

## **INFORME N.º 029-2013-SUNAT/4B0000**

### **MATERIA:**

En relación con la emisión de Comprobantes de Pago por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud que brindan servicios médicos en virtud del Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito (SOAT), se solicita la revaluación del criterio contenido en los Informes N.ºs 061-2008-SUNAT/2B0000 y N.º 100-2010-SUNAT/2B0000.

### **BASE LEGAL:**

- Texto Único Ordenado del Reglamento Nacional de Responsabilidad Civil y Seguros Obligatorios por Accidentes de Tránsito, aprobado por el Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC<sup>(1)</sup> y normas modificatorias (en adelante, TUO del Reglamento Nacional de Responsabilidad Civil y SOAT).
- Reglamento de Comprobantes de Pago, aprobado por la Resolución de Superintendencia N.º 007-99/SUNAT<sup>(2)</sup> y normas modificatorias; en adelante, RCP.

### **ANÁLISIS:**

1. El segundo párrafo del artículo 33º del TUO del Reglamento Nacional de Responsabilidad Civil y SOAT dispone que conocida la ocurrencia del accidente de tránsito, el propietario del vehículo, conductor, prestador del servicio de transporte terrestre o la Policía Nacional del Perú están obligados a comunicar a la compañía de seguros respectiva, la ocurrencia del accidente de tránsito, la que deberá actuar de inmediato haciéndose cargo de los gastos médicos o gastos de sepelio de la víctima. Añade que lo antes señalado no releva de su responsabilidad a la compañía de seguros si ésta toma conocimiento del evento por los medios de comunicación masiva u otro medio.

Así pues, la norma citada establece que la compañía de seguros es quien debe hacerse cargo de los gastos médicos de la víctima de un accidente de tránsito, siendo que inclusive puede examinar a la persona lesionada a través del facultativo que para ese efecto designe<sup>(3)</sup>.

---

<sup>1</sup> Publicado el 14.6.2002.

<sup>2</sup> Publicado el 24.1.1999.

<sup>3</sup> Al respecto el primer párrafo del artículo 32º d el TUO del Reglamento Nacional de Responsabilidad Civil y Seguros Obligatorios por Accidentes de Tránsito dispone que la compañía de seguros tendrá el derecho a examinar a la persona lesionada por intermedio del facultativo que para el efecto designe, pudiendo adoptar todas las medidas tendentes a la mejor y más completa investigación de aquellos puntos que estime necesarios para establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones.

Asimismo, el artículo 35° del TUO antes citado establece que el pago de los gastos médicos también podrá realizarse, vía reembolso, directamente al centro o centros de salud privados que acrediten haber atendido a la víctima, en base a los convenios celebrados entre dichas entidades y las compañías de seguros, si los hubiere. A falta de convenio, el reembolso se efectuará de acuerdo a los comprobantes de pago que gire el centro de salud privado, debidamente sustentados en la historia clínica y demás documentos que acrediten la efectiva atención del paciente.

Agrega que en el caso de los centros públicos de salud, el reembolso se efectuará con sujeción al tarifario vigente que, para dicho efecto, apruebe el Sector, organismo o nivel de gobierno correspondiente, con arreglo a las disposiciones contenidas en el Decreto Supremo N.º 088-2001-PCM, el mismo que será revisado por lo menos cada dos (2) años y, de corresponder, oportunamente actualizado.

Adicionalmente, se indica que las compañías de seguro podrán formular observaciones a la liquidación de gastos médicos contenida en la solicitud de reembolso presentada por los centros públicos o privados de salud, dentro del plazo improrrogable de tres (3) días, las que serán resueltas en forma previa al cobro. En ningún caso, la formulación de observaciones o de cualquier otra articulación procesal libera al centro público o privado de salud de la obligación de brindar la atención médica que las víctimas requieran dentro del margen de las coberturas.

En virtud de las normas antes glosadas, los centros de salud, públicos o privados, tienen la obligación de brindar la atención médica que las víctimas de accidentes de tránsito requieran, dentro del margen de las coberturas del SOAT, sea que existan convenios celebrados entre dichas entidades y las compañías de seguros o no.

2. Al respecto, de acuerdo a lo concluido por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones<sup>(4)</sup> en el Oficio N.º 34095-2011-SBS, *la cobertura de asistencia sanitaria o salud derivada de un accidente de tránsito califica como un servicio de salud, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Marco de Aseguramiento Universal aprobado por la Ley N.º 29344 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 008-2010-SA, y ésta puede ser prestada por el asegurador (por sí mismo, a través de sus dependencias o departamentos de salud constituidos en su organización interna) o por terceros, en este último caso a instancias del asegurador (por haber sido establecido por contrato de prestación de servicio o convenio) o por disposición legal (por haber sido impuesta por Ley la obligación de las entidades de salud de prestar el servicio de asistencia de salud, caso SOAT), pero siempre por cuenta del asegurador y a fin de dar cumplimiento a su obligación o prestación de indemnizar.*

---

<sup>4</sup> En adelante, SBS.

En consecuencia, de lo señalado en el numeral precedente y de lo afirmado por la SBS fluye que el vínculo entre el establecimiento de salud y la compañía de seguro es una relación de proveedor – usuario de los servicios de salud en cuestión, la cual puede tener un origen contractual o legal.

En efecto, toda vez que en tales casos las entidades prestadoras de servicios de salud brindan asistencia médica a las víctimas de accidentes de tránsito por cuenta de las compañías de seguro<sup>(5)</sup>, aquellas resultan siendo proveedoras de servicios de salud de estas compañías y, por ende, son estas las usuarias de los mismos<sup>(6)</sup>.

Lo antes señalado se corrobora por lo dispuesto en el artículo 55° del Reglamento de la Ley N.° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud<sup>(7)</sup>, según el cual, *para el caso de las Compañías de Seguros Privados que ofrecen cobertura de asistencia médica, SOAT, accidentes personales, y otros tipos de cobertura vinculadas a la salud, que se encuentran bajo el ámbito de la SBS reguladas por la Ley N.° 26702, la supervisión bajo competencia de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud se circunscribe a los procesos asociados a la prestación de servicios de su red asistencial y al cumplimiento de las condiciones que se deriven de la suscripción de los convenios suscritos con los afiliados o entidades que los representen, además de la verificación de la oportunidad de pago a sus proveedores de servicios de salud, ejerciendo facultad sancionadora de transgredirse estas obligaciones, dentro del marco del Aseguramiento Universal en Salud.*

3. Ahora bien, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4° del RCP, las facturas serán emitidas, entre otros casos, cuando la operación se realice con sujetos del Impuesto General a las Ventas (IGV) que tengan derecho al crédito fiscal; y cuando el comprador o usuario lo solicite a fin de sustentar gasto o costo para efecto tributario; siendo que solo se emitirán a favor del adquirente o usuario que posea número de RUC.

Al respecto, atendiendo a la naturaleza y objeto de los contratos de seguro

---

<sup>5</sup> Como consecuencia del contrato de seguro celebrado con el tomador del mismo.

<sup>6</sup> Esta situación (en la que el usuario es la compañía aseguradora y no el paciente que ha sido víctima de un accidente de tránsito) es similar al caso de los servicios de transporte terrestre público y transporte aéreo de pasajeros, en el cual el usuario de dichos servicios es el sujeto que requiere sustentar costo o gasto o crédito fiscal y no el pasajero que realiza el viaje.

En efecto, la Resolución de Superintendencia N.° 15 6-2003-SUNAT, que dicta normas sobre el boleto de viaje que emiten las empresas de transporte terrestre público nacional de pasajeros, publicada el 16.8.2003, en el numeral 7 de su artículo 1° señala que el usuario es el contribuyente que asume el valor del pasaje para sustentar costo o gasto o ejercer el derecho al crédito fiscal para efectos tributarios. En esa misma línea, la Resolución de Superintendencia N.° 166-2004-SUNAT, que aprueba normas para la emisión de Boletos de Transporte Aéreo de Pasajeros, publicada el 4.7.2004, señala como requisitos de los boletos de transporte aéreo, entre otros, el apellido paterno y nombre del pasajero y el RUC del sujeto que requiere sustentar costo o gasto o crédito fiscal.

<sup>7</sup> Aprobado por Decreto Supremo N.° 008-2010-SA, publicado el 3.4.2010.

bajo análisis, cuando el mecanismo adoptado para el cumplimiento de las obligaciones asumidas por la compañía aseguradora consiste en que el servicio de salud a su cargo sea prestado a través de terceros (ya sea que medie convenio o esté impuesto por ley), se considera que los servicios prestados por esos terceros a favor de la compañía aseguradora son necesarios para la prestación del servicio pactado por dicha compañía en el contrato de seguro celebrado con el tomador del mismo, pues ello permitirá dar cumplimiento a su obligación o prestación a favor de la víctima de un accidente de tránsito.

En ese sentido, los gastos en que incurra la compañía de seguros por los servicios que le presten las entidades prestadoras de servicios de salud a que alude el párrafo precedente cumplen con el principio de causalidad y, por tanto, se admite su deducción en aplicación del artículo 37° de la Ley del Impuesto a la Renta<sup>(8)</sup>.

Asimismo, la compañía aseguradora tiene derecho al crédito fiscal al estar sus operaciones bajo análisis gravadas con el IGV<sup>(9)</sup>.

Por lo tanto, toda vez que en el supuesto bajo análisis los gastos en que incurra las compañías de seguros por los servicios que prestan las entidades prestadoras de servicios de salud para el cumplimiento de su obligación o prestación a favor de la víctima de un accidente de tránsito, son deducibles para la determinación de su Impuesto a la Renta y le otorgan derecho a crédito fiscal, corresponde que estas entidades prestadoras de salud emitan a las compañías de seguros los respectivos comprobantes de pago, específicamente facturas en caso cuenten adicionalmente con número de RUC; más aun cuando, como se ha señalado en el numeral precedente, son dichas compañías los usuarios de los servicios en cuestión.

Cabe indicar que con anterioridad a la presente evaluación se emitió el Informe N.° 061-2008-SUNAT/2B0000<sup>(10)</sup> en el cual se concluyó que las entidades de salud deben emitir comprobantes de pago a los pacientes que son atendidos en virtud de contar con cobertura del SOAT u otro seguro privado; y el Informe N.° 100-2010-SUNAT/2B0000<sup>(11)</sup> que en su primera

---

<sup>8</sup> Cuyo Texto Único Ordenado fue aprobado por Decreto Supremo N.° 179-2004-EF, publicado el 8.12.2004, y normas modificatorias.

<sup>9</sup> Cabe indicar que al calcularse el IGV sobre el método de sustracción sobre base financiera de impuesto contra impuesto, todas las adquisiciones realizadas para el desarrollo del negocio dan derecho a crédito fiscal.

*En efecto, según ese método, el valor agregado se obtiene confrontando el total de ventas de un período contra el total de compras del mismo período. No interesa en este segundo sistema que las ventas correspondan a la producción del período, ni que las compras se hayan incorporado o no en el ciclo productivo de dicho período, basta que financieramente se hayan producido las ventas y compras, a los efectos de obtener el valor agregado.*

<sup>10</sup> En dicho Informe se consulta si las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Institutos Especializados, Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud del Ministerio de Salud están obligados a emitir facturas o boletas de venta a las compañías aseguradoras por los servicios médicos que brindan a los pacientes coberturados por el Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito (SOAT) u otro seguro privado.

<sup>11</sup> Mediante el cual se solicitó la reevaluación del criterio vertido en el Informe N.°061-2008-SUNAT/2 B0000.

conclusión ratifica la posición vertida en el Informe N.º 061-2008-SUNAT/2B0000 señalando que los comprobantes de pago deben ser otorgados a los usuarios de los servicios prestados, independientemente de quién sea el obligado al pago de los mismos.

Sobre el particular, es necesario dejar sin efecto los criterios contenidos en los Informes antes mencionados en virtud del análisis realizado en el presente Informe.

### **CONCLUSIONES:**

1. Los comprobantes de pago correspondientes a los servicios prestados por entidades de salud a los asegurados por cuenta de las compañías de seguros que ofertan cobertura de SOAT deben ser emitidos a nombre de estas compañías.
2. Déjese sin efecto los criterios contenidos en el Informe N.º 061-2008-SUNAT/2B0000 y en el numeral 1 de la conclusión del Informe N.º 100-2010-SUNAT/2B0000.

Lima, 22 de febrero de 2013

Original firmado por  
**LILIANA CONSUELO CHIPOCO SALDÍAS**  
Intendente Nacional (e)  
**INTENDENCIA NACIONAL JURÍDICA**

lla/nad  
A0337-D12  
Comprobantes de Pago – Entidades de Salud que prestan servicios médicos en virtud del SOAT