), según datos del año 2010.

Por otro lado, la integración vertical es característica de las empresas de medicina privada en los últimos años, a través de la construcción de clínicas y sanatorios (en su mayoría de los grupos Galeno y Swiss Medical). Se destaca que son edificios modernos con servicios de internación *premium*, equipados con la última tecnología y dirigidos principalmente a segmentos de ingresos altos y medio-altos de la sociedad. De ello, y de la carencia de camas de internación, se desprende que no es suficiente la inversión en servicios de calidad media.

El principal costo para estas empresas es el pago de salarios, ya sea en forma directa (cuando están integradas, es decir, en caso de contar con sus propios centros asistenciales) o indirecta (cuando deben contratar a clínicas y sanatorios y abonar las consultas médicas externas).

En este sentido, de acuerdo a estimaciones de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina, la remuneración al capital humano representa el 65% de los costos de las prepagas.

El acuerdo salarial más reciente del Gremio de la Sanidad, firmado en el mes de Agosto de 2011<sup>11</sup> alcanzó un incremento escalonado del básico de convenio del 33,33 %, en referencia al salario básico del mes de Julio 2011. El mismo se abonará en tres instancias: 18% en el mes de Agosto, un 10% en Diciembre, y el 5,33% restante en Febrero de 2012. En cambio, la recomposición de las cuotas que abonan los afiliados fue dispar, ya que resultó tardía respecto al acuerdo salarial previo (que tenía

---

<sup>11</sup>Convenio Colectivo de Trabajo 122/75. <http://www.adebra.org.ar/comercio64/html/458840Paritarias%20CC%2012%20-%202011.pdf>. Así mismo el 7 de Junio 2012 se firmó un nuevo acuerdo salarial (CCT 103/75).

vigencia hasta julio de 2010), pero se anticipó al del año siguiente: los aumentos se aplicaron en los meses de Diciembre de 2009, Enero, Febrero, Abril y Agosto de 2010. En promedio, el año cerró con una suba acumulada en las cuotas cercana al 35%.

Ya en el 2011, otra suba fue aplicada con vigencia a partir de las cuotas de Enero y alcanzó al 15%. Las empresas justifican la suba en respuesta a la aplicación del acuerdo salarial de 2010 (con el último de sus “escalones” en Febrero) y argumentan la nueva suba pretendida (también de 15%) para el mes de Agosto sobre la base de las nuevas paritarias 2011, que aún no terminaron de negociarse. Las firmas pretenden que lo que corresponde a este año deba ser cobrado este año. En estos momentos, este aumento se encuentra congelado por parte de la autoridad estatal. Se busca analizar la estructura de costos, una vez que puede incluirse el cierre de la paritaria, antes de autorizar el aumento.

Los hospitales de comunidad, con planes privados propios, firmaron un incremento salarial de 33,3% punta a punta (escalonado en Julio y Diciembre de 2011 y Febrero de 2012). Este acuerdo es la base de las negociaciones para los médicos y enfermeras de sanatorios y clínicas, agrupados en el sindicato de la Sanidad. El antecedente de los Hospitales de Comunidad establece un piso a la paritaria, con la diferencia de que esas entidades ya incrementaron la cuota a sus afiliados en un 16% desde el mes de julio.

Un factor que sufrió modificaciones recientemente es el acuerdo que existe entre las empresas de medicina privada y las farmacias respecto al porcentaje de descuento a clientes que cada parte afronta. Después de varios reclamos por parte del sector farmacéutico, lograron reducir la porción de descuento que las farmacias absorben al mismo nivel que tienen para los usuarios de PAMI, es decir entre un 17% y 18% (frente al 24% previo). Este arreglo asegura el margen de rentabilidad a los establecimientos farmacéuticos, en detrimento de las prepagas.

En relación al marco legal, luego de dos años de demora en la sanción de la ley que regula la medicina privada, el proyecto fue aprobado finalmente en Mayo de 2011, luego de tratarse nuevamente en la Cámara de Diputados para evaluar las modificaciones introducidas en varios artículos por la Cámara de Senadores en Noviembre de 2010. A partir de la promulgación, las prepagas tienen seis meses para adecuarse al nuevo marco regulatorio.

Las empresas de medicina prepaga se manifestaron en contra de varios artículos, en particular respecto a la prohibición de negar afiliaciones a personas con enfermedades preexistentes o que superen los 65 años, además de efectuar reclamos en torno a que sea la autoridad de aplicación (en este caso el Ministerio de Salud) la que autorice los aumentos de cuotas, sobre la base de variaciones en las estructuras de costos. Otro artículo modificado establece que a las personas mayores de 65 años, con más de diez años de afiliación, no se les podrá aplicar aumentos en las cuotas por causas relacionadas con umbrales de edad.

En función de estas modificaciones, habrá que monitorear cómo impactan los mayores costos sobre la rentabilidad de las firmas, considerando que implican un cambio radical en determinadas prestaciones y endurecen la regulación del sistema.

#### **1.4.1.2 Obras sociales**

---

Las OS presentan un alto grado de concentración, dado que las primeras diez representan el 46% de los afiliados y las primeras quince cuentan con un poco más del 54%. Esta concentración otorga un poder de negociación importante frente a los prestadores, entre los cuales se destacan OSECAC (Empleados de Comercio), OSPRERA (Personal rural y estibadores) y OSPECOM (Personal de la construcción). En conjunto, son más de 300 instituciones, que manejan cerca del 30% del gasto total en salud.

Las OS, como administradoras de servicios de salud sin fines de lucro, otorgan asistencia médica a través de clínicas o centros de salud propios del sindicato u obra social, profesionales privados y clínicas y sanatorios contratados. Varias obras sociales hicieron convenios globales con empresas privadas, tercerizando todo el servicio por no poder sustentar hospitales o clínicas propias (caso de Comisarios Navales con OSDE o la Obra Social del Personal del Automóvil Club Argentino con Galeno, etc.).

La cantidad de habitantes atendidos por OS alcanza los 18,7 millones. De estos, un poco más del 30% tienen doble cobertura, ya que se encuentran en obras sociales o el PAMI, pero cuentan con convenios con Prepagas, por lo cual sus aportes cubren la totalidad o una porción de la cuota del sistema privado.

Una actualización reciente en los descuentos del PAMI sobre los medicamentos (en Abril de este año), elevó el porcentaje de 40% a 50% (para los que tenían este tipo de quita en la compra) y del 70% al 80% para los jubilados con este rango de beneficiarios.

Tanto para las OS como para las Prepagas, la caída del empleo durante 2009 no significó una disminución sustancial en la cantidad de afiliados. De hecho, el porcentaje de personas sin cobertura se ha mantenido relativamente constante en los últimos tres años.

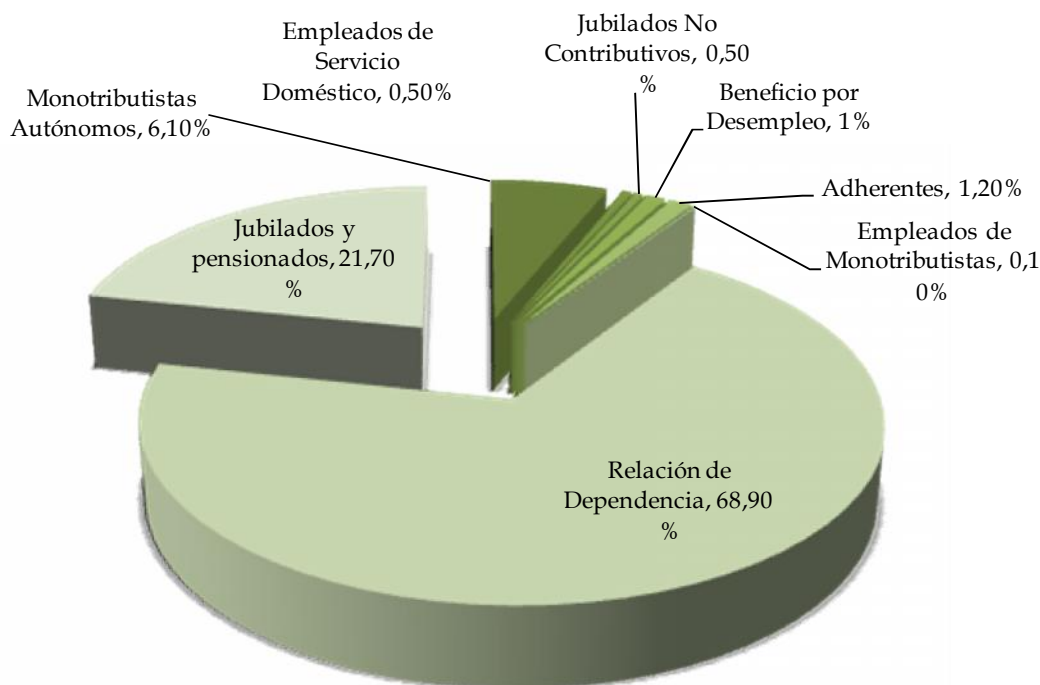
La recaudación de las OS en el acumulado de 2010 alcanzó los \$19,6 millones, un 29% más que en 2009. Este monto es el que está relacionado directamente con el empleo y los salarios, ya que cada empleado aporta 3% a la obra social, a lo que se agrega un 6% más de parte del empleador. Para el primer semestre de 2011 la recaudación ascendió a \$12,5 millones, 37% superior al primer semestre de 2010.

Las OS se financian principalmente con las contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia y los aportes patronales. De estos importes una proporción (entre el 10% y el 20% del 9% del aporte total) se retiene y deposita directamente en la Superintendencia de Servicios de Salud para el Fondo de Redistribución Solidaria. Dicho fondo tiene principalmente 2 usos: 1) hacerse cargo de las patologías de alta complejidad - Administración de Programas Especiales-; y 2) balancear el sistema a través de subsidios, garantizando a las OS un ingreso mínimo por cada afiliado para cubrir las prestaciones mínimas obligatorias (PMO). La dependencia de este tipo de programas en las obras sociales sindicales sin tercerización a través de prestadores privados es muy alta.

Los problemas de gestión y del marco regulatorio de las obras sociales que no tienen convenio con prepagas son factores claves que limitan la expansión y el crecimiento de sus estructuras, a lo que suman conflictos judiciales recientes por el comercio de medicamentos adulterados.

**Naturaleza de las Obras Sociales Año 2010**

Sindicales	207	70%
Personal de Dirección	27	9%
Administración Mixta	1	0%
Resto	62	21%
	<b>297</b>	

**Beneficiarios de Obras Sociales (por tipo)****Facturación de los principales actores del sistema de salud**

Ranking 2009	Razón Social	Ventas 2009 (000/\$)	Ventas 2008 (000/\$)	variación Anual	Cantidad de Empleados
1	OSDE	4.940	3.529	40%	5.172
2	SWISS MEDICAL	3.081	1.895	63%	7.120
3	GALENO	1.739	1.225	42%	-
4	OMINT	1.118	915	22%	2.460
5	MEDICUS	696	460	51%	-
6	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION	641	623	3%	-
7	IMPESA SERVICIOS AMBIENTALES	640	843	-24%	-
8	SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA	580	495	17%	-
9	MEDIFE	422	0	0%	-
10	HOSPITAL ALEMAN	328	210	56%	-

**Fuentes de Información:** Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), Ministerio de Economía (MECON), Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), Asociación de Empresas de Medicina Privada (ADEMP), Superintendencia de Servicios de Salud,

---

Federación de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), INDEC, FIEL, publicaciones en medios gráficos.

**Resumen Capítulo**

El objetivo buscado al desarrollar este capítulo fue presentar la importancia del sector salud privada en Argentina y el mundo. Conocer el núcleo central desde su concepción. Presentar el modelo de nuestro país y los vigentes en Latinoamérica así como en Europa. Mostrar su evolución y perspectivas. Destacar las características particulares del mercado en el cuál operan, su evolución e impacto en la economía.

Con estos pilares se podrá comprender los motivos por los cuales la telaraña impositiva que plantea nuestro sistema tributario, hace mella en la rentabilidad de las instituciones que hoy representan más que un pulmón de importancia para el sistema de salud argentino. Por ello el capítulo siguiente intentará brindar un análisis exhaustivo de la normativa nacional, provincial y municipal, buscando resaltar y explicar las dificultades que se le plantean en la Estrategia Financiera (planificación fiscal: minimizar lícitamente el costo impositivo) y Económica (eficiencia en costos: inversión).



---

## **Capítulo Segundo. La Carga Impositiva. Papel del Estado. Necesidad de Impuestos. Teorías para Aplicar Impuestos. De los Tributos aplicables a la Atención Médica. Impuestos Nacionales, Provinciales y Municipales.**

Los impuestos son uno de los instrumentos de mayor importancia con el que cuenta el Estado para promover el desarrollo económico, sobre todo porque a través de éstos se puede influir en los niveles de asignación del ingreso entre la población, ya sea mediante un determinado nivel de tributación entre los distintos estratos o, a través del gasto social, el cual depende en gran medida del nivel de recaudación logrado. En la primera parte de este capítulo se pretende plantear un punto de vista sobre la incidencia de la potestad tributaria del Estado Argentino sobre la economía en general y en particular sobre la salud privada.

Luego se ahonda en el estudio detallado de cómo el sistema tributario del estado en sus diferentes estratos, inciden en el desarrollo y rentabilidad de las empresas de medicina privada.

En particular cabe resaltar un análisis de las normas legales referidas al Impuesto al Valor Agregado e Impuesto a las Ganancias por la importancia de ambos tributos en la gestión de las entidades. Posteriormente se presenta un somero análisis y descripción sobre la incidencia de otros tributos nacionales, con énfasis en las contribuciones patronales (por ser una actividad netamente de mano de obra intensiva).

Finalmente se abordan los tributos vigentes en la provincia de Santa Fe y la ciudad de Rosario con el objetivo de poder cerrar el círculo tributario que envuelven a las empresas de salud privada.

### **2.1 La carga Impositiva**

En todo país organizado, los impuestos constituyen un componente vital de su vida productiva y comunitaria. Sin embargo, para que los tributos no se erijan en un obstáculo al desarrollo económico, es imprescindible que en su aplicación no desalienten la producción y que el Estado los transforme en valor social a través de la provisión de bienes y servicios públicos de alta calidad. En Argentina, en cambio, prolifera una anarquía de impuestos que penalizan la actividad productiva conduciendo inexorablemente al deterioro productivo del sector salud y el resto de las actividades. La agenda para el cambio no es técnicamente compleja. Pero requiere de altas dosis de sentido común, compromiso y responsabilidad política.

#### **2.1.1. ¿Necesidad o no de Impuestos? El Papel del Estado**

La legitimidad de la intervención del Estado en la economía, orientando, protegiendo a los más débiles, efectuando inversiones en áreas que se juzgen prioritarias y aplicando la parte del gasto que corresponde a la construcción de la infraestructura, entre otras funciones indelegables, supone una tenaz reforma del sector público, que pasa por la profesionalización de sus agentes, la simplificación y eficiencia de los procesos administrativos, como también la transparencia en la aplicación y empleo eficiente de los recursos.

Tras muchos años de experiencia y toneladas de papel escrito sobre el tema, queda claro que el Estado no puede cumplir adecuadamente sus funciones si no dispone de personal altamente capacitado y bien remunerado. Ese objetivo debe alcanzarse en un proceso de mejora continua, donde la masa de la economía nacional crezca sostenidamente con el concurso activo de los trabajadores del sector público, quienes debieran estar en la vanguardia de la batalla general por poner al Estado al servicio de la gente común, haciendo de su profesionalización una bandera prioritaria.



La tendencia a apropiarse de los recursos y las estructuras del Estado en beneficio de intereses particulares es practicada por diversos sectores, desde lobbies empresarios y organizaciones sindicales hasta quienes organizan, a partir de funciones políticas circunstanciales, dispendios injustificables en su propio provecho. Es que el Estado se ha convertido en la Argentina en un “bien mostrenco” que no tiene dueño y que puede ser apropiado impunemente. Esa es la contrapartida, por difícil que sea asumirlo, del desinterés que genera una estructura que se presenta, si no hostil – lo que ocurre en infinidad de casos–, al menos completamente ajena.

Recuperar el Estado como un bien de todos es una prioridad absoluta, pues es el principal instrumento con que cuenta la comunidad nacional para actuar. Esa condición del Estado de representar al conjunto de los intereses con la función de orientarlos hacia el bien común es lo que fundamenta su intervención en la economía, no sólo como árbitro y garante del funcionamiento leal del mercado, sino también como quien proyecta hacia el futuro la mejora global de la sociedad.

El Estado es el *mecanismo colectivo* a través del cual se regulan las actividades de los individuos y se financian los bienes y servicios de uso común, también conocidos como *bienes públicos*. Los bienes públicos son aquellos bienes y servicios que todos los ciudadanos necesitan para una vida más segura, próspera y de bienestar, pero que no pueden ser medidos en la exacta proporción que cada uno lo consume. Por eso, su provisión debe ser financiada colectivamente. En esta definición entran la seguridad pública, la conservación de los espacios verdes, el ordenamiento urbano, la construcción de caminos y vías de comunicación para el libre tránsito, la salud pública, la educación pública, la generación de normas de convivencia, la administración de justicia, el control ambiental, entre las más típicas. Este es el primer factor que explica la necesidad de los impuestos: financiar el funcionamiento del Estado en su función de *mecanismo colectivo* de regulación y proveedor de bienes públicos.

Desde esta perspectiva, se entiende que los impuestos deben guardar el mínimo nivel imprescindible para lograr un funcionamiento apropiado del Estado y que el Estado debe ser lo suficientemente eficiente para que el costo de su manutención no implique exacciones innecesarias a los ciudadanos.

Por otro lado, la existencia de desigualdades económicas entre los ciudadanos ha llevado a que el Estado asuma un rol adicional. Debe procurar atenuar las brechas de desigualdad económica para impedir, o al menos minimizar, situaciones de privación excesiva y evitable a los ciudadanos que no tienen capacidades suficientes para proveerse de su propio bienestar.

Así, los impuestos adoptan una segunda función, tan importante como la anterior, que es la de redistribución.

Finalmente, se erige una tercera finalidad que es la de tomar a los impuestos como mecanismos inductores de conducta. Tras esta finalidad se diseñan impuestos dirigidos a penalizar las actividades que generan efectos dañinos para la sociedad. En esta razón se inscriben los impuestos destinados a castigar la polución en el medio ambiente, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, los peajes como método para minimizar la congestión de tráfico, los impuestos más bajos para bebidas con jugos de fruta, etc.; en suma, la utilización de los impuestos como instrumentos generadores de conductas.

En conclusión, ante la pregunta “¿para qué sirven los impuestos?” La respuesta es para tres objetivos:

- a) para financiar al Estado en su rol de regulador y proveedor de bienes público;
- b) para redistribuir ingresos;
- c) para inducir conductas saludables o necesarias.

### 2.1.2 ¿Cómo se deben aplicar los impuestos?

Un principio general de la teoría de la tributación es el de neutralidad. Esto es, los impuestos no deben, o deben influir lo menos posible, sobre las decisiones individuales de producción para no afectar la asignación eficiente de recursos durante el proceso productivo. Tomemos como ejemplo el caso de una clínica o un sanatorio: el proceso productivo consiste en adquirir o alquilar un local apropiado, adecuarlo para el funcionamiento como institución de salud, comprar bienes de capital, contratar personal, comprar insumos médicos y no médicos, realizar la gestión comercial para contratar con los financiadores y comenzar a funcionar. El principio de *neutralidad* sostiene que ninguna de las acciones enumeradas debería estar gravada. El motivo: si se grava un factor en particular, se encarece ese factor con respecto al resto, con ello se induce un menor uso de él y ésto se traduce en una menor producción que la que podría haberse obtenido sin el impuesto. Suponiendo por un momento que el impuesto se aplica sobre la contratación de personal (el clásico impuesto al trabajo), las clínicas y sanatorios tenderán a ajustar las horas-hombre a un nivel inferior al que surgiría de un escenario de no impuesto. Con menos horas-hombre, se utiliza menos capacidad instalada, menos insumos y se atienden menos pacientes. Este efecto negativo ocasionado por el impuesto se extiende al resto de la economía dado que la institución demanda menos empleo y menos insumos impactando negativamente en la demanda de los proveedores del sector. De esta forma, este hipotético impuesto al trabajo no cumplió con el principio de *neutralidad* porque modificó la conducta del administrador de la institución sanitaria, induciéndolo a contratar menos personal y con ello disminuyó la utilización de los otros insumos, produciendo menos atención médica y demandando menos insumos a los proveedores, haciendo que éstos también produzcan menos.

De este ejemplo simple se deduce una primera conclusión importante: la neutralidad de los impuestos se logra cuando no se aplican sobre un factor productivo (trabajo, capital, insumos y edificios). La segunda conclusión es que la producción (de la institución de salud y del resto) se maximiza cuando los impuestos son neutrales, es decir, cuando no afectan el proceso productivo. En otras palabras, con neutralidad impositiva se maximiza la producción.

Entre los impuestos más neutrales conocidos está el *impuesto al valor agregado (IVA)*. El productor paga el impuesto cuando compra insumos durante el proceso productivo y recupera lo pagado cuando vende sus servicios, dado que lo que el productor le paga al Estado es lo que cobra en concepto de IVA por su venta, menos la suma de todos los montos de IVA pagados cuando compró insumos. De esta forma, el IVA no afecta el proceso productivo. El IVA se convierte en un impuesto no neutral cuando el Estado otorga exenciones a ciertos contribuyentes, de forma tal que los productores que venden a esos contribuyentes no pueden recuperar el IVA que pagaron durante el proceso de producción. Este es el caso de las instituciones de salud privadas que pagan IVA en el proceso productivo pero luego no pueden descargar ese IVA cuando venden, porque las obras sociales están exentas de IVA y las empresas de medicina prepaga tributan sólo la mitad de la alícuota de IVA. De esta forma, el IVA deviene en un impuesto no neutral para las clínicas. El otro impuesto importante es el *impuesto a las ganancias*. No es un impuesto neutral. Es claro que afecta la decisión de producir al gravar la remuneración de uno de los principales factores productivos (el capital propio y la capacidad de gerenciamiento). Sin embargo, es el principal impuesto para la función redistribuidora del Estado. A través de este tributo se puede modificar la distribución del ingreso porque en función de cómo se diseñe puede gravar más a las personas de ingresos altos y

menos o nada a las personas que menos ganan. Por su rol redistribuidor se recomienda su uso y por su falta de *neutralidad* se recomienda que la incidencia efectiva del impuesto sea muy similar entre países y entre actividades e inversiones alternativas, de forma tal que no influya en la decisión de asignación de recursos de los productores. A modo de ejemplo, si lo que se paga de impuesto a las ganancias es igual independientemente del país o del sector donde se haga la inversión, el impuesto deviene *neutral*, dado que no se está induciendo ningún sesgo de conducta inversora en particular. En palabras simples, dado que el impuesto a las ganancias es imprescindible desde el punto de vista redistributivo es igualmente imprescindible convertirlo en lo más *neutral* posible haciendo que el impuesto tienda a ser similar en todos los sectores y países. Por eso prevalecen los esfuerzos de armonización tributaria internacional y la armonización doméstica buscando que los países y los sectores no “compitan” entre sí a través de tasas diferenciales de impuesto a las ganancias. Obviamente que esto no se cumple en la realidad. Los países “compiten” con el impuesto a las ganancias y dentro de los países los sectores “compiten” –en función de su capacidad de *lobby*– con el resto por las inversiones, buscando que a su actividad se le aplique tasas inferiores de impuesto a las ganancias. Por esto es que los gobiernos de los países avanzados buscan erradicar esta conducta a través, por ejemplo, de la prédica contra los “paraísos fiscales” y la igualación del impuesto a las ganancias. El impuesto a las ganancias es fundamental en la función redistribuidora del Estado, ya que a través del mismo es posible modificar la distribución del ingreso.

## 2.2. Los impuestos que se deben pagar en Argentina para producir atención médica

La lista de impuestos que las instituciones de salud privadas tienen que pagar, directa o indirectamente, para producir atención médica es excesivamente larga. Hay impuestos de todo tipo, colocados por los sectores público nacional, provincial y municipal, de forma superpuesta, que gravan los mismos hechos imponible pero con distintas normas y definiciones de materia gravada, hecho y base imponible, con diferentes y extremadamente complejos sistemas de percepción y retenciones, etc., todo lo cual torna a la acción de pagar impuesto –paradójicamente– en una actividad en sí misma. Seguidamente se realiza un análisis detallado sobre esta temática.

### 2.2.1 De los Tributos Nacionales

#### 2.2.1.1-*Impuesto al Valor Agregado*

##### 2.2.1.1.1 Categorización de los pacientes (obligatorios, voluntarios y particulares). Tratamiento diferenciado en el IVA. Análisis a la luz del principio constitucional de igualdad.<sup>12</sup>

En el presente apartado se realiza un análisis de las normas legales referidas al Impuesto al Valor Agregado que se aplican a diferentes prestaciones del ámbito de la salud. El enfoque se centra en la determinación de la gravabilidad o no de dichos servicios y en el diferente tratamiento que se aplica en el IVA para una misma prestación en función de determinadas características del paciente.

---

<sup>12</sup> Ley 20.631. Impuesto al Valor Agregado. Publicada en Boletín Oficial del 31-12-1973. Decreto Reglamentario y modificaciones. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=62459>

Además, se analiza si dicho tratamiento diferenciado no implica una discriminación arbitraria y por lo tanto, si se está violando o no el principio de igualdad consagrado en el Artículo 16 de la Constitución Nacional, lo que implicaría que ciertas normas legales puedan tacharse de inconstitucionales.

El análisis a efectuar no pretende ser abarcativo de todas las prestaciones médicas o servicios conexos a las mismas y por lo tanto, no se consideran todas las prestaciones que se encuentran tratadas en la ley de IVA, su decreto reglamentario, en dictámenes de la AFIP-DGI, y en numerosos artículos doctrinarios. Por lo antedicho y, en virtud del tratamiento especial que merecen, no se abordará el tratamiento en el IVA de las siguientes prestaciones: los servicios de ambulancia, el material ortopédico y material de óptica, los servicios de comida y refrigerios brindados en hospitales y sanatorios y los servicios veterinarios.

#### TIPOS DE PRESTACIONES MEDICAS.

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

a) *Atención Particular*. En este caso, la atención se realiza en forma directa entre el prestador y el paciente. Este tipo de prestaciones se encuentran gravadas a la alícuota general de 21%.

b) *Obras Sociales*. En este caso, los afiliados a las mismas se dividen en **afiliados obligatorios y afiliados voluntarios**. Los afiliados obligatorios en este régimen son los trabajadores en relación de dependencia, los monotributistas obligados a realizar aportes al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS), los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales. También se incluyen como obligatorios a los integrantes del grupo familiar primario de los afiliados recién mencionados, con excepción de los familiares de los afiliados monotributistas antes mencionados. El grupo familiar primario comprende: a) cónyuge del afiliado titular, b) hijos solteros hasta veintidós años de edad no emancipados, c) hijos solteros mayores entre veintiuno y veinticinco años inclusive que estando a exclusivo cargo del afiliado titular cursen estudios oficialmente reconocidos, d) hijos incapacitados a cargo del titular mayores de veintidós años, e) hijos del cónyuge, f) menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa y que reúnan los requisitos mencionados, g) otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular por los cuales se efectúe un aporte adicional y que se encuentren autorizados expresamente por la Dirección Nacional de Obras Sociales. También se encuentran dentro de este grupo aquellas personas por las cuales los empleados bajo relación de dependencia han solicitado que se les descuente un adicional en su recibo de sueldo (que actualmente es del 1,5% de las remuneraciones remunerativas). En este grupo también se encuentran los familiares de los monotributistas obligados a aportar al SUSS y por los cuales el titular ha realizado la opción de incorporación y abona por ellos el adicional respectivo.

Los afiliados voluntarios en este régimen son tanto los afiliados titulares como los integrantes de su grupo familiar que opten libremente por adherirse a este sistema, debiendo pagar una cuota que se determina en función de las prestaciones contratadas.

c) *Colegios y Consejos Profesionales y Cajas de Previsión Social para Profesionales*. En este grupo se incluyen a los profesionales matriculados y a su grupo familiar primario que tienen una cobertura

de salud brindada por su Colegio o Consejo, o por su Caja de Previsión Social. Tributariamente reciben el mismo tratamiento que los afiliados obligatorios a OS.

d) *Sistemas de adhesión voluntaria*. En este grupo se encuentran aquellas personas que no se encuentran comprendidos en el régimen de la Ley 23.660 (OS), o que estándolo han optado por contratar un seguro de salud independiente con otras entidades. Los pacientes en este caso adhieren en forma voluntaria a entidades intermedias para obtener una cobertura de salud, entre las cuales se encuentran empresas de medicina prepaga, asociaciones sin fines de lucro, fundaciones, mutuales o cooperativas.

e) *Medicina laboral*. En este caso es la empresa la que contrata con terceros prestadores, ya sea para realizar controles de salud o para la atención directa de sus empleados.

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

#### TRATAMIENTO DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS EN EL IVA.

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.

Las excepciones a la aplicación de la alícuota general que están dispuestas por ley para el sector salud y que conspiran contra una aplicación generalizada del tributo y por lo tanto implican un tratamiento diferenciado, se pueden clasificar en: a) *exención subjetiva* (artículo 7º, inciso h, apartado 6 y primer artículo sin número a continuación del artículo 7º), b) *exención objetiva relativa* (artículo 7º, inciso h, apartado 7) y c) *prestaciones sujetas a una alícuota diferencial reducida* (artículo 28, inciso i). A su vez, en el decreto reglamentario hay dos artículos que consideran cuestiones relacionadas con prestaciones de salud y que reglamentan los artículos recién mencionados (artículos 31 y 40).

A continuación se transcriben las normas en cuestión y se complementa su transcripción con algunos comentarios a efectos de comprender su finalidad:

- **Ley de IVA. Artículo 7º, Inciso h), Apartado 6)**. Esta norma establece una *exención subjetiva*, al disponer que están exentos del gravamen “Los servicios brindados por las obras sociales regidas por la Ley N° 23.660, por instituciones, entidades y asociaciones comprendidas en los incisos f), g) y m) del artículo 20 de la Ley de Impuesto a las Ganancias (texto ordenado en 1986 y sus modificaciones), por instituciones políticas sin fines de lucro y legalmente reconocidas, y por los colegios y consejos profesionales, cuando tales servicios se relaciones en forma directa con sus fines específicos”.

- **Ley de IVA. Artículo sin número a continuación del artículo 7º**. Esta norma, que pretende evitar la evasión del impuesto a través de alguna entidad que goza de algún tipo de exención subjetiva, dispone que “Respecto de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, no serán de aplicación las exenciones previstas en el punto 6), del inciso h) del artículo 7º -excepto para los servicios brindados por las obras sociales regidas por la ley 23.660 a sus afiliados obligatorios y por los colegios y consejos profesionales y las cajas de previsión social para profesionales y sus matriculados, afiliados directos y grupos familiares-, ni las dispuestas por otras leyes nacionales -generales, especiales o estatutarias-, decretos o



*cualquier otra norma de inferior jerarquía, que incluyan taxativa o genéricamente al impuesto de esta ley, excepto las otorgadas en virtud de regímenes de promoción económica, tanto sectoriales como regionales y a las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo. Tendrán el tratamiento previsto para los sistemas de medicina prepaga, las cuotas de asociaciones o entidades de cualquier tipo entre cuyas prestaciones se incluyan servicios de asistencia médica y/o paramédica en la proporción atribuible a dichos servicios”.*

• **Decreto Reglamentario. Artículo sin número incorporado a continuación del artículo 40.** Establece que *“Lo dispuesto en el último párrafo del artículo incorporado a continuación del artículo 7º de la ley, no será de aplicación cuando los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, resulten comprendidos en las cuotas o aportes obligatorios efectuados a las Cajas de Previsión y Seguridad Social Provinciales para Profesionales”*

En estos artículos se consagra la exención de los servicios médicos prestados a adherentes obligatorios del sistema de OS y se elimina la exención subjetiva en el impuesto que han adquirido determinadas entidades siempre que las mismas presten servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, o que cobren cuotas a efectos de brindar un seguro de salud.

Cabe aclarar que estas entidades incluidas en el punto 6) del inciso h) del artículo 7º de la ley, únicamente deben gravar en el IVA la proporción de las cuotas que cobren a sus afiliados y que tengan relación con los servicios de medicina; no en cambio, la proporción de las cuotas que cobren por otros servicios, como por ejemplo cursos de capacitación, servicios de biblioteca, acceso a un club deportivo.

• **Ley de IVA. Artículo 7º, Inciso h), Apartado 7).** Esta norma establece una exención objetiva relativa (aplicable a algunos servicios prestacionales y limitada a determinados sujetos). *“Están exentos del impuesto: (...) Los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica: a) de hospitalización en clínicas, sanatorios y establecimientos similares; b) las prestaciones accesorias a la hospitalización; c) los servicios prestados por 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. La exención se limita exclusivamente a los importes que deban abonar a los prestadores los colegios y consejos profesionales y las cajas de previsión social para profesionales y las obras sociales, creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales así como todo pago directo que a título de coseguro o en caso de falta de servicios deban efectuar los beneficiarios.*

*La exención dispuesta precedentemente no será de aplicación en la medida en que los beneficiarios de la prestación no fueran matriculados o afiliados directos o integrantes de sus grupos familiares –en el caso de los servicios organizados por los colegios y consejos profesionales y cajas de previsión social para profesionales sean adherentes voluntarios a dichas obras sociales, sujetos a un régimen similar a los sistemas de medicina prepaga, en cuyo caso será de aplicación el tratamiento dispuesto para estas últimas. Gozarán de igual exención las prestaciones que brinden las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, cuando correspondan a servicios derivados por las obras sociales.”*

• **Decreto Reglamentario. Artículo 31.** Establece que *“La exención de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica, dispuesta en el punto 7), del inciso h), del primer párrafo del artículo 7º de la ley, será procedente cuando los mismos sean realizados directamente por el prestador contratado o indirectamente por terceros intervinientes, ya sea que estos últimos facturen a la entidad asistencial, o al usuario del servicio cuando se trate de sistemas de reintegro, debiendo en todos los casos contarse con una constancia emitida por el prestador original, que certifique que los servicios resultan comprendidos en el*

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

- a) El grupo familiar primario del afiliado obligatorio, incluidos los padres e hijos mayores de edad, en este último caso hasta el límite y en las condiciones que establezcan las respectivas obras sociales.
- b) Quienes estén afiliados a una obra social distinta a aquella que les corresponde por su actividad, en función del régimen normativo de libre elección de las mismas.

A los fines de lo dispuesto en el último párrafo de la referida norma legal, se considerarán comprendidos en la exención los servicios similares, incluidos los de emergencia, que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, realizados directamente, a través de terceros o mediante los llamados planes de reintegro, siempre que correspondan a prestaciones que deban suministrarse a beneficiarios, que no revistan la calidad de adherentes voluntarios, de obras sociales que hayan celebrado convenios asistenciales con las mismas. Con respecto al pago directo que a título de coseguro o en caso de falta de servicios, deban efectuar los beneficiarios 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. 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. La exención será procedente sólo en 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”.

Por lo tanto, la exención alcanza no solo a los servicios que deba brindar el prestador de una obra social, sino también a los terceros intervinientes contratados en forma indirecta por dichos prestadores o directamente por los pacientes afiliados obligatorios. Los terceros intervinientes son aquellos prestadores que intervienen en el proceso de atención del paciente en un sentido amplio, sin importar el nivel de subcontratación de que se trate.

La única exigencia que se requiere para que las prestaciones que brinden los terceros intervinientes subcontratados se encuentren exentas es que el prestador original, es decir, aquel que ha sido contratado en forma directa por la OS, emita una constancia en la cual certifique que los servicios brindados resultan amparados por la exención.

• **Ley de IVA. Artículo 28, Inciso i).** Establece que “se encuentran alcanzados al 50% de la alícuota general: i) Los servicios de asistencia sanitaria médica y paramédica a que se refiere el primer párrafo del punto 7 del inciso h) del artículo 7º que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, que no resulten exentos conforme a lo dispuesto en dicha norma”.

Por lo tanto y en forma de síntesis, se expone a continuación el tratamiento en el impuesto al valor agregado de los diferentes servicios relacionados con la salud:

Prestación	Tratamiento	Alícuota
Atención a pacientes particulares	Gravado	21%
Atención a afiliados obligatorios a una obra social, su grupo familiar y beneficiarios adherentes.	Exento	
Atención a matriculados, afiliados directos y su grupo familiar de Colegios y Consejos Profesionales ya las Cajas de Previsión Social para Profesionales.	Exento	
Atención a afiliados a entidades de medicina prepaga, asociaciones sin fines de lucro, fundaciones, mutuales o cooperativas.	Gravado	10,50%
Atención a afiliados voluntarios a una obra social.	Gravado	10,50%
Prestaciones de la Medicina Laboral.	Gravado	21%
Atención de Afiliados a Aseguradoras de Riesgo de Trabajo.	Exento	

### Dictámenes

Como es habitual en nuestra legislación tributaria, existen numerosas situaciones de dudosa aplicación y resolución. De estas controversias es que se han originado diversos dictámenes relacionados con la materia y que a continuación se enuncian brevemente alguno de ellos, a efectos de conocer la opinión del Fisco en tales aspectos.

- **Dictamen 46/2001: Provisión de medicamentos:** Esta opinión se refiere al criterio que debe seguirse con el tratamiento que deberá recibir el suministro de medicamentos en caso de internación. Se considera que dicha prestación no constituye venta de cosa mueble, debiendo en consecuencia recibir el mismo tratamiento que la obligación principal, es decir si el importe correspondiente a los medicamentos es abonado por una OS exenta, los medicamentos tendrían el mismo tratamiento. En el caso que dichos montos sean abonados por entidades de medicina prepaga o por particulares, deberán tributar el IVA a la alícuota que les corresponda. En relación a los medicamentos existe también un fallo del Tribunal Fiscal de la Nación del 18/12/2002, sala D, de la empresa Farmia S.A., en el cual el Tribunal considera que la actividad de coordinación de descuentos de medicamentos a los afiliados de OS y Empresas de Medicina Prepaga no se encuentra exenta del tributo, a diferencia de lo planteado por la actora.
- **Dictamen 54/2003: Servicios de Hospitalización: Medicamentos.** Se consulta respecto a qué tratamiento recibirán los medicamentos suministrados a un adherente voluntario a OS. El



Fisco opinó en el mismo sentido que en el dictamen 46/2001, es decir, que los medicamentos deben recibir el mismo tratamiento que la obligación principal; en este caso estaría alcanzado a la alícuota del 10,5%, no obstante encontrarse exenta del impuesto la venta de medicamentos siempre que se haya tributado la primera venta. Se considera que en ambos casos consultados no existe venta, sino que es una parte inescindible de la prestación principal.

- **Dictamen 33/2001: Servicios de Emergencias Médicas.** En virtud de una consulta practicada por una empresa de “atención de guardias sin cargo” y “consulta de especialistas sin cargo”, respecto de si la actividad se encontraba alcanzada la alícuota del 10,5%, la Dirección General de Asistencia Técnica (DAT) del Ministerio de la producción de la provincia de Santa Fe opinó que este tipo de prestaciones se encuentran alcanzadas a la alícuota general, ya que no es una actividad similar a la prestada por las empresas de medicina prepaga, no obstante existir el pago de una cuota por parte de los afiliados a cada una de ellas.

#### ARGUMENTOS DE LA GRAVABILIDAD EN EL IVA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD.

Con relación a la gravabilidad en el IVA de las prestaciones de salud, se pueden mencionar dos posturas.

La primera pregona la *exención absoluta*. Esta postura considera que el IVA es un impuesto regresivo y por lo tanto, la aplicación de una exención absoluta provoca un aumento de la progresividad del mismo, o mejor dicho, una disminución de la regresividad del impuesto. La segunda postura sostiene la gravabilidad de solamente algunas prestaciones de salud y se fundamenta en dos cuestiones: a) la eliminación de exenciones torna más neutral al gravamen y b) lo que se grava son los servicios de medicina prepaga y los pacientes particulares, ya que a esta clase de prestaciones normalmente acceden las clases sociales con mayores recursos económicos, lo cual contribuye a que el impuesto se torne más progresivo.

Por otra parte y tal como se pudo apreciar, en la ley del IVA se aplican diferentes alícuotas en función de las características del paciente. La cuestión central en este punto es determinar si no se está violentando el principio constitucional de igualdad, debido a la aplicación de diferentes alícuotas según las características del paciente.

Al respecto, el principio de igualdad consagrado en el Artículo 16 de la Constitución Nacional establece que “...*todos sus habitantes son iguales ante la ley...*” y, con referencia a lo tributario, dispone que “...*la igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas.*”

Sin embargo, “prácticamente todas las normas generan distinciones de alguna naturaleza, o que, en una serie de cuestiones, las leyes no son igualitarias, en el sentido de que no abarcan la totalidad o la generalidad de habitantes o de situaciones similares posibles. Ellas distinguen y regulan determinada cantidad, categoría, grupo o clase de ellas. Otras situaciones y personas no son abarcados por igual ley sino que lo son por otras o, inclusive, por ninguna”.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Asociación Argentina de Estudios Fiscales. Autores varios. Tratado de Tributación. Tomo 2. Derecho Tributario. Editorial Astrea, Buenos Aires, octubre de 2003. Página 111.

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

Se entiende en materia tributaria que no se vulnera el principio de igualdad con la creación de categorías de contribuyentes sujetos a tasas diferentes, siempre que de ello no surgieren distribuciones o distinciones arbitrarias y las clasificaciones de los bienes o de las personas afectadas reposaran en bases razonables, reiterándose que sólo existe agravio a la garantía constitucional de la igualdad cuando las discriminaciones legales carecen de tal base razonable y aparecen establecidas en injusto detrimento de contribuyentes o grupos de contribuyentes.

En el caso bajo análisis, estamos ante una creación legal de diferentes categorías de contribuyentes, que se determinan a efectos de aplicar diferentes alícuotas de IVA según la calidad del paciente.

En este punto debemos detenernos a considerar que la salud es uno de los servicios básicos que debe brindar del Estado, al igual que la justicia, la educación, la defensa y la seguridad. El derecho a la salud se desprende del derecho a la vida, reiteradamente protegido en fallos emitidos por la Corte Suprema de Justicia.

La creación de OS Sindicales, de Empresas de Medicina Prepaga y de Sanatorios Privados surge como respuesta a la deficiente prestación pública de salud y vienen a suplir las grandes falencias de este sistema público. Por lo tanto, podemos decir que si bien estas instituciones en general persiguen un "*fin de lucro*", las mismas surgen en respuesta a una necesidad de la población.

Por otra parte, es el Estado el que ha dictado la ley nacional 25.239 por la cual se estableció la aplicación de diferentes alícuotas de IVA a una misma prestación médica en función de la calidad del paciente. Por lo tanto, debe ser tachada de inconstitucional ya que esta ley atenta tanto contra el derecho a la vida, como contra el derecho constitucional de igualdad debido a que la categorización de los beneficiarios en voluntarios y obligatorios se realizó sin considerar la capacidad contributiva de cada afiliado.

#### PRINCIPIO CONSTITUCIONAL DE IGUALDAD. DISCRIMINACION EN FUNCION DEL INGRESO.

En primer lugar, cabe preguntarnos lo siguiente: debido a que actualmente tanto las OS sindicales como las empresas privadas (medicina prepaga y sanatorios) están supliendo al deficiente sistema público de salud, ¿No se está violentando el principio de igualdad tributario cuando se establecen diferentes categorías a efectos de la aplicación del IVA?

Así, las prestaciones de salud brindadas tanto a empleados en relación de dependencia como a monotributistas obligados a realizar aportes al SUSS se encuentran exentas en IVA; estas mismas prestaciones se encuentran gravadas al 10,5% si se brindan a un monotributista no obligado a realizar aportes al SUSS o a un autónomo afiliado a una empresa de medicina prepaga; mientras que, por último, la misma prestación brindada a una persona sin ningún tipo de cobertura de salud se encuentra gravada al 21%.

Cabe preguntarnos entonces, *¿qué igualdad tributaria existe en un sistema que discrimina según la condición que tenga el afiliado sin considerar la capacidad contributiva del mismo?* Si bien se puede considerar que en general, un empleado o un monotributista poseen menores ingresos que un

trabajador autónomo, también existe el caso inverso y es en esas ocasiones que se violenta el principio constitucional de igualdad y por lo tanto, las modificaciones a la ley de IVA establecidas por la Ley 25.239<sup>14</sup> referidas a la gravabilidad de prestaciones de salud deberían cuestionarse por su inconstitucionalidad.

Así, existen empleados bajo relación de dependencia con sueldos netos superiores a lo \$6.000 mensuales, por lo tanto, perciben en el año más de \$72.000, los cuales contratan prestaciones de salud exentas por ser afiliados obligatorios a una OS. Mientras que profesionales universitarios adheridos al monotributo, con una facturación menor a los \$72.000 anuales, matriculados en Colegios o Consejos Profesionales que no brindan coberturas de salud, se ven en la necesidad de contratar un seguro de salud en forma privada, ya sea con una obra social como afiliados voluntarios o a una empresa de medicina prepaga a efectos de contar con dichas coberturas. En este caso, los profesionales deben tributar una tasa de IVA del 10,5% producto de la aplicación de una tasa reducida en este impuesto.

#### FUNCIONES BASICAS DEL ESTADO. LA EDUCACION Y LA MEDICINA. ANALISIS DE SU TRATAMIENTO EN EL IVA. PRINCIPIO DE IGUALDAD.

Tal como ya he expresado, al igual que la atención de la salud, la educación de las personas es otro de los deberes básicos que debe atender todo Estado de Derecho. Estos deberes del Estado y correlativamente derechos de sus habitantes, se encuentran consagrados en diversos Tratados Internacionales con rango constitucional como son la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Declaración Universal de Derechos Humanos. *Por lo tanto, es el Estado el que debe asegurar estos servicios básicos.* En lo referente a la educación, el Estado asegura la gratuidad de enseñanza mediante instituciones públicas. Además, en virtud de las deficiencias existentes en la educación pública, existen una gran cantidad de establecimientos educacionales privados. Los servicios de educación prestados por establecimientos privados se encuentran exentos en el IVA siempre que dichos servicios se encuentren incorporados a los planes de enseñanza oficial y reconocidos como tales por las respectivas jurisdicciones, en virtud de lo dispuesto en el punto 3 del inciso h) del artículo 7º de la ley de IVA. Si bien lo que varía entre un colegio público y una institución privada es la seguridad en el acceso efectivo a la educación, ambos tipos de entidades cuentan con los mismos contenidos curriculares en sus planes de enseñanza.

En este caso, debemos hacer una correlación con lo que sucede en la medicina. Las prestaciones que debe brindar una empresa de medicina prepaga son, como mínimo, las mismas que debe brindar una obra social sindical. Estas prestaciones mínimas se encuentran enunciadas en el PMO (Programa Médico Obligatorio), originalmente aprobado por la Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud.

Como ya se ha expresado, tanto la salud como la educación son dos deberes básicos que debe atender el Estado, pero en virtud de las grandes deficiencias con que el Estado brinda los mismos, han surgido instituciones no gubernamentales para suplirlos (colegios privados, empresas de medicina prepaga y sanatorios y clínicas privadas). Sería lógico que tanto las instituciones privadas educacionales como las empresas de salud tengan el mismo tratamiento en el IVA.

---

<sup>14</sup> Ley 25239. Boletín Oficial 31-12-1999. Reforma Tributaria. Impuestos Varios. Título II Impuesto al Valor Agregado. Artículo 2. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=61784>

Sin embargo, las cuotas que cobran los establecimientos educativos privados que dictan planes de enseñanza oficial que hayan sido reconocidos por el estado se encuentran exentos de IVA sin tenerse en consideración si el padre del alumno es empleado en relación de dependencia, monotributista o trabajador autónomo. Mientras que, en cambio, las cuotas que deben abonar los afiliados a empresas de medicina prepaga, imposibilitados de ser afiliados obligatorios a una obra social por no ser empleados en relación de dependencia, matriculados a Consejos o Colegios Profesionales que presten planes de salud, o monotributistas obligados a aportar al SUSS, se encuentran gravadas con una alícuota del 10,5%. Y aquellas personas que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud y quieran acceder a una atención privada, deberán abonar un 21% sobre el monto neto de la prestación por aplicación de la alícuota general del IVA.

En el siguiente ejemplo, se ilustra el tratamiento diferenciado considerando tres personas (Facundo, Pedro y Pablo), las cuales tienen el mismo nivel de ingresos y la misma estructura familiar. Facundo es empleado en relación de dependencia, Pedro es arquitecto sin cobertura de salud brindada por su Consejo Profesional y Pablo es empresario independiente. Los tres padres son amigos y llevan a sus hijos al mismo colegio, en el que pagan exactamente la misma cuota. Facundo y Pedro están afiliados a la OS de XXX, contando ambos exactamente con el mismo plan de salud, mientras que Pablo no está afiliado a ninguna institución que brinde seguros de salud. Los tres padres se contagian de hepatitis y concurren a la misma clínica privada a realizarse los análisis pertinentes. Al momento de abonar los estudios, les informan que la práctica tiene un costo de \$400 netos de IVA y que deben abonar un coseguro del 50% del valor total. Por lo tanto, Facundo abona \$200 (coseguro neto) ya que es afiliado obligatorio a la Obra Social, Pedro abona \$221 (coseguro neto + 10,5% de IVA) ya que es afiliado voluntario a la misma y Pablo abona \$484 (\$200 es lo que a sus amigos les cubre su seguro de salud, \$200 es el monto neto de IVA correspondiente al coseguro que abonaron sus amigos y \$84 es el monto del IVA, ya que tributa a la alícuota general debido a que es un "paciente privado").

Por lo tanto, por qué ante dos derechos de la misma raigambre constitucional, el derecho a la educación y el derecho a la salud, la ley de IVA aplica tratamientos disímiles según la condición del usuario de los mismos. En la educación, independientemente de la calidad de la persona que contrata el servicio, el costo es el mismo a igual prestación, mientras que en la salud, a igual prestación, el precio final que debe abonar el paciente es diferente según su condición.

Si uno de los deberes del Estado es asegurar el derecho a la salud, es el Estado el que debe asegurar que el acceso a la misma no sea más gravoso para diferentes personas según su condición. En este caso, queda bien claro que las normas de la ley de IVA referidas a la gravabilidad de las prestaciones de salud están violando el principio constitucional de igualdad, ya que como se ha ejemplificado en el caso anterior, en el que tres personas en igualdad de condiciones y recibiendo exactamente la misma prestación, deben abonar diferentes valores simplemente por su condición de ser afiliado obligatorio, voluntario o paciente particular y dichas diferencias de valores se deben únicamente a los diferentes tratamientos tributarios legislados en la ley de IVA.

#### **2.2.1.1.2 Pago suplementario que hacen los afiliados obligatorios a obras sociales para adherirse a planes de cobertura superior brindados por empresas de medicina prepaga. Su tratamiento en el IVA.**

En general, las OS sindicales no les brindan a sus afiliados una cobertura médica adecuada, situación generada por el creciente desfinanciamiento que han sufrido las mismas en los últimos años en nuestra provincia (como excepción a este comentario de menciona que, a nivel nacional, en los últimos años ha habido algunos ejemplos de OS que han podido ampliar su capacidad de atención sanitaria con el desarrollo de sanatorios propios, al estilo de la década del '70, gracias al excedente financiero que tuvieron a partir del año 2003), debido a dos cuestiones fundamentales: a) *aumento del desempleo y del empleo no registrado, lo que implica una menor recaudación en concepto de aportes y contribuciones destinados a la OS; y b) el deficiente manejo gerencial realizado por los directivos de una gran mayoría de las OS sindicales.*

En respuesta a las deficiencias, han tenido un importante desarrollo las empresas de medicina prepaga, que originalmente estaban dirigidas a brindar seguros de salud a aquellas personas que no trabajaban en relación de dependencia y por lo tanto, no estaban obligadas a efectuar aportes a una OS sindical.

Con la vigencia de las normas<sup>15</sup> que posibilitan la libre elección de OS y la obligación de éstas de prestar el Programa Médico Obligatorio (PMO) surgió un nuevo escenario en el cual los afiliados ya no revisten el carácter de “clientes cautivos”. Esto ha generado una competencia entre las OS, que se han visto en la necesidad de prestar mejores servicios para retener y/o incrementar el número de afiliados.

En la actualidad, un universo significativo de afiliados obligatorios ejercen su opción de cambio a una OS, no a los efectos de contar con un seguro de salud brindado por una obra social sindical distinta de la que legalmente les corresponde en virtud de su rama de actividad, sino porque dichas OS han celebrado Contratos de Prestación de Servicios con empresas privadas de medicina prepaga, por intermedio de los cuales las prepagas se comprometen a atender a los afiliados obligatorios a cambio de una cápita o de un porcentaje de aportes y contribuciones.

Estos acuerdos entre ambas instituciones se denominan en la jerga de la administración de la salud “*Convenios de Triangulación*”. Los mismos establecen una cierta equidad ya que permiten a los afiliados de las obras sociales sindicales no sólo acceder a los servicios mínimos que garantiza el Programa Médico Obligatorio (PMO), sino también a optar por una cobertura más amplia mediante un aporte voluntario adicional, lo cual hasta la sanción de la ley de desregulación de OS era una opción que únicamente tenían los afiliados a las OS de personal de dirección.

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

En los “*Convenios de Triangulación*” se pacta que las OS retienen un porcentaje (entre el 5 y el 15%) del total cobrado a efectos de financiar su operatoria y el resto le es transferido a las prepagas con igual finalidad. Esta suma transferida se denomina normalmente “recupero de aporte”.

Desde el punto de vista económico, en una gran proporción de los casos, las sumas que la OS transfiere a la prepaga médica para la atención del afiliado titular obligatorio y las personas a su cargo, no alcanza a cubrir el monto total de la cuota correspondiente al plan por el cual ha optado el

---

<sup>15</sup> Ley 23.660. Obras Sociales. Régimen de Aplicación. Sancionada 5 de Enero 1989.  
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/texact.htm>

afiliado. La diferencia que surge entre el monto de la cuota del plan privado y el “recupero de aporte” transferido a la prepaga, es facturado por esta última al afiliado o a su empleador (según quién haya tomado a cargo el adicional), a efectos de cobrar la totalidad del monto de la cuota convenida.

En este punto, cabe destacar que las prepagas privadas incrementan paulatinamente el monto de las cuotas a medida que aumenta la cantidad de afiliados en un mismo grupo, lo cual está vedado a las OS sindicales (deben cobrar lo mismo sin tenerse en consideración si el afiliado es, por ejemplo, soltero sin hijos o si es casado y tiene tres hijos).

A su vez, las prepagas también ofrecen diferentes planes a los afiliados, los cuales pueden variar en la cantidad de prestadores médicos y de instituciones sanatoriales, en la utilización del sistema de médico de cabecera, en la aplicación o no de coseguros en consultas y prácticas.

Para ejemplificar lo dicho, presentamos a continuación el siguiente caso: Cuatro personas perciben exactamente la misma remuneración por trabajar en relación de dependencia, la cual asciende a \$2.000 por mes. Estas personas son: a) Juan Cruz es soltero y decidió permanecer afiliado a la OS de su actividad (OS de Choferes); b) Miguel es soltero pero ejerció su opción de cambio a otra OS a efectos de afiliarse a la prepaga “Salud S.A.” con la cual tiene contratado el plan A que brinda las mismas prestaciones que la OS de Choferes, pero con mayor cantidad de prestadores en la cartilla, no debiendo pagar ningún tipo de adicional ya que con los aportes y contribuciones obligatorios cubre el monto de la cuota del plan elegido; c) Pedro es casado y decidió afiliarse a su grupo familiar (esposa y dos hijos) al plan A de la prepaga “Salud S.A.”, por lo que debe abonar un adicional de \$80; d) Diego es soltero y se afilió al plan B de la prepaga “Salud S.A.”, en el cual se contempla la cobertura de una mayor cantidad de prestaciones que en el plan A (ej: tratamientos de ortodoncia, cirugías estéticas con coseguros) y el no pago de coseguros en consultas y en todas las prácticas que se brindan en el plan A, por lo que debe abonar un adicional de \$120.

En el siguiente cuadro se reflejan las situaciones comentadas:

Persona	Obra Social/Prepaga	Plan Seleccionado	Aportes y Contribuciones a la obra Social	Importes Transferidos a la Prepaga	Monto de la Cuota de la Prepaga	Adicional por Facturar
Juan Cruz	OOSS	---	\$ 162	---	---	---
Miguel	Prepaga	A	\$ 162	\$ 140	\$ 140	0
Pedro	Prepaga	A	\$ 162	\$ 140	\$ 220	\$ 80
Diego	Prepaga	B	\$ 162	\$ 140	\$ 260	\$ 120

La cuestión a analizar es qué tratamiento se le debe dar en el IVA a los importes adicionales que los afiliados obligatorios a OS (o sus empleadores) deben abonar a las empresas de medicina prepaga ya sea para tener la cobertura de la totalidad de su grupo familiar (Pedro) o para adherirse a planes que brindan mayores prestaciones (Diego).

A efecto de responder la cuestión planteada recientemente, se deben analizar las siguientes normas del la Ley de IVA y su decreto reglamentario:

- **Ley de IVA. Cuarto párrafo, punto 7, inciso h) del artículo 7º.** Esta norma dispone que *“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”*

- **Decreto Reglamentario. Artículo 31.** Establece en sus párrafos tercero a sexto que “A los fines de lo dispuesto en el último párrafo de la referida norma legal, se considerarán comprendidos en la exención los servicios similares, incluidos los de emergencia, que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, realizados directamente, a través de terceros o mediante los llamados planes de reintegro, siempre que correspondan a prestaciones que deban suministrarse a beneficiarios, que no revistan la calidad de adherentes voluntarios, de obras sociales que hayan celebrado convenios asistenciales con las misma. Con respecto al pago directo que a título de coseguro o en caso de falta de servicios, deban efectuar los beneficiarios 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. 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. La exención será procedente sólo en 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”.

#### TRATAMIENTO IMPOSITIVO DEL ADICIONAL FACTURADO POR LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

Como primera cuestión a analizar, hay que determinar qué tratamiento se le debe dar en el IVA a las sumas que las OS transfieren a las empresas de medicina prepaga a efectos de que estas últimas brinden el servicio de seguro de salud a los afiliados obligatorios y su grupo familiar primario. En ese sentido, el punto 7, inciso h), artículo 7º de la ley recién transcrito establece que los ingresos que obtengan las empresas privadas de medicina prepaga en concepto de “recupero de aportes”, es decir, las sumas que las OS transfieren a las prepagas para que estas brinden servicios a sus afiliados obligatorios se encuentran exentas en el IVA.

Vale aclarar que esta exención también alcanza a todas las etapas del proceso posterior sin importar el grado o nivel de subcontratación de que se trate. Por ejemplo, una OS sindical realizó un convenio de prestación de servicios por sus afiliados obligatorios con una prepaga privada. Esta a su vez celebró un contrato capitado con un sanatorio para la atención de dichos afiliados. Y a su vez, el sanatorio estableció con los médicos socios abonarles por acto médico, es decir, le pagan cada una de las prestaciones que efectúan a un valor pactado. En este caso, los honorarios que perciba un médico responsable inscripto en el IVA por una operación efectuada a uno de los afiliados en cuestión se encuentra exenta en IVA, ya que es un prestador contratado en forma indirecta, también denominado prestador secundario.

En este caso, existe una condición para que se efectivice la exención. Esta consiste en que el prestador que efectivamente realiza la práctica al paciente, debe contar con una constancia emitida

por el prestador original que certifique que los servicios se encuentran comprendidos en el beneficio otorgado. En el caso mencionado en el párrafo anterior, tanto el médico como el sanatorio deben contar con una constancia emitida por la empresa de medicina prepaga, ya esta última es el prestador original contratado por la OS, en la cual se certifique que los servicios prestados se encuentran comprendidas en la exención.

Por otra parte y lo que es la cuestión central a determinar en este punto, es qué tratamiento tienen en el IVA las sumas adicionales que deban abonar los afiliados obligatorios o sus empleadores a las empresas de medicina prepaga a efectos de obtener una cobertura médica por parte de estas. En el ejemplo antes citado, sería ¿qué tratamiento se le debe dar en el IVA al pago adicional de \$80 que realiza Pedro o de \$120 que efectúa Diego?.

Para responder esta pregunta hay que analizar la definición de coseguro determinada en el artículo 31 del decreto reglamentario de la ley de IVA, para lo cual se realiza una comparación entre el texto vigente y el anterior. En ese sentido, el cuarto párrafo del texto anterior, que estuvo vigente del 24/03/93 al 18/03/99 establecía que: *“se entenderá que reviste la calidad de coseguro el pago suplementario que deba efectuar el beneficiario cuando la prestación se encuentra cubierta por el sistema - incluidos los denominados de reintegro- sólo en forma parcial, cualquiera sea el porcentaje de la cobertura, como así también el importe adicional que corresponda abonarse por servicios o bienes no cubiertos, pero que formen parte inescindible de la prestación principal comprendida en el beneficio”*

Este párrafo es modificado por el decreto 223/99 publicado en el Boletín Oficial el 19/03/99 el cual agrega que también se consideran coseguros *“los suplementos originados en la adhesión a planes de cobertura superiores a aquellos que correspondan a su remuneración, ya sea que los tome a su cargo el propio afiliado o su empleador”*.

Hay que considerar que el texto actual de este artículo reglamentó las modificaciones de la ley de IVA establecidas por la ley 25.063 publicada en el Boletín Oficial el 30 de Diciembre de 1998, en la cual se determinó la aplicación de una alícuota de IVA reducida al 50% a los servicios de cobertura de salud brindados por cooperativas, mutuales y entidades de medicina prepaga. Luego esta ley fue vetada parcialmente a través del decreto 1517/99 del Poder Ejecutivo Nacional a efectos de gravar a las prestaciones en cuestión a la alícuota general. Este veto fue declarado inválido por más de 250 fallos, por lo tanto, recién a partir del 01/01/2000 con la sanción de la ley 25.239 se ratificó por ley la reducción de la alícuota para la medicina prepaga.

Lo que hay que destacar no es la validez o no de la ley 25.063 y su veto, sino las fechas en que se publicaron tanto la ley como la modificación del decreto reglamentario.

La modificación del artículo 31 del Decreto Reglamentario (DR) se realizó a efectos de reglamentar una nueva situación, como es la gravabilidad en el IVA de las prestaciones brindadas por las empresas de medicina prepaga, que se había establecido por la ley 25.063. Hasta las modificaciones en cuestión, tanto las prestaciones brindadas por las OS a sus afiliados obligatorios y voluntarios, como las brindadas por las empresas de medicina prepaga se encontraban exentas en el IVA. Luego de las modificaciones, las prestaciones brindadas por las OS a sus afiliados obligatorios se encuentran exentas y las brindadas a sus afiliados voluntarios se encuentran gravadas a la alícuota reducida, mientras que las prestaciones brindadas por una empresa de medicina prepaga también se encuentran gravadas a la alícuota reducida.

Por su parte, y como se ha dicho anteriormente, también se encuentran exentos los servicios que brindan las mutuales, cooperativas y prepagas privadas cuando correspondan a servicios derivados

por las OS. Sin embargo, ¿qué pasa con las cuotas adicionales que cobran estas empresas para brindar un seguro de salud a los afiliados obligatorios derivados por las OS? En principio y, analizando el anterior texto del art. 31 del DR, estos pagos se encontraban gravados, ya que no se incluían en la definición de coseguros. Con la nueva redacción del art. 31 del DR se considera coseguro a los pagos adicionales que haga un afiliado obligatorio a una OS o su empleador a efectos de adherir a un plan de cobertura superior.

La jurisprudencia y calificada doctrina han determinado que la interpretación de las exenciones debe realizarse con carácter restrictivo. En el caso bajo análisis, nada se dice respecto a quién debe facturar ese adicional para que el mismo se encuentre exento, si la OS o la empresa privada de medicina prepaga. Con lo cual, ya que no se encuentra reglamentado quién debe facturar ese adicional a un afiliado obligatorio; sería indistinto que el mismo lo facture la OS o la prepaga.

Por lo tanto, se puede concluir que todo adicional que pague un afiliado obligatorio a una OS o su empleador a una empresa de medicina prepaga a efectos de cubrir el monto de la cuota que no queda cubierto en su totalidad con las sumas transferidas por la OS se encuentra exento en el IVA.

Además y en virtud de lo dispuesto en el Dictamen (DAT) 54/01, la exención dispuesta en el punto 7, inciso h), artículo 7º de la ley de IVA comprende también a los aportes adicionales por cobertura del grupo familiar, coseguros y adicionales, para aquellos afiliados obligatorios comprendidos en el Régimen Simplificado. Asimismo, se aclara que la franquicia alcanza tanto a los pagos que se realicen por las prestaciones a que diera derecho el aporte que realice el afiliado obligatorio como a las que correspondan al grupo familiar primario del mismo, incluidos los padres y los hijos mayores de edad hasta el límite y en las condiciones que establezcan las respectivas OS.

#### LAS PRESTACIONES BRINDADAS POR ESTABLECIMIENTOS GERIÁTRICOS. ADICIONAL ABONADO POR LOS AFILIADOS A OBRAS SOCIALES. SU TRATAMIENTO EN EL IVA.

Se puede destacar que la ley es muy estricta cuando se conceden franquicias o exenciones. Como ya se ha dicho, la interpretación de las mismas se debe realizar con criterio restrictivo. En este punto, se describe el tratamiento a dispensarle en el IVA a las prestaciones brindadas por establecimientos geriátricos. En este caso, la ley es muy precisa y limita la exención al pago que deban efectuar directa o indirectamente las OS a los prestadores, no encontrándose amparados en el beneficio de la exención los pagos efectuados por fuera del sistema de OS o a través de otros intermediarios, como son las empresas de medicina prepaga. Las normas legales que tratan la exención de las prestaciones brindadas por establecimientos geriátricos se transcriben a continuación:

- **Ley de IVA. Artículo 7º, Inciso h), Apartado 25).** Esta norma establece que se encuentran exentos *“los servicios prestados por establecimientos geriátricos. La exención se limita exclusivamente a los importes que deban abonar a los prestadores las obras sociales creadas o reconocidas por las normas legales nacionales o provinciales”*
- **Decreto Reglamentario. Artículo 40.** Establece que *“La exención dispuesta en el artículo 7º, inciso h), punto 25, de la ley, resulta procedente respecto de los montos que para el pago de los servicios prestados por establecimientos geriátricos tomen a su cargo las obras sociales comprendidas en la referida norma, ya sea que lo hagan en forma directa o a través de los llamados regímenes de reintegro o subsidio, en tanto exista la respectiva documentación respaldatoria, extendida por dichas entidades, que avale tal circunstancia”*

Hay un punto que no ha quedado claro y se refiere a si los servicios brindados por los geriátricos se encuentran exentos o gravados si son brindados a familiares a cargo de afiliados obligatorios a una OS (ascendientes o descendientes a cargo del titular a cambio de un aporte adicional del 1,5% de la remuneración del titular) y a afiliados voluntarios y sus familiares.

En este caso, la ley no hace ninguna distinción ya que la misma fue redactada con anterioridad a la gravabilidad en el IVA de los servicios brindados por las OS a sus afiliados voluntarios. Por lo tanto, cabrían dos soluciones posibles. En primer lugar, la que se deriva de la redacción literal del artículo y es que todos los servicios brindados por establecimientos geriátricos se encuentran exentos si el beneficiario de las prestaciones es afiliado a una OS (sin considerarse si es obligatorio o voluntario) y siempre por el monto de la prestación que se encuentra a cargo de la OS.

Una segunda opción sería limitar la exención únicamente para los afiliados obligatorios a una OS y sus familiares a cargo, encontrándose gravadas las prestaciones brindadas a los afiliados voluntarios a las mismas. Esta solución coincide con el actual criterio seguido para determinar la gravabilidad de las prestaciones médicas.

Lo que se debe destacar de este caso es que una misma prestación geriátrica, a diferencia de lo que sucede con las prestaciones médicas, puede llegar a encontrarse en parte gravada y en parte exenta según quién sea la persona que tenga a su cargo el pago de la misma.

Para ejemplificar el caso, consideramos a una persona afiliada obligatoria al PAMI y que se interna en un establecimiento geriátrico. La cuota mensual cobrada por el establecimiento es de \$1.000 netos de IVA mensuales. El PAMI reconoce \$600 y los abona por reintegro, mientras que el afiliado abona a su cargo la diferencia de \$400. El geriátrico emite una única factura por esta prestación a nombre del afiliado, la cual se discrimina como sigue:

- Importe exento por reintegro de obra social \$ 600
- Importe a cargo del afiliado \$ 400
- IVA sobre prestación gravada ( $21\% \times \$400$ ) \$ 84
- Total a pagar \$ 1.084

En este caso, el PAMI debe emitir una constancia a efectos de informarle que al afiliado le realiza un reintegro de \$600 por cuota mensual del geriátrico, ya que de no contarse con la misma, el 100% de la prestación se encontraría gravada en el IVA.

### **2.2.1.1.3 Análisis cuantitativo de la incidencia de este tributo.**

El IVA es un impuesto al consumo. Operativamente funciona de la siguiente forma: todas las empresas van pagando el 21% de la compra de insumos durante el proceso productivo (excluyendo el pago de salarios) y luego descargan lo pagado por IVA en el proceso productivo cargando un 21% al precio final. A la AFIP, la empresa paga la diferencia entre el 21% que cobró en su precio final menos la suma de los 21% que pagó durante el proceso productivo cuando compró insumos. De esta forma, el IVA no grava la producción de bienes dado que todas las empresas van descargando el IVA que pagan durante su proceso productivo en su precio final. Quien finalmente paga el impuesto es el consumidor final. Que al IVA lo pague el consumidor final no es un defecto del sistema argentino. Es la lógica del IVA, el cual se utiliza en todos los países avanzados y de ingresos medios del mundo. Lo que sí es un defecto del sistema impositivo argentino es que por errores de política tributaria, en salud, al IVA lo terminan pagando los prestadores médicos. El

problema nace en la decisión del Estado de exceptuar del pago de IVA a las OS y de fijar una alícuota inferior (10,5%) a las prepagas; ambos son los “consumidores” de las instituciones médicas de salud. De esta forma, las clínicas y sanatorios y los centros de diagnóstico, tratamiento y laboratorios e inclusive muchos profesionales médicos, no pueden trasladar el 21% del IVA que pagaron cuando compraron insumos, por lo tanto, los prestadores médicos generan un crédito fiscal por lo pagado por IVA durante el proceso productivo. Teóricamente, quien debe reconocer este crédito fiscal es el Estado, porque al eximir del impuesto a las OS y a las empresas de medicina prepaga lo que está haciendo es asumir él (el Estado) el pago del impuesto. Tan es así que en el Presupuesto Nacional se estipulan montos que el Estado Nacional prevé perder por las exenciones impositivas otorgadas a las OS y empresas de medicina prepaga. Por ejemplo, en el Presupuesto Nacional del 2010 se previó dejar de recaudar \$1.361 millones y en el proyecto de Presupuesto Nacional 2011 \$1.571 millones. Estos valores (los \$1.361 millones del 2010 y los \$1.571 millones del 2011) son los que se acumulan como crédito fiscal de IVA en los costos de los prestadores médicos y que el Estado debe devolver. Pero no lo hace. Con lo cual los prestadores médicos terminan solventando el costo de la exención impositiva dado que acumulan *in eternum* esos créditos fiscales. En otras palabras, estos créditos terminan siendo capital de trabajo inmovilizado con el consiguiente costo financiero.

### 2.2.1.2 Impuesto a las Ganancias

*Análisis del Concepto de Devengado en el Impuesto a las Ganancias. Perfeccionamiento del hecho imponible para los prestadores médicos: prestación del servicio o aprobación de las prácticas por parte de las obras sociales.*<sup>16</sup>

En este punto se hará un análisis enfocado desde el punto de vista de clínicas, sanatorios e institutos médicos, que realizan actividades comprendidas en la tercera categoría del Impuesto a las Ganancias. Estos prestadores brindan servicios a OS, empresas de medicina prepaga, cooperativas, mutuales, aseguradoras de riesgos de trabajo y a pacientes particulares. El mayor conflicto de las empresas se produce normalmente con las OS sindicales que demoran un importante tiempo en la liquidación de prestaciones. En muchas oportunidades, estas demoras son de más de seis meses. Además, una importante cantidad de prácticas se encuentran sujetas a débitos (parciales o totales) por parte de las OS, lo cual atrasa aún más el circuito de cobro. La conclusión a la cual se pretende llegar es el momento en que una prestación médica se encuentra devengada, o sea, el momento en que la práctica esté sujeta a imposición en el Impuesto a las Ganancias.

#### CONCEPTO CRITERIO DE LO DEVENGADO.

El artículo 18 de la Ley de Impuesto a las Ganancias establece que: “*las ganancias de la primera y tercera categoría se imputarán por el método de lo 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*

---

<sup>16</sup> Ley 20628. Impuesto a las Ganancias. Sancionada 29-12-1973. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/17699/norma.htm>



*deberá mantenerse por el término de cinco (5) años y su ejercicio se exterioriza mediante el procedimiento que determine la reglamentación”.*

Sin embargo, 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<sup>17</sup>, 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: a) requiere que se hayan producido los hechos sustanciales generadores del rédito o gastos; b) requiere que el derecho al ingreso, o compromiso, no esté sujeto a condición que puede hacerlo inexistente; c) 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.

Carlos Raimondi<sup>18</sup> sostiene que son principios del criterio de devengado los siguientes:

- a) *Causalidad*. Los hechos que se devenguen deberán reconocer que la causa que los origina ha ocurrido en el período fiscal correspondiente;
- b) *Correlación*. Tiene que existir una relación entre la renta alcanzada por el impuesto y los gastos en que se incurren para obtenerla, mantenerla y conservarla;
- c) *Valuación*. Los hechos deben ser mensurables en dinero a efectos de incluirlos en la determinación del Impuesto a las Ganancias. Además, es necesario determinar en términos monetarios las diferencias entre el patrimonio al inicio y al cierre del período seleccionado para determinar la utilidad o pérdida del ejercicio, por lo tanto, el patrimonio debe ser mensurable en dinero.

En el fallo “Ecohabitat S.A.” de la Sala A del Tribunal Fiscal de la Nación de fecha 29/04/2004 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 09/12/1966 se hace referencia a anteriores dictámenes y establece un nuevo criterio. Así cita al dictamen del 29/09/1939 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 15/05/1947 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, cual 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

<sup>17</sup> Enrique Reig. Impuesto a las Ganancias. Edición 12. Año 2011. Capítulo Primero. Página 16.

<sup>18</sup> Adolfo Atchabahian-Carlos A. Raimondi Impuesto a las Ganancias. Editorial La Ley. Edición 2010. Capítulo 2. Página 35.



“derecho adquirido” y concluye “que los réditos se devengan cuando, sin condición alguna, existe un derecho a cobro u obligación de pago, ciertos y determinados.”

Vicente Oscar Díaz<sup>19</sup> ha sostenido “que basta que exista un derecho cierto sobre una suma determinada, no sujeta a condición, para que en la práctica se la considere como devengada, es decir, el nacimiento simple de un derecho adquirido sólo es requisito que se trate de hechos existentes en el ejercicio y susceptibles de conocerse, o de créditos, obligaciones o importes susceptibles de determinarse, o en otras palabras, el devengamiento viene referido a los actos o hechos económicos que conforme con la ley son constitutivos de la obligación, presupuesto que le otorga aptitud creadora a la adquisición de la renta.”

El Dr. Dino Jarach<sup>20</sup> sostiene que “si el derecho a la renta es discutido o resistido por los sujetos obligados, es menester eliminar los factores que promueven las impugnaciones y liberar la ganancia de las controversias sobre su procedencia o no. Recién entonces la ganancia, sin reparos conceptuales, será tal. En ese mismo momento se habrá devengado. Así, como no existe ganancia no devengada, tampoco se concibe el devengamiento sin ganancia.”

De todas las definiciones o criterios anteriores se pueden tomar conceptos, que permiten llegar a la conclusión que es la definición que ensaya Guillermo Balzarotti<sup>21</sup>, en la cual considera que “devengamiento es toda variación cualitativa o cuantitativa verificada en un patrimonio, originada en hechos naturales o sociales, sin sujeción a condición alguna”.

#### SECUENCIA DE FACTURACION Y PAGO DE PRESTACIONES MEDICAS.

Los prestadores médicos (clínicas, sanatorios) obtienen la casi totalidad de sus ingresos producto de convenios de prestación de servicios que celebran con OS, mutuales y empresas de medicina prepaga. La forma de pago se puede instrumentar de dos maneras: a) *por cápita*, donde la OS 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, -médico principal, médico ayudante, instrumentista, anestesista-). La OS 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:

- 1) el prestador (médico, clínica) realiza una determinada práctica, por la cual el paciente le entrega un bono emitido por la OS;
- 2) 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 OS a efectos de procurar el cobro;

---

<sup>19</sup> Díaz, Oscar Vicente. Impuesto a las Ganancias Eventuales: Nuevas Técnicas de Aplicación. Edición Cangallo. Año 1972. Capítulo 2, página 29.

<sup>20</sup> Dino Jarach. El Hecho Imponible. Editorial Abeledo Perrot. Segunda Edición. Buenos Aires 1971. Capítulo I, página 10.

<sup>21</sup> Balzarotti, Guillermo. “El criterio de lo devengado”. Doctrina Tributaria, Editorial Errepar, Buenos Aires, septiembre de 2004. Página 7.

3) la factura, las planillas de liquidación y los bonos son auditados por la OS (desde el punto de vista formal, económico y médico) a efectos de verificar la corrección de las liquidaciones practicadas por los prestadores;

4) 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 (OS) 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 sólo 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.

#### DETERMINACION DEL NACIMIENTO DEL HECHO IMPONIBLE EN EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS. TRATAMIENTO DE INCOBRABLES.

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 en la práctica pudiendo ser disminuidas o anuladas sus posibilidades de discusión del derecho.

Por lo tanto, lo que el prestador inicia con la remisión de la factura a la OS 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 OS para efectuar al paciente una práctica específica (especialmente las de alta complejidad). 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 OS (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 OS (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 OS 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 OS 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 OS. 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 OS.

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 OS. 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 OS) 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.

### 2.2.1.3 Otros Tributos Nacionales

1-*Impuesto a la Ganancia Mínima Presunta*<sup>22</sup> (LEY N° 25.063, Título V, artículo 6°, con las modificaciones introducidas por las Leyes Nros. 25.123 (B.O. 28/7/99), 25.239 (B.O. 31/12/99) y Ley N° 25.360 (B.O. 12/12/2000) (Ver la Ley N° 25.082 - distribución del producido del presente gravamen).

Este tributo fue creado como el impuesto mínimo que un contribuyente debe ingresar en concepto de impuesto a las ganancias en un determinado período. Bajos estas circunstancias se presume que este mínimo es del 1% de los activos al cierre del período fiscal bajo análisis. El impuesto se deberá ingresar cuando los bienes del activo gravados en el país excedan al cierre del ejercicio, la suma de \$200.000.- (PESOS DOSCIENTOS MIL). Dicha suma se incrementará en el importe que resulte de aplicarle el porcentaje que representa el activo gravado del exterior, respecto del activo gravado total. Este límite no será aplicable cuando se trate de inmuebles que no se encuentren afectados en forma exclusiva a la actividad.

El impuesto a la ganancia mínima presunta se incluye en la categoría de los gravámenes de *tipo real*, debido a que su estructura no posee elementos que tomen en cuenta las características personales del sujeto pasivo. Asimismo, es *directo*, ello por cuanto grava una manifestación inmediata de la capacidad contributiva: la tenencia de activos. Finalmente, tiene un *hecho imponible instantáneo* que opera como una "fotografía" de la situación patrimonial del contribuyente en un momento dado: el cierre del ejercicio o año calendario, según el sujeto de que se trate.

Aquellos que son sujetos de Ganancia Mínima presunta ingresarán cómo mínimo por período fiscal entre Impuesto a las Ganancias (IG) e Impuesto a la Ganancia Mínima Presunta (IGMP) una suma equivalente a la presunción indicada en primer párrafo. Por ejemplo, si en un período fiscal el IG asciende a \$12.000 y el IGMP a \$10.000 el contribuyente deberá ingresar el primero, porque está por encima del impuesto mínimo presunto que estableció el legislador (que sería el IGMP). Por el contrario si el ejercicio arroja Quebranto Impositivo en IG y el 1% de sus activos gravados asciende a \$6.000, deberá ingresar este último. Sobre la base de este razonamiento y con mecanismos de pago a cuenta, la Ley de Ganancia Mínima Presunta en su artículo 13 establece, bajo ciertas condiciones, que el IG determinado para el ejercicio fiscal por el cual se liquida Mínima Presunta, pueda computarse como pago a cuenta de éste gravamen (pero con una limitación, es decir debe absorberse en los diez ejercicios inmediatos siguientes, por los futuros excesos de IG sobre IGMP).

### 2-*Impuesto a las Transacciones Financieras*<sup>23</sup>

Este impuesto fue introducido en Argentina por primera vez en 1983, reintroducido temporariamente en 1988 y finalmente se volvió a aplicar en 2001 permaneciendo vigente hasta la actualidad. Tanto en Argentina como en los demás países, excepto Brasil, este impuesto siempre se aplicó en momentos de crisis fiscales, dado que tiene la característica de generar una alta recaudación sin requerir un gran esfuerzo por parte de la administración tributaria. Este tipo de impuestos tiene una gran desventaja en lo que respecta a la eficiencia, dado que genera importantes distorsiones en la asignación de recursos. Por esta razón, los gobiernos justifican su aplicación por la necesidad de obtener recursos fiscales en momentos de crisis económica y resaltan su carácter transitorio, fijando períodos de tiempo que, en la gran mayoría de los casos, no respetan. El objetivo principal de este impuesto fue obtener una nueva e importante fuente de recursos para así poder cerrar la brecha entre gastos e ingresos del gobierno y en consecuencia superar la crisis fiscal del momento. Así como el aspecto recaudatorio del impuesto es considerado su gran ventaja también es la causa de que el mismo pierda su carácter original de "transitorio". Los gobiernos no tienen incentivos para eliminar un recurso tributario importante y de fácil fiscalización y recaudación. La

<sup>22</sup> Ley 25.063. Impuesto a la Ganancia Mínima Presunta. <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/55190/texact25063tituloV.htm>

<sup>23</sup> Ley 25.413. sancionada 24-03-2001. Ley de Competitividad. <http://www.mecon.gov.ar/digesto/leyes/ley25413.htm>

ley 25413 denominada "ley de competitividad" creó el impuesto sobre los créditos y débitos bancarios, conocido como "impuesto al cheque", el cual comenzó a regir a partir del 3 de Abril del 2001. Dicha ley, define como hechos gravables, a los créditos y débitos en cuenta corriente bancaria; fijando una tasa máxima del 6 por mil y estableciendo que el tributo recaerá sobre los titulares de las cuentas respectivas, actuando las entidades financieras como agentes de liquidación y percepción, entre otros aspectos. Actualmente se toma como pago a cuenta **el 34% del impuesto aplicado a las acreditaciones** en cuentas de entidades financieras. Es decir, sobre el 0,6%, ya que el otro 0,6%, sobre los débitos, no originará créditos fiscales. En otras palabras la tasa sigue siendo la misma pero se abre la alternativa de utilizar una porción de ella para aplicar al pago del IG y del IGMP. Es destacable el hecho de que solamente puede tomarse a cuenta de estos impuestos y no del IVA o de Bienes Personales.

### *3-Contribuciones Patronales*

#### **1. Modalidad de tributación de los impuestos al trabajo**

Varían, según que el mismo se desarrolle en:

- a) relación de dependencia o
- b) forma autónoma

Realizaremos un análisis detallado sobre el punto a) por la gran incidencia a nivel económico y financiero de las entidades bajo análisis.

#### **2. Antecedentes legales**

- a) Hasta el 30/06/94:

Cada una de estas modalidades se encontraba legislada por una ley propia, así tenemos que los:

- empleados: se regían por la Ley N° 18.037; y
- autónomos: por la Ley N° 18.038.

- b) A partir del 01/07/94:

Se unificaron ambos regímenes en el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, aplicándose en forma:

- general: la Ley N° 24.241; y
- supletoria: las leyes citadas apartado a) precedente.

Se crean dos sistemas optativos para el destino de los aportes previsionales: el Sistema de Reparto Público y el Sistema de Capitalización Privado.

- c) A partir del 20/11/08:

Se unifica el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones en un único régimen previsional público denominado Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). Se elimina el Régimen de Capitalización, que es absorbido y sustituido por el Régimen de Reparto.

#### ***Régimen para los trabajadores en relación de dependencia***

1. Sujetos intervinientes en esta modalidad de trabajo, son dos:

- a) empleado.
- b) empleador.

2. Regímenes que deben tributarse:

- a) Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA).
- b) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- c) Régimen Nacional de Asignaciones Familiares.
- d) Fondo Nacional de Empleo.
- e) Superintendencia de Servicios de Salud.
- f) Régimen de Obras Sociales.

3. Denominación de los importes a tributar por cada sujeto. Los mismos se denominan:

- a) contribuciones: importes a ingresar por el empleador.
- b) aportes: sumas retenidas o ingresadas por el empleado.

#### 4. Límite mínimo para Aportes y Contribuciones

A los fines del cálculo de los Aportes y Contribuciones -excepto del Régimen de OS-, la base imponible mínima previsional se fija en \$ 586,79, a partir del período devengado Marzo 2012.

Para el cálculo de los Aportes y Contribuciones del Régimen Nacional de Obras Sociales se tomará para los trabajadores a tiempo completo, 4 bases mínimas de la fijada para los aportes previsionales.

#### 5. Bases imponibles máximas para el cálculo de los Aportes y Contribuciones

Conceptos	Base Imponibles Máximas (desde el 01/03/2012 y devengados)
Aportes al: .Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones Ley n° 24.241 (*) .Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Ley N° 19.032 .Régimen Nacional de Obras Sociales. Ley N° 23.660 . Régimen Nacional del Seguro de Salud. Ley N° 23.661	\$ 19.070,55
Contribuciones al: . Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Ley N° 24.241) . Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Ley N° 19.032 . Régimen Nacional de Obras Sociales. Ley N° 23.660 . Régimen Nacional del Seguro de Salud. Ley N° 23.661 . Fondo Nacional de Empleo. Ley N° 24.013 . Régimen de Asignaciones Familiares. Ley N° 24.714	Sin Límite Máximo.

(\*) En el caso de los regímenes especiales establecidos en las Leyes N° 24.016 (Personal Docente), 24.018 (Funcionarios de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación), 22.731 (Personal del Servicio Exterior de la Nación) y 22.929 (Personal que cumple tareas técnico-científicas de investigación o desarrollo en determinados organismos), el cálculo de los aportes se efectuará sin considerar el límite máximo para su base imponible.

#### 6. Ingreso de los Aportes y Contribuciones

Es el empleador quien ingresa los importes mensuales al organismo recaudador.

\*Las Contribuciones: como responsable por deuda propia y,

\*Los Aportes: como agente de retención en el momento de efectuar el pago de la retribución periódica.

#### 7. Porcentajes



Conceptos	Empleados Aportes (%)	Empleadores Contribuciones (%)
a. Jubilación	11,00	(1)
b. I.N.S.S.J.P.	3,00	-
c. Asignaciones Familiares	-	(1)
d. Fondo Nacional de Empleo )	-	(1)
<b>Subtotal (a-d) (I)</b>	<b>14</b>	<b>17/21 (2)</b>
<b>e. Obras Sociales (3) (II)</b>	<b>3,00</b>	<b>6,00</b>
-Obra Social Sindical		
. Menor a \$ 2.400	2,70	5,40
. Igual o mayor a \$ 2.400	2,55	5,10
-Obra Social Personal de Dirección		
. Menor a \$ 2.400	2,55	5,10
. Igual o mayor a \$ 2.400	2,40	4,80
-Fondo Solidario de Redistribución (4)		
*Obra Social Sindical		
. Menor a \$ 2.400	0,30	0,60
. Igual o mayor a \$ 2.400	0,45	0,90
*Obra Social Personal de Dirección		
. Menor a \$ 2.400	0,45	0,90
. Igual o mayor a \$ 2.400	0,60	1,20
<b>Total (I + II)</b>	<b>17,00</b>	<b>23/27</b>

(1): El monto de las contribuciones a ingresar por los conceptos con la presente llamada pueden ser compensados con el monto de Asignaciones Familiares abonado a los trabajadores. A partir del mes de Junio 2003 se implementó en forma gradual el pago de las asignaciones familiares en forma directa a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social, correspondiente a los trabajadores en relación de dependencia de la actividad privada.

(2): Las alícuotas correspondientes a las contribuciones patronales sobre la nómina salarial con destino a los subsistemas de Seguridad Social regidos por las Leyes N° 19.032 (INSSJP), 24.013 (Fondo Nacional de Empleo), 24.241 (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones) y 24.714 (Régimen de Asignaciones Familiares) se establecen de acuerdo a lo siguiente:

a) 21% para los empleadores cuya actividad principal sea la locación y prestación de servicios con excepción de los comprendidos en las Leyes N° 23.551 (Asociaciones Sindicales de Trabajadores), 23.660 (Obras Sociales), 23.661 (Agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud) y 24.467 (Pequeñas y Medianas Empresas). Quedan comprendidos aquellos empleadores cuya actividad principal encuadre en el Sector "Servicios" o en el Sector "Comercio" -de acuerdo Res. SPYME N° 24/01- siempre que sus ventas totales anuales superen en todos los casos los \$ 48.000.000.

b) 17% para los restantes empleadores no incluidos en el inciso anterior. Asimismo será de aplicación a las entidades y organismos con participación estatal, los bancos y entidades financieras nacionales alcanzadas por la Ley N° 21.526 y todo otro organismo nacional, provincial o municipal que venda bienes o preste servicios a terceros a título oneroso, comprendidos en el art. 1° de la Ley N° 22.016.

(3): Las OS perciben el 90% de los Aportes y Contribuciones con ese destino cuando las remuneraciones brutas mensuales son menores a \$ 2.400 y el 85%, cuando dichas remuneraciones son iguales o mayores \$ 2.400. En el caso de las OS del Personal de Dirección y las Asociaciones Profesionales de Empresarios, dichos porcentajes son de 85% y 80%, respectivamente.

(4): El Fondo Solidario de Redistribución se integra con el 10% ó el 15% de los Aportes y Contribuciones, según se supere o no el tope de las remuneraciones brutas mensuales de \$ 2.400. En el caso de las OS del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios los

porcentajes son 15% ó 20%, respectivamente. La Superintendencia de Servicios de Salud recibe parte del Fondo, en función de lo establecido en el Presupuesto de la Administración Nacional.

#### 8. Reducción de las Contribuciones

Los empleadores, por el término de 24 meses contados a partir del mes de inicio de una nueva relación laboral o de la regularización de una preexistente con ausencia total de registración, gozarán por dichas relaciones de una reducción de sus contribuciones vigentes con destino a los siguientes subsistemas de la Seguridad Social:

- a) Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones;
- b) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados;
- c) Fondo Nacional de Empleo;
- d) Régimen Nacional de Asignaciones Familiares;
- e) Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores.

El beneficio consiste en el ingreso del 50% de las Contribuciones, durante los primeros 12 meses y del 75% durante los segundos 12 meses, de una nueva relación laboral o de la regularización de una preexistente con ausencia total de registración, siempre que no se disminuya la plantilla total de trabajadores activos al 30/11/2011 y hasta 2 años después de la finalización del plazo para acceder al beneficio de reducción de Contribuciones por parte del empleador (31/12/2014).

9. Destino del Aporte previsional: El aporte previsional se destina al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA).

#### 10. Otras obligaciones del empleador

. *Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (A.R.T.): Ley N° 24.557*

Todas las empresas que tengan personal en relación de dependencia se encuentran obligadas a contratar un seguro con las A.R.T. Los precios de las pólizas son libres y dependen de:

- \*actividad económica de la empresa.
- \*las condiciones de higiene y seguridad de la empresa.
- \*cantidad de personal de la empresa.

#### 11. Pago a cuenta en las Contribuciones Patronales

El impuesto sobre los Combustibles Líquidos puede computarse como pago a cuenta de las Contribuciones Patronales en determinadas actividades<sup>24</sup>.

#### 12. Crédito Fiscal en el IVA de las Contribuciones Patronales<sup>25</sup>

De las Contribuciones Patronales y sobre Vales Alimentarios

. *Régimen general*

---

<sup>24</sup> Las empresas de transporte de pasajeros por ómnibus, concesionarios o permisionarios de cualquier jurisdicción podrán computar en primer término, como pago a cuenta de las Contribuciones Patronales, \$ 0,08 por litro de gasoil adquirido que utilicen como combustible de las unidades afectadas a la realización del servicio, para las adquisiciones de gasoil efectuadas y las Contribuciones Patronales devengadas desde el 19/06/01.

<sup>25</sup> VI - ANEXO "Pagos a cuenta entre Impuestos Nacionales y Créditos Fiscales en el IVA". Trabajo de Investigación Subsecretaría de Ingresos Públicos. [http://www.mecon.gov.ar/sip/rec\\_trib/3trim03/pagosacuenta.html](http://www.mecon.gov.ar/sip/rec_trib/3trim03/pagosacuenta.html)

. De la Contribución Patronal del 16% y la Contribución sobre Vales Alimentarios del 14%, efectivamente abonadas, podrán computarse como crédito fiscal en el IVA los montos que resulten de aplicar a las mismas bases imponibles los puntos porcentuales que corresponden a la Jurisdicción del domicilio fiscal del empleador (Jurisdicción de Santa fe 2,95%).

Vigencia: para las Contribuciones devengadas a partir del 1-07-01 en la declaración jurada correspondiente al mismo período mensual devengado, en la medida en que fuere ingresado hasta la fecha fijada para la presentación de la declaración jurada del mencionado impuesto. En el supuesto que dicho ingreso se realice con posterioridad a la fecha indicada, el mismo se podrá computar en la declaración jurada correspondiente al período fiscal en que se hubiera efectuado el pago de las Contribuciones.

. *Régimen transitorio para determinados sectores*

. Cómputo como crédito fiscal en el IVA de los montos *devengados y abonados* al momento de la presentación de la declaración jurada en concepto de Contribuciones Patronales, en el monto que exceda al que corresponda computar de acuerdo el Decreto N° 814/01<sup>26</sup>, para las empresas de servicios de radiodifusión de televisión abierta, de servicios complementarios de radiodifusión de televisión por cable y satelital, empresas editoras de diarios y revistas y de distribuidores representantes de editoriales de dichos bienes y a las empresas de transporte automotor de cargas y de radiodifusión sonora. La mencionada posibilidad es independiente de su inclusión en un Convenio de competitividad. Vigencia: Desde el 1/04/03 al 31/07/03.

*4-Impuesto sobre los Bienes Personales. Ley N° 23.966 - Título VI, texto ordenado en 1997 y sus modificaciones.*

Obligación de actuar como agente de retención de los accionistas personas físicas. El gravamen correspondiente a las acciones o participaciones en el capital de las sociedades regidas por la Ley de Sociedades Comerciales N° 19.550, cuyos titulares sean personas físicas y/o sucesiones indivisas domiciliadas en el país o en el exterior y/o sociedades y/o cualquier otro tipo de persona de existencia ideal, domiciliada en el exterior, será liquidado o ingresado por las sociedades regidas por dicha Ley. A estos efectos, se presume sin admitir prueba en contrario que las acciones y/o participaciones en el capital de las sociedades regidas por la Ley N° 19.550, cuyos titulares sean sociedades, cualquier otro tipo de persona de existencia ideal, empresas, establecimientos estables, patrimonios de afectación o explotaciones, domiciliados, radicados o ubicados en el exterior pertenecen de manera indirecta a personas físicas domiciliadas en el exterior, o a sucesiones indivisas allí radicadas. Alícuota aplicable 0,50%. El impuesto ingresado tendrá el carácter de pago único y definitivo y tendrán derecho a reintegrarse el importe abonado, incluso reteniendo y/o ejecutando directamente los bienes que dieron origen al pago.

*5-Impuestos Internos*

1. Tipo de impuesto

---

<sup>26</sup> Decreto 814/2001. Contribuciones Patronales. Sancionada 20-06-2001. Artículo 4. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/67425/texact.htm>. Para la ciudad de Rosario la reducción indicada es del 2,95%.

Monofásico al nivel de fabricante final e importador. En algunos casos, incide en más de una fase anterior a la primera entrega en condiciones habituales de consumo, otorgándose un pago a cuenta por el gravamen tributado en la fase anterior.

Las características fundamentales del tributo son:

- a) Impuesto al Consumo selectivo o específico.
- b) Tiene efecto cascada.
- c) Sus tasas son proporcionales.

## 2. Rubros gravados

Tabacos; bebidas alcohólicas; cervezas; bebidas alcohólicas, jarabes, extractos y concentrados; automotores y motores gasoleros; seguros; champañas; objetos suntuarios; telefonía celular y satelital; vehículos automóviles y motores, embarcaciones y aeronaves de recreo o deportes; productos electrónicos.

## 3. Hecho imponible

Expendio -concepto que incluye las transferencias a cualquier título-, el despacho a plaza de importaciones para consumo y la ulterior venta del importador. En el caso de bebidas alcohólicas, expendio se refiere exclusivamente a la transferencia efectuada por el fabricante, el importador o por aquellos por cuya cuenta se efectuó la elaboración.

## 4. Ámbito espacial - Principio jurisdiccional: Territorialidad.

5. Responsables: Fabricante o importador y, en determinado rubro o subrubro, fraccionadores.

## 6. Base imponible

La base imponible está dada por el precio neto facturado por el responsable, entendiéndose por precio neto el que resulta una vez deducidos descuentos y bonificaciones, intereses de financiación y el IVA generado por la operación. En el caso de importaciones, antes de efectuar el despacho a plaza, los responsables deben ingresar el importe que surja de aplicar la alícuota correspondiente sobre el 130% del importe que resulte de agregar al valor considerado para la aplicación de los derechos de importación, todos los tributos aplicados a/o con motivo de la importación, incluido el impuesto interno y excluido el IVA.

En la posterior venta de los productos importados, el importador computa como pago a cuenta del impuesto generado por el expendio, el importe abonado a raíz de la importación; ese cómputo no puede originar saldo a favor del importador.

En todos los casos la base imponible incluye al propio impuesto. Sobre la base de ello, teniendo en cuenta que la alícuota nominal debe aplicarse sobre la base imponible así conformada, la tasa efectiva a aplicar sobre el precio -sin considerar al propio tributo-, surge de efectuar el acrecentamiento, es decir:

$$\text{Tasa Efectiva} = \frac{100 \times t}{100 - t} \quad \text{"t" es la alícuota legal o nominal del tributo.}$$

Alícuotas:

\*Para Artículos Electrónicos: 17%

\*Seguros:

a) Compañías establecidas o constituidas en el país:

-Seguros de accidentes de trabajo 2,5%

-Resto 1‰

b) Compañías radicadas fuera del país:

Seguros en general sobre bienes o personas radicadas en el país, excepto seguros de vida y de accidentes personales 23,0%

\*Telefonía Celular y Satelital: La alícuota aplicable es del 4%.

*Fondo Empresa Servicios Públicos Sociedad del Estado de la Provincia de Santa Cruz. Fuente: Ley N° 23.681*

1. Tipo de tributo: Impuesto monofásico.
2. Ámbito espacial - Principio jurisdiccional: Territorialidad. El tributo se aplica en todo el territorio nacional.
3. Sujetos pasivos: Consumidores finales. Los prestadores del servicio público de energía eléctrica actúan como agentes de percepción.
4. Base imponible: El total facturado a los consumidores finales, excluido todo recargo o tributo nacional, provincial o municipal que grave el consumo de electricidad.
5. Alícuota: El 6% sobre las tarifas vigentes en cada período y en cada zona del país aplicada a los consumidores finales.

*Impuesto a la Energía Eléctrica Fondo Nacional de Energía Eléctrica. Fuente: Ley N° 15.336, art. 30. Ley N° 24.065, art. 70.*

1. Tipo de tributo: Monofásico.
2. Hechos imponibles: La compra o importación de energía eléctrica en bloque realizada por grandes usuarios o distribuidores.
3. Ámbito especial - Principio jurisdiccional: Territorialidad. El tributo se aplica en todo el territorio nacional.
4. Base imponible: Monto de las tarifas que paguen los compradores del mercado eléctrico mayorista.
5. Impuesto fijo por unidad de medida: El valor es de 0,0054686 \$/KWh.

*Impuesto sobre los Combustibles Líquidos y el GAS Natural. Fuente: Ley N° 23.966, Título III, texto ordenado en 1998.*

### **Gas Natural Comprimido**

1. Producto gravado y alícuota: Se establece en todo el territorio de la Nación un impuesto sobre el gas natural distribuido por redes con destino a gas natural comprimido (G.N.C.) para el uso como combustible en automotores.

La alícuota aplicable es del 16%.

2. Base Imponible: El impuesto se determinará aplicando la alícuota sobre el precio de venta al consumidor.

*Impuesto sobre el Gas Oil y el Gas Licuado para uso Automotor: Leyes Nros. 26.028 y 26.325 y Decreto N° 564/05.*

### **. Gas Oil**

El impuesto recae sobre la transferencia a título oneroso o gratuito, o importación, de gasoil o cualquier otro combustible líquido que lo sustituya en el futuro en todo el territorio de la Nación, de manera que incida en una sola de las etapas de su circulación. El impuesto será también aplicable al combustible gravado consumido por el responsable, excepto el que se utilizare en la elaboración de otros productos sujetos al mismo, así como sobre cualquier diferencia de inventario

que determine la Administración Federal de Ingresos Públicos, siempre que no pueda justificarse la diferencia por causas distintas a los supuestos de imposición.

Se entenderá por gasoil al combustible definido como tal en el impuesto sobre los Combustibles y el Gas Natural Ley N° 23.966.

Gas licuado

El impuesto también recae sobre la transferencia de gas licuado para uso automotor, en el caso de estaciones de carga para flotas cautivas.

El impuesto se liquidará aplicando la alícuota del 22% sobre la base imponible, definida como el precio neto de venta que surja de la factura o documento equivalente a operadores en régimen de reventa en planta de despacho extendido por los obligados a su ingreso.

*Impuesto sobre el abono de Telefonía Celular. Fuente: Ley N° 26.573 Arts. 1 y 39 y Decreto N° 583/2010*

#### 1. Finalidad

El impuesto está destinado a promover el deporte olímpico a través de la creación del Ente Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (ENARD)

#### 2. Alícuota y base imponible

El impuesto será del 1% aplicado sobre el precio del “abono” que las empresas de telefonía celular y las que obtengan concesiones o licencias en el futuro facturen a sus clientes, neto de IVA, con motivo de los servicios brindados de radiocomunicación móvil celular, de telefonía móvil y de comunicaciones personales.

#### 6- Impuesto sobre el Comercio y Transacciones Internacionales

*Derechos de Importación. Fuente: Código Aduanero y Decreto N° 2.275/94 y sus modificaciones.*

Gravan la importación de mercancías para consumo. Se aplican derechos *ad-valorem* sobre el valor en aduana o, en su caso, sobre precios oficiales CIF si estos fueren superiores.

El Poder Ejecutivo puede otorgar exenciones totales o parciales, ya sean sectoriales o individuales, pero únicamente con el objeto de cumplir alguna de las siguientes finalidades:

- Velar por la seguridad pública o la defensa nacional;
- Atender las necesidades de la salud pública, de la sanidad animal o vegetal, o ejecutar la política alimentaria;
- Promover la educación, la cultura, la ciencia, la técnica y las actividades deportivas;
- Facilitar la acción de instituciones religiosas y demás entidades de bien público sin fines de lucro, así como satisfacer exigencias de solidaridad humana;
- Facilitar la inmigración y la colonización;
- Facilitar la realización de ferias, exposiciones, congresos, etc.

Tasas: de 0% a 20% excepto para bienes del sector automotriz, cuyo arancel máximo es de 35%. Existen derechos específicos para algunos productos de los siguientes sectores: textiles, calzados, juguetes y duraznos en conserva.

*Tasa de Estadística. Fuente: Código Aduanero y Ley N° 23.664 y Decreto N° 108/99.*

Grava las importaciones de productos no originarios del MERCOSUR (excluidos los bienes de capital, informática y telecomunicaciones, los combustibles y otros bienes de menor significación).



Establece una alícuota del 0,5% sobre el valor en aduana de la mercadería combinado con una escala de montos máximos por tramos de base imponible (de ambos el que resulte menor: mínimo USD 50 máximo USD 500).

#### *Declaración Jurada Anticipada de Importación<sup>27</sup>*

La Resolución General N° 3252 (publicada en Boletín Oficial del día 10 de Enero de 2012) establece que los importadores inscriptos en los “Registros Especiales Aduaneros” se encuentran alcanzados por el régimen de información, con relación a las destinaciones definitivas de importación para consumo, quienes en forma previa a la emisión de la Nota de Pedido, Orden de Compra o documento similar utilizado para concertar sus operaciones de compras en el exterior, deberán producir la información que se indicará próximamente en el micrositio “DECLARACION JURADA ANTICIPADA DE IMPORTACION (DJAI)”.

Dicha información será puesta a disposición de otros Organismos, considerando la naturaleza de la mercadería a importar u otras condiciones establecidas por los mismos o por esta Administración Federal, quienes deberán pronunciarse en un lapso no mayor al establecido en el respectivo instrumento de adhesión. Luego, esta Administración Federal comunicará a los importadores – a través del servicio Mis Operaciones Aduaneras (MOA) – las novedades producidas y, en su caso, las circunstancias que motivan las observaciones formuladas así como el Organismo ante el cual deberán comparecer a los fines de su regularización, de corresponder. Al momento de oficializar la destinación definitiva de importación para consumo, el Sistema MARIA (SIM) exigirá el número de la “DECLARACION JURADA ANTICIPADA DE IMPORTACION (DJAI)”, realizará controles y verificará que la misma se encuentre validada. El número de la “DECLARACION JURADA ANTICIPADA DE IMPORTACION (DJAI)” deberá ser informado y registrado en el Sistema de Control de Operaciones Cambiarias, en todos los casos en que la declaración sea requisito para el registro de la destinación definitiva de importación a consumo.

*Vigencia: Las disposiciones que se establecen en la presente resolución general entrarán en vigencia el 1 de febrero de 2012, inclusive. Asimismo, no serán de aplicación respecto de las destinaciones definitivas de importación a consumo de mercaderías que, con anterioridad a la fecha de su entrada en vigencia, hubiesen sido expedidas con destino final al territorio aduanero por tierra, agua o aire y cargadas en el respectivo medio de transporte.*

#### *7-Impuesto a los Pasajes Aéreos al Exterior. Fuente: Ley N° 14.574 y sus modificatorias*

1. Tipo de impuesto: Monofásico al nivel de consumidor final.
2. Hecho imponible: Venta o emisión de pasajes aéreos al exterior.
3. Ámbito espacial - Principio jurisdiccional: Territorialidad.

Se impone la venta o emisión de pasajes realizadas en el país. Si los pasajes hubieran sido vendidos o emitidos fuera del territorio nacional, a favor de nacionales o residentes permanentes en el país, con punto de partida del viaje en aeropuertos situados en el mismo, los pasajes están gravados. Son sujetos pasivos, los adquirentes de los pasajes o personas a cuyo nombre se realiza la emisión. Las compañías transportadoras actúan como agentes de percepción al cobrar el pasaje o, en su caso, previamente al embarque del pasajero. La base imponible es diferente según se trate de: Pasajes comerciales: el 100%, Pasajes charters: el 70%. La alícuota aplicable es del 5%.

---

<sup>27</sup>Resolución General N° 3252, publicada en Boletín Oficial del día 10 de Enero de 2012.  
<http://www.afip.gob.ar/genericos/novedades/declarJuradaAnticipada.asp>

## 2.2.2 De los Tributos Provinciales

### 2.2.2.1 Impuesto sobre los Ingresos Brutos – Provincia de Santa Fe<sup>28</sup>

#### Hecho imponible

Las prestaciones médicas se encuentran alcanzadas por el Impuesto sobre los Ingresos Brutos, en virtud del artículo 119 del Código Fiscal de la Provincia: *“Por el ejercicio habitual en el territorio o en la jurisdicción de la Provincia de Santa Fe del comercio, industria, profesión, oficio, negocio, locaciones de bienes, obras o servicios o de cualquier otra actividad a título oneroso -lucrativa o no- cualquiera sea la naturaleza del sujeto que la preste, incluidas las sociedades cooperativas, y el lugar donde se realice (zonas portuarias, espacios ferroviarios, aeródromos y aeropuertos, terminales de transporte, edificios y lugares del dominio público y privado, etc.), se pagará un impuesto de acuerdo con las normas que se establecen en el presente título”.*

#### Sujeto

Al respecto debemos remitirnos a las disposiciones del artículo 123 del Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe que menciona lo siguiente: *“... los ingresos brutos obtenidos por sociedades comerciales o cualquier tipo de organización empresaria contemplada en la ley 19.550 y modificaciones, sociedades civiles,... , asociaciones y empresas o explotaciones unipersonales o pertenecientes a sucesiones indivisas se considerarán alcanzados por el impuesto independientemente de la frecuencia o periodicidad y naturaleza de la actividad, rubro, acto, hecho u operación que los genere”.*

Este artículo de la norma se presenta como una excepción al artículo 119 de nuestro Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe en virtud de que, deja de lado el concepto de habitualidad en la obtención de la renta, haciendo primar la condición que revista el sujeto, es decir si el mismo reviste algunas de las formas legales enunciadas en el artículo 123.

Por otra parte es necesario referirnos, ya que es en un todo aplicable a la temática bajo análisis, al artículo 124 del Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe, que indica: *“Se presumirá el ejercicio de profesión liberal organizada en forma de empresa cuando se configure alguna de las siguientes situaciones: A los fines del impuesto de este Título, se entenderá que existe empresa cuando una persona física o sucesión indivisa, titular en un capital, que a nombre propio y bajo su responsabilidad jurídica y económica, asume con intención de lucro la producción o cambio o intermediación en el cambio de bienes o locación de obra, bienes o servicios técnicos, científicos o profesionales, u organiza, dirige y solventa con ese fin el trabajo remunerado y especializado de otras personas. No obstante, se presumirá el ejercicio de profesión liberal organizada en forma de empresa cuando se configure alguna de las siguientes situaciones:*

- a) Cuando para el ejercicio de la actividad se recurra al concurso de otros profesionales que actúan en relación de dependencia, o a retribución fija, o que su remuneración no se encuentre directamente relacionada con los honorarios que se facturen al destinatario final de los servicios prestados;*
- b) cuando la forma jurídica adoptada se encuentra regida por la Ley Nro. 19.550 y sus modificaciones;*
- c) cuando la actividad profesional se desarrolle en forma conjunta o complementaria con una actividad comercial, industrial o de otra índole no profesional;*

---

<sup>28</sup> Ley 3456. Código Fiscal Provincia de Santa Fé.

[http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111527/\(subtema\)/111523](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111527/(subtema)/111523).

Ver además **Anexo 1** de este Trabajo. Proyecto Modificación del Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe.

d) cuando la prestación de los servicios profesionales se organice en forma tal que para ello requiera el concurso de aportes de capital cuya significación supere lo que razonablemente proceda para el ejercicio liberal de la profesión. Constituyen capital toda clase de recursos económicos significados por bienes afectados, total o parcialmente, a la consecución de los objetivos de que se trata;

e) cuando se recurra al trabajo remunerado de otras personas, con prescindencia de la cantidad de ellas, en tareas cuya naturaleza se identifique con el objeto de las prestaciones profesionales, constituyendo una etapa o una parte del proceso de las mismas.

No resulta determinante de una empresa, la utilización del trabajo de personas que ejecuten tareas auxiliares de apoyo en tanto dichas tareas no importen la realización propiamente dicha de la prestación misma del servicio profesional, técnico o científico o una fase específica del desarrollo del mismo.

No están comprendidos en el concepto de empresa aquellos profesionales, técnicos o científicos cuya actividad sea de carácter exclusivamente personal, aún con el concurso de prestaciones a las que hace referencia el párrafo anterior."

Este artículo es complementado por el propio Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe en el artículo 125: "No tratándose de las situaciones contempladas en el último párrafo del art. 123 los ingresos brutos generados por las actividades que se detallan, ya sea que se realicen en forma habitual o esporádica, se encuentran alcanzados por el impuesto: g) el ejercicio de profesión liberal organizada bajo la forma de empresa".

Se puede apreciar que este Código Fiscal prevé expresamente, en el artículo 124, las distintas formas de organización profesional en las cuales esta actividad se encontrará alcanzada por el Impuesto sobre los Ingresos Brutos, evidenciando de esta forma la intención del legislador de separar el tratamiento de estas organizaciones de las restantes. No obstante y según la opinión de la API, en virtud de que el artículo 123 enuncia dentro de las formas legales alcanzadas por el tributo, independientemente de la habitualidad en el desarrollo de la misma, a las sociedades civiles, las uniones de profesionales que revistan las características de una sociedad civil, se encontrarán gravadas en el Impuesto sobre los Ingresos Brutos, aún cuando no se configuren ninguna de las previsiones del artículo 124.

Asimismo, es importante destacar que según el artículo 160 aquellos profesionales que ejerzan la actividad en forma liberal no organizada bajo la forma de empresa, se encontrarán exentos de tributar el Impuesto a los Ingresos Brutos. ¿Qué se debe considerar como profesión liberal? Para ello nos remitimos al artículo 8 de la resolución 180/88: "se considerarán profesiones liberales aquellas que se encuentran regladas por ley, requieren matriculación o inscripción en los respectivos colegios o consejos profesionales, realizadas en forma libre, personal y directa y cuya remuneración por la prestación efectuada se manifiesta bajo forma de honorarios"

### **Base imponible**

Como principio general y salvo expresa disposición en contrario, el impuesto se determinará sobre la base de los ingresos brutos gravados devengados durante el período fiscal (art 154).

En el tema analizado surgen inconvenientes en cuanto a la atribución de base imponible en los casos en los que los profesionales prestan sus servicios a través de sanatorios o clínicas. Esta modalidad es una de las más habituales dentro de las prestaciones médicas ya que a los profesionales les resulta más conveniente brindar sus servicios dentro de este tipo de entidades. Por otra parte también es una modalidad ventajosa para las instituciones ya que de esta manera existe un potencial aumento de la demanda de los servicios que ésta presta, es decir, internación, prácticas

---

especializadas, etc., ya que como mencionamos en un comienzo no es el sanatorio y/o clínica el que presta el servicio médico propiamente dicho<sup>29</sup>.

Es importante destacar que, según lo estipulado por la Ley de Obras Sociales 23.660, los profesionales médicos que actúen en el ámbito de una clínica o sanatorio NO pueden facturar directamente a las obras sociales o empresas de medicina prepaga. Es la clínica y/o sanatorio la que debe realizar esta tarea, obligando a que la facturación de las prestaciones médicas, sea realizada por estas entidades generando dificultades en la determinación de las bases imponibles atribuibles a cada sujeto.

Habitualmente, la clínica o sanatorio factura a las OS y/o empresas de medicina prepaga los servicios prestados por los profesionales independientes por cuenta y orden de éstos, cuando la clínica o sanatorio percibe los montos oportunamente facturados, procede a acreditarlos y a pagarlos en la cuenta de cada profesional, practicando lo que se denomina “reintegro de gastos de administración”. Este tipo de gastos se corresponde con la prestación del servicio prestado por la clínica o sanatorio los profesionales en concepto de gestiones de cobranza, reserva de turnos y gastos administrativos.

Entonces: ¿cuál es la base imponible sobre la que deberá tributar el sanatorio o clínica que factura por cuenta y orden de los profesionales?

Al momento de analizar esta problemática se puede remitir al *Fallo del Sanatorio Parque S.A.* Este fallo tiene origen en un recurso de reconsideración presentado por la mencionada entidad ante el Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Provincia de Santa Fe en el cual se recurre la resolución 64/79 de la entonces Dirección Provincial de Rentas.

La controversia tiene origen en una fiscalización, en la cual la pretensión del Fisco era gravar como ingresos atribuibles al Sanatorio, los provenientes de la facturación por cuenta y orden de los profesionales que actúan dentro de su ámbito.

La defensa del mencionado Sanatorio tuvo los siguientes fundamentos al momento de presentar el correspondiente recurso:

- 1- Que los honorarios de los profesionales liberales se encuentran exentos del entonces Impuesto sobre las Actividades Lucrativas
- 2- Que el Sanatorio solo debe tributar por el porcentaje que le retiene a los profesionales en concepto de gastos de administración.
- 3- Que los honorarios profesionales no se incorporan al patrimonio de la entidad.

En consecuencia, a fines del año 1979, el Ministerio de Hacienda de la provincia de Santa Fe, hace lugar al recurso de reconsideración presentado, sentado de esta forma un precedente de vital importancia para la determinación de la materia imponible para todos aquellos sujetos que desarrollen actividades del mismo tenor.

---

<sup>29</sup> Jorge A. Carmona. La base Imponible en el Impuesto sobre los Ingresos Brutos y el IVA en las Instituciones Prestadoras de salud. Práctica y Actualidad Tributaria Errepar n° 495. Enero 2005. Capítulo 4. Página 86.

### Exenciones

Como se mencionó anteriormente se encuentra exento de tributa el Impuesto sobre los Ingresos Brutos el profesional que ejerza la profesión liberal en forma independiente. Las profesiones liberales no organizadas bajo la forma de empresa. Además debe mencionarse que en nuestro Código Fiscal está prevista la exención para las asociaciones en el artículo 159 inc. b) “ las asociaciones, entidades de beneficencia, de bien público, asistencia social, de educación e instrucción, científicas, artísticas, culturales y deportivas, instituciones religiosas y asociaciones gremiales, siempre que los ingresos obtenidos sean destinados exclusivamente al objeto previsto en sus estatutos sociales, acta de constitución o documentos similares, y en ningún caso, se distribuyan directa o indirectamente entre los socios. En todos estos casos se deberá contar con personería jurídica o gremial o el reconocimiento por autoridad competente, según corresponda.”

### Alícuotas<sup>30</sup>

Según la Ley Impositiva Anual de la Provincia de Santa Fe la actividad desarrollada por clínicas y sanatorios se encuentra alcanzada por este tributo a la alícuota general del 3,5%. No obstante existen alícuotas diferenciales relacionadas con la actividad que se enumeran a continuación:

- Comercio al por mayor y menor de medicamentos. 1%
- Artículos óptica no ortopédica: 4,1% (siempre que no sea fabricación)
- Locación de consultorios: 4,1%

En el caso de la prestación médica propiamente dicha, la misma se encuentra exenta del impuesto si la brinda un profesional independiente o alcanzada al 3,5% si se configuran algunas de las formas previstas en el artículo 124 del Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe.

### **2.2.2.2. Impuesto de Sellos<sup>31</sup>. Provincia de Santa Fe.**

El Impuesto de Sellos de la Provincia de Santa Fe, normado por los artículo 167 a 222 del Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe (Decreto Provincial 2350/1997 - Se aprueba el texto ordenado del Código Fiscal de la Provincia - Ley 3456 y sus modificatorias) es un impuesto que presenta un alto grado de evasión. En muchos casos, la evasión no se realiza en forma intencional por las partes contratantes, sino que simplemente no se abona el impuesto por un desconocimiento de las normas que lo rigen. El impuesto bajo análisis presenta características distintivas del resto de los tributos, que lo hacen sumamente particular.

En primer lugar, es un impuesto de carácter automático ya que se genera simplemente por la celebración de un contrato instrumental en el que se pactan actos de carácter oneroso, no siendo un tributo que tenga fechas de vencimiento establecidas por un cronograma fiscal, lo que permitiría realizar una fiscalización de la presentación de declaraciones juradas y de sus respectivos pagos, de corresponder.

En segundo lugar, si bien el impuesto de sellos es de carácter obligatorio, en muy pocas oportunidades se abona el mismo cuando se celebran contratos entre dos personas (físicas y/o

---

<sup>30</sup> Ver **Anexo 2** de este trabajo. Comparativo Alícuotas con otras Jurisdicciones.

<sup>31</sup>Ley 3456. Código Fiscal Provincia de Santa Fe.

<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/90864/435870/file/Código%20Fiscal.pdf>

jurídicas) independientes que no tengan la obligación de realizar la presentación o inscripción de dichos contratos en algún organismo que exija la presentación del contrato sellado.

Por otra parte, se han designado numerosos agentes de retención de este impuesto, a efectos de que exista una mayor certeza de cobro del mismo. Estos agentes son los responsables de retener la totalidad del impuesto correspondiente a la operación y de no hacerlo, son sujetos pasibles de sanciones. Ejemplos de estos agentes son los escribanos en numerosos actos que se efectúan ante ellos, las entidades emisoras de tarjetas de crédito o compra por los resúmenes que remiten a los titulares de las tarjetas, entre otros.

### *Normativa Legal Aplicable*

En el presente punto, se realizará la mención de ciertas normas relacionadas con el impuesto. Además, se analizan otras normas que se aplican en los contratos onerosos celebrados entre OS y prestadores de servicios médicos.

El artículo 167 del Código Fiscal de la Provincia dispone que *“Por todos los actos, contratos y operaciones de carácter oneroso que se realicen en territorio de la Provincia, se pagará el impuesto que establece el presente Título. También se encuentran sujetos al pago de este impuesto los actos, contratos y operaciones realizadas fuera de la jurisdicción de la Provincia, cuando de su texto o como consecuencia de los mismos, resulte que deban ser negociados, ejecutados o cumplidos en ella. Si los instrumentos respectivos hubieran sido repuestos correctamente en las jurisdicciones de origen, podrá deducirse del impuesto que corresponde tributar en la Provincia de Santa Fe el monto ingresado en aquella hasta el monto que resulte obligado en esta jurisdicción y siempre que refiera al mismo hecho imponible. Esta disposición surtirá efecto cuando exista reciprocidad en la jurisdicción de origen, quedando la prueba a cargo del interesado.”* En este artículo se recepta el principio de territorialidad del tributo, así como el principio de producción de efectos en la Provincia. Además, determina que no se debe pagar el impuesto en Provincia de Santa Fe siempre que el mismo se haya abonado en la provincia en la que se instrumentó el contrato, a efectos de evitar una doble imposición interna, o cuando en la provincia de instrumentación del contrato se haya establecido una exención del impuesto, a efectos de evitar que los beneficios que otorga una determinada provincia no se pierdan porque el instrumento se encuentra gravado en provincia de Santa Fe.

El artículo 168 establece que *“Por todos los actos, contratos y operaciones a que se refiere el Artículo anterior, deberán satisfacerse los impuestos correspondientes por el solo hecho de su instrumentación o existencia material con abstracción de validez o eficacia jurídica o verificación de sus efectos.”*

En tanto el artículo 177 menciona que, *“Son contribuyentes todos aquellos que realicen las operaciones o formalicen los actos y contratos sometidos al presente impuesto.”*

Con referencia a la base imponible del tributo para Contratos de Locación de Servicios, el artículo 198 establece que *“En todos los contratos de locación que no se refieran a bienes inmuebles y que no fijen plazo, se tendrá como monto imponible el importe de un año del precio convenido.”*

Con referencia a las personas que deben ser contribuyentes y responsables del impuesto, el artículo 177 establece que *“Son contribuyentes todos aquellos que realicen las operaciones o formalicen los actos y contratos sometidos al presente impuesto.”* El artículo 178 sobre Responsabilidad Solidaria indica, *“Cuando en la realización del hecho imponible intervengan dos o más personas, todas se considerarán contribuyentes solidariamente por el total del impuesto, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 18<sup>32</sup> del presente Código, quedando a salvo el derecho de cada uno de repetir de los demás intervinientes la cuota*

---

<sup>32</sup> Ley 3456. Código Fiscal Santa fe. Artículo 18 - Obligación Solidaria. Conjunto Económico.- Obligación solidaria - Cuando un mismo hecho imponible sea realizado por dos o más personas, todas se considerarán como contribuyentes por igual, y serán solidariamente obligadas al pago del tributo por la totalidad del mismo, salvo el derecho del Fisco a dividir la obligación a cargo de cada una de ellas.



*que le correspondiere de acuerdo con su participación en el acto, que se da por partes iguales, salvo expresa disposición en contrario."*

Los contratos celebrados por las instituciones bajo análisis en este trabajo se encuadran dentro de la categoría "Contratos en General"<sup>33</sup>. Alícuota aplicable para esta categoría es del **10 por mil** (valor del Módulo Tributario \$0,10)<sup>34</sup>.

Por último y en materia de exenciones, el artículo 182 (personas exentas) establece que "estarán exentos del impuesto de Sellos: "1) El Estado Nacional, el Estado Provincial, Municipalidades y Comunas de la Provincia, sus dependencias y reparticiones autárquicas, demás entidades públicas y entidades paraestatales creadas por ley, excluyéndose siempre aquellas que estén organizadas según normas del Código de Comercio. Esta exención no alcanza a los organismos nacionales, provinciales, municipales o comunales, sus dependencias o reparticiones autárquicas, demás instituciones públicas y entidades paraestatales creadas por ley que vendan bienes o presten servicios a terceros a título oneroso; 12) Las obras sociales siempre que estén reconocidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y funcionen de conformidad con lo dispuesto por la Ley Nacional de Obras Sociales". Por lo tanto, en materia de exenciones estarán exentos del impuesto de sellos y en la proporción que les corresponda al PAMI, a las OS sindicales encuadradas en las leyes 23.660 y 23.661 y a las Cajas de Previsión y Seguridad Social para Profesionales, los contratos de prestación de servicios de salud formalizados mediante instrumentos escritos celebrados entre las entidades citadas y los prestadores privados de servicios de salud.

### **Sellos. Régimen de retención, percepción e información<sup>35</sup>**

Se establece a partir del 1/12/2009, un régimen de retención, percepción e información del impuesto de sellos mediante el cual los agentes designados por el presente régimen actuarán por las operaciones, actos y contratos gravados por el impuesto en los que participen, intervengan, sean parte o autoricen.

En este orden, se establecen las obligaciones, plazos, formas y condiciones que deberán cumplir los agentes y contribuyentes respecto de los regímenes comentados precedentemente.

En su Art. 3 menciona que, "Los agentes mencionados en el artículo 1 deberán actuar en tal carácter por las operaciones, actos o contratos gravados por el impuesto de sellos en los que participen, intervengan, sean parte o autoricen, y serán responsables del pago total del gravamen conforme lo establece el artículo 180 del Código Fiscal (t.o. 1997 y modif.) y normas concordantes. A tal fin, bastará con que verifiquen y/o constaten que el acto, operación o contrato gravado se haya cumplido, aunque a tal efecto no cuenten, desde el punto de vista formal, con el instrumento, conforme al criterio de interpretación establecido en la resolución general 32/2009 y de acuerdo a las previsiones del Anexo V."

El Anexo I de esta resolución se menciona entre los sujetos obligados actuar cómo agentes de retención y percepción a las: OS, Asociaciones de Prestadores Médicos y Servicios de Medicina Prepaga.

Finalmente el Art. 5 expresa, "El incumplimiento de las obligaciones, modalidades de presentación y/o pago, registración, intervención o entrega de la documental prevista en la normativa vigente, hará pasible al contribuyente o responsable de las multas que prevé el artículo 49 del Código Fiscal (t.o. 1997 y modif.) por infracción a los deberes formales, todo ello sin perjuicio de las demás sanciones que correspondiere."

<sup>33</sup> Impuesto de Sellos y Tasas Retributivas de Servicios. Clasificador de Operaciones.

<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/31684/165989/file/Nomenclador%20Impuesto%20de%20Sellos%20y%20Tasas%20Retributivas%20de%20Servicios.pdf>

<sup>34</sup> Diario Noticias de Santa Fe. La reforma tributaria elevó el costo de diversos trámites administrativos. Publicado el 31-01-2010. [http://www.noticiasdesantafe.com.ar/despachos.asp?cod\\_des=65636&ID\\_Seccion=92](http://www.noticiasdesantafe.com.ar/despachos.asp?cod_des=65636&ID_Seccion=92)

<sup>35</sup> Resolución General Administración Provincial de Impuestos Santa Fe Número 37/2009. Vigencia 19/10/2009.

### 2.2.2.3. Impuesto Inmobiliario en Santa Fe

De todos los tributos que se aplican en nuestro país el que despierta un mayor grado de sensibilidad en la sociedad es, sin dudas, *el impuesto inmobiliario*. El hecho que el objeto del tributo recaiga sobre las propiedades inmobiliarias trae como consecuencia que las viviendas se vean gravadas, lo cual deriva en la repercusión pública que produce cualquier modificación que se realice en su estructura.

Se trata de un típico impuesto directo, teniendo por lo tanto el carácter de local (tal como establece nuestra Constitución) y quedando su recaudación a cargo de las administraciones tributarias locales en virtud de la ley de coparticipación.

Jarach establece que es un tributo cuya estructura básica se sustenta en el catastro, siendo indispensable el relevamiento de las propiedades con sus elementos de individualización física (superficie, linderos, ubicación), sus connotaciones jurídicas (existencias de derechos reales, regímenes de arrendamiento o de aparcería rural) y su valor económico conforme a la pauta de valuación establecidas en las leyes de la materia (por caracteres de la tierra, mejoras, fines de su explotación) (Jarach, Finanzas Públicas y Derecho Tributario, Editorial Cangallo, Buenos Aires, 1985, pág. 698).

En la provincia de Santa Fe (Código Fiscal-Ley 3.456), Libro II-Arts. 105 al 281, Parte Especial, Título Primero (Arts. 105 a 121), trata sobre Impuesto Inmobiliario. El Capítulo I, establece “Del hecho Imponible y de la Imposición”: Artículo 105 *-Por los inmuebles situados en el territorio de la Provincia, deberán pagarse los impuestos básicos anuales establecidos en este Título, de acuerdo con las alícuotas proporcionales que establezca la Ley Impositiva anual y aplicable sobre las valuaciones fiscales de la tierra y de las mejoras computando sus montos separada o conjuntamente. El importe anual del impuesto básico por cada cargo no podrá ser inferior a la suma que fija la Ley Impositiva anual.*

*Nota: en Anexo 1 se expone proyecto de modificación al Código Tributario de la Provincia de Santa Fe. Propuesto por la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Ciudad de Rosario. La posibilidad de acceso a este material se lo agradecemos a los directivos de la mencionada Institución, Dr. Eduardo Javkin (Presiente) y Contadora Adriana Travesaro (Gerente), con quien se desarrollaron entrevistas personales para abordar las temáticas de la investigación.*

## 2.2.3 De las Cargas Municipales

### 2.2.3.1. Derecho de Registro e Inspección - Ciudad de Rosario<sup>36</sup>

En relación a este tributo los artículos del Código Tributario Municipal de la ciudad de Rosario que son aplicables a esta temática son los siguientes:

#### Hecho Imponible

El Municipio, según el artículo 77 del Código Tributario Municipal de Rosario (CTMR), aplicará el Derecho de Registro e Inspección sobre locales ubicados en jurisdicción del Municipio. No es materia de análisis en el presente trabajo las particularidades y las distintas opiniones referidas a lo que debe entenderse como local en el mencionado tributo.

---

<sup>36</sup> Código Tributario Municipal (CTMR). Decreto-Ordenanza 9476/1978.  
<http://www.rosario.gov.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=36830>

### Exenciones

En primera instancia encontramos el artículo 89 inc. a) que exime de tributar el Derecho de Registro e Inspección a *“El Estado Nacional, Provincial y Municipal, con excepción de las Empresas Estatales, entidades autárquicas o descentralizadas con fines comerciales, industriales, financieros o de servicios públicos”*, en el que se incluyen los sujetos enunciados en el Apartado II punto 1. Asimismo el inc. e) del mismo artículo exime a las *“Asociaciones civiles: de carácter social, cultural y científico, artístico, deportivo, vecinal, gremial o sindical con personería jurídica, así como los colegios y consejos profesionales”*, quedando en este caso incluidas las obras sociales. No incluye esta exención los ingresos que perciban las empresas de medicina prepaga, las que tributarán el mencionado derecho a la alícuota del 6,5%.

Por otra parte, según el artículo 89 inc. m), *“se encuentran eximidos de abonar este tributo los profesionales liberales que ejerzan su actividad en forma individual”*.

Es importante destacar que, con relación a esta exención, existen controversias similares a las existentes en el Impuesto sobre los Ingresos Brutos relacionadas con las sociedades civiles de profesionales. En tal sentido, el 29 de Diciembre del año 2004, en el caso *“Righi, Luis Alberto contra Municipalidad de Rosario sobre Recurso Contencioso administrativo de Plena Jurisdicción”*, la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Santa Fe se expidió de manera favorable a la solicitud planteada por este profesional quien solicitaba la eximición en el pago del Derecho de Registro e Inspección en virtud de las disposiciones del CTMR en el artículo 89 inc. m), por considerar que la tarea que desarrollaba en un mismo espacio con otros profesionales, en este caso contadores, no hacía presumir la existencia de empresa y por lo tanto gozaba de la exención.

### Base Imponible

Con relación a la determinación de la base imponible, el artículo 79 del CTMR<sup>37</sup> dice: *“El derecho se liquidará, salvo disposiciones especiales, sobre el total de los ingresos brutos devengados en la jurisdicción del municipio...”*.

Por otra parte, en el artículo 80 se enumeran los ingresos que a efectos de liquidar el derecho no debe ser tenidos en cuenta en la base imponible, es decir son deducciones a la misma. En este caso nos ocupa la deducción prevista en el inciso k): *“los importes que los prestadores de servicios facturen a nombre propio y por cuenta y orden de graduados en profesiones liberales, y en la medida que no formen parte de las cuentas de resultado de quien los facture”*.

Esta deducción es en un todo aplicable a la operatoria sanatorial, ya que como se mencionó anteriormente, estas entidades se encuentran obligadas a facturar por cuenta y orden de los profesionales que actúan dentro de su ámbito. Es necesario destacar, que este inciso se encuentra complementado por el decreto 17.133 del Concejo Municipal que aclara que la deducción existe siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- 1- que tales ingresos no formen parte de las cuentas de resultado del sujeto que las factura
- 2- que el profesional se encuentre en relación de dependencia con la entidad, o
- 3- porcentaje o monto de retención administrativa que estos entes practican a los profesionales independientes.

---

<sup>37</sup> Ver a tal efecto cita 20.

Alícuotas<sup>38</sup>

Se establecen los siguientes valores para las categorías de **Régimen Simplificado**, a partir del periodo fiscal Enero 2012:

Categorías	Ingresos Brutos Anuales	Superficie Total	Derecho	Adicional de Publicidad	
				2%	8%
I	Hasta \$36.000	Hasta 45 m2	\$45,00	\$45,90	\$48,60
II	Hasta \$72.000	Hasta 85 m2	\$90,00	\$91,80	\$97,20
III	Hasta \$120.000	Hasta 110 m2	\$150,00	\$153,00	\$162,00
IV	Hasta \$216.000	Hasta 200 m2	\$270,00	\$275,40	\$291,60

Las credenciales con los nuevos valores podrán imprimirse a través de la opción Reimpresión Credenciales de la plataforma AFIP utilizada para la adhesión a este Régimen.

Derechos Publicitarios.

Se incorporan nuevos valores conforme a lo estipulado en el artículo 64° de la Ordenanza General Impositiva. A continuación se detalla en forma generalizada los importes modificados, sus anteriores y la entrada en vigencia de cada uno de ellos:

Tipología de los Elementos Publicitarios	Períodos Cuatrimestrales (valores anuales)	
	Hasta período 3/2011	A partir del período 1/2012
Medianeras ( m2 por año )	\$8,00	\$12,00
Frontales (m2 por año)	\$11,50	\$17,25
Marquesinas (m2 por año)	\$11,50	\$17,25
Salientes doble faz (m2 por año)	\$14,00	\$21,00
Toldos (m2 por año)	\$10,00	\$15,00
Autoportantes (m2 por año)	\$14,00	\$21,00
Afiches en carteleras (m2 por año)	\$6,00	\$9,00
Publicidad móvil (m2 por mes)	\$1,50	\$2,25

<sup>38</sup> Código Tributario Municipal. Ordenanza General Impositiva 8858/2011. Sancionada 15-12-2011.  
<http://www.rosario.gov.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=80303>

	Períodos Cuatrimestrales (valores anuales)	
Carapantallas luminosos (faz por año)	\$100,00	\$150,00
Letreros ocasionales (m2 por año)	\$12,00	\$18,00
Frontales inmobiliarias (canon anual)	\$600,00	\$900,00

### 2.2.3.2. Otras Tasa Municipales

Las tasas municipales, en principio, no deberían ser considerados impuestos dado que son en contraprestación por los servicios que las municipalidades prestan al sector productivo local. Sin embargo, en los últimos años han comenzado a proliferar el aumento de estas tasas o la creación de derechos y pagos que las empresas deben realizar a los municipios para ejercer su actividad lícitamente lo que hace que, en los hechos, funcionen cada vez más como un impuesto. Su característica fundamental, además del efecto desaliento al funcionar como una leva medieval, es su complejidad administrativa y burocrática dado que al ser instrumentado desde los municipios, su reglamentación y la aplicación de criterios es tan o más anárquica que el impuesto a los ingresos brutos provincial. Ambos impuestos, además, se superponen con el IVA nacional y como deprimen los márgenes de rentabilidad, funcionan como “detractores” de la recaudación del impuesto a las ganancias. Así se pueden mencionar:

\**Tasa General de Inmueble (TGI)*: Lo cobra el Municipio por la prestación de los servicios de asistencia pública: alumbrado, barrido, riego, recolección de residuos, arreglo de calles, conservación de plazas y paseos, red vial municipal, desagües, alcantarillas y obras públicas. Son contribuyentes de esta tasa los propietarios de bienes inmuebles o poseedores a título de dueño y su base imponible está determinada por el valor catastral de los mismos. Para cada propiedad, el monto a abonar en concepto de TGI surge de multiplicar la valuación fiscal del inmueble por la alícuota que le corresponda en función del radio donde se localice. Valuación Fiscal: es el valor económico asignado a un inmueble mediante una metodología de valuación masiva. En el Municipio de Rosario, el Código Tributario y la Ordenanza Impositiva establecen dicha metodología. Su principal objetivo es proporcionar la base de cálculo de la Tasa General de Inmuebles.

\**Contribución de Mejoras*: Lo deben pagar quienes obtengan beneficios en los bienes de su propiedad, derivados directa o indirectamente de la realización de obras o servicios públicos determinados. La normativa contempla el cobro de contribución de mejoras por obras de pavimento y gas.

Y la lista puede ser larga, pero no es objeto de este trabajo. Sí resaltar la incidencia en la estructura de costos y margen de rentabilidad de las entidades bajo análisis. A título informativo se detallan otros tributos<sup>39</sup>:

\**Derecho de acceso a diversiones y espectáculos públicos*

\**ETuR (Ente Turístico Rosario)*

\**Derecho de abasto, matadero e inspección veterinaria*

\**Derecho de ocupación del dominio público*

\**Permiso de uso*

\**Derecho de fiscalización sobre concesionarios de servicios públicos*

<sup>39</sup> Portal Municipalidad de la Ciudad de Rosario. Sección Información. Tributos.  
[http://www.rosario.gov.ar/sitio/informacion\\_municipal/que\\_es\\_tributos.jsp#01](http://www.rosario.gov.ar/sitio/informacion_municipal/que_es_tributos.jsp#01)

- \*Derecho de contralor e inspección sobre obras públicas
- \*Tasa de contraste, contralor e inspección de medidores de energía eléctrica y de gas
- \*Tasa por servicios técnicos de revisión de planos e inspección de obras
- \*Tasa por habilitación y control de antenas
- \*Derechos publicitarios
- \*Tasa retributiva de servicios
- \*Tasas de actuación administrativa
- \*Derecho de Cementerios

*Nota: En las reuniones mantenidas con los directivos de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Ciudad de Rosario (Dr. Eduardo Jaikin-Presiente- y Contadora Adriana Travesaro-Gerente), se nos informa de un **sistema de compensación** celebrado con la Municipalidad de Rosario, por el cual se pueden realizar compensaciones de los servicios contratados por el fisco local con estas instituciones de salud, y las tasas que éstas últimas deben depositar conforme al Código Tributario Municipal. Se pudo constar su vigencia (y aplicación práctica), pero sin acceso al documento firmado por ambas partes. Implícitamente este acuerdo tiene una lógica incidencia financiera más que económica (rentabilidad) en las instituciones del sector.*

## 2.2.4. En Cifras: Los impuestos que se deben pagar en Argentina para producir atención médica.

La lista de impuestos que las instituciones de salud privadas tienen que pagar, directa o indirectamente, para producir atención médica es excesivamente larga. Hay impuestos de todo tipo (todo lo visto en detalle en capítulos anteriores), colocados por los sectores público nacional, provincial y municipal, de forma superpuesta, que gravan los mismos hechos imponible pero con distintas normas y definiciones de materia gravada, hecho y base imponible, con diferentes y extremadamente complejos sistemas de percepción y retenciones, etc., todo lo cual torna a la acción de pagar impuesto –paradójicamente– en una actividad en sí misma. La lista de impuestos que de una u otra forma afectan al sector salud son:

Nacionales	Provinciales y Municipales
1. IVA	20. Ingresos brutos
2. Impuesto a las ganancias	21. Sellos
3. Impuestos al trabajo (aportes personales y contribuciones patronales)	22. Tasas de comercio e industria
4. Impuestos a las bebidas no alcohólicas y aguas minerales	23. Tasa de publicidad
5. Impuesto a los débitos y créditos bancarios	
6. Impuestos a los automotores y motores gasoleros mayores a \$170.000	
7. Impuesto a los productos electrónicos	
8. Impuesto sobre las primas de seguros	
9. Impuestos sobre la telefonía celular	
10. Impuesto sobre los combustibles líquidos	
11. Impuesto sobre el gas natural comprimido	
12. Impuesto sobre el gasoil y el gas licuado para uso automotor	
13. Impuesto sobre las naftas y gas natural para GNC	
14. Recargo sobre el gas natural y el gas licuado de petróleo	
15. Impuesto para el Fondo Nacional de Energía Eléctrica	
16. Impuesto Fondo Provincia de Santa Cruz	
17. Impuesto a los pasajes aéreos al exterior	
18. Aranceles a la importación de bienes de capital, insumos médicos y vestimenta	
19. SADAIC	



El listado no deja lugar a dudas de que los impuestos que paga el sector salud son muchos. Algunos no son percibidos por el administrador de la clínica porque lo coloca algún proveedor en la cadena de valor y llega a la clínica incorporado en el precio, como es el caso de los impuestos que se aplican sobre los combustibles, los automotores y la energía eléctrica; otros tienen que ser aplicados, retenidos y percibidos por el área administrativo-contable de las instituciones. Se puede concluir que prácticamente, no hay acción dentro la actividad médica que no esté gravada por un impuesto. Al comprar tecnología médica, hay que pagar los sobrepuestos que provocan los aranceles a la importación y los impuestos sobre los bienes electrónicos. Al contratar trabajadores en relación de dependencia, hay que pagar los impuestos al trabajo; al operar las ambulancias o los motores de las clínicas, se activan los impuestos sobre los automotores, la nafta, el gasoil y el GNC; generar o comprar electricidad implica pagar el impuesto a la energía eléctrica y el fondo de Santa Cruz (no hay que olvidar que las instituciones médicas son consumidores mayoristas de electricidad); tener pacientes internados implica haber pagado aranceles a la importación al comprar el mobiliario y las prendas, impuestos internos sobre las bebidas y SADAIC sobre los televisores de las habitaciones; los insumos médicos y los medicamentos reflejan los sobrecostos de los aranceles a la importación; dar teléfonos celulares a los médicos, fundamental para las guardias, implica pagar el impuesto sobre la telefonía celular. A esto hay que sumar que el área de administración de la institución ha estado pagando impuestos a los débitos y créditos por cada transacción de dinero que realizó por el cobro de una prestación médica o por el pago a algún proveedor o al personal. Ha pagado también impuesto a los sellos por los contratos con los financiadores, a los seguros, a la publicidad, y la lista puede prolongarse *ad infinitum*. Evidentemente el proceso productivo de la atención médica está fuertemente influido por los sobrecostos que provocan los impuestos. Como agravante, después de pagar todos estos impuestos en el momento en que se está atendiendo al paciente, una vez que los prestadores cobran los servicios de atención médica brindada, recaen los impuestos sobre los ingresos brutos, las tasas municipales y el hecho de que como no se puede trasladar el IVA a las obras sociales –porque están exentas– y sólo se puede trasladar parcialmente a las empresas de medicina prepaga –porque están gravadas sólo con la mitad de la alícuota–, el IVA se convierte en un impuesto más y de esta forma los márgenes de ganancias quedan reducidos a niveles muy exigüos que termina ocasionando que la recaudación del impuesto a las ganancias sea ridículamente baja, aun cuando la alícuota es muy alta (35% para las sociedades), pero la suma de impuestos que pagaron las clínicas y sanatorios, los laboratorios y las instituciones de diagnóstico y los consumidores sea muy elevada. Los impuestos generan menor producción y mayor precio.

Para ilustrar cómo los impuestos aplicados sobre el proceso productivo encarecen innecesariamente los servicios de atención médica sirve un ejercicio numérico. La estructura de costos de una clínica o sanatorio privado, antes de impuestos, tiene aproximadamente la estructura que se presenta en el Cuadro 1. Allí se clasifican los grandes rubros de costos en términos de recursos humanos (63,6%), insumos médicos (25,2%), insumos no médicos (6,9%), servicios (1,1%) e inversiones en equipamiento (3,2%). Para cada uno de estos grandes componentes de costos se realiza una apertura por ítems con sus respectivas ponderaciones dentro de la estructura de costos. El paso siguiente es calcular el impacto directo de los impuestos que se aplican durante el proceso productivo sobre cada ítem de costo. A modo de ejemplo, los impuestos al trabajo se aplican sobre el costo en recursos humanos en relación de dependencia, el impuesto al cheque sobre las compras

de insumos, el impuesto a las importaciones sobre la compra de maquinaria, etc., hasta llegar a aproximar el total de impuestos pagado antes de que se genere la ganancia (y haya que pagar el impuesto a las ganancias). El cálculo que surge es el que se presenta a continuación:

<b>Estructura de Costos</b>	
<b>I. Recursos humanos</b>	<b>62,70%</b>
Remuneraciones (Planta Permanente)	38,10%
Honorario médico de guardia	12,30%
Honorario médico por consulta	12,30%
<b>II. Insumos médicos</b>	<b>22,80%</b>
Imágenes	2,40%
Reactivos de laboratorio	3,00%
Medicamentos y descartables	17,40%
<b>III. Insumos no médicos</b>	<b>10,60%</b>
Alimentación	5,60%
Lavandería y servicios generales	3,00%
Residuos patogénicos	0,70%
Oxígeno líquido	1,30%
<b>IV. Servicios</b>	<b>1,10%</b>
Energía eléctrica	0,80%
Gas	0,30%
<b>V. Inversiones</b>	<b>2,90%</b>
Por Cada \$1.000 de costo de Producir atención médica	\$ 1.000
Se estima una rentabilidad del 23%	\$ 230
El precio antes de impuestos sería:	\$ 1.230

Fuente: ADECRA en base a encuestas a Instituciones

<b>Impuestos Directos en el Proceso Productivo</b>	
Impuestos al trabajo	\$ 188,49
Ingresos brutos	\$ 12,65
Tasas municipales	\$ 13,80
Impuestos a la importación	\$ 12,08
Impuestos internos	\$ 8,27
Impuesto al cheque	\$ 7,65
IVA crédito fiscal	\$ 83,45
<b>Total de impuestos directos (1)</b>	<b>\$ 326,39</b>
<b>PRECIO DESPUÉS DE IMPUESTOS</b>	<b>\$ 1.556,39</b>
Porcentaje del Precio que contiene impuesto al proceso productivo:	27%
<b>Impuesto a las ganancias (35% de la rentabilidad) (2)</b>	<b>\$ 80,50</b>
<b>TOT AL IMPUESTO S PAGADOS (1 + 2)</b>	<b>\$ 406,89</b>

Fuente: ADECRA en base a encuestas a Instituciones

Por cada \$1.000 de costo para producir atención médica, asumiendo un margen de rentabilidad antes de impuestos de 23%, surge que el precio que se debería colocar a los servicios médicos sería de \$1.230. Cuando se computan los impuestos que el Estado aplica al proceso productivo de una clínica o sanatorio surge que los impuestos (antes del impuesto a las ganancias) suman – conservadoramente calculado– \$326,29, es decir, un 27% del precio de venta lo conforman los impuestos al proceso productivo. En otras palabras, los impuestos sobre el proceso productivo encarecen los servicios médicos, como mínimo, en un 27%.

---

## Capítulo Tercero. Aportes. Conclusiones.

### Aportes.

De cada uno de los capítulos tratados en el presente trabajo se puede obtener una conclusión diferente.

1) La Constitución Nacional consagra en su Artículo 16 el derecho de igualdad. La doctrina en materia tributaria interpreta que este principio tiene vigencia cuando se dan igualdad de circunstancias. Por lo tanto, se pueden establecer diferentes categorías, siendo el trato igualitario dentro de la misma categoría, pero pudiendo dispensarse diferentes tratamientos en desigualdad de circunstancias o de categorías.

El derecho a la salud, es un servicio básico que debe brindar todo estado de derecho. Este derecho, al igual que otros derechos constitucionales, ya sea que estén contemplados en la Constitución Nacional o en los Tratados Internacionales a los que ha adherido el país, tienden a garantizar la integridad física, moral y espiritual de la persona.

En referencia al tratamiento tributario del derecho a la salud, en la ley de IVA se aplica un tratamiento diferenciado según si una persona se encuentra afiliada en forma obligatoria a una obra social sindical (afiliado obligatorio), o si es afiliado en forma voluntaria tanto a estas OS como a una empresa privada de medicina prepaga (afiliado voluntario), siendo más costosa la cuota que deben abonar los afiliados voluntarios ya que las cuotas y coseguros abonados por ellos para obtener una prestación médica se encuentra gravada a una alícuota diferencial en el IVA (50% de la alícuota general). Por lo tanto, 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. Este trato diferenciado se realiza en perjuicio de aquellos trabajadores autónomos adheridos al monotributo no obligados a realizar aportes al SUSS, de los rentistas y de los profesionales que no cuentan con una cobertura de salud brindada por sus Consejos o Colegios Profesionales.

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

2) Desde la sanción de la normativa que permite la libre elección de OS por parte de aquellos afiliados obligatorios, han comenzado a incrementarse los contratos de prestación de servicios celebrados entre las obras sociales sindicales y las empresas privadas de medicina prepaga. Por medio de estos contratos, las obras sociales transfieren los aportes y contribuciones correspondientes a sus afiliados a una prepaga privada a efectos de que esta última sea la responsable de brindar a sus afiliados una cobertura de salud. En muchas oportunidades, el monto transferido no es suficiente para cubrir el costo de la cuota establecido por la prepaga para brindar cobertura al afiliado y a su grupo familiar, debiendo el titular (o su empleador) abonar la diferencia. En este caso el servicio que brinda la prepaga se encuentra derivado por la OS, siendo un coseguro el monto que abona el afiliado para adherirse a un plan de cobertura superior. Por lo tanto, en virtud de lo establecido en el segundo y en el cuarto párrafo del punto 7), inciso h) del artículo 7º de la ley, y en el artículo 31 del decreto reglamentario de la ley de IVA, ese importe adicional se encuentra exento en el IVA.

3) Sería conveniente modificar el sistema de facturación de las prestaciones médicas por parte de las clínicas y sanatorios, a efectos de no generar un ingreso por las prestaciones a una obra social en el momento en que se finaliza la prestación del servicio.

Los pagos correspondientes a las facturas que emiten los prestadores médicos a las OS se encuentran sujetos a numerosos retrasos, en muchos casos arbitrarios. Las OS aplican débitos a estas facturas, por lo tanto, se desconoce el monto que se va a cobrar de las mismas hasta el momento de aprobación de la liquidación o hasta el momento de la emisión de la orden de pago y recepción de los valores correspondientes. Si bien el prestador tiene un derecho legítimo de cobro, el mismo no es mensurable debido a estos condicionamientos que opone la OS. Considerando esta realidad, se propone que el devengamiento de la prestación se produzca cuando la OS conforme en forma definitiva un instrumento denominado “minuta de prestaciones” confeccionado como un paso previo a la emisión de la factura. De esta forma, los prestadores tienen un derecho cierto y cuentan con la posibilidad de realizar una titularización de sus facturas de cobro vía un fideicomiso, o las pueden ceder a terceros en un intercambio a efectos de agilizar el movimiento financiero de la economía (que era uno de los objetivos de la frustrada factura de crédito).

4) El Impuesto de Sellos es un tributo pocas veces considerado en los contratos que se celebran entre dos personas cuando en los mismos no actúa un agente de retención, como por ejemplo escribanos. Es un tributo que presenta un importante grado de evasión cuando recae en las partes la obligación de abonar el mismo. Sin embargo, los ajustes que puede efectuar el fisco representan sumas cuantiosas para las finanzas de cualquier empresa privada de salud que haya suscripto convenios de prestación de servicios tanto con sus clientes (por ejemplo las OS, las ART y las empresas de medicina prepaga), como con los prestadores de los servicios centrales (por ejemplo los servicios de rayos y el servicio de laboratorio).

El ejercicio numérico visto en página 58 también permite mostrar dos fenómenos que no parecen estar entrelazados, pero están estrechamente vinculados. La alta recaudación de impuestos sobre el proceso de producción ocasiona que la recaudación del impuesto a las ganancias sea baja. Intuitivamente esto se explica porque los impuestos sobre el proceso productivo encarecen el producto, lo que redundará en menor producción y menos ventas, esto se traduce en menor rentabilidad y esto en menor impuesto a las ganancias. A su vez, como la producción y las ventas de las clínicas son menores a raíz de los impuestos sobre el proceso de producción, demandan menos empleo y menos insumos, lo que trasunta en un menor nivel de recaudación de impuestos a las ganancias entre los profesionales y los productores de insumos del sector salud. En suma, más impuestos sobre el proceso productivo tienden a minimizar la producción, lo que trasunta en menor recaudación de impuestos a las ganancias. El Estado cobra en el proceso de producción muchos más impuestos que los que cobra por impuestos a las ganancias.

El cambio productivista se produce transformando y/o eliminando –cuando corresponda– los impuestos sobre el proceso productivo. De esta forma, las empresas maximizan la producción, con ello, se produce una mayor recaudación del impuesto a las ganancias. Esta es la experiencia de los países desarrollados con su fuerte énfasis en los impuestos neutrales (IVA y ganancias). Estas experiencias enseñan que la “fórmula del éxito” no va por el camino de multiplicar los impuestos sobre el proceso productivo, sino eliminar estos impuestos para que las empresas maximicen la producción y las ventas de servicios médicos, lo que se traduce en que los márgenes de ganancias

son los máximos posibles y por lo tanto la recaudación del impuesto a las ganancias se maximiza. Puesto en términos muy esquemático, que la estructura impositiva no interceda en el proceso de producción y tener sólo dos impuestos: IVA e impuesto a las ganancias.

En términos concretos, esto implica para el caso argentino:

*a-Utilizar los créditos fiscales de IVA no computables para el pago de contribuciones de la Seguridad Social.* De esta forma, las instituciones pueden recuperar los \$83.45 por cada \$1.000 de créditos fiscales de IVA que se acumulan en los costos de los prestadores por la exención otorgada a los financiadores.

*b- Plantear un mecanismo de recupero de los créditos fiscales que acumulen las instituciones privadas de salud, similar al procedimiento previsto para los Reintegros de IVA Exportación<sup>40</sup>.* Esto le permitiría liberar capital de trabajo inmovilizado (efecto financiero en la caja).

*c- Eliminar el impuesto a los ingresos brutos y las tasas municipales y aumentar la coparticipación del IVA a provincias y municipios para compensar por la eliminación de sus impuestos:* de esta forma se eliminaría de la estructura de costos de los prestadores médicos los \$12,65 de ingresos brutos y \$13,80 de tasas municipales por cada \$1.000 de costo.

*e-Eliminar los impuestos internos y el impuesto al cheque:* Lo que eliminaría los \$8,27 y los \$7,65 por cada \$1.000 de impuestos internos e impuestos al cheque.

*f-Reemplazar los impuestos al trabajo por el impuesto a las ganancias personales preservando el mismo nivel de salario de bolsillo:* con este cambio, el peso de las cargas sociales (\$188,49 por cada \$1.000) se atenúa gracias a que la estructura impositiva se hace mucho más progresiva; los impuestos al trabajo establecen una alícuota fija (27% para ANSES), independientemente del nivel de salario, cuando el impuesto a las ganancias plantea mínimo no imponible (se paga a partir de \$4.800 para trabajador soltero y \$6.660 para el trabajador casado con dos hijos) y alícuotas progresivas a tasas crecientes sobre el margen (9%, 14%, 19%, 23%, 27%, 31% y 35% del ingreso). Este sólo cambio implicaría una reducción sustancial en la presión impositiva sobre la producción (lo que se traduciría en una importante expansión en la contratación de recursos humanos) y una mayor progresividad en el pago de los impuestos, con un efecto mucho más redistributivo a favor de las personas de menores niveles de ingresos, por parte de la estructura tributaria.

Con este cambio estructural, los impuestos sobre el proceso productivo tenderán a desaparecer, la producción y las ventas a crecer, con más y mejores servicios se incrementan los márgenes de rentabilidad y con mayores márgenes aumenta la potencialidad de cobrar muchos más recursos públicos en concepto de IVA e impuesto a las ganancias. El incremento de estos dos impuestos, en un mercado más ampliado por la desaparición de los impuestos sobre el proceso productivo, más que compensan la eliminación de los impuestos distorsivos.

Se trata de un cambio con sentido estratégico: eliminar impuestos distorsivos para maximizar la producción y así maximizar la recaudación de impuestos vía el IVA y el impuesto a las ganancias. Pero la intención no es mostrar lo imposible sino la senda en la que el país podría ubicarse para lograr el desarrollo económico y social. Estas reflexiones, contextualizadas en el sector médico prestador, no muestran sólo el problema de un sector (como sería el sufrimiento de la irracional carga impositiva sobre la producción de atención médica) sino que, utilizando ejemplificativamente al sector salud, procuran ilustrar cómo la irracional estructura impositiva argentina –que prioriza la

---

<sup>40</sup> Portal Administración Federal de Ingresos Públicos. Biblioteca. Recupero del Impuesto al Valor Agregado por Exportaciones. <http://www.afip.gov.ar/genericos/documentos/RecuperoImpuestoValorAgregadoExportaciones.pdf>



---

ineficiencia de cobrar impuestos cuando se está produciendo, en lugar de cobrarlos cuando se obtiene la ganancia-, está hundiendo las bases productivas del país. Cabe llamar a la reflexión y discusión política profunda, para lograr crear un Estado argentino que produzca y brinde bienes y servicios públicos de alta calidad, tenga un efectivo y reconocido rol redistribuidor de los ingresos, y utilice inteligentemente las imposiciones para generar conductas deseadas. Todo ello sin cobrar impuestos distorsivos, que –en lugar de colaborar dando un servicio a los ciudadanos y a la Nación- está sumiendo a la estructura productiva y su gente, en la sumisión, la decadencia y el subdesarrollo nacional.

## Conclusiones

Desde Enero de 1999, momento a partir del cual se incorporaron éstas actividades al objeto del impuesto a los ingresos brutos provincia de Santa Fe y Derecho Registro e Inspección en la ciudad de Rosario, se generó y profundizó inevitablemente un encarecimiento de las prestaciones en el ámbito privado, siendo los principales receptores de ese incremento el usuario por el alza de costos de ambos sistemas. De esta forma, se sumaron al ya deficitario sistema público de salud, numerosos sujetos que en ese momento, ante el marcado encarecimiento del servicio privado, no pudieron hacer frente al incremento de los “costos de mantenimiento de su salud”.

Deben buscarse mecanismos que permitan reducir la presión tributaria sobre el área de los servicios médicos privados de manera tal que se contemple la realidad económica de su capacidad contributiva. Permitiendo mitigar principalmente el déficit financiero que le generan las distorsiones explicadas en todo el trabajo. Así mismo le permitiría reducir el monto de intereses que deben afrontar (y por correlato, mejorar su rentabilidad) por el hecho de recurrir sistemáticamente a planes de pago para regularizar sus deudas con los Fiscos<sup>41</sup> (Nacional, Provincial y Municipal).

Pueden pensarse que las instituciones de medicina privada pueden y deberían aplicar herramientas de gestión (utilizando siempre como base de idea el lucro) cómo por ejemplo benchmarking, curvas de aprendizaje, mejora continua por sólo mencionar algunas, que le permitan adaptarse a los vaivenes de mercado o al contexto macroeconómico del país y redefinir en forma constante su estrategia global y de mercado. Pero de todas maneras hay factores como la carga impositiva que son variables incontrolables y están inmersas en una política mayor que es la del Estado, como órgano rector (conforme establece el preámbulo de nuestra constitución) de promover el bienestar general.

En consecuencia, sería de vital importancia que, al momento de sancionar normas relacionadas con el tratamiento tributario<sup>42</sup> de este tipo de prestaciones, nuestros legisladores contemplen el efecto que las mismas causarían en el sistema sanitario en su totalidad y la especial importancia que los servicios de asistencia sanitaria médica y paramédica tienen para los seres humanos, dado que de éstos servicios dependemos para vivir en estado de salud.

---

<sup>41</sup> Ver Anexo 3. Prórroga Ley Emergencia Económica.

<sup>42</sup> Ver Anexo 4. Ley de Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga

## Anexos

**Anexo 1:** Proyecto de Modificación al Código Fiscal de la Provincia de Santa Fe. Correspondiente a los Impuestos de Sellos, Inmobiliario e Ingresos Brutos. Tratamiento a Dispensar a los servicios de asistencia médica (sanatorios, clínicas y hospitales privados). Elaborado por la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de Rosario.

El proyecto busca adecuar la presión tributaria sobre el área de los servicios médicos de manera tal que se contemple la realidad económica de su capacidad contributiva.

### Impuesto sobre los Ingresos Brutos

**-Incorporar al inciso b) del art. 7 de la ley impositiva anual:** “Establecese una **alícuota diferencial del 1,5%** para todas las actividades médicas asistenciales, prestadas por establecimientos con y sin internación sobre los ingresos percibidos que no gocen de exenciones o tratamientos preferenciales. Los mencionados deberán conformar una empresa médica integrada con personal bajo relación de dependencia, cuerpo médico y disponer de infraestructura tecnológica y aparatología para la atención de pacientes. Establécese así mismo **la alícuota diferencial del 1%** para la provisión de medicamentos y descartables, utilizados para dichas actividades médicas asistenciales en los centros anteriormente citados.”

**-Incorporar a continuación del art. 124-hecho Imponible- el siguiente artículo:** “No se consideraran encuadradas dentro de los artículos 123 y 124 del Código Fiscal a las Uniones Transitorias de Empresas, Agrupaciones de Colaboración Empresaria y/o cualquier otro tipo de contrato de colaboración, que se creen con motivo de operatorios de entidades médico-asistenciales con Obras Sociales o sistemas prepagos, cuando su verdadera actividad no sea la prestación o la reventa de servicios sino una suerte de mandato con representación donde las entidades (U.T.E., etc.) revelen en todo momento la identidad de sus mandantes y ejecutores reales de las prestaciones comprometidas....”

**-Sustituir el párrafo Tercero del art. 134-determinación del gravamen- por el siguiente:** “El Valor o Monto total referido en el párrafo anterior, será el que resulte de las facturas o documentos equivalentes extendidos por los contribuyentes o responsables obligados al ingreso del impuesto, neto de descuentos y similares efectuados de acuerdo con las costumbres de plaza. También quedan incluidos los débitos formulados por las obras sociales ya sea que se instrumenten mediante notas de crédito de los prestadores o en las planillas de liquidación de la sobras sociales.”

**-Incorporar como inciso j) del artículo 135-imputación al período fiscal:-** “j)- En el caso de actividades médico-asistenciales prestadas por establecimientos con y sin internación, desde el momento de la percepción total o parcial”.

**-Incorporar como inciso g) del artículo 138-ingresos brutos no computables:-** “g)-Los servicios facturados por cuenta y orden de terceros en el caso de las entidades médico-asistenciales y en la medida en que no se incorporen a sus patrimonios”.

### Impuesto de Sellos

**-Incorporar como inciso 46 del artículo 183-exenciones:** “46)-Los actos y contratos que formalicen los prestadores de servicios médico-asistenciales, con obras sociales, Sistemas de medicina prepaga y con otros profesionales de la medicina”.

**Anexo 2:** Alícuotas Ingresos Brutos vigentes en diferentes Jurisdicciones

## Alicuotas Vigentes Impuesto sobre Ingresos Brutos en Jurisdicciones de Argentina

Jurisdicción	Período Fiscal	Alicuota	Servicios	Observaciones
Santa Fé	2011/2012	3,50%	Servicios Médicos y Odontológicos	
		3,80%	Servicios Médicos y Odontológicos	Ingresos Brutos > o = \$30.000.000
		4,20%	Servicios Médicos y Odontológicos	Ingresos Brutos > o = \$40.000.000
Buenos Aires	2012	3,50%	Servicio Atención Médica	Durante ejercicio 2010, la determinación del impuesto se efectuaba sobre la base de los ingresos Brutos Percibidos en el mismo.
			Servicios Odontológicos	
			Servicios de Diagnóstico Brindados por Bioquímicos	
		Servicios relacionados con la Salud Humana NCP		
1,50%	Internación, Diagnóstico, Tratamiento y Emergencia y Traslado			
Ciudad Autónoma Buenos Aires	2012	1,10%	Servicios Hospitalarios	
			Servicio Atención Médica	
			Servicios Odontológicos	
			Servicios de Diagnóstico	
			Servicios de Tratamiento	
			Servicios de Emergencia y Traslado	
			Servicios relacionados con la Salud Humana NCP	
Mendoza	2011	3,50%	Servicio Asistencia Médica/Odonológica (sanatorios, clínicas, etc)	
		3%	Médico/Odontólogo	
Misiones	2010/2011	2,50%	Servicios Sociales y de Salud	
Neuquén	2011	3%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Río Negro	2011/2012	3%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Salta	2012	2%	Servicios Médicos y Odontológicos	Se redujo del 3% al 2%
San Juan	2011/2012	3%	Servicios Médicos y Odontológicos	
San Luis	2011/2012	3,50%	Servicios de Asistencia Médica y Odonológica Prestada por Sanatorios, clínicas, etc.	
			Servicios de Asistencia Prestada por Médicos, Odontólogos y otras especialidades Médicas.	
Córdoba	2012	2%	Servicios Médicos y Odontológicos	Se deducirán de los Ingresos Brutos Imponibles en la actividad prestación de servicios asistenciales privados (clínicas, sanatorios u otros prestadores del servicio de salud- el importe de los ingresos gravados que la sobras sociales creadas y/o reconocidas por normas legales nacionales y/o provinciales, colegios y/o consejos profesionales descuenten en oportunidad de la rendición y/o liquidación de las referidas prestaciones.
		1,40%	Ingresos no Superiores a \$600.000	De producirse el recupero total o parcial del monto deducido, corresponderá adicionarlo a la base imponible del mes en que se perciba.
Corrientes	2010/2011	2,50%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Chaco	2010/2011	3%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Chubut	2011	3%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Entre Ríos	2010/2011	3,50%	Servicios Médicos y Odontológicos	La comercialización de Bienes y Servicios para la atención de la salud por el sistema de obras Sociales tributan por el método de lo percibido.
Formosa	2011	3%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Jujuy	2010/2011	2,50%	Servicios Médicos y Odontológicos	
La Pampa	2011	2,50%	Servicios Médicos y Odontológicos	
La Rioja	2011	2,50%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Santiago del Estero	2011/2012	3%	Servicios Médicos y Odontológicos	
Tierra del Fuego	2011/2012	3%	Servicios Sociales y de Salud	
Tucumán	2011/2012	2,50%	Servicios Sociales y de Salud	
			Servicios Sociales y de Salud	
			Servicios de Internación	
			Servicios de Hospital de Día	
			Servicios Hospitalarios NCP	
			Servicios de Atención Ambulatoria	
			Servicios de Atención Domiciliaria Programada	
			Servicios Odontológicos	
			Servicios de Diagnóstico	
			Servicios de Tratamiento	
Servicios de Emergencia y Traslado				
Servicios relacionados con la Salud Humana NCP				

**Anexo 3<sup>43</sup>:** Prórroga Ley de Emergencia Sanitaria: Por décimo año consecutivo el Poder Ejecutivo Nacional ha aprobado la vigencia de la Ley de Emergencia Sanitaria Nacional. La misma fue

<sup>43</sup> Decreto N° 2724/2002. Emergencia Sanitaria-Medicamentos. Boletín Oficial 09-01-2003.  
[http://biblioteca.afip.gov.ar/gateway.dll/Normas/DecretosNacionales/dec\\_c\\_002724\\_2002\\_12\\_31.xml](http://biblioteca.afip.gov.ar/gateway.dll/Normas/DecretosNacionales/dec_c_002724_2002_12_31.xml)

prorrogada hasta el 31 de diciembre del 2013 por medio de la Ley N° 26729 (B.O. 28/12/2011).  
ARTICULO 3° – *Prorrógase hasta el 31 de diciembre de 2007 el estado de emergencia sanitaria nacional dispuesto por el Decreto N° 486 del 12 de marzo de 2002, sus disposiciones complementarias y modificatorias, en los términos de la Ley N° 26.077.*

*Referencia Normativa: Decreto N° 486/2002 Artículo N° 24*

*Art. 8° - Suspéndense por el término de CIENTO OCHENTA (180) días corridos, contados a partir de la entrada en vigencia del presente, las ejecuciones forzadas de los créditos que el Estado Nacional, sus entes centralizados o descentralizados o autárquicos, las empresas estatales o mixtas, cualquier entidad en la que el Estado Nacional posea el control del capital o de la toma de decisiones y los entes públicos no estatales, posean contra los prestadores médico asistenciales en internación, públicos o privados.*

*Art. 9° - Instrúyese a la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS, organismo autárquico en el ámbito del MINISTERIO DE ECONOMIA a que dentro del plazo indicado en el inciso anterior establezca - en los términos del artículo 32 de la Ley N° 11.683, T.O. 1998 y sus modificaciones - prórrogas y planes especiales de facilidades de pago de los tributos, sus intereses y multas, adeudados por los sujetos indicados en dicho inciso, teniendo especialmente en cuenta al momento de fijar los plazos a acordar así como el interés de financiamiento, la situación de emergencia que por el presente Decreto se prorroga. A tales fines los sujetos que pretendan acogerse a estos beneficios deberán contar con el certificado de inscripción del Registro Nacional de Prestadores Sanatoriales que emite la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dependiente del MINISTERIO DE SALUD.*

**Anexo 4:** Se aprobó la Ley de Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga <sup>44</sup>

*Objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las Empresas de Medicina Prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes 23.660 y 23.661. Quedan excluidas las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones; y obras sociales sindicales.

*Definición.* A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

*Autoridad de aplicación.* Es Autoridad de Aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.

*Objetos y funciones de la Autoridad de Aplicación:*

- Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios;
- Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el

---

<sup>44</sup> Portal Noticias del Congreso Nacional. Artículo Conozca la Ley de Medicina Prepaga. Publicado el 04-05-2011.  
<http://www.ncn.com.ar/notas/10883-conozca-la-ley-de-medicina-prepaga.html>

---

Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;

- Fiscalizar el cumplimiento de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto;
- Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);
- Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren las Empresas de Medicina Prepaga y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes;
- Autorizar y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones;
- Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente.
- Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a las entidades privadas informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la Ley 19.550.

*Obligaciones.* El artículo 7 se refiere a las obligaciones sobre las prestaciones médicas que deben cumplir las Empresas de Medicina Privada, las cuales deben cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad prevista en la Ley 24.901 y sus modificatorias.

Las empresas sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

- Servicios odontológicos exclusivamente;
- Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;
- Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente y todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por el organismo de control.

En todos los planes de cobertura médico-asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

*Modelos.* En los contratos, las empresas sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.

*Rescisión.* Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta días de anticipación. Las Empresas de Medicina Privada sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, las prestadoras del servicio médico deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez días.

*Carencias y Declaración Jurada.* Los contratos entre las empresas y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el

Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

*Admisión Adversa.* La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

*Personas mayores de 65 Años.* En el caso de las personas mayores de 65 años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios. A los usuarios mayores a 65 años que tengan una antigüedad mayor a diez años en una de las Empresas de Medicina Privada, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

*Fallecimiento del titular.* El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su Grupo familiar integrantes del contrato.

*Cobertura del Grupo Familiar.* Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los 21 años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de 21 años y hasta los 25 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 21 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.

También gozará del mismo derecho la persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

*Contratación Corporativa.* El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con una de las Empresas de Medicina Privada tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de la prepaga, si lo solicita en el plazo de sesenta días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. La empresa prepaga debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta días.

*Contratos Vigentes.* La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes.

*Cuotas de Planes.* La Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Las Empresas de Medicina Prepaga pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

*Aranceles.* La Autoridad de Aplicación debe fijar los aranceles mínimos obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores públicos y privados. La falta de cumplimiento de aranceles



o la mora en el pago a los prestadores hace pasibles a las Empresas de Medicina Prepaga de las sanciones previstas en el artículo 24 de la presente.

*Modelos de Contrato.* Los modelos de contratos entre las Empresas de Medicina Prepaga y los prestadores deben adecuarse a los modelos que establezca la Autoridad de Aplicación.

*Hospitales Públicos.* Aunque no mediare convenio previo, las prestadoras de salud deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud.

Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación. Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres días para su validación posterior. En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector, puede requerirse la intervención de la Autoridad de Aplicación.

---

## **Bibliografía**

- \*Las empresas de medicina privada en el sector salud: la cuestión de la articulación intrasectorial desde la perspectiva de la desregulación total del sistema. Maitena Fidalgo, Licenciada en Trabajo Social.
- \*Ricardo Fenochietto. Suplemento Novedades Fiscales Diario Ámbito Financiero - 28/09/2004.
- \*Jorge A. Carmona. La base Imponible en el Impuesto sobre los Ingresos Brutos y el IVA en las Instituciones Prestadoras de salud. Práctica y Actualidad Tributaria Errepar n° 495. Enero 2005.
- \*El Hospital en los Sistemas de Salud. Santiago Gerardo Spadafora. Marzo 2005.
- \*El Sistema de Salud en Argentina. Carlos H. Acuña\*& Mariana Chudnovsky. Documento 60. Marzo 2002.
- \*Caracterización del sector de la Medicina Prepaga en la República Argentina. La regulación de los seguros privados de atención médica. Diciembre 2005.
- \*Organización de la Atención Médica. Servicios de Salud y Niveles de Cuidado. Adolfo Rubinstein.
- \*El Sector Salud Argentino. Situación Actual y Opciones para mejorar su desempeño. Reporte n° 26144-AR. Julio 2003. Documento del Banco Mundial.
- \*La Supervivencia de las organizaciones de Salud. Temas Hospitalarios. Alicia Corinfeld. Directora de la Licenciatura en Administración de Servicios de Salud de UCES.
- \*El Prestador Privado de la Salud frente a la apertura de las negociaciones salariales. Informe Especial n° 2. ADECRA. Departamento de Investigaciones Económicas.
- \*Análisis crítico sobre la Metodología de Costos aplicada por la asociación de clínicas, sanatorios y hospitales privados de la ciudad de Rosario. Marisa Casari y Roberto Baldini. Noviembre 2011. Universidad Nacional de Rosario.
- \*Ley de Impuesto a las Ganancias 20.628. Texto Ordenado por Decreto 649/97 (B.O. 06/08/97).
- \*Ley de Impuesto al valor agregado, sustituido por el artículo 1° de la Ley n° 23.349 y sus modificaciones.
- \*Código Fiscal Ley 3.456 de la Provincia de Santa Fe.
- \*Código Tributario Municipal de la Ciudad de Rosario.
- \*El impuesto a la Ganancia Mínima Presunta establecido por el Título V de la Ley N° 25.063
- \*Ley n° 24674. Impuestos Internos.
- \*Ley 25413 denominada "ley de competitividad" creó el impuesto sobre los créditos y débitos bancarios, el cual comenzó a regir a partir del 3 de abril del 2001.
- \*Estudios Económicos Banco Ciudad de Buenos Aires. Economista Jefe Luciano Laspina. Agosto 2011.
- \*Resolución General N° 3270. Régimen Informativo de Cuotas de Medicina Prepaga.
- \*"Las empresas de medicina privada en el sector salud: la cuestión de la articulación intersectorial desde la perspectiva de la desregulación total del sistema". Autor: Maitena Fidalgo, Licenciada en Trabajo Social.