



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
**AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA**

**Dictamen firma conjunta**

**Número:** IF-2025-08577393-APN-DNI#MEC

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Viernes 24 de Enero de 2025

**Referencia:** Prestaciones de sistemas de medicina prepaga. Ley N° 23.660. Tratamiento en el IVA ante recientes cambios normativos.

---

**Dirección Nacional de Impuestos**

**I.-** Se solicita a esta Dirección Nacional evaluar el impacto que los recientes cambios normativos introducidos al régimen regulado por la Ley N° 23.660 y normas vinculadas podrían generar en el tratamiento en el Impuesto al Valor Agregado (IVA) de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica que brinden o contraten las entidades de medicina prepaga.

**II.-** A efectos de realizar el análisis solicitado, deben traerse a consideración, en primer lugar, aquellas disposiciones de la Ley de IVA y de su reglamentación que guardan relación con la consulta formulada (los destacados son propios).

Con ese fin, cabe recordar que por el punto 6 del inciso h) del primer párrafo del artículo 7° de la ley que regula el gravamen se encuentran exentos del impuesto “*Los servicios prestados por las **obras sociales** creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales, por instituciones, entidades y asociaciones comprendidas en los incisos f), g) y m) del artículo 20 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1986 y sus modificaciones<sup>[1]</sup>, por instituciones políticas sin fines de lucro y legalmente reconocidas, y por los colegios y consejos profesionales, cuando tales servicios se relacionen en forma directa con sus fines específicos*”.

Complementariamente, mediante el punto 7 del mismo inciso h) se eximen “*Los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica: a) de hospitalización en clínicas, sanatorios y establecimientos similares; b) las prestaciones accesorias de la hospitalización; c) los servicios prestados por los médicos en todas sus especialidades; d) los servicios prestados por los bioquímicos, odontólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.; e) los que presten los técnicos auxiliares de la medicina; f) todos los demás servicios relacionados con la asistencia, incluyendo el transporte de heridos y enfermos en ambulancias o vehículos*”.

especiales”.

De acuerdo con el segundo párrafo del último punto en comentario, **“La exención se limita exclusivamente a los importes que deban abonar a los prestadores los colegios y consejos profesionales, las cajas de previsión social para profesionales y las obras sociales, creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales así como todo pago directo que a título de coseguro o en caso de falta de servicios deban efectuar los beneficiarios”**.

Ahora bien, en el tercer párrafo, se dispone que **“La exención dispuesta precedentemente no será de aplicación en la medida en que los beneficiarios de la prestación no fueren matriculados o afiliados directos o integrantes de sus grupos familiares -en el caso de servicios organizados por los colegios y consejos profesionales y cajas de previsión social para profesionales- o sean adherentes voluntarios a las obras sociales, sujetos a un régimen similar a los sistemas de medicina prepaga, en cuyo caso será de aplicación el tratamiento dispuesto para estas últimas.”**

En cambio, **“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”** (cfr. último párrafo).

El alcance de estas franquicias se encuentra delimitado en los dos primeros párrafos del primer artículo sin número incorporado a continuación del artículo 7° de la ley del gravamen del siguiente modo:

**“Respecto de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica (...) -excepto (...) para los servicios brindados por las obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales a sus afiliados obligatorios y por los colegios y consejos profesionales y las cajas de previsión social para profesionales, a sus matriculados, afiliados directos y grupos familiares-, no serán de aplicación las exenciones previstas en el punto 6, del inciso h) del primer párrafo del artículo 7°, ni las dispuestas por otras leyes nacionales -generales, especiales o estatutarias-, decretos o cualquier otra norma de inferior jerarquía, que incluya taxativa o genéricamente al impuesto de esta ley, excepto las otorgadas en virtud de regímenes de promoción económica, tanto sectoriales como regionales y a las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones y aseguradoras de riesgo del trabajo.**

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

Tratándose de **“...servicios de asistencia sanitaria médica y paramédica a que se refiere el primer párrafo del punto 7, del inciso h), del artículo 7°, que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, que no resulten exentos conforme a lo dispuesto en dicha norma”**, la alícuota aplicable será la del 10,50% (cfme. inciso i) del cuarto párrafo del artículo 28 de la Ley de IVA).

**Es decir que, tratándose de prestaciones de este tipo brindadas o contratadas por sistemas de medicina prepaga, la operación estará gravada con el IVA a la mencionada alícuota diferencial inferior, a menos que se trate de servicios derivados por obras sociales, creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales, cuyos beneficiarios sean “adherentes obligatorios”, caso en el cual la prestación estará exenta, incluso respecto de los pagos directos que deban ser realizados por los beneficiarios a título de coseguro o por falta de servicios.**

En este aspecto, resulta esclarecedor traer a colación la siguiente situación analizada por la doctrina especializada en la materia (Adalberto R. Dalmasio, “Consultorio Tributario”. Errepar. DTE 296, pág. 1080): *“Una empresa de medicina privada que tiene celebrado contratos con obras sociales que le permiten captar afiliados a través de opciones de cambio, brindando las correspondientes prestaciones de salud. Respecto de los aportes a las obras sociales remiten mensualmente los fondos que le ingresan por aportes y contribuciones vía Administración Federal de Ingresos Públicos a la mencionada empresa de medicina privada deduciendo el importe correspondiente a sus comisiones.*

*Todos los afiliados poseen un plan de salud de la empresa de medicina privada, habiendo optado por tener un plan superior al que le corresponde por su aporte legal, con lo cual la citada empresa les factura un adicional directamente.*

*El interrogante es el siguiente: ¿dicho adicional está alcanzado por el impuesto al valor agregado, ya que lo factura la empresa de medicina privada?”.*

Al respecto, se entendió que *“...el mayor importe que abonen los afiliados obligatorios de las obras sociales con la finalidad de obtener un mejor plan, se encuentran exentos del impuesto al valor agregado. Ello sin perjuicio de que sea la empresa de medicina prepaga la que facture directamente a cada afiliado el correspondiente diferencial”* (cfr., en sentido coincidente, Rubén A. Marchevsky. “Impuesto al Valor Agregado. Análisis Integral”. 1° Edición. 2006. Ed. ERREPAR S.A. Pág. 896).

La reglamentación aprobada por el Decreto N° 692/1998 incluye, en su artículo 31, las siguientes aclaraciones:

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

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

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

*Asimismo, a los fines previstos en el último párrafo de la referida norma legal, **se considerarán comprendidos en la exención 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.*

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

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

**III.-** Habiéndose descripto aquellas disposiciones normativas por las que se regula el tratamiento en el IVA de la actividad que motiva la consulta, cabe ahora detenerse en las modificaciones introducidas por el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 70/2023 (B.O.: 21/12/2023) a la Ley N° 23.660 y las normas dictadas en su consecuencia (los destacados son propios).

Ello así, teniendo en especial consideración que, por el artículo 270 del citado DNU, se incluyeron en los alcances de la Ley N° 23.660 a las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 que establece el marco regulatorio de medicina prepaga<sup>[2]</sup>.



De esa forma, el artículo 1° de la Ley N° 23.660 dejó comprendidas en sus disposiciones a las siguientes entidades (el inciso destacado obedece al cambio efectuado por el DNU N° 70/2023<sup>[3]</sup>):

*“a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;*

*b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación;*

*c) Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados;*

*d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;*

*e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios;*

*f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2° inciso g) punto 4 de la ley 21.476;*

*g) 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, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación;*

*h) Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley.*

***i) Todas las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682.”.***

En virtud del referido cambio, mediante el mismo DNU se introdujeron adecuaciones a la Ley N° 23.661, por la que se creó “...*el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica*” (cfr. artículo 1°).

En particular, cabe mencionar que se sustituyó el segundo párrafo del artículo 2° de esa ley, por el siguiente: “*Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones, las entidades incorporadas al inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente*” (el destacado indica el cambio introducido por el DNU en comentario).

Llegado este punto es oportuno recordar que, de acuerdo con el artículo 2° de la Ley N° 26.682, “...*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*”.

Paralelamente, por el artículo 268 del DNU N° 70/2023 se incorporó un artículo 30 bis a la Ley N° 26.682 en el que se aclara que las disposiciones de esa norma “...*son aplicables únicamente a los asociados voluntarios cuyo vínculo con el asegurador esté fuera del marco de la Ley N° 23.660*”

A su vez, por el artículo 25 del Decreto N° 171/2024 (B.O.: 21/02/2024) se incorporó un artículo 30 bis a la reglamentación de esa ley aprobada por el Decreto N° 1993/2011 con la siguiente aclaración: “*El vínculo de los asociados a las entidades indicadas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 se considerará dentro del marco de la Ley N° 23.660 cuando reciban aportes de los beneficiarios para el pago parcial o total de la cuota de los planes prestacionales, en los términos del artículo 19 bis de la ley y su reglamentación. Ello tendrá lugar, con independencia de que las entidades indicadas en el artículo 1°, inciso i) de la Ley N° 23.660 hayan procedido o no a la inscripción en el Registro establecido en el artículo 6° de dicha ley*<sup>[4]</sup>. A todo evento, deben realizar los aportes al Fondo Solidario de Redistribución conforme a la normativa mencionada”.

Por el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 600/2024 (B.O.: 10/07/2024), por el que se derogó el artículo 19 bis al que allí se hace referencia<sup>[5]</sup>, se modificó el artículo 19 de la Ley N° 23.660, cuyos dos primeros párrafos pasaron a rezar:

“*Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes en su carácter de agentes de retención deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener -de su personal-, dentro de los QUINCE (15) días corridos contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración.*

*El OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta ley serán depositados a la entidad seleccionada por el beneficiario y a través del mecanismo que establezca el organismo responsable de la recaudación de fondos. El QUINCE POR CIENTO*



*(15%) de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la presente ley será destinado al Fondo Solidario de Redistribución a la orden de las cuentas recaudadoras que determine la Reglamentación”.*

A su vez, se sustituyó el artículo 3° del Anexo I del Decreto N° 576/1993 (reglamentación de la Ley N° 23.660), previéndose en su segundo párrafo que *“Las entidades inscriptas comprendidas en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 podrán solicitar el pago de una cuota y tomar a cuenta los aportes y contribuciones obligatorios para ofrecer a sus beneficiarios planes superadores. En estos casos, será de aplicación la Ley N° 26.682, en particular los artículos 9°, 10 y 12 de dicha norma. Cuando, por cualquier motivo, finalice la contratación del plan el beneficiario podrá optar por cualquier otro Agente del Seguro sin limitación temporal”.*

También se reemplazó el artículo 23 de la Ley N° 26.682, con el siguiente texto: *“Planes de Adhesión Voluntarios y Fondo Solidario de Redistribución. Los planes de adhesión voluntaria comercializados por las Entidades de Medicina Prepaga y todas las entidades comprendidas en el artículo 1° de esta ley no realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni participarán del mismo. Para el caso de que estas entidades incluidas en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 reciban aportes y contribuciones deberán realizar la correspondiente integración al Fondo Solidario de Redistribución y en consecuencia participarán de su operatoria”.*

Más adelante, por la Resolución (SSS) N° 3284/2024 (B.O.: 7/10/2024) se determinó que a partir del 1/12/2024 *“...todas las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 que ofrezcan planes de salud financiados, total o parcialmente, con fondos provenientes de la seguridad social, deberán estar inscriptas en el Registro de Agentes del Seguro de Salud (R.N.A.S.) con encuadre en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660”* (artículo 1°) y que dicha inscripción *“...habilitará a las entidades a ofrecer planes de salud, siempre y cuando, cumplan con los requisitos establecidos en las Leyes Nros. 23.660, 23.661, 26.682, sus modificatorias y reglamentarias”* (artículo 2°).

De los Considerandos de esa norma surge que una parte significativa de los fondos originados en aportes y contribuciones de la seguridad social de los trabajadores *“...es derivada ulteriormente a distintas Entidades de Medicina Prepaga que los trabajadores eligen para recibir coberturas de salud”* y que *“...el mencionado procedimiento resulta ocioso y nutre de opacidad operativa a una acción tan diligente como debe ser el manejo y administración de los fondos de los trabajadores”.*

Por lo tanto, se expresa que, *“...una vez cumplidos los plazos establecidos en la presente, los trabajadores podrán derivar **directamente sus aportes y contribuciones a la Entidad de Medicina Prepaga** que elijan, sin tener que recurrir al procedimiento de intermediación de derivación actualmente vigente”.*

**IV.-** En virtud de las normas descriptas en el apartado anterior, es que la consulta formulada en esta ocasión se centra en determinar si el tratamiento en el IVA que corresponde a los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica **brindados o contratados por entidades de medicina prepaga a afiliados que se encuentran obligados a realizar aportes y contribuciones al régimen regulado por la Ley N° 23.660** varía según se trate de derivaciones efectuadas por obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales, o de derivaciones directas de aportes y contribuciones de los afiliados que pasaron a ser admisibles a partir de los cambios descriptos.

En esta instancia, cabe precisar que, conforme al artículo 8° de la Ley N° 23.660, se encuentran **obligatoriamente** comprendidos en calidad de beneficiarios de las entidades a que se refiere su artículo 1°<sup>[6]</sup>:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público;
- b) Los jubilados y pensionados nacionales; y
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

A su vez, de acuerdo con el artículo 9° de esa misma ley, quedan también incluidos en calidad de beneficiarios:

*“a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;*

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

Por otro lado, en el inciso b) del artículo 39 del Anexo de la Ley N° 24.977 se encuentra establecido que el pequeño contribuyente adherido al **Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (RS)** que desempeñe actividades comprendidas en el inciso b) del artículo 2° de la Ley N° 24.241 y sus modificaciones debe aportar al Sistema Nacional del Seguro de Salud instituido por las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 y sus respectivas modificaciones, destinándose un 10% de ese aporte al Fondo Solidario de Redistribución establecido en el artículo 22 de esa última norma.

En el inciso c) del mencionado artículo 39 se contempla la posibilidad de efectuar un aporte adicional al obligatorio, a opción del contribuyente, al Régimen Nacional de Obras Sociales instituido por la Ley N° 23.660 y sus modificaciones, por la incorporación de cada integrante de su grupo familiar primario. También en este caso un 10 % de dicho aporte adicional se destina al Fondo Solidario de Redistribución citado en el párrafo anterior.

Al respecto, es oportuno mencionar que en el Dictamen (DIATEC) N° 54/2001 de la entonces Administración Federal de Ingresos Públicos se analizó el tratamiento que corresponde otorgar en el IVA a los aportes adicionales por cobertura del grupo familiar, coseguros y adicionales, para aquellos afiliados obligatorios comprendidos en el RS.

Sobre la base de las disposiciones obrantes en la Ley de IVA y su reglamentación, se evaluó si el hecho de que la obra social otorgue a los afiliados obligatorios a través del sistema simplificado, la posibilidad de abonar un importe adicional por el cual se mejora el servicio básico a que el mismo tuviere derecho con el pago correspondiente a la cuota de “Monotributo”, implica que esta prestación no goce de la exención que la referida ley consagra a las prestaciones comentadas, aun **cuando se trate de un afiliado obligado al pago de los aportes** establecidos por la Ley N° 24.977.

Planteada la cuestión en esos términos, se señaló que “...resulta claro que la norma pretende dejar fuera del

*ámbito de imposición no solamente al importe que el afiliado obligatorio deposita con el pago del monotributo, sino también los adicionales que reúnan la calidad de “coseguro” de acuerdo a lo expresado por su decreto reglamentario”.*

Por lo expuesto, se concluyó que “...la exención involucra a los pagos que **el adherente obligatorio** -en este caso el Monotributista- paga para mejorar el servicio, destacando que **la exención alcanzará a los pagos que las obras sociales depositen a favor de las empresas de medicina prepaga en virtud de servicios derivados a éstas correspondientes a dichos afiliados.**” (El destacado es propio).

A su vez, se aclaró 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 padres y los hijos mayores de edad hasta el límite y en las condiciones que establezcan las respectivas obras sociales, en virtud de lo señalado por el segundo párrafo del artículo 31 del Decreto Reglamentario del impuesto que nos ocupa”.

Más recientemente, por el Decreto N° 955/2024 (B.O.: 28/10/2024) se introdujeron adecuaciones a la reglamentación del RS, aprobada por el Decreto N° 1/2010, en particular en lo que hace a las disposiciones relativas a las prestaciones del Sistema del Seguro de Salud.

En los Considerandos de esa norma se advirtió que las previsiones reglamentarias del RS “...remiten al Decreto N° 504/98 para establecer el derecho a la libre elección de los Pequeños Contribuyentes dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud” y que “...la reciente modificación del citado decreto exige actualizar la Reglamentación sobre la libre elección para los Pequeños Contribuyentes, asegurando así opciones claras y efectivas en la selección de los Agentes del Seguro de Salud”.

En ese marco, se incorporó a la señalada reglamentación un artículo 69 bis por el que se creó el “Registro de Agentes del Seguro de Salud para la Cobertura Médico Asistencial de Pequeños Contribuyentes Adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes”, previéndose que en él “...se inscribirán las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud que acepten recibir, como parte integrante de su población beneficiaria, a los Pequeños Contribuyentes...”.

Adicionalmente, se sustituyó el artículo 74 de la reglamentación, referido a la libre elección de la “obra social” consagrada en el inciso c) del artículo 42 del Anexo de la Ley N° 24.977, previéndose, entre otras disposiciones, que “Los pequeños contribuyentes podrán elegir cualquiera de los Agentes del Seguro de Salud...” inscriptos en ese registro, excepto los que se encuentren en situación de crisis, reemplazándose las referencias a “obra social” por la expresión “Agente del Seguro de Salud”.

Tratándose de **trabajadores del Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares** regulado por la Ley N° 26.844, en el inciso e) del artículo 72 de esa ley se dispuso que “...se encuentran comprendidos en el Régimen Especial de Seguridad Social instituido por el Título XVIII de la ley 25.239”, facultándose a la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) “...a modificar las contribuciones y aportes previsionales y de obra social...” previstos en el referido Título.

Por el Título en cuestión se estableció “...un régimen especial de seguridad social, **de carácter obligatorio**, para el personal que preste servicios dentro de la vida doméstica y que no importen para el empleador o la empleadora lucro o beneficio económico...”.

En lo que aquí interesa, se prevé que el trabajador podrá acceder al Programa Médico Obligatorio a cargo del



Sistema Nacional del Seguro de Salud, previsto por el artículo 28 de la Ley N° 23.661 y sus modificatorias, el cual será financiado con las sumas mensuales que **debe** ingresar el empleador conforme lo establecido por la **ARCA en concepto de aportes del trabajador con destino al Régimen del Seguro Nacional de Salud** (Cfr. artículos 2° y 3°, en sus respectivos incisos c), del Título XVIII en trato, pudiendo el trabajador ingresar un monto adicional con igual destino, a efectos de alcanzar el monto exigido para acceder al Programa Médico Obligatorio (Cfr. artículo 4°).

A su vez, se contempla que *“A los fines de incluir a su grupo familiar primario dentro de la cobertura del Programa Médico Obligatorio, el trabajador o la trabajadora podrá ingresar la suma adicional que al efecto establezca la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP)”* (cfr. artículo 5°).

Complementariamente, en el artículo 17 de la Ley N° 26.063 se agrega que el régimen especial de seguridad social en comentario *“...en lo atinente a los beneficios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, establecido por las Leyes 23.660 y 23.661, y sus respectivas modificaciones, se sujetará a las previsiones del inciso c) del artículo 42 del Anexo de la Ley 24.977, sus modificaciones y complementarias -Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (RS)-”*.

**V.-** De lo expuesto en los dos apartados anteriores se desprende que los cambios normativos introducidos a la Ley N° 23.660 y demás normas relacionadas, han tenido por finalidad la de equiparar las regulaciones aplicables a la actividad de las obras sociales con las que corresponden a la actividad de las empresas de medicina prepaga, cuando el vínculo de los afiliados con la entidad reviste iguales características.

En lo que hace específicamente a su tratamiento frente al IVA, **nótese** que de las disposiciones transcriptas en el apartado II de este informe surge idéntica intención, al dirigirse al afiliado como el destinatario final de la franquicia. En efecto, en el punto 7 del inciso h) del primer párrafo del artículo 7° de la Ley de IVA la exención allí prevista para los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica por los importes que deban abonar a los prestadores las obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales, se extiende a las prestaciones que brinden o contraten las cooperativas, las entidades mutuales y los sistemas de medicina prepaga, cuando correspondan a servicios derivados de las primeras. A su vez, se prevé expresamente que tratándose de adherentes voluntarios de obra social *“...sujetos a un régimen similar a los sistemas de medicina prepaga...”* procederá el tratamiento aplicable a estas últimas (sujeción a alícuota reducida del 10,50%).

En igual línea, en el inciso b) del segundo párrafo del artículo 31 de la reglamentación aprobada por el Decreto N° 692/1998, se conserva la exención contemplada en el referido punto 7 cuando la obra social a la que esté afiliado el beneficiario no sea aquella que le corresponda por su actividad, manteniéndose en ese caso el encuadre como afiliado **obligatorio** *“...en función del régimen normativo de libre elección de las mismas”*.

Es decir, que **la exención intenta dirigirse, en definitiva, a aquellos casos en que la asociación a una entidad comprendida en la Ley N° 23.660 tenga carácter obligatorio**, definiéndose el tratamiento aplicable en virtud de la modalidad de esa asociación (obligatoria o voluntaria), **con prescindencia de las características que reúna la entidad a la que se dirijan los recursos, en función de la libre elección que pueda hacer el asociado conforme al marco legal que le resulte aplicable**.

En ese sentido, la doctrina especializada en la materia<sup>[7]</sup>, al analizar el tratamiento en el IVA de las prestaciones que nos ocupan, remarca que debe hacerse hincapié en cuanto a su carácter obligatorio o voluntario, distinguiendo entre el universo alcanzado o no por los artículos 8° y 9° de la Ley N° 23.660 y concluye que:

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

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

*3) Todo afiliado o adherente obligatorio que desee incorporar como beneficiarios a ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular, y que los mismos se encuentren a su cargo (...) **seguirá siendo un afiliado o adherente obligatorio por él y por los que estén incluidos en el grupo**” (Los destacados son propios).*

En lo que hace a los adherentes voluntarios, el mismo autor sostiene que, si bien no están definidos en la Ley de IVA, en el segundo párrafo del artículo 31 de su reglamentación se brindan ciertas pautas, entendiendo que *“En síntesis, el ‘adherente voluntario’ es todo aquel que opte voluntariamente por afiliarse a una obra social u otra organización de las mencionadas anteriormente, debiendo por ello pagar una cuota, la cual deberá ser fijada en función del costo de las prestaciones”*.

Agrega que *“Hay dos características básicas en los adherentes voluntarios:*

- El pago efectuado al sistema de medicina que se elija no releva al adherente de los aportes que legalmente deba realizar por estar **comprendidos en el sistema de salud obligatorio**.*
- Este sistema es igual al de la medicina prepaga, por lo que **compite en el mismo mercado** para los trabajadores autónomos...” (Los destacados son propios).*

Es en base a esta distinción que, en el punto 7 del inciso h) del primer párrafo del artículo 7° de la Ley de IVA, se hace expresa mención de los servicios derivados por obras sociales creadas o reconocidas por normas legales nacionales o provinciales a otro tipo de entidades, entre ellas, empresas de medicina prepaga, ya que, al momento de su redacción, dicha derivación era el único camino viable para que los fondos ingresados **con carácter obligatorio** al régimen del seguro de salud sean recibidos por una entidad distinta a las entonces comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 23.660.

En tal sentido, la ya citada doctrina<sup>[8]</sup>, al evaluar los diferentes mercados en los que podían actuar las obras sociales y las entidades de medicina prepaga, advirtió que competían en el mismo mercado sólo para los trabajadores autónomos, *“...pues sólo este tipo de trabajadores pueden optar por una entidad de medicina prepaga o una obra social, mientras que el que esté en relación de dependencia sólo puede optar, luego de cumplir determinados requisitos, entre distintas obras sociales.”*. Bajo ese estado normativo, opinó que la Ley del IVA *“...debiera ser igualitaria en el tratamiento que les otorga a unas, las obras sociales, y otras, las empresas de medicina prepaga, **ya que en este caso actúan en el mismo mercado**”* (el destacado es propio).

Bajo esa visión, puede también traerse a colación el primer artículo sin número incorporado a continuación del artículo 31 del Decreto Reglamentario de la Ley de IVA, en el que se prevé que *“Los importes que deban abonar las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, por las prestaciones sanitarias, médicas y paramédicas, brindadas en el marco de sus contratos de afiliación, **tendrán igual tratamiento que el previsto para las obras sociales respecto de sus afiliados obligatorios**”*<sup>[9]</sup> (el destacado es propio).

A su vez, en el segundo artículo incorporado a continuación del mismo artículo 31 se dispuso: *“Los servicios*

*prestados a sus **afiliados obligatorios** por la entidad que se financia con recursos provenientes del FONDO ESPECIAL DEL TABACO creado por el artículo 22 de la Ley N° 19.800, **tendrán el tratamiento previsto para las obras sociales**, en el punto 6 del inciso h), del primer párrafo, del artículo 7° de la ley, quedando alcanzados por la exención establecida en dicha norma los recursos provenientes del mencionado Fondo.*

*Asimismo, la referida entidad gozará de la exención establecida en el punto 7 del inciso h), del primer párrafo, del artículo 7° de la ley, respecto de los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica que deban abonar a los prestadores **por sus afiliados obligatorios**.*” (el destacado es propio).

También el primer artículo incorporado sin número a continuación del artículo 40 de la reglamentación indica que “Lo dispuesto en el último párrafo del artículo incorporado a continuación del artículo 7° de la ley<sup>[10]</sup>, 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.” (el destacado es propio).

En virtud de lo expuesto, habiéndose modificado la modalidad de la operatoria en la realización de determinadas transacciones en tanto se han pasado a admitir derivaciones directas de recursos correspondientes a beneficiarios comprendidos **obligatoriamente** en la Ley N° 23.660, a entidades de medicina prepaga que quedaron incluidas en el artículo 1° de esa ley e inscriptas en el correspondiente registro como agentes del seguro de salud (Ley N° 23.661), no sería razonable generar distorsiones respecto de los objetivos previstos en las disposiciones legales involucradas.

En atención a esa circunstancia, esta Dirección Nacional entiende válido **interpretar que el tratamiento en el IVA de los servicios detallados en el punto bajo estudio no debe verse alterado por los cambios señalados**, teniendo en consideración que el destinatario final de la franquicia, como se dijo, es el beneficiario cuyo vínculo con la entidad nace en cumplimiento de una obligación que le fue impuesta (“**afiliado obligatorio**”).

Es decir, que en los términos de la ley del gravamen y de su reglamentación **permanecen beneficiados por la exención de que se trata los servicios de asistencia sanitaria, médica y paramédica que brinden o contraten los sistemas de medicina prepaga, siempre que correspondan a prestaciones que deban suministrarse a quienes se encuentren obligatoriamente adheridos al régimen del seguro de salud, incluyendo su grupo familiar primario bajo los alcances previstos en la normativa descripta, medie o no una derivación de recursos ingresados bajo tal carácter por parte de una obra social.**

**A su vez**, conforme al propio punto 7 del inciso h) del primer párrafo del artículo 7° de la ley y a los tres últimos párrafos del artículo 31 del Decreto Reglamentario, **se entienden comprendidos en la exención los pagos complementarios que deba efectuar el beneficiario a título de coseguro, incluidos los suplementos originados en la adhesión a planes de cobertura superiores a aquellos que correspondan**, el importe adicional que se abone por servicios o bienes no cubiertos que formen parte inescindible de la prestación principal y los pagos por falta de servicios en los términos consignados en esa norma, **en tanto lo cubran a éste como a su grupo familiar primario.**

En cambio, **la exención no sería aplicable respecto de las prestaciones que se brinden a asociados voluntarios.**

---

[1] Los mencionados incisos se corresponden con los incisos f), g) y l) del artículo 26 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 2019 y sus modificaciones y se refieren, con determinadas exclusiones y requisitos, a: “...las asociaciones, fundaciones y entidades civiles de asistencia social, salud pública, caridad, beneficencia, educación e instrucción, científicas, literarias, artísticas, gremiales y las de cultura física o intelectual...” (inciso f), “...las entidades mutualistas...” (inciso g), y “...las asociaciones deportivas y de cultura física, siempre que las mismas no persigan fines de lucro, exploten o autoricen juegos de azar y/o cuyas actividades de mero carácter social priven sobre las deportivas...” (inciso l).

[2] Conforme a su artículo 1°, dicha 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 Nros. 23.660 y 23.661.

*Quedan también incluidas en la presente ley las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial 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. En todas aquellas actividades que resulten ajenas a dicho objeto continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan”.*

[3] Por el DNU N° 70/2023 también se introdujeron cambios al Decreto N° 504/1998 por el que se reglamentó el derecho de elección de agente del seguro de la Ley N° 23.661, en el marco del Decreto N° 9/1993, cuyo texto fue, posteriormente, también readecuado mediante modificaciones introducidas por los Decretos Nros. 170/2024 (B.O.: 21/02/2024) y 955/2024 (B.O.: 28/10/2024).

El artículo 1° del Decreto N° 504/1998, luego de la modificación que le introdujera el Decreto N° 955/2024 (B.O.: 28/10/2024), quedó redactado en los siguientes términos: “***El derecho a la libre elección podrá ser ejercido por los afiliados titulares de los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660 y sus modificatorias, entre cualesquiera de las entidades incluidas en dicha norma, con las excepciones previstas en los artículos 9° y 9° bis del presente.***” (el destacado es propio).

[4] El artículo 6° de la Ley N° 23.660, conforme a su texto sustituido por el DNU N° 70/2023, dispone que “*Las entidades comprendidas en el régimen de la presente ley, como agentes del Seguro de Salud, deberán inscribirse en el registro que funcionará en el ámbito de la SSS y en las condiciones que establezca la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario*” y que “*El cumplimiento de este requisito será condición necesaria para aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud*”.

[5] El artículo 19 bis de la Ley N° 23.660 había sido incorporado por el DNU N° 70/2023 y preveía que “*Cuando las entidades reciban aportes adicionales a los de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta Ley, deberán depositar el VEINTE (20%) al Fondo Solidario de Redistribución.*”

[6] En el texto anterior a la reforma introducida por el DNU N° 70/2023 el copete de este artículo se refería a la obligación de inclusión como beneficiarios de “*obras sociales*”. Luego de la reforma, el texto se refiere a “*beneficiarios de las entidades*”.

[7] Federico A. Enrico. “Análisis del Impuesto al Valor Agregado”. Ed. La Ley. Capítulo VII “Prestaciones Médicas y Paramédicas”. Cfr. págs.687 a 689.

[8] Federico A. Enrico. “Análisis del Impuesto al Valor Agregado”. Ed. La Ley. Capítulo VII “Prestaciones Médicas y Paramédicas”. Cfr. págs.687 a 689.

[9] En el artículo 25 de la Ley N° 24.557 de aseguradoras de riesgo de trabajo (B.O.: 4/10/1995) se encuentra previsto que *“Los contratos de afiliación a una ART están exentos de todo impuesto o tributo nacional”* (apartado 2). Por el apartado 1 del artículo 10 del Decreto N° 334/96 que reglamentó estas disposiciones se indicó que dicha exención *“...alcanza al IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), y comprende no sólo a la instrumentación del contrato, sino también a los servicios que sean prestados por las Aseguradoras en virtud de las contraprestaciones y derechos nacidos de dicho contrato.*

*En lo que respecta a la exención dispuesta en el artículo 6°, inciso j) punto 7. de la Ley N° 23.349, el tratamiento impositivo a dispensar a las Aseguradoras será análogo al que se le confiere a las Obras Sociales.”.* Se refiere al aquí analizado punto 7 del inciso h) del primer párrafo de la Ley de IVA, conforme al texto ordenado por el Decreto N° 280/1997 y sus modificaciones.

[10] Este artículo fue incorporado por el Decreto N° 223/1999, fecha en la que el artículo 7.1 de la ley sólo tenía dos párrafos, por lo que la remisión que allí se efectúa se dirige al actual segundo párrafo del artículo de la ley, es decir, a la asimilación a sistemas de medicina prepaga.



Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
Date: 2025.01.24 16:47:50 -03:00

Ana Paula Locurscio  
Director  
Dirección de Imposición Indirecta  
Ministerio de Economía

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
Date: 2025.01.24 17:48:51 -03:00

Juan José Imirizaldu  
Director Nacional  
Dirección Nacional de Impuestos  
Ministerio de Economía

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL  
ELECTRONICA - GDE  
Date: 2025.01.24 17:48:52 -03:00