

## RESUMEN EJECUTIVO

### Fundamentos

La cobertura sanitaria universal (CSU) representa una aspiración para los sistemas de salud, y consiste en lograr que todos los ciudadanos puedan acceder a los servicios sanitarios con independencia de su capacidad de pago, evitando al mismo tiempo que se incurra en gastos de una cuantía astronómica. La CSU se estableció como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de 2015, y como un paso hacia la consecución del «disfrute de los niveles de salud más altos que puedan alcanzarse», que representa, según la constitución de la OMS de 1948, un derecho básico de todo individuo con independencia de su estatus socioeconómico, su religión, sus convicciones políticas o su origen racial. Los principios de la CSU revisten una enorme importancia en América Latina, donde se han realizado avances significativos en los últimos 15 años en lo que atañe a la ampliación y la profundización del proceso de reforma sanitaria.

Muchos países, incluidos los de Latinoamérica, se enfrentan a un aumento de los costes sanitarios impulsado por los avances tecnológicos, las ineficiencias de recursos, el crecimiento de la renta, la transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las crónicas en los países de renta baja, y el aumento desproporcionado de los costes laborales en comparación con el crecimiento de la productividad. Por el contrario, las tendencias actuales en cuanto al envejecimiento de la población pueden contribuir a la disminución de los ingresos para la asistencia sanitaria: aunque puede que el envejecimiento no constituya un factor impulsor del incremento de los costes relacionados con la asistencia sanitaria por sí mismo, la proporción decreciente de población activa puede dar lugar a una menor generación de renta para la sanidad, la seguridad social y otros servicios públicos. En consecuencia, la capacidad de un país para recaudar fondos suficientes destinados a la CSU en un

contexto de aumento de los costes constituye un reto importante.

Teniendo en cuenta estos retos, y la necesidad de que las fuentes existentes se utilicen de manera eficiente, así como de que se identifiquen y aprovechen fuentes de financiación novedosas, los gobiernos pueden recurrir al concepto del «espacio fiscal», a saber, generar una capacidad en sus presupuestos (nacionales) que pueda utilizarse con fines específicos sin poner en peligro su estabilidad financiera y su sostenibilidad. El espacio fiscal se encuentra estrechamente vinculado a la CSU, teniendo en cuenta la necesidad de nuevas fuentes de financiación de la sanidad junto con el uso eficiente de los recursos disponibles mediante la eliminación de los gastos innecesarios e improductivos.

La creación de espacio fiscal es específica de cada país y cada contexto, pero puede abordarse sin tratar de ampliar el superávit presupuestario de un país con varios mecanismos disponibles para mejorar la capacidad de gasto. A menudo, el espacio fiscal y la CSU son cuestiones más políticas que técnicas, y garantizar la voluntad política resulta fundamental para avanzar en estas áreas.

### Objetivos

En el presente estudio nos planteamos la consecución de tres objetivos: en primer lugar, examinar la necesidad de ampliar el espacio fiscal en la financiación sanitaria de la región latinoamericana y, a tal efecto, se han seleccionado 10 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay). Que los países de la región posean, puedan aprovechar, o puedan reforzar el espacio fiscal para elevar el gasto sanitario depende de diversos aspectos del sistema de salud de cada país y de sus circunstancias económicas. En segundo lugar, nos propusimos identificar los impuestos existentes y potenciales capaces de facilitar

el refuerzo del espacio fiscal sin poner en peligro la sostenibilidad fiscal. En el análisis del informe y la comparación del espacio fiscal para la asistencia sanitaria en los diez países latinoamericanos, se hace especial hincapié en el uso de los impuestos indirectos (en concreto, del IVA y los productos nocivos desde la perspectiva de la salud pública y, en particular, los impuestos sobre el alcohol y el tabaco) como mecanismo para generar más recursos económicos para la asistencia sanitaria. En tercer lugar, procuramos formular conclusiones comparativas que puedan respaldar las políticas públicas específicas de cada país, y determinar si existe la posibilidad de ampliar el espacio fiscal y el modo en que podrían utilizarse otros recursos potenciales.

## Métodos

Se utilizaron fuentes de datos principales y secundarias con el fin de (a) analizar aspectos específicos del sistema de salud vigente de cada país; (b) realizar una evaluación de su rendimiento macroeconómico a lo largo del tiempo utilizando un conjunto de indicadores que nos permitieran valorar la salud fiscal, monetaria y económica en general, con el fin de determinar en qué medida existe efectivamente el espacio fiscal para realizar inversiones adicionales en asistencia sanitaria; (c) llevamos a cabo una encuesta entre las distintas partes interesadas en la región al objeto de comprender cómo perciben diversos escenarios relativos a la financiación de los servicios sanitarios, que van desde la aplicación de nuevos impuestos para financiar tales servicios, a trasladar recursos de otros servicios humanos a la financiación de la sanidad, pasando por la mejora de la eficiencia de los recursos existentes en lugar de establecer impuestos adicionales; (d) efectuamos una serie de ejercicios de simulación para demostrar que es viable obtener ingresos adicionales mediante subidas moderadas de los impuestos indirectos (IVA, alcohol y tabaco) y, de este modo, generar espacio fiscal en los países del estudio; y (e) empleamos tres escenarios para poner de relieve la manera

en que este espacio fiscal podría utilizarse para reforzar y expandir la financiación de la asistencia sanitaria, su organización, y la provisión de servicios.

En los distintos escenarios se consideró (a) invertir la totalidad del espacio fiscal en aumentar la financiación de los servicios sanitarios públicos; (b) invertir en sanidad de forma proporcional a su peso entre otros servicios humanos, como la educación y la seguridad social; y (c) centrarse en las mejoras de la eficiencia y utilizar los recursos del espacio fiscal para elevar la calidad de los servicios.

## Retos del sistema sanitario

Los principales indicadores sanitarios, como la mortalidad infantil y la esperanza de vida, mejoran en todos los países de la región. En consonancia con las tendencias mundiales, América Latina se ve afectada por la carga de las ENT como principal causa de muerte; así, aumentó la proporción de fallecimientos por tales enfermedades en todos los países latinoamericanos entre 2000 y 2015. En este sentido, las ENT constituyen la mayor carga para el sistema sanitario y los recursos disponibles.

La región afronta varios retos en cuanto a la financiación, organización y prestación de sus sistemas sanitarios; entre los que figura la ineficacia en la provisión de asistencia y la lenta adopción de políticas encaminadas a mejorar el rendimiento y la eficiencia. El gasto sanitario total como porcentaje del PIB oscila entre el 5 % y algo más del 9 %, pero, en la mayoría de los países de la región, el gasto sanitario financiado con fondos públicos se sitúa muy por debajo del 6 % del PIB. El gasto sanitario se acompaña de un elevado nivel de desembolso personal en toda la región, con un 16 % del gasto sanitario corriente como valor mínimo (Uruguay) y un 43 % como valor máximo (Ecuador). Aunque varios países dependen en gran medida de la tributación general para financiar la asistencia sanitaria, unos sectores informales de la economía de gran dimensión contribuyen a las dificultades de la

recaudación fiscal y a que la financiación de la asistencia sanitaria (y otros servicios públicos) alcance un nivel adecuado a través de los impuestos.

A pesar de esta tendencia, el gasto sanitario total como proporción del PIB ha aumentado en la mayoría de los países latinoamericanos (especialmente en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Perú) en los últimos 15 años, mientras que el nivel de desembolso personal directo en salud se ha elevado en 5 países (Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay), pero ha disminuido en el resto (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica). El gasto sanitario privado aumentó en todos los países además de Argentina, Costa Rica, México y Uruguay durante el mismo periodo.

Como porcentaje del PIB, el gasto público en salud es superior al gasto público en seguridad social en todos los países. En comparación con el gasto en educación, el gasto público en salud es menor en general en todos los países, salvo en Chile (gasto equivalente), y Panamá y Uruguay (gasto sanitario superior).

Los datos oficiales ponen de relieve que la cobertura sanitaria universal sigue siendo un objetivo esquivo para la región en su conjunto hasta la fecha, y para la mayoría de los países, el grado de consecución de la cobertura universal es escaso o moderado, ya se considere la prestación, los costes, o la cobertura en sí.

### **Rendimiento macroeconómico y espacio fiscal**

Para determinar si existe espacio fiscal para ampliar el gasto sanitario, resulta esencial evaluar el rendimiento macroeconómico, ya que el espacio fiscal para aumentar dicho gasto viene determinado por el contexto económico general de cada país. Los países que afrontan condiciones fiscales y macroeconómicas adversas pueden resistirse a abordar futuros aumentos del gasto sanitario real porque estos podrían socavar la estabilidad fiscal; por el contrario, un fuerte

crecimiento económico (que es un importante factor impulsor del espacio fiscal) y unos sólidos fundamentos macroeconómicos constituyen la base para un incremento del espacio fiscal y, en último término, del gasto sanitario.

Un crecimiento positivo del PIB puede indicar la existencia de capacidad para generar ingresos públicos adicionales que dedicar a servicios de salud. Todos los países del estudio mostraron una tendencia al crecimiento positivo del PIB entre 2007 y 2017. Aunque se prevé que este crecimiento continúe a corto plazo, la perspectiva de crecimiento a medio plazo en la región sigue siendo poco halagüeña, lo que, a su vez, pueden influir en el debate sobre el espacio fiscal.

Otros indicadores de desempeño macroeconómico ponen de relieve la existencia de fuentes de posible inestabilidad. Por ejemplo, todos los países, excepto Perú, han generado déficits fiscales en los últimos años, y estos déficits continuados, a su vez, pueden impulsar aumentos de los niveles de deuda, aunque en la mayoría de los países la consecución de la disciplina fiscal y, por tanto, de la reducción del déficit, es un objetivo establecido. Además de Argentina, Panamá, Perú y Uruguay, la deuda aumentó de 2006 a 2016 en el resto de países, con incrementos especialmente significativos en este último periodo de 5 años. La situación de la deuda y su servicio en Argentina siguen planteando dificultades.

Es probable que un descenso de la inflación resulte beneficioso para la creación de espacio fiscal. Entre 2006 y 2016, la inflación se redujo en seis países, excepto Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay.

En cuanto a la balanza exterior, todos los países del estudio experimentan asimismo déficit por cuenta corriente. Los déficits comerciales y por cuenta corriente persistentes pueden resultar perjudiciales, y dar lugar a un espacio fiscal limitado para la sanidad.

Las consecuencias de estas tendencias para el espacio fiscal pueden materializarse, ya que es probable que una proporción creciente de los ingresos fiscales existentes se destine a financiar los pagos de los intereses de la deuda, posiblemente mediante un incremento de la imposición y una reducción del gasto público, a menos que el crecimiento del PIB siga siendo sólido. La sostenibilidad de la deuda se convierte en un problema añadido, junto con el elevado coste existente de recaudar fondos para el servicio de la deuda en algunos países. Sin embargo, aunque se observan niveles crecientes de deuda en todos los países del estudio, las calificaciones crediticias de la deuda soberana son positivas para la mayoría de ellos (Chile, Colombia, México, Panamá, Perú y Uruguay). La financiación asequible de la deuda en estos países puede repercutir positivamente en su espacio fiscal para la sanidad.

En general, el rendimiento macroeconómico no es plenamente positivo en todos los países del estudio, y en la región persisten diversas inestabilidades macroeconómicas, como los déficits fiscales, el deterioro de la balanza exterior y el servicio de la deuda en algunos casos. Sin embargo, estas pueden compensarse mediante niveles de crecimiento positivos, la recuperación de los precios de los productos básicos y una baja inflación. En este sentido, y en términos generales, un debate sobre el espacio fiscal puede abordarse en un contexto positivo teniendo en cuenta el rendimiento macroeconómico en la región latinoamericana.

### **Brecha fiscal observada en el gasto sanitario público**

Aunque todos los sistemas sanitarios de América Latina se adhieren al principio de la cobertura sanitaria universal, en la práctica, se ofrece únicamente una cobertura parcial, y una proporción significativa de la demanda de servicios de salud se atiende mediante el desembolso personal de los beneficiarios. La OMS/OPS ha recomendado que el nivel de referencia del gasto público en salud como

proporción del PIB en los países de renta media/alta sea del 6 %. La diferencia entre ese nivel y el gasto real constituye la brecha fiscal en el gasto sanitario público.

En la actualidad, la brecha fiscal media observada en los diez países del estudio entre el gasto público en salud (como porcentaje del PIB) y el gasto sanitario de referencia del 6 % del PIB es del 1,9 % (oscila entre el 1,1 % y el 2,9 % del PIB). En la actualidad, el gasto de la mayoría de los países se sitúa considerablemente por debajo del nivel de referencia de la OMS/OPS del 6 %, y solo Costa Rica y Uruguay alcanzan y sobrepasan ligeramente dicha referencia. En términos monetarios, Brasil, México y Perú presentan las mayores brechas fiscales que cerrar en cuanto a los recursos adicionales requeridos para sus sistemas de salud (70.600 millones de dólares, 63.800 millones de dólares y 12.400 millones de dólares, respectivamente).

### **Percepción de los mecanismos de financiación y de eficiencia por parte de los responsables de la formulación de políticas**

Formular políticas y tomar decisiones respecto a los compromisos entre equidad y eficiencia mediante la ejecución de intervenciones políticas requiere un discurso político e influencia en las distintas partes interesadas a múltiples escalas. Con el fin de calibrar las percepciones y preferencias de las partes interesadas respecto a determinados enfoques de la reforma de las políticas sanitarias, se llevó a cabo una encuesta y se consideraron los valores y las opiniones de varios interlocutores clave del sector (pagadores, miembros del ámbito académico, proveedores, Administración y empresas) sobre la financiación de la asistencia sanitaria y las orientaciones de la reforma de la sanidad.

El objetivo de la encuesta era informar el debate sobre el espacio fiscal, determinar las modalidades mediante las que podría potenciarse dicho espacio, y centrarse en recabar opiniones y perspectivas sobre tres

áreas fundamentales. En primer lugar, en lo que respecta a la necesidad y la viabilidad política de mecanismos clave para una financiación sostenible de la asistencia sanitaria, las partes interesadas convinieron claramente en la necesidad de aplicar medidas de eficiencia e intervenciones relativas al estilo de vida como medio de mejorar la «productividad» de los recursos disponibles dedicados a la salud, y coincidieron en que la generación de ingresos adicionales es importante, pero también debe procurarse un control estricto del gasto (contención de costes). Las partes interesadas también comentaron la viabilidad política de las opciones anteriores y confirmaron su acuerdo respecto a todas ellas.

En segundo lugar, se pidió a las distintas partes interesadas que comentaran la capacidad de obtención de ingresos y la viabilidad política de diversos mecanismos de generación de ingresos. Convinieron en que los impuestos sobre productos nocivos, especialmente sobre el alcohol y el tabaco (conocidos como impuestos «al pecado»), si se reservan para ciertos usos, poseen una capacidad considerable para recabar ingresos y son políticamente viables. En esta misma línea, se declararon a favor de los impuestos específicos sobre bienes de lujo y el impuesto sobre la renta, y no tanto de los aumentos del IVA, y se mostraron plenamente en contra de la propuesta de reasignar recursos de la seguridad social, la educación u otros servicios financiados con fondos públicos a la salud.

En tercer lugar, evaluamos el interés de las partes interesadas en una serie de opciones relacionadas con la mejora de la eficiencia y la viabilidad política de varios mecanismos que podrían promover la eficiencia. A este respecto, las partes interesadas mantuvieron una postura neutra respecto al potencial de las siguientes medidas relativas a su capacidad para mejorar la eficiencia: la privatización de los servicios de salud, la adquisición restrictiva de nuevas tecnologías, la capacidad de los ciudadanos para optar por no participar en los sistemas nacionales de

salud, la introducción de seguros médicos privados (complementarios) para tecnologías caras y la introducción de cuentas de ahorro para la salud. En cuanto a la viabilidad política, sin embargo, las partes interesadas coincidieron en que las opciones anteriores son ejecutables.

En general, parece haber acuerdo respecto a la necesidad de disponer de opciones de financiación adicionales para elevar el nivel de inversión en asistencia sanitaria, en combinación con medidas para mejorar la eficiencia de los recursos que ya se utilizan. Paralelamente, las opciones de financiación privada relacionadas con el sistema de salud se recibieron con cierto escepticismo, quizá con la excepción de los seguros complementarios para ciertos tipos de cobertura (tecnologías caras) y, cuando resulten viables, las cuentas de ahorro para la salud.

Sobre la base de los resultados de la encuesta a las partes interesadas, seleccionamos los impuestos indirectos (IVA y «productos nocivos») para estudiar la medida en que podrían crear un espacio fiscal adicional, y la magnitud de dicho espacio. Aunque las partes interesadas expresaron su preocupación por el uso del IVA como vehículo para recaudar recursos adicionales para financiar los servicios de salud, se incluyó en el análisis, en primer lugar, debido a su capacidad de recaudación de ingresos, que es igual o superior a la del impuesto sobre la renta y, en segundo lugar, por el supuesto de que los recursos adicionales generados se destinarían explícitamente, en todo o en parte, a financiar los servicios sanitarios, siendo objeto, por tanto, de un vínculo de asignación obligatoria. La selección de los impuestos sobre productos nocivos como vehículo para recabar recursos adicionales para la salud se basó en el principio de afectación, es decir, todos los ingresos adicionales se destinarían al ámbito de la salud.

Los impuestos sobre el alcohol y el tabaco no son los únicos relacionados con el comportamiento: el impuesto sobre el azúcar

y la grasa o la aplicación de impuestos medioambientales también constituyen opciones de política válidas. En cualquier caso, la falta de datos e información comparables y de fácil disposición nos ha llevado a centrarnos únicamente en el alcohol y el tabaco. Sin embargo, hay que reconocer que los impuestos medioambientales y sobre el azúcar y las grasas plantean implicaciones importantes para la salud pública, similares a las de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco.

### **Espacio fiscal para la salud: el papel de los incrementos moderados del IVA**

La capacidad para elevar los tipos de IVA con el fin de recaudar más ingresos para la sanidad, y el correspondiente incremento de los ingresos fiscales previstos, dependen de numerosos factores y, en concreto, de (a) los niveles actuales de IVA, que varían considerablemente entre los distintos países latinoamericanos, (b) los patrones locales de consumo y la forma en que se grava este, que en última instancia tienen que ver con la base del IVA, (c) la elasticidad precio de la demanda (EPD), que conforma la respuesta de la demanda ante variaciones de los precios, y (d) el probable impacto que ejercerán los incrementos impositivos en ciertos bienes producidos localmente, respecto a los que ciertos países pueden contar con ventajas comparativas, y que tales incrementos reviertan determinadas formas de política industrial.

La viabilidad política es crítica en este contexto y subraya la necesidad de identificar el uso específico como justificación para obtener recursos adicionales a través de la tributación, teniendo en cuenta asimismo la naturaleza regresiva de los impuestos indirectos, en general, y del IVA en particular. La asignación de los recursos adicionales a la atención de fines específicos (p. ej., mejorar la calidad de los servicios de salud) resultaría fundamental y elevaría el grado de aceptabilidad entre la población.

Los tipos del IVA estándar varían significativamente en la región, entre el 7 %

(Panamá) y el 22 % (Uruguay). Puede que los países que aplican tipos de IVA bajos tengan la capacidad de establecer un aumento de hasta 3 puntos porcentuales, mientras que los países que aplican tipos de IVA elevados pueden encontrarse en disposición de elevar dicho impuesto en un punto porcentual. Es probable que resulte viable un aumento del 3 % del tipo de IVA estándar en Costa Rica, Ecuador y Panamá, donde los tipos de IVA estándar actuales son inferiores al 15 %; un incremento del 2 % podría ser factible en México, Brasil y Perú, aunque, inevitablemente, puede que se dé cierta resistencia, dado que el IVA se sitúa en el 16 %, el 17 % y el 18 %, respectivamente. Un aumento máximo del 1 % del tipo de IVA estándar podría llevarse a cabo en Argentina (21 %), Chile (19 %) y Colombia (19 %), dado que sus tipos actuales ya son elevados. No está claro si en Uruguay es posible un aumento del tipo estándar del IVA del 1 % (tipo estándar del 22 %), puesto que la orientación política tiende a la reducción de este impuesto. Este incremento del 1 % del IVA es considerablemente menor, y tendría que introducirse más gradualmente de lo que resulta viable en Brasil, Costa Rica, Ecuador, México y Panamá, dado que sus tipos estándar son considerablemente menores.

Modelizamos el impacto económico de un aumento del 1 % en los tipos de IVA estándar y no estándar para demostrar el impacto que tendría esta medida en la generación de ingresos adicionales. El grado de generación de ingresos adicionales depende de la elasticidad de la demanda y de la base imponible del IVA.

El análisis indica que un aumento de un punto porcentual del IVA dará lugar a ingresos adicionales que oscilarán entre el 0,12 % del PIB (México) y el 0,63 % del PIB (Uruguay). En términos monetarios, el aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA en todos los escenarios varía de 214 millones USD en Panamá a 11 805 millones USD en Brasil. Estas cifras representan un nivel significativo de nuevos recursos que, si se asignan a la mejora de los servicios de salud, podrían marcar la diferencia en los países del estudio.

## **Espacio fiscal para la salud: el papel de incrementos moderados de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco**

Los aumentos de los impuestos «al pecado», y en particular unos incrementos moderados de los que gravan el alcohol y el tabaco, pueden contribuir a generar ingresos adicionales. Tras evaluar un aumento de 5 puntos porcentuales en los tipos de los impuestos sobre el tabaco y el alcohol, observamos que se pueden obtener recursos cuya cuantía oscila entre el 0,03 % y el 0,16 % del PIB. En general, se observó que la capacidad de los aumentos de los impuestos del alcohol y el tabaco para generar ingresos fiscales significativos es reducida, tanto en términos absolutos como en lo que se refiere a los principales países de la región de la OCDE.

Brasil y Uruguay registraron el mayor incremento de los ingresos, y la mayor parte de la subida se debió a los impuestos sobre el alcohol. Por el contrario, los impuestos sobre bebidas alcohólicas representan la vía menos eficaz para obtener ingresos adicionales en Chile. Argentina, Chile y México también experimentaron un gran incremento de los ingresos, y la mayor proporción de estos se derivó de los impuestos al tabaco. Los tributos aplicados al tabaco fueron los menos eficaces para generar ingresos adicionales en Colombia, Costa Rica y Panamá.

### **Supuestos de simulación y la brecha fiscal**

Una vez comprobado que un punto porcentual de aumento del IVA y un incremento de cinco puntos porcentuales en el caso de los productos de alcohol y tabaco pueden procurar recursos adicionales significativos, tanto en términos monetarios absolutos como en proporción del PIB, nos centramos en la magnitud de los aumentos necesarios para cubrir la brecha de la financiación en la asistencia sanitaria, es decir, en qué aumentos fiscales serían necesarios para alcanzar el nivel de gasto sanitario de referencia como porcentaje del

PIB, partiendo de los niveles actuales de dicho gasto. Esta tarea se llevó a cabo para poner de relieve el nivel de esfuerzo requerido y cómo este difiere entre países.

Se utilizaron tres supuestos para esbozar cómo podrían asignarse las ganancias fiscales derivadas del aumento de la imposición indirecta. En el primero, se asume que todos los beneficios fiscales se destinarán a aumentar los fondos dedicados a los servicios de salud; en el segundo, se supone que la asistencia sanitaria se prioriza, pero los ingresos del incremento de la imposición indirecta se distribuyen de forma ponderada con arreglo a otras prioridades de la Administración; y en el tercero, se supone que las prestaciones sanitarias se benefician del aumento de los recursos procedentes de los ingresos fiscales, pero el objetivo fundamental consiste en mejorar la eficiencia en el sistema de salud.

Si todos los ingresos fiscales adicionales se asignan exclusivamente a la sanidad, la brecha fiscal restante se cubrirá en diversos grados. México y Perú requerirían un aumento significativo del IVA (16,1 y 10,1 puntos porcentuales, respectivamente), y del impuesto sobre productos nocivos (aumento de 80 y 55 puntos porcentuales, respectivamente) para cubrir sus brechas de financiación globales. Por el contrario, Uruguay y Costa Rica requerirían un incremento de 0,7 y 2,3 puntos porcentuales en el IVA y de 3,3 y 11,3 puntos porcentuales en el impuesto sobre productos nocivos, respectivamente, para lograr el mismo efecto. Para cubrir la brecha en la financiación, los aumentos del IVA necesarios son significativamente inferiores a las posibles subidas del impuesto sobre productos nocivos. Por consiguiente, los países podrían considerar en primer lugar el IVA para abordar los déficits de financiación de los que adolecen.

Si los ingresos generados se asignan de forma ponderada, las subidas del IVA y del impuesto sobre productos nocivos necesarias para cubrir la brecha fiscal restante son significativamente mayores que en el

supuesto anterior. México y Perú siguen requiriendo un aumento significativo del IVA y el impuesto sobre productos nocivos (en términos porcentuales) para cubrir sus brechas fiscales. Al igual que en el supuesto anterior, los aumentos del IVA requeridos (en puntos porcentuales) son significativamente menores que los incrementos de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco necesarios para cubrir la brecha fiscal en todos los países.

En lo que respecta al tercer supuesto, se admite en general que la asignación de fondos adicionales a la asistencia sanitaria sin la aplicación de reformas que mejoren el uso eficiente de los recursos no constituye una estrategia razonable y puede perpetuar el despilfarro de los mismos. En consecuencia, la obtención de ingresos adicionales mediante la tributación debe combinarse con esfuerzos para (a) mejorar la gestión de los sistemas de salud (p. ej., reducir procesos administrativos innecesarios), (b) reducir las ineficiencias en la atención clínica (p. ej., rebajar la tasa de incidentes clínicos adversos evitables), y (c) reducir el grado de despilfarro operativo. Son posibles varias reformas encaminadas a reforzar la eficiencia en los sistemas sanitarios actuales, como la mejora del acceso a la atención primaria, los enfoques respecto a la asistencia farmacéutica basados en la generación de valor, la promoción de productos efectivos en relación con los costes, incluidos los genéricos, y la optimización de los mecanismos de financiación hospitalaria, haciendo hincapié en los pagos prospectivos.

La asignación de los ingresos generados a estas reformas exigiría la adopción de estrategias cuidadosamente diseñadas y basadas en datos contrastados, con el fin de garantizar que se alcanza el objetivo establecido. En este sentido, la financiación y la ejecución de sistemas de recogida de datos eficaces pueden permitir a los responsables de la toma de decisiones realizar asignaciones presupuestarias informadas y corregir ineficiencias.

La idoneidad y la viabilidad de recurrir a la subida de los impuestos sobre productos nocivos dependen del contexto del país. En los países productores de estos bienes (p. ej., vino en Argentina y Chile, o tabaco en Colombia), el aumento de los impuestos que los gravan podría no resultar políticamente factible o económicamente deseable. La viabilidad política de estos impuestos podría aumentar si existe una declaración pública (y una acción posterior) para destinar los ingresos a atender los fines de la financiación de los servicios de salud.

### **Resumen de los principales resultados**

La región afronta varios retos en cuanto a la financiación, organización y prestación de sus sistemas sanitarios; entre los que figura la ineficacia en la provisión de asistencia y la lenta adopción de políticas encaminadas a mejorar el rendimiento y la eficiencia. El gasto sanitario total como porcentaje del PIB oscila entre el 5 % y el 9 %, pero en la mayoría de los países de la región, el gasto sanitario financiado con fondos públicos se sitúa muy por debajo del 6 %, siendo el resto gasto correspondiente al desembolso personal de los beneficiarios, que oscila entre el 16 % del gasto sanitario total (Uruguay) y el 43 % (Ecuador).

A pesar de esta tendencia, el gasto sanitario total como proporción del PIB ha aumentado en la mayoría de los países latinoamericanos (especialmente en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Perú) en los últimos 15 años, mientras que el nivel de desembolso personal directo en salud se ha elevado en Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay, pero ha disminuido en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica. El gasto sanitario privado aumentó en todos los países además de Argentina, Costa Rica, México y Uruguay durante el mismo periodo.

Aunque varios países dependen en gran medida de la tributación general para financiar la asistencia sanitaria, unos sectores informales de la economía de gran dimensión contribuyen a las dificultades de la recaudación fiscal y a que la financiación de

la asistencia sanitaria (y otros servicios públicos) alcance un nivel adecuado a través de los impuestos. En consonancia con las tendencias mundiales, América Latina se ve afectada por la carga de las ENT como principal causa de muerte; así, aumentó la proporción de fallecimientos por tales enfermedades en todos los países latinoamericanos entre 2000 y 2015. En este sentido, las ENT constituyen la mayor carga para el sistema sanitario y los recursos disponibles. A pesar de los retos anteriores, los principales indicadores de salud, como la mortalidad infantil y la esperanza de vida, mejoran en toda la región.

Las carencias en la financiación de los sistemas de salud en toda la región siguen constituyendo un motivo de preocupación fundamental. La brecha fiscal media observada en los diez países del estudio entre el gasto público en salud (como porcentaje del PIB) y el gasto sanitario de referencia del 6 % del PIB es del 1,9 % (oscila entre el 1,1 % y el 2,9 % del PIB). En la actualidad, el gasto de la mayoría de los países se sitúa considerablemente por debajo del nivel de referencia de la OMS/OPS del 6 %, y solo Costa Rica y Uruguay alcanzan y sobrepasan ligeramente dicha referencia. En términos monetarios, Brasil, México y Perú presentan las mayores brechas fiscales que cerrar en cuanto a los recursos adicionales requeridos para sus sistemas de salud (70 600 millones de dólares, 63 800 millones de dólares y 12 400 millones de dólares, respectivamente).

Aunque el rendimiento macroeconómico no puede caracterizarse como global y sosteniblemente positivo en todos los países latinoamericanos, y diversas inestabilidades macroeconómicas persisten en la región, el pronóstico sigue siendo favorable y tales inestabilidades pueden compensarse con niveles de crecimiento positivos, la recuperación de los precios de los productos básicos, y una inflación baja. En conjunto, el rendimiento macroeconómico parece proporcionar cierto respaldo a los argumentos acerca de la existencia de un espacio fiscal de modesto a moderado, que

podría potenciarse para reforzar la gama, el rendimiento y la calidad de los servicios de salud prestados y contribuir a la consecución de una cobertura sanitaria universal.

Formular políticas y tomar decisiones respecto a los compromisos entre equidad y eficiencia mediante la ejecución de intervenciones políticas requiere un discurso político e influencia en las distintas partes interesadas a múltiples escalas. A tenor de los resultados de la encuesta, parece haber acuerdo respecto a la necesidad y la viabilidad política de disponer de opciones de financiación adicionales para elevar el nivel de inversión en asistencia sanitaria, en combinación con las medidas para mejorar la eficiencia de los recursos que ya se utilizan. Paralelamente, las opciones de financiación privada relacionadas con el sistema de salud se recibieron con cierto escepticismo, quizá con la excepción de los seguros complementarios para ciertos tipos de cobertura (tecnologías caras) y, cuando resulten viables, las cuentas de ahorro para la salud.

Animados en parte por los resultados de la encuesta que indican que los aumentos de los impuestos indirectos y «al pecado» poseen un mayor grado de aceptación política y viabilidad que otros tipos de tributación, hemos examinado el uso de impuestos indirectos, en particular el IVA y los que gravan el alcohol y el tabaco (productos que pueden caracterizarse como «nocivos» y justificar la aplicación de los denominados impuestos «al pecado»), como vehículo para generar espacio fiscal y recursos adicionales que se empleen en la financiación de los servicios de salud. A pesar de su naturaleza regresiva, aumentos moderados de estos impuestos podrían generar recursos significativos que, si se asignan a determinados fines, puedan contribuir a la CSU.

Se examinó el impacto económico de un aumento de 1 punto porcentual en los tipos de IVA estándar y no estándar con el fin de demostrar el impacto que ejercería esta medida en la generación de ingresos

adicionales. El grado de generación de ingresos adicionales depende de la elasticidad de la demanda (el modo en que la demanda responde a variaciones en los precios) y de la base imponible del IVA. El análisis indica que un aumento de un punto porcentual del IVA daría lugar a ingresos adicionales que oscilarían entre el 0,12 % del PIB (México) y el 0,63 % del PIB (Uruguay). En términos monetarios, el aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA en todos los escenarios, suponiendo la ausencia del efecto de la elasticidad precio, varía de 214 millones USD en Panamá a 11 805 millones USD en Brasil. Estas cifras representan un nivel sustancial de nuevos recursos que, si se encuentran disponibles con el fin de mejorar los servicios de salud, podrían marcar una diferencia significativa en los países del estudio, siempre que se destinen a atender fines apropiados.

En el caso de los impuestos sobre productos nocivos, tras evaluar un incremento de 5 puntos porcentuales en los tipos de los impuestos sobre el tabaco y el alcohol, observamos que se pueden obtener recursos equivalentes al 0,03 % y al 0,16 % del PIB. En general, se observó que la capacidad de los aumentos de los impuestos del alcohol y el tabaco para generar ingresos fiscales significativos es reducida, tanto en términos absolutos como en lo que se refiere a los países utilizados con fines comparativos. Brasil y Uruguay registraron el mayor incremento de los ingresos, y la mayor parte de la subida se debió a los impuestos sobre el alcohol. Por el contrario, los impuestos sobre bebidas alcohólicas representan la vía menos eficaz para obtener ingresos adicionales en Chile. Argentina, Chile y México también experimentaron un gran incremento de los ingresos, y la mayor proporción de estos se derivó de los impuestos al tabaco. Los tributos aplicados al tabaco fueron los menos eficaces para generar ingresos adicionales en Colombia, Costa Rica y Panamá.

La idoneidad y la viabilidad de aplicar aumentos de los impuestos sobre los productos de tabaco y alcohol son muy a

menudo discutibles y dependen del contexto del país: en los casos en que los países son productores de dichos bienes (por ejemplo, vino en Argentina, Chile o Brasil, o tabaco en Colombia), el aumento de la tributación de estos productos podría no resultar políticamente factible o económicamente deseable. También puede elevar artificialmente los precios de los productos locales y reducir el consumo de los mismos, poniendo en peligro la viabilidad de la industria local. En cualquier caso, la viabilidad política de elevar los impuestos indirectos podría aumentar si los ingresos tributarios se destinarán a mejorar la calidad de los servicios de salud.

Se llevó a cabo un análisis de simulación con el fin de determinar qué recursos serían necesarios para cubrir la brecha fiscal en la asistencia sanitaria en los distintos países latinoamericanos. Los tres supuestos que se investigaron en este contexto fueron (a) que todos los beneficios fiscales se destinarán a aumentar los fondos dedicados a los servicios de salud; (b) que la asistencia sanitaria se priorizara, pero los ingresos del incremento de la imposición indirecta se distribuyera de forma ponderada con arreglo a otras prioridades de la Administración; y (c) que, aunque se deriven beneficios fiscales del incremento de la imposición indirecta, el objetivo fundamental consiste en mejorar la eficiencia en el sistema de salud.

Si todos los ingresos fiscales adicionales se asignan exclusivamente a la sanidad, la brecha fiscal restante se cubrirá en diversos grados. México y Perú requerirían un aumento significativo del IVA (16,1 y 10,1 puntos porcentuales, respectivamente), y del impuesto sobre productos nocivos (aumento de 80 y 55 puntos porcentuales, respectivamente) para cubrir sus brechas de financiación globales. Por el contrario, Uruguay y Costa Rica requerirían un incremento de 0,7 y 2,3 puntos porcentuales en el IVA y de 3,3 y 11,3 puntos porcentuales en el impuesto sobre productos nocivos, respectivamente, para lograr el mismo efecto. Para cubrir la brecha en la financiación, los aumentos del IVA necesarios

son significativamente inferiores a las posibles subidas del impuesto sobre productos nocivos. Por consiguiente, los países podrían considerar en primer lugar el IVA para abordar los déficits de financiación de los que adolecen.

Si los ingresos generados se destinan a la salud de una forma que aborde la necesidad existente en otras áreas de los servicios humanos (p. ej., educación, pensiones y seguridad social, y defensa), los aumentos del IVA y los impuestos sobre productos nocivos requeridos para cerrar la brecha fiscal restante son significativamente superiores a los del supuesto anterior. México y Perú siguen requiriendo un aumento significativo del IVA y el impuesto sobre productos nocivos (en puntos porcentuales) para cubrir sus brechas fiscales.

El objeto del ejercicio de modelización y simulación realizado en el contexto del presente informe no era abogar por los aumentos de impuestos. Se trató más bien de demostrar que los impuestos indirectos pueden utilizarse de manera eficaz con el fin de recaudar ingresos adicionales para invertir en salud. Esta medida puede llevarse a cabo en diversos grados en los países del estudio, ya que su dependencia respecto a los impuestos indirectos (tanto el IVA como los impuestos sobre el alcohol y el tabaco), y su exposición a estos, difieren de manera fundamental. Del mismo modo, los gobiernos nacionales deben reflexionar detenidamente sobre los ingresos previstos y el impacto que ejercerán nuevos incrementos de impuestos en el consumo.

### **Consecuencias para la formulación de políticas**

Los responsables de la toma de decisiones que se enfrentan a una mayor presión para acelerar en la consecución del objetivo de la CSU deben considerar muy activamente la posibilidad de recabar recursos adicionales para financiar los servicios de salud, al tiempo que trabajan para mejorar la eficiencia con la que se emplean las fuentes existentes. En este sentido, el concepto de

espacio fiscal dista mucho de ser teórico y puede brindar oportunidades significativas para elevar el nivel de recursos disponible. En cualquier caso, es necesario tener en cuenta distintas dimensiones para garantizar que se adopten las decisiones adecuadas.

En primer lugar, todo debate sobre el espacio fiscal debe basarse en un buen rendimiento macroeconómico que no ponga en peligro la sostenibilidad de la hacienda pública. En circunstancias en las que existen desequilibrios macroeconómicos persistentes (p. ej., déficits fiscales, altos niveles de deuda, deterioro de la balanza exterior y pérdida de la competitividad), puede que no exista el espacio fiscal para aumentar significativamente el gasto público en sanidad y, aunque existiera, la tentación consistiría en utilizar recursos adicionales para cubrir déficit en lugar de invertirlos en la sanidad pública.

En segundo lugar, se requiere coraje político para proponer y promover aumentos de la tributación, y estos deben juzgarse respecto a la viabilidad política, que puede variar dependiendo del contexto de cada país. Aunque los aumentos de impuestos nunca son deseables, pueden resultar más asumibles si el uso de los recursos adicionales se ha identificado ex ante y se ha comunicado al electorado. Por tanto, la afectación es fundamental.

En tercer lugar, aunque un aumento de 1 punto porcentual del IVA y de 5 puntos porcentuales de los impuestos sobre el tabaco y el alcohol repercutirían de manera diferente en los recursos recabados, las cifras fiscales determinadas como parte del ejercicio de modelización representan un nivel significativo de nuevos recursos, que, si se encuentran disponibles para mejorar los servicios de salud, podrían marcar una diferencia sustancial en los países del estudio, siempre que se destinen a atender fines apropiados.

En cuarto lugar, los responsables de la toma de decisiones deben ser capaces de percibir no solo lo que es deseable, sino también lo

que es factible. Desde la perspectiva de la viabilidad política, es posible que no se puedan elevar los tipos de IVA estándar en algunos países porque ya se consideran elevados; así ocurre en Uruguay (donde el tipo de IVA se sitúa en el 22 %), Argentina (21 %), Chile (19 %) y Colombia (19 %). En estos países, todo posible aumento de los ingresos por IVA puede derivarse de la subida de los tipos impositivos no estándar del impuesto, o de la base imponible global del IVA. La primera opción puede resultar viable en todos los países anteriores, tal vez con la excepción de Argentina. No obstante, todos los demás países ofrecen la oportunidad de elevar el tipo básico del IVA en al menos un punto porcentual, ya que los tipos básicos oscilan entre el 7 % (Panamá) y el 18 % (Perú). En el presente informe, hemos supuesto un aumento de un punto porcentual del IVA con el fin de medir el rendimiento que procuraría tal incremento en los distintos países.

En quinto lugar, elevar los impuestos sobre el alcohol y el tabaco resulta a menudo discutible, y en ocasiones ha sucedido que estos dos productos han sido objeto de una atención significativa. Aunque se espera que las ganancias fiscales derivadas del aumento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco sean moderadas en el mejor de los casos, hacer hincapié en estos impuestos «al pecado» transmite dos mensajes interconectados, tanto políticos como respecto a la formulación de políticas: en primer lugar, que los impuestos más altos sobre estos productos constituyen una señal para disuadir a los ciudadanos de consumirlos, o de consumirlos en exceso debido a las consecuencias para la salud y, en segundo lugar, que aquéllos que los consumen corren el riesgo de desarrollar enfermedades en el largo plazo y, en última instancia, contribuyen a financiar los cuidados y tratamientos derivados de su conducta.

En sexto lugar, aunque hemos modelizado el efecto de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco, resulta evidente que no son los únicos impuestos relacionados con la

conducta: el impuesto sobre el azúcar y la grasa o la aplicación de impuestos medioambientales también constituyen opciones de política válidas. Gravar el azúcar y las grasas constituye una forma de recaudar recursos adicionales, pero la dimensión de la salud pública también es muy importante, ya que unos niveles elevados de azúcar y grasas saturadas en los alimentos procesados son factores predictivos relevantes de la obesidad y, en último término, de una mala salud. Existen compromisos obvios entre el aumento del nivel impositivo aplicado a los alimentos con un alto contenido de grasas saturadas y a las bebidas, y la colaboración con la industria alimentaria o la regulación del contenido de azúcar y grasas para mitigar sus efectos nocivos en la salud humana. Los impuestos medioambientales también son importantes, pero su aplicación en el contexto latinoamericano debe sopesarse frente a la gama de opciones que pueden plantearse para fomentar el cambio en la conducta de los consumidores.

En séptimo lugar, el supuesto explícito adoptado es que los impuestos indirectos representan una opción deseable para obtener recursos adicionales en comparación con los impuestos directos. No obstante, es bien sabido que los impuestos indirectos son intrínsecamente regresivos y que gravan más intensamente a los grupos socioeconómicos menos favorecidos. Aparte de ejercer un mayor impacto en el consumo en tales grupos, los impuestos indirectos pueden percibirse tributos «furtivos», sobre todo si no existe un plan inequívoco para su uso. En consecuencia, sería necesaria la afectación para que los ingresos se asignen a la atención de fines específicos, entre los que la mejora de la asistencia sanitaria representa la causa más loable.

En octavo lugar, se supone que las autoridades competentes (a) son neutrales respecto a la selección de la modalidad de impuestos; (b) están interesadas en cerrar la brecha de la financiación existente en la asistencia sanitaria; y (c) poseen la disposición o la capacidad para elevar los

impuestos en diversos ámbitos y sobre distintos productos. Sin embargo, los impuestos no son solo una herramienta fiscal utilizada para obtener recursos, sino también un medio de política industrial y, en consecuencia, los tipos impositivos deben calibrarse y adaptarse a la clase de producto y a la necesidad que deben cubrir.

En noveno lugar, dado que no se dispone de manera generalizada de información detallada sobre las elasticidades precio de la demanda, puede que los resultados de la modelización deban interpretarse con cierta precaución. Antes de proceder a elevar los impuestos sobre productos específicos, los responsables de la toma de decisiones deberán tener en cuenta las elasticidades adecuadas para estimar el impacto potencial sobre el consumo y el rendimiento fiscal.

En décimo lugar, se ha supuesto implícitamente que las Administraciones abordarían aumentos moderados de los impuestos indirectos para cubrir parte de su brecha de la financiación en la asistencia sanitaria. Sin embargo, las decisiones de este tipo deben tomarse después de una reflexión muy detenida y sobre la base de un ejercicio de evaluación de necesidades, en particular respecto a qué servicios deben fijarse como objetivos, a dónde radican las mayores necesidades, y quiénes van a ser los probables beneficiarios. Si se obtienen otras fuentes de ingresos gravando más a los menos favorecidos, es legítimo argumentar que los beneficios se destinen proporcionalmente en mayor medida a los grupos socioeconómicos más débiles y mejoren su acceso a los servicios y la asistencia.

En undécimo lugar, como es probable que las decisiones de reducir la brecha fiscal en la asistencia sanitaria se adopten respecto al largo plazo, en el corto plazo pueden desarrollarse tres tipos de actividad: (a) los

ejercicios de evaluación de las necesidades pueden revelar cuáles son las áreas de necesidad más apremiantes en un sistema sanitario y proporcionar estimaciones sobre su financiación; (b) pueden establecerse las prioridades que puedan cumplirse en un plazo y con un presupuesto determinados; y (c) pueden llevarse a cabo una serie de pruebas en las que se evalúe el potencial de nuevas intervenciones. Tales pruebas requerirían recursos adicionales, por lo que podrían aplicarse aumentos de pequeña escala a los impuestos indirectos para elevarlos bajo el supuesto de que se mantenga su afectación a determinados usos. Perú y Paraguay han tenido cierta experiencia en este contexto.

Por último, sería poco prudente no emprender reformas para mejorar el uso eficiente de los recursos y que pudiera perpetuarse el despilfarro de los mismos. En consecuencia, la obtención de ingresos adicionales mediante la tributación debe combinarse con esfuerzos para (a) mejorar la gestión de los sistemas de salud, (b) reducir las ineficiencias en la atención clínica (p. ej., rebajar la tasa de incidentes clínicos adversos evitables), y (c) reducir el grado de despilfarro operativo. Son posibles varias reformas encaminadas a reforzar la eficiencia de los sistemas de salud actuales, entre las que figura un mejor acceso a la atención primaria, los enfoques respecto a la asistencia farmacéutica basados en la generación de valor, la promoción de productos efectivos en relación con los costes, las mejoras de la calidad de los productos y servicios, y la optimización de los mecanismos de financiación hospitalaria, haciendo hincapié en los pagos prospectivos, entre otros; y (d) financiar e implantar sistemas de recogida de datos eficaces, lo que permitiría a los responsables de la toma de decisiones realizar asignaciones presupuestarias informadas y corregir las ineficiencias.