



THE LONDON SCHOOL  
OF ECONOMICS AND  
POLITICAL SCIENCE ■

# Visión general del sistema de salud de América Latina

Un análisis comparativo del espacio fiscal en la asistencia sanitaria

Panos Kanavos, Georgia Colville Parkin, Bregtje Kamphuis, Jennifer Gill

Agosto de 2019



El encargo del presente informe se efectuó a través de LSE Consulting, constituida por la London School of Economics and Political Science con el fin de posibilitar y facilitar la aplicación de sus conocimientos académicos especializados y sus recursos intelectuales.

LSE Enterprise Ltd., que opera como LSE Consulting, es una filial plenamente participada de la London School of Economics and Political Science. La marca LSE se utiliza con licencia de la London School of Economics and Political Science.

**LSE Consulting**

LSE Enterprise Ltd.

London School of Economics and Political Science

Houghton Street

Londres, WC2A 2AE

**(T)** +44 (0)20 7106 1198

**(E)** consulting@lse.ac.uk

**(W)** lse.ac.uk/consulting



## ÍNDICE

<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>i</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
Aumento de los costes sanitarios y concepto de espacio fiscal	2
Mejora del espacio fiscal mediante imposición indirecta y sujeta a afectación sin poner en peligro la sostenibilidad fiscal	3
Comunicar fines y objetivos	4
Marco conceptual	7
<b>Métodos</b>	<b>8</b>
Países del estudio	8
Recogida de datos secundarios	9
Recogida de datos primarios	10
Análisis	11
<b>¿Cuáles son los principales factores organizativos y económicos en los sistemas de salud latinoamericanos?</b>	<b>16</b>
Retos fundamentales	16
Gasto sanitario	16
Sistemas de salud en los países del estudio	20
Cobertura sanitaria universal	32
Indicadores de salud	33
Otras prioridades	39
Retos del sistema sanitario	41
<b>Rendimiento macroeconómico en los países latinoamericanos</b>	<b>42</b>
Entorno y políticas macroeconómicas	42
Evaluación de las políticas y el entorno macroeconómicos	54
Rendimiento macroeconómico y espacio fiscal	57
<b>¿Cómo perciben los responsables políticos los principales mecanismos de financiación en lo que se refiere a la necesidad y la viabilidad política?</b>	<b>59</b>
Viabilidad política de los mecanismos de financiación	60
Principales mecanismos de generación de ingresos	62
Principales mecanismos para la eficiencia en materia de salud	63
Percepción de los mecanismos de financiación y de eficiencia por parte de los responsables de la formulación de políticas	64

<b>¿Cuál es la dimensión de la brecha fiscal respecto al gasto sanitario en los distintos países?</b>	<b>66</b>
Déficit en la financiación sanitaria pública	66
Coste de aumentar la financiación pública de la asistencia sanitaria para cubrir la brecha fiscal	69
Brecha fiscal observada en el gasto sanitario público	70
<b>¿Cómo pueden generar los aumentos de los impuestos indirectos espacio fiscal para la salud?</b>	<b>71</b>
Impuesto sobre el valor añadido	71
Impuestos sobre productos nocivos	78
El potencial de los impuestos indirectos para generar espacio fiscal para la salud	86
<b>Utilizar los ingresos derivados de los aumentos de los impuestos indirectos: supuestos de simulación</b>	<b>87</b>
Supuesto 1: Asignación de los ingresos fiscales adicionales a la sanidad	88
Supuesto 2: La salud como una de las prioridades en los servicios humanos	91
Supuesto 3: Mejorar la eficiencia	95
Supuestos de simulación y la brecha fiscal	98
<b>Conclusiones y consideraciones relacionadas con las políticas</b>	<b>100</b>
Resumen de los principales resultados	100
Consecuencias para la formulación de políticas	103
<b>Bibliografía</b>	<b>107</b>
<b>Apéndices</b>	<b>121</b>
Apéndice 1: Indicadores recabados	121
Apéndice 2: Protocolo para la revisión bibliográfica exhaustiva	123
Apéndice 3: Modelización del efecto de los cambios en el IVA – Datos y supuestos	125
Apéndice 4: Modelización del efecto de los cambios en los impuestos sobre productos nocivos – Datos y supuestos	131
Apéndice 5: Indicadores demográficos y de salud	134
Apéndice 6: Elasticidad precio de la demanda utilizada para la modelización del IVA	139
Apéndice 7: Resultados de la modelización del IVA	141
Apéndice 8: Resultados de la modelización del impuesto sobre productos nocivos	144

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente estudio ha recibido el apoyo financiero de F. Hoffmann-La Roche AG.

Los autores desean manifestar su agradecimiento por la ayuda a la investigación proporcionada por Colin Flannelly y Marisa Sophiea, así como a tres evaluadores anónimos por formular observaciones de gran utilidad sobre las versiones anteriores de este informe. Los autores también declaran su gratitud a los expertos en políticas y a las partes interesadas que aportaron sus ideas y conocimientos técnicos especializados respecto a la necesidad y la viabilidad de los mecanismos de contención de costes a lo largo de nuestro estudio.

## **SOBRE LOS AUTORES**

El **Dr. Panos Kanavos** es Profesor Asociado de Política Sanitaria Internacional en el Departamento de Política Sanitaria de la London School of Economics and Political Science, y Subdirector de LSE Health. Ejerce asimismo como Director de Programas del Medical Technology Research Group (MTRG), un grupo de investigación perteneciente a LSE y centrado en la investigación interdisciplinaria y comparativa sobre políticas en los campos de la economía de las tecnologías médicas, los determinantes del acceso a tales tecnologías, la financiación sostenible de la asistencia sanitaria, y el desempeño de los sistemas de salud.

**Georgia Colville Parkin** es investigadora adjunta en el Medical Technology Research Group de la London School of Economics and Political Science.

**Bregtje Kamphuis** es Directora Adjunta de Política Sanitaria en el Medical Technology Research Group de la London School of Economics and Political Science.

La **Dra. Jennifer Gill** es Directora Adjunta en el Medical Technology Research Group de la London School of Economics and Political Science.

## ABREVIATURAS

<b>CSS</b>	Caja de Seguro Social (Panamá)
<b>CCSS</b>	Caja Costarricense de Seguro Social (Costa Rica)
<b>GDR</b>	Grupo de diagnóstico relacionado
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>EMP</b>	Seguro privado de prepago (Argentina)
<b>EPS</b>	Empresas de proveedores de servicios de salud (Perú)
<b>EsSalud</b>	Seguro Social de Salud (Perú)
<b>UE</b>	Unión Europea
<b>PIB</b>	Producto interior bruto
<b>RNB</b>	Renta nacional bruta
<b>FFAA</b>	Fuerzas Armadas (Perú)
<b>FONASA</b>	Fondo Nacional de Salud (Chile)
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>IESS</b>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Seguros (Costa Rica)
<b>FMI</b>	Fondo Monetario Internacional
<b>ISAPRE</b>	Instituciones de Salud Provisional (Chile)
<b>AL</b>	América Latina
<b>ENT</b>	Enfermedad no transmisible
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>NHS</b>	National Health System (Reino Unido)
<b>MIES</b>	Ministerio de Inclusión Económica y Social (Ecuador)
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud de la República de Panamá (Panamá)
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública, Ecuador
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>OOP</b>	Desembolso personal
<b>OS</b>	Obras Sociales (Argentina)
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAMI</b>	Programa de Atención Médica Integral (Argentina)
<b>EPD</b>	Elasticidad precio de la demanda

<b>PNP</b>	Policía Nacional (Perú)
<b>PPA</b>	Paridad de poder adquisitivo
<b>GST</b>	Gasto sanitario total
<b>ODS</b>	Objetivo de desarrollo sostenible
<b>SSO</b>	Seguro de salud obligatorio
<b>SIS</b>	Seguro Integral de Salud (Perú)
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay)
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud (España)
<b>SPSS</b>	Sistema de Protección Social en Salud (México)
<b>SS</b>	Seguridad Social (México)
<b>BA</b>	Bebidas azucaradas
<b>SSC</b>	Seguro Social Campesino (Ecuador)
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde (Brasil)
<b>IVA</b>	Impuesto sobre el valor añadido
<b>CSU</b>	Cobertura sanitaria universal
<b>UK</b>	Reino Unido
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USD</b>	Dólar estadounidense
<b>FEM</b>	Foro Económico Mundial
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud

## TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Datos de entrada del supuesto para la modelización del IVA	13
<b>Tabla 2</b>	Datos de entrada del supuesto relativos a la modelización de los impuestos sobre productos nocivos	15
<b>Tabla 3</b>	Gasto sanitario en América Latina, Francia, España y Reino Unido, 2015	17
<b>Tabla 4</b>	Sistemas de salud en los países del estudio	21
<b>Tabla 5</b>	Indicadores de cobertura, servicio y coste	32
<b>Tabla 6</b>	Consecución de las dimensiones de la CSU	33
<b>Tabla 7</b>	Gasto público en proporción al PIB	40
<b>Tabla 8</b>	Solvencia de los países del estudio y de referencia	53
<b>Tabla 9</b>	Indicadores macroeconómicos	54
<b>Tabla 10</b>	Consecución de un entorno macroeconómico favorable para el espacio fiscal	55
<b>Tabla 11</b>	Características de los encuestados: encuesta sobre preferencias de financiación sanitaria	61
<b>Tabla 12</b>	Coste del aumento de la financiación de la sanidad pública	69
<b>Tabla 13</b>	Tipos de IVA estándar y no estándar en los países latinoamericanos	72
<b>Tabla 14</b>	Aumento de los ingresos debido al tipo de IVA simulado (millones de dólares)	77
<b>Tabla 15</b>	Niveles actuales de impuestos especiales sobre el alcohol y los productos del tabaco	78
<b>Tabla 16</b>	Tipos de impuestos de simulación para productos nocivos (aumento de 5 puntos porcentuales)	79
<b>Tabla 17</b>	Aumentos simultáneos del IVA y el impuesto sobre productos nocivos requeridos para cerrar la brecha fiscal restante (supuesto 1)	90
<b>Tabla 18</b>	Aumentos simultáneos del IVA y el impuesto sobre productos nocivos requeridos para cerrar la brecha fiscal restante (supuesto 2)	94
<b>Tabla 19</b>	Consumo de productos de alcohol y tabaco diferenciados	131
<b>Tabla 20</b>	Indicadores demográficos y de salud	134
<b>Tabla 21</b>	EPD del IVA (datos de respaldo para los países del estudio)	139
<b>Tabla 22</b>	EPD del IVA (datos de respaldo para los países de referencia)	140
<b>Tabla 23</b>	Modelización del IVA (EPD = 0)	141
<b>Tabla 24</b>	Modelización del IVA (EPD = límite inferior)	142
<b>Tabla 25</b>	Modelización del IVA (EPD = límite superior)	143

<b>Tabla 26</b>	Supuesto 1 con un incremento de 5 puntos porcentuales en los impuestos sobre productos nocivos y una EPD = 0	145
<b>Tabla 27</b>	Supuesto 2 con un incremento de 5 puntos porcentuales en los impuestos sobre productos nocivos con EPD	146

## FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Cubo de la cobertura sanitaria universal de la OMS	1
<b>Figura 2</b>	Marco conceptual	7
<b>Figura 3</b>	Gasto sanitario total (% PIB)	18
<b>Figura 4</b>	Desglose del gasto sanitario (% PIB) 2005-2015	19
<b>Figura 5</b>	Causas de fallecimiento por enfermedades no transmisibles y transmisibles (% del total)	35
<b>Figura 6</b>	Tasa de mortalidad infantil (fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos)	36
<b>Figura 7</b>	Esperanza de vida al nacer, total (años)	37
<b>Figura 8</b>	Tasa inversa de dependencia (% de la población en edad de trabajar)	39
<b>Figura 9</b>	Crecimiento del PIB (% anual, moneda local constante)	43
<b>Figura 10</b>	Gasto sanitario corriente	45
<b>Figura 11</b>	PIB (en dólares PPA), 2005-2015	45
<b>Figura 12</b>	Balanza fiscal (% del PIB)	47
<b>Figura 13</b>	Deuda pública total (% del PIB)	49
<b>Figura 14</b>	Inflación (% anual)	51
<b>Figura 15</b>	Balance por cuenta corriente (% del PIB)	52
<b>Figura 16</b>	Necesidad y viabilidad política de los mecanismos para la financiación sostenible	60
<b>Figura 17</b>	Capacidad y viabilidad política de los mecanismos de generación de ingresos	62
<b>Figura 18</b>	Mejora de la eficiencia y viabilidad política de los mecanismos de eficiencia sanitaria	63
<b>Figura 19</b>	Brecha fiscal basada en el gasto sanitario público como % del PIB	66
<b>Figura 20</b>	Brecha fiscal basada en el gasto público en salud en términos monetarios (USD PPA)	67
<b>Figura 21</b>	Brecha fiscal como porcentaje del gasto público corriente en salud	68
<b>Figura 22</b>	Aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA (millones de dólares)	71
<b>Figura 23</b>	Aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA (% del PIB)	73
<b>Figura 24</b>	Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales en el impuesto sobre el alcohol (millones de USD)	80
<b>Figura 25</b>	Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el alcohol (en % del PIB)	81

<b>Figura 26</b>	Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el tabaco (millones de USD)	82
<b>Figura 27</b>	Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el tabaco (% del PIB)	83
<b>Figura 28</b>	Aumento de los ingresos: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el alcohol y el tabaco (millones de USD)	84
<b>Figura 29</b>	Aumento de los ingresos: incremento de 5 puntos porcentuales en el impuesto sobre el alcohol y el tabaco (% del PIB)	85
<b>Figura 30</b>	Diferencia en el aumento de los ingresos por impuestos sobre productos nocivos (% del PIB) cuando la EPD = 0 y cuando la EPD = límite superior	88
<b>Figura 31</b>	Gasto sanitario público (% del PIB) tras el aumento del IVA y los impuestos sobre productos nocivos, frente al valor de referencia comparativa de la OPS (supuesto 1)	89
<b>Figura 32</b>	Gasto sanitario antes y después del aumento del gasto sanitario público (supuesto 1)	91
<b>Figura 33</b>	Gasto sanitario público (% del PIB) tras el aumento del IVA y los impuestos sobre productos nocivos, frente al valor de referencia comparativa de la OPS (supuesto 2 – priorización ponderada)	92
<b>Figura 34</b>	Gasto sanitario público (% del PIB) tras el aumento del IVA y los impuestos sobre productos nocivos, frente al valor de referencia comparativa de la OPS (supuesto 2 – impuesto sujeto a afectación)	93
<b>Figura 35</b>	Gasto sanitario antes y después del aumento del gasto sanitario público (supuesto 2)	95
<b>Figura 36</b>	Repercusión del aumento del gasto en la consecución de la cobertura sanitaria universal	97
<b>Figura 37</b>	Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	137
<b>Figura 38</b>	Esperanza de vida al nacer, varones (años)	138

## 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.

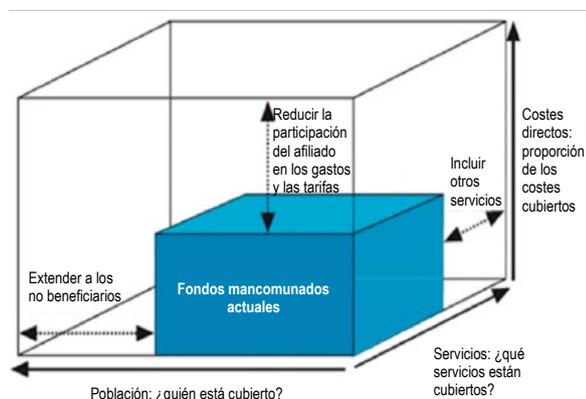
**Un mayor gasto no siempre mejora la sanidad, pero realizar las inversiones correctas en el momento oportuno puede procurar tal mejora.**

*Organización Mundial de la Salud, 2017.*

## INTRODUCCIÓN

La cobertura sanitaria universal (CSU) representa una aspiración para los sistemas de salud, y consiste en establecer un sistema en el 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.

**Figura 1: Cubo de la cobertura sanitaria universal de la OMS**



**Fuente:** OMS, 2010

Sin embargo, en el contexto del objetivo de la consecución de la CSU, existen dudas acerca de cómo pueden lograrse para todos la protección de riesgos financieros y el acceso a la atención médica de alta calidad. En la figura 1 se muestra el «cubo» de la CSU de la OMS, que pone de relieve la diferencia entre la situación actual de la cobertura de un país, representada por el cubo azul de menor tamaño, y el objetivo político de la CSU, mostrado por el cubo transparente de mayor tamaño (Roberts y cols. 2015). Para lograr una cobertura universal, deben considerarse los tres factores, a saber, servicios, costes y segmentos de población.

Por tanto, las brechas identificadas en las tres dimensiones de (1) la población cubierta, (2) los servicios cubiertos y (3) la proporción de costes cubiertos, ponen de relieve algunas de las áreas de reforma del sistema sanitario requeridas.

En este sentido, la consecución de la CSU plantea graves dificultades en cuanto a la financiación de la sanidad para ampliar los fondos mancomunados actuales y abordar estas tres dimensiones, incluidas las cuestiones relativas a la recaudación de fondos suficientes, garantizar la protección frente a los riesgos financieros, reducir al mínimo la desigualdad, mejorar la eficiencia y garantizar la asunción de responsabilidades y la transparencia.

Además, es necesario garantizar una utilización eficiente de los fondos disponibles: en el Informe sobre la salud en el mundo de 2010 se estimó que entre el 20 y el 40 % de los recursos destinados al sector sanitario se despilfarran (OMS, 2010) y se recomendaron mejoras de la eficiencia como medio para lograr el máximo rendimiento en el marco de un sistema de salud con un presupuesto restrictivo (OMS, 2018a).



Además, numerosos sistemas de salud dependen de los desembolsos directos de los beneficiarios (OOP, por sus siglas en inglés), que actúan como barrera para acceder a los servicios de salud al crear un vínculo entre el acceso a la atención médica y el estatus económico. En 2016, el gasto sanitario en los países de la OCDE aumentó en consonancia con el crecimiento económico medio, pero, en un contexto en el que ciertos países afrontan niveles excesivos de deuda pública, sobre todo después de la crisis financiera de 2008, varios gobiernos han respondido con políticas que tratan de reducir el gasto sanitario público (Jack, 2013) y elevar los desembolsos OOP (Mladovsky y cols., 2012).

Por otro lado, los países de rentas bajas y medias suelen gastar menos de lo necesario en asistencia sanitaria (Hopkins, 2010) y se enfrentan a un reto superior para lograr la CSU con sistemas regresivos de financiación sanitaria y proporciones elevadas de OOP en varios países de Latinoamérica y las regiones de Asia-Pacífico (Asante y cols., 2016). En promedio, el 50 % de la financiación sanitaria en los países de renta baja y el 30 % en los de renta media procede de los desembolsos OOP, en comparación con el 14 % en los países de renta alta (Mills, 2014). El reto en muchos países de rentas medias es más

intenso, ya que se encuentran en una fase de transición desde el punto de vista epidemiológico de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles (ENT).

### **Aumento de los costes sanitarios y concepto de espacio fiscal**

Muchos países 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 (Sorenson, 2013; Mercer, 2014), y el aumento desproporcionado de los costes laborales en comparación con el crecimiento de la productividad (Hartwig, 2008). Por el contrario, las tendencias actuales, como el 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 los sistemas de salud y la seguridad social (pensiones)

(Staudinger y cols., 2016; Rechel y cols., 2009).

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. Los mecanismos y las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria, que son equitativos y compatibles con la CSU, son necesarios para hacer frente a este incremento de los costes. Es importante, especialmente en los países de renta media, identificar flujos de ingresos alternativos y novedosos, así como intervenciones asequibles, eficaces, rentables y factibles que se incluyan en sus paquetes de prestaciones, con el fin de fortalecer sus sistemas sanitarios para lograr la CSU, al tiempo que se garantiza el gasto eficiente de los recursos disponibles.

Teniendo en cuenta estos retos, y la necesidad 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 (Recuadro 1). 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 (Doherty y cols., 2018).

### **Mejora del espacio fiscal mediante imposición indirecta y sujeta a afectación sin poner en peligro la sostenibilidad fiscal**

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 (OPS, 2015) con varios mecanismos disponibles para mejorar la capacidad de gasto. A menudo, el espacio fiscal y la CSU son cuestiones más políticas que técnicas (Clements, 2012; Gupta y cols., 2013; OPS, 2015), y garantizar la voluntad política resulta fundamental para avanzar en estas áreas.

Los impuestos directos y los seguros sociales de enfermedad no siempre representan una solución inmediata o un medio políticamente viable para generar ingresos adicionales. Aunque son deseables desde el punto de vista de la equidad, el potencial de los impuestos directos (p. ej., el impuesto sobre la renta personal) para recaudar ingresos adicionales que cubran una proporción significativa de la brecha fiscal es limitado, debido al elevado nivel de economía informal que da lugar a la evasión y la elusión fiscales, y a transacciones no monetizadas en la región. En consecuencia, se confía más en los impuestos indirectos para generar un aumento de los recursos potencialmente disponibles.

#### **Espacio fiscal (Recuadro 1)**

Capacidad en el presupuesto de una Administración que puede utilizarse como fuente de fondos para un fin específico sin comprometer su estabilidad financiera ni su posición.

*(Heller, 2005)*

Margen entre los niveles actuales de gasto y las capacidades máximas de gasto.

*(FMI y Banco Mundial, 2006)*

La OPS ha evaluado la modificación de las estructuras de *tributación indirecta* en los países latinoamericanos y caribeños, y concluye que tales estructuras poseen un potencial importante como fuente para la creación de espacio fiscal en la mayoría de los países de esta región. En particular, la OPS señaló que el impuesto sobre el valor añadido (IVA) tendría muy probablemente una mayor importancia en la creación de espacio fiscal entre todas las fuentes de tributación revisadas.

En varios países se han popularizado impuestos especiales sobre el azúcar, el alcohol y el tabaco, con el objetivo de modificar las conductas poco saludables y de generar ingresos adicionales asignados a la asistencia sanitaria. Por el contrario, también se ha argumentado que se vinculan a una menor previsibilidad de los ingresos y que causan reacciones de la industria y de otros intereses de las partes interesadas, mientras que su repercusión en la salud sigue sin estar clara (Briggs y cols., 2017; Caro, 2017; Cornelsen, 2015; Wright y cols., 2017).

No obstante, en una encuesta sobre preferencias de las partes interesadas,

Tordrup y cols. (2013) observaron que la elevación de los impuestos sobre los productos «nocivos» resultaría favorable en general, siempre y cuando se mantenga su afectación y se utilicen junto con otras políticas, como los impuestos destinados a la financiación de la salud y la privatización de partes del sistema sanitario, para ofrecer opciones mejoradas para la generación de recursos en la mayoría de los contextos.

### Comunicar fines y objetivos

En el último decenio, los países latinoamericanos han logrado importantes avances en el desarrollo económico y social. En una estrategia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 2014 se estableció el objetivo de proporcionar acceso universal a una asistencia sanitaria integral, y procurar la cobertura de esta, con un nivel de gasto de referencia del 6 % del PIB a dedicar a los servicios de salud como respaldo a la provisión de asistencia sanitaria universal (OPS, 2014). A pesar de ello, los sistemas de salud de la región siguen adoleciendo de una financiación deficiente, y se caracterizan por unos recursos limitados y la prestación de un servicio y una cobertura

## CUESTIONES DE ESTUDIO

1. **¿Cuáles son los principales factores organizativos y financieros en cada sistema de salud?**
2. **¿Cuál es el rendimiento macroeconómico de los países del estudio?**
3. **¿Cómo perciben los responsables políticos los principales mecanismos de financiación en lo que se refiere a la necesidad y la viabilidad política?**
4. **¿Cuál es la dimensión del espacio fiscal respecto al gasto sanitario en los distintos países?**
5. **¿Cómo pueden generar los aumentos de los impuestos indirectos espacio fiscal para la salud?**

fragmentados. Además, en el conjunto de la región, las mejoras significativas en la reducción de las enfermedades evitables con vacunas y de las tasas de mortalidad materna se enfrentan a una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) y de los trastornos asociados al envejecimiento de la población. Esta creciente carga de enfermedades ha llevado a muchos países latinoamericanos a afrontar continuos retos en cuanto a la consecución de una financiación adecuada para sus sistemas de salud.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la financiación de la sanidad en toda la región, con el presente estudio se pretende analizar si existe margen para elevar el gasto público en asistencia sanitaria sin poner en peligro la estabilidad económica o financiera en diez países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay.

El estudio se centrará en identificar diversas fuentes de financiación, en particular la imposición indirecta y, en concreto, el refuerzo y la afectación de los ingresos procedentes del IVA y los impuestos sobre determinados productos que se perciben como nocivos (conocidos asimismo como «impuestos al pecado»). Los argumentos para seleccionar los impuestos *indirectos* se basan en el escaso potencial de la tributación directa para contribuir a la creación de espacio fiscal, que es especialmente relevante en el ámbito geográfico de los países del estudio, quizá con la excepción de uno o dos casos. Por ejemplo, la economía informal genera el 35,5 % del PIB en promedio en los diez países del estudio, y varía desde el 60 % del PIB en Panamá, hasta el 18,5 % del PIB en Chile (Schneider & Williams, 2013). En este sentido, si se elevaran los impuestos directos, esta medida

podría dar lugar a un nivel significativo de evasión o elusión fiscales. Por otro lado, en 2016, los impuestos indirectos y directos representaron el 9,4 % y 12,4 % del PIB en promedio en los diez países del estudio (OCDE, 2018; Banco Mundial, 2018c). Tales proporciones, junto con los altos niveles declarados de economía informal en la región, ponen de relieve la superior capacidad de los impuestos indirectos para contribuir de manera más significativa al incremento de los recursos disponibles en la sanidad en comparación con los impuestos directos, a pesar de que se perciba que la naturaleza de los primeros es regresiva.

Los objetivos específicos de este estudio son los siguientes:

**Objetivo 1: Estudiar la necesidad de ampliar el espacio fiscal en la financiación sanitaria de la región latinoamericana.**

Que los países de la región puedan potenciar o reforzar el espacio fiscal para elevar el gasto sanitario depende de varios aspectos del sistema de salud de cada país y de su sistema económico en general. En el estudio se examinan aspectos específicos del sistema de salud actual de cada país (y otros indicadores económicos relevantes) y se realiza un análisis de la brecha (fiscal) existente para determinar si pueden asumirse aumentos del gasto sanitario.

**Objetivo 2: Identificar los impuestos existentes y potenciales sujetos a afectación o de otra índole capaces de contribuir al 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 sujetos a afectación (en concreto, del IVA y los productos considerados nocivos desde la perspectiva de la salud público<sup>1</sup>) como mecanismo para generar más recursos económicos para la asistencia sanitaria. La aplicación de impuestos a los productos nocivos mediante programas cuidadosamente diseñados se considera una forma efectiva desde la perspectiva de los costes para mejorar los resultados en materia de salud, y es posible asimismo que tales impuestos puedan generar recursos financieros para el sistema sanitario si se destinan a atender este fin. Además, pueden ofrecer una respuesta al llamamiento de la OPS para formular estrategias únicas que amplíen el acceso a la asistencia sanitaria y el espacio fiscal (OPS, 2014; 2015b). Se evalúa la eficacia de los impuestos a los productos nocivos con el fin de establecer un debate informado sobre si tales tributos constituyen una vía potencial para contribuir al refuerzo del espacio fiscal. Además, el IVA general sobre todos los bienes, así como el incremento del impuesto existente sobre productos nocivos o la introducción de tal impuesto, se modelizan y evalúan en cuanto

a su capacidad para generar nuevos recursos destinados a los sistemas de salud.

***Objetivo 3: Formular conclusiones de referencia que puedan respaldar políticas públicas específicas de cada país.***

En una serie de recomendaciones se analizará si puede ampliarse el espacio fiscal y el modo en que podrían utilizarse los posibles recursos adicionales en los 10 países del estudio. Se emplearán varios supuestos para evaluar la viabilidad del espacio fiscal identificado (o partes del mismo) utilizado para reforzar la financiación, la organización y la prestación de servicios en el ámbito de la atención sanitaria. En tales supuestos se considerará (a) la priorización de la sanidad frente a otras áreas de la hacienda pública, (b) la asignación de la totalidad del espacio fiscal a los servicios de salud públicos, y (c) la mejora de la eficiencia en la asistencia sanitaria y el uso de los recursos del espacio fiscal para elevar la calidad de los servicios. En el informe figuran conclusiones y recomendaciones para los países del estudio y la región basadas en este análisis.

---

<sup>1</sup> Los impuestos especiales a los bienes considerados perjudiciales para la salud de la población incluyen los aplicados a los productos de tabaco, el alcohol o ciertos alimentos o bebidas (p. ej., aquellos con un contenido elevado de azúcar) (OMS, 2004).

## Marco conceptual

El marco conceptual utilizado en el presente informe consta de cinco componentes analíticos fundamentales, que se combinan para poder abordar la formulación de las conclusiones y las recomendaciones a seguir específicas de cada país. En la figura 2 se detallan los métodos y los resultados del informe de cada uno de los cinco componentes.

Figura 2: Marco conceptual

<b>Marco conceptual y objetivos analíticos</b>	<b>CE1</b> Descripción de los aspectos financieros y organizativos de los sistemas sanitarios	<b>CE2</b> Evaluación del rendimiento macroeconómico	<b>CE3</b> Comprender la necesidad y la viabilidad política de los principales mecanismos de financiación	<b>CE4</b> Cálculo de la brecha fiscal disponible en cada país, contextualizada en las tendencias macroeconómicas	<b>CE5</b> Simulación y evaluación del posible rendimiento derivado de los incrementos del IVA y los impuestos sobre productos nocivos	<b>Conclusiones y recomendaciones comparativas</b> para las políticas públicas específicas de cada país (Capítulo 9)
<b>Métodos empleados</b>	Revisión bibliográfica	Recogida de datos relativos a las variables e indicadores clave	Encuesta a las principales partes interesadas del sector	Recogida de datos y análisis de variables e indicadores	Modelización de simulación y evaluación de la viabilidad	
<b>Hallazgos</b>	Capítulo 3	Capítulo 4	Capítulo 5	Capítulo 6	Capítulo 7 y 8	

**Nota:** CE = cuestión de estudio.

En el Capítulo 2 se describe la metodología de investigación utilizada para la recogida de datos tanto primarios como secundarios, y la posterior modelización y análisis realizados como parte de este estudio. El resto del informe se encuentra estructurado en torno a las principales cuestiones de estudio en el marco conceptual. En el capítulo 3 se ofrece una visión general de los sistemas de salud en los países incluidos en el estudio, así como una breve descripción de la organización y las estructuras de financiación de tales sistemas, las principales tendencias y retos para la región, y un breve análisis de la consecución de los principios de la CSU. A continuación

figuran los resultados y los hallazgos del estudio, mediante el análisis de tendencias e indicadores macroeconómicos (Capítulo 4), un debate sobre los resultados de la encuesta respecto a la necesidad y viabilidad política de los mecanismos de financiación (Capítulo 5), las estimaciones de la brecha fiscal existente (Capítulo 6) y el posible rendimiento fiscal (Capítulo 7), y una evaluación de la viabilidad de los aumentos de los impuestos indirectos en tres supuestos (Capítulo 8). En el capítulo 9 se formulan conclusiones y recomendaciones basadas en los hallazgos comentados en las secciones anteriores.

## MÉTODOS

Con el fin de abordar los fines y objetivos expuestos en el apartado anterior, llevamos a cabo una recogida de datos primarios y secundarios. Los datos resultantes se utilizaron para realizar simulaciones sobre el impacto de aumentos de modestos a moderados de la tributación indirecta (tanto el IVA como los impuestos sobre productos nocivos) en la obtención de recursos adicionales para la asistencia sanitaria. En este apartado se describen los métodos utilizados para la recogida de datos principales y secundarios y el análisis efectuado.

### Países del estudio

Nuestro estudio se centró en 10 países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay), que representan algo menos del 80 % de la población total de la región.

Aunque el criterio principal para la inclusión como país del estudio fue geográfico, los diez países varían en cuanto a su marco macroeconómico y su inversión actual en salud. La mayoría de los países están clasificados como de renta media alta, excepto Argentina, Chile y Uruguay, que son de renta alta. El PIB per cápita oscila entre 5 195 USD (USD constantes de 2010) en Ecuador y 15 019 USD en Chile.

Con el fin de disponer de cierto grado de comparabilidad de nuestros resultados y cotejar estos con otros entornos, incluimos a Francia, Reino Unido (RU) y España como países de «referencia». Estos tres países cuentan con sistemas de salud consolidados, se atienen a los principios de la cobertura sanitaria universal, financian la atención sanitaria principalmente a través de impuestos generales y cotizaciones a la seguridad social, gastan entre el 9,2 % y el 11,1 % del PIB en sanidad y son estables desde una perspectiva macroeconómica.

Cuentan asimismo con la contribución adicional de los seguros privados (aunque modesta) y los pagos directos de los beneficiarios. Además, existen datos que acreditan el empleo de la tributación sobre productos nocivos en forma de impuestos sobre el alcohol, el tabaco y el azúcar en los tres países.



## Recogida de datos secundarios

### *Variables*

Llevamos a cabo un análisis de tendencias con el fin de conocer ciertos elementos del rendimiento de los países del estudio respecto a determinadas áreas esenciales de la actividad económica, como el desempeño macroeconómico, el régimen fiscal, el gasto sanitario y los principales indicadores de salud, así como el gasto en otros servicios humanos, como las pensiones y la seguridad social, la educación y la defensa, y la relevancia de estos. Se obtuvieron datos respecto a cada uno de los diez países del estudio, más los tres de referencia de la UE (Reino Unido, Francia y España), para una recogida de 80 indicadores (véase el Apéndice 1) que se consideraron relevantes respecto a las cuestiones objeto del estudio y que se agrupan en cinco áreas temáticas (véase el recuadro que figura más adelante).

Para garantizar la comparabilidad entre países, se utilizaron datos facilitados por organizaciones internacionales relevantes (el Banco Mundial, la Organización de

Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Fondo Monetario Internacional (IMF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF. Se recabaron, cuando resultó posible, los datos disponibles para cada indicador y cada país, con referencias temporales anuales desde 1997 hasta 2017 (inclusive). Parte de los datos que tratamos de obtener se referían a la identificación de (a) los tipos de los impuestos indirectos (incluidos los aplicados sobre productos nocivos) en los países del estudio y (b) las recaudaciones/ingresos procedentes de impuestos indirectos en la moneda local y en dólares de Estados Unidos. Los datos comunicados por organizaciones internacionales nos permitieron conocer tales recaudaciones e ingresos, pero para identificar los tipos impositivos de cada país y producto, tuvimos que examinar literatura gris, acceder a los sitios web de la Administración de los países del estudio, y ponernos en contacto con distintos expertos sobre el tema. El IVA fue el impuesto indirecto que utilizamos en las comparaciones, mientras que los impuestos

### Áreas temáticas para la recogida de datos

- Demografía y prevalencia de enfermedades.
- Políticas y entorno macroeconómicos, incluido el rendimiento macroeconómico, el equilibrio fiscal<sup>2</sup>, y los ingresos fiscales procedentes de diversas fuentes (directas e indirectas).
- Variables de los sistemas de salud, incluida la financiación, los seguros y los indicadores de rendimiento.
- Indicadores de salud, como la esperanza de vida y las principales causas de mortalidad.
- Gastos en otros servicios humanos (pensiones/seguridad social, educación, defensa) e importancia de estos.

---

<sup>2</sup> Desde el punto de vista fiscal, las subvenciones a productores de bienes y servicios se incluyen en los gastos generales.

sobre el tabaco (cigarrillos, puros y tabaco suelto), el alcohol (cerveza, vino y otras bebidas alcohólicas de mayor graduación) y el azúcar se identificaron como los aplicados sobre productos nocivos más relevantes en este contexto.

Los datos de los indicadores se utilizaron posteriormente para realizar el análisis de tendencias, así como para calcular la brecha fiscal y facilitar el análisis de simulación en el que se fundamentó el ejercicio de modelización encaminado a identificar la medida en que se generan fuentes adicionales a partir de los aumentos en los impuestos indirectos para financiar servicios sanitarios. Estos se examinan en los apartados siguientes.

### **Revisión bibliográfica**

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva para establecer un marco de investigación de los impuestos indirectos y, en concreto, del IVA y los tributos que se aplican a los productos nocivos en los países del estudio. El objetivo general consistía en determinar cómo afectan tales impuestos al consumo, los ingresos y la salud, y avanzar en el conocimiento del espacio fiscal para el gasto sanitario.

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en las bases de datos disponibles, como PubMed y Proquest. Se realizaron múltiples búsquedas preliminares para optimizar los resultados. Entre los términos clave utilizados en la estrategia de búsqueda finalizada figuraron «financiación sanitaria», «impuestos al pecado», «impuestos sujetos a afectación», «impuestos sobre el alcohol», «impuestos sobre el tabaco» e «impuestos sobre el azúcar». Todos los términos se buscaron por país e incluyendo «Y América Latina». Se utilizó una combinación de estas

palabras clave con la adición de los términos «y/o». El protocolo y los parámetros empleados en la revisión bibliográfica exhaustiva se describen en el apéndice 2.

### **Recogida de datos primarios**

Con el fin de determinar las preferencias de las partes interesadas del ámbito de la asistencia sanitaria, se llevó a cabo una encuesta internacional encaminada a recabar las opiniones generales de dichas partes. Entre otros factores, en la encuesta se sondeó el grado de acuerdo o desacuerdo de las partes interesadas con una serie de declaraciones que subyacen a las opciones políticas para garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, haciendo hincapié en el papel del IVA y los impuestos sobre los productos nocivos. En la encuesta se examinaron además diversas opciones de financiación de la asistencia sanitaria, así como su conveniencia y viabilidad, como, por ejemplo: (a) aumentar la base de ingresos para los servicios de salud mediante el aumento de los impuestos sobre la renta personal, la renta de sociedades o el consumo; (b) aprovechar el potencial de los impuestos sobre productos nocivos, complementados con otras fuentes de financiación, como método para elevar los ingresos fiscales y destinar estos a la prestación de servicios sanitarios; (c) reducir el coste de los servicios prestados restringiendo el ámbito de cobertura o limitando la adopción de tecnologías nuevas y caras; (d) implantar mecanismos basados en el mercado, incluido el refuerzo del papel de los seguros privados, el aumento de los cargos a los usuarios, o la privatización de ciertas partes del sistema; (e) reasignación de recursos de otras áreas de gasto público; o (f) implantación de servicios preventivos o

apoyo a los ciudadanos para que adopten estilos de vida más saludables.

## **Análisis**

### ***Análisis de tendencias***

Se realizó un análisis de tendencias para responder la primera cuestión del estudio: ¿Cuáles son los principales factores organizativos y financieros en cada sistema de salud? Utilizando los datos recabados respecto a varios indicadores, realizamos un análisis de tendencias en cuatro áreas de interés: (a) indicadores macroeconómicos básicos; (b) financiación de la sanidad; (c) gasto sanitario; y (d) impuestos y prioridades fiscales (incluyendo la importancia de la educación, las pensiones y la seguridad social, y la defensa, además de la sanidad). En cada uno de los diez países del estudio y los tres de la UE incorporados con fines comparativos examinamos tres referencias temporales clave respecto a varios indicadores.

### ***Análisis de la encuesta***

La encuesta realizada como parte del ejercicio de recopilación de datos primarios se analizó para obtener información sobre la segunda cuestión del estudio: ¿Cómo perciben los responsables políticos los principales mecanismos de financiación en lo que se refiere a la necesidad y la viabilidad política?

### ***Brecha fiscal en el análisis de la asistencia sanitaria***

Se realizó un análisis de la brecha fiscal en la asistencia sanitaria en cada país para abordar la tercera cuestión del estudio: ¿Cuál es la dimensión del espacio fiscal respecto al gasto sanitario en los distintos países? Con el fin de analizar posibles lagunas en la financiación

sanitaria, se calculó la brecha fiscal en el gasto sanitario comparando el gasto público corriente en salud en cada uno de los países del estudio con el objetivo estratégico fijado por la OPS en 2014 del 6 % del PIB. En los casos en los que se alcanzó el objetivo del 6 % del PIB en cualquiera de los países del estudio, consideramos un objetivo de referencia más ambicioso del gasto sanitario público medio (% PIB) en los tres países seleccionados a efectos comparativos (Francia, Reino Unido y España).

Para calcular la brecha fiscal en el gasto sanitario como la distancia entre los niveles actuales y aceptables de gasto público en salud con arreglo a los supuestos anteriores, utilizamos tres indicadores diferentes: (a) el déficit en la financiación de la asistencia sanitaria pública como porcentaje del PIB, (b) el déficit en la financiación de la asistencia sanitaria pública en términos monetarios y (c) el coste de elevar la financiación de la asistencia sanitaria pública para cubrir esta brecha fiscal.

#### *Déficit en la financiación sanitaria pública*

Utilizando datos públicamente disponibles, estimamos la diferencia entre el gasto en salud pública (% PIB) y el objetivo de referencia de la OPS del 6 % del PIB para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y México. También calculamos el gasto público medio de los países de referencia (Francia, España y Reino Unido) en asistencia sanitaria, que posteriormente se representó como una proporción del PIB. A continuación, se calculó la diferencia entre este valor y el valor equivalente para Costa Rica y Ecuador, países con un gasto público en salud que ya superaba el valor de referencia del 6 % de la OPS. La brecha fiscal resultante se calculó inicialmente en unidades porcentuales del PIB antes de su

transformación en dólares estadounidenses (corrientes en PPA), utilizando información sobre el valor del PIB para los años en cuestión en cada uno de los países del estudio.

#### *Coste del aumento de la financiación de la sanidad pública*

Utilizando datos públicamente disponibles sobre el PIB en cada país, calculamos la financiación adicional requerida para aumentar la financiación sanitaria pública con el fin de cubrir la brecha fiscal. Estos recursos simulados adicionales se representaron en dólares estadounidenses (corrientes en PPA).

#### ***Impacto de los aumentos de impuestos indirectos e impuestos sobre productos nocivos: análisis de simulación***

Se realizaron simulaciones de aumentos de impuestos indirectos (IVA y productos nocivos) para abordar la cuarta cuestión de estudio: ¿Cómo pueden cubrir el espacio fiscal los aumentos del IVA o los impuestos existentes sobre productos nocivos, o la aplicación de nuevos tributos de esta índole?

#### *Modelización del efecto de los cambios en el IVA*

Analizamos el impacto de los cambios en los impuestos indirectos sobre los ingresos fiscales previstos en los países del estudio y de referencia.

Nuestro modelo se centró en los impuestos indirectos debido al escaso potencial en los diez países del estudio de obtener ingresos adicionales para cubrir una proporción significativa de la brecha fiscal a partir de los impuestos directos (p. ej., el impuesto sobre la renta personal), como resultado del elevado nivel de economía informal y de las transacciones no monetizadas en la región.

Por ejemplo, la economía informal genera el 35,5 % del PIB en promedio en los diez países del estudio, y oscila entre el 60 % del PIB en Panamá, y el 18,5 % del PIB en Chile (Schneider & Williams, 2013). En este sentido, si se elevaran los impuestos directos, esta medida podría dar lugar a un nivel significativo de evasión o elusión fiscales. Por otro lado, en 2016, los impuestos indirectos y directos representaron el 9,4 % y 12,4 % del PIB en promedio en los diez países del estudio (OCDE, 2018; Banco Mundial, 2018c). Tales proporciones, junto con los altos niveles declarados de economía informal en la región, ayudan a justificar la elección de los impuestos indirectos para contribuir de forma más significativa a la obtención de recursos adicionales que se utilizarán en la financiación de los servicios de salud.

Modelizamos cinco supuestos diferenciados respecto al IVA para los países de estudio y de referencia, con el fin de evaluar en todos los supuestos la repercusión del aumento de los tipos del IVA en los recursos adicionales obtenidos. Calculamos el rendimiento fiscal de un incremento de un punto porcentual en el tipo del IVA estándar (supuestos 1 a 4) y un aumento de un punto porcentual en los tipos del IVA estándar y no estándar (supuesto 5). Los cinco supuestos incluidos en este ejercicio de simulación incorporaron ponderaciones diferentes para modificar la contribución a los ingresos de los productos y servicios con IVA estándar y no estándar (véase la tabla 1). También se incluyó la elasticidad precio de la demanda (EPD) para tener en cuenta (a) el impacto nulo sobre el consumo y (b) el impacto no nulo sobre el consumo como consecuencia del aumento del precio de los bienes/servicios debido a la elevación de los tipos del IVA.

Nuestro modelo utiliza una combinación de datos de entrada derivados de la información públicamente disponible y estimaciones basadas en dicha información. En la tabla 1 que sigue se muestran los datos de entrada al modelo y las fuentes asociadas para los

datos de entrada incluidos en nuestro análisis. En el apéndice 3 se ofrece una descripción detallada de los supuestos formulados, la elección de la elasticidad precio de la demanda y los supuestos que sustentan nuestro modelo.

**Tabla 1: Datos de entrada del supuesto para la modelización del IVA**

	Elasticidad precio de la demanda <sup>1</sup>		IVA estándar		IVA no estándar	
	Impacto nulo	Cierto impacto <sup>2</sup>	Aumento (disminución) de los tipos <sup>3</sup>	Ponderación de ingresos <sup>4,5</sup>	Aumento (disminución) de los tipos <sup>3</sup>	Ponderación de ingresos <sup>4,5</sup>
<b>SUPUESTO 1</b>	0	Países del estudio: -0,09 a -0,58  Países de referencia: -0,10 a -0,74	+ 1 %	99 %	Sin cambios	1 %
<b>SUPUESTO 2</b>	0		+ 1 %	80 %	Sin cambios	20 %
<b>SUPUESTO 3</b>	0		+ 1 %	75 %	Sin cambios	25 %
<b>SUPUESTO 4</b>	0		+ 1 %	60 %	-	40 %
<b>SUPUESTO 5</b>	0		+ 1 %	60 %	Un punto porcentual	40 %

**Notas:**

<sup>1</sup> Impacto sobre la demanda de elevar o reducir los tipos del IVA.

<sup>2</sup> Utilizamos EPD identificadas en nuestra investigación para formular un intervalo independiente de EPD para cada uno de los grupos de países. Se utilizó el mismo intervalo de EPD en todos los países de cada grupo. El intervalo presentado está constituido por los límites inferior y superior de la EPD.

<sup>3</sup> Ajuste de puntos porcentuales respecto al tipo de IVA vigente (tanto para los tipos estándar como para los no estándar).

<sup>4</sup> Pesada de los ingresos totales por IVA atribuibles a los tipos de IVA estándar o no estándar.

<sup>5</sup> Si el tipo de IVA no estándar es 0 % o solo existe un tipo de IVA en un país, la ponderación es del 100 % para el tipo de IVA estándar en todos los supuestos.

**Fuentes:** Compilaciones de autores de diferentes fuentes, como Huang y cols., 2015; Almendárez-Hernández, 2013; Selvanathan y Selvanathan, 1994; Bouamra-Mechemache y cols., 2008.

### *Modelación del efecto de los cambios en los impuestos sobre los productos nocivos*

La modelización de los impuestos sobre productos nocivos se llevó a cabo para evaluar el modo en que los aumentos de estos tributos pueden afectar al rendimiento fiscal en los países considerados. Los impuestos examinados en este modelo fueron los aplicados al alcohol y al tabaco. Excluimos los impuestos al azúcar y las «grasas» porque la escasez de datos hizo que su simulación no resultar factible y, a diferencia del alcohol y el tabaco, que se admiten universalmente como productos nocivos, los países varían en su aceptación del carácter dañino de otros productos. Las fluctuaciones de los impuestos sobre los productos nocivos que se modelizan corresponden a los impuestos al consumo aplicados directamente sobre los productos y excluyen el IVA, que se incluyó en la simulación de los tributos indirectos comentada en el apartado anterior.

Para determinar los efectos de los cambios de la política tributaria a escala macro, se llevó a cabo una modelización de los datos disponibles a esa misma escala. Utilizamos los datos más recientes de la OCDE sobre ingresos fiscales para los bienes gravados en cuestión, y modelizamos el incremento de los ingresos en el caso de que los impuestos especiales establecidos se eleven en cinco

puntos porcentuales, lo que suponía un aumento moderado de la tributación. Los datos fiscales se desglosaron adicionalmente para los productos alcohólicos (cerveza, vino y otras bebidas alcohólicas de mayor graduación) y los productos de tabaco (cigarrillos, puros y tabaco suelto) debido a los diferentes niveles de imposición de estos productos. Utilizamos los datos fiscales correspondientes a un paquete estándar de cigarrillos, y a una botella estándar de vino, cerveza y otras bebidas alcohólicas, respectivamente.

De forma similar a la modelización del IVA, en el modelo sobre productos nocivos se adoptaron dos supuestos; en el primero se asumió una demanda perfectamente inelástica (es decir, una elasticidad precio de la demanda (EPD) igual a cero), mientras que, en el segundo, se asumió una EPD no nula y se utilizaron las EPD que figuran en la tabla 2. En el supuesto 1 se modelizaron los ingresos fiscales conforme a un aumento de 5 puntos porcentuales en el impuesto específico del producto, respectivamente, con una EPD de 0; y en el supuesto 2 se elevó el impuesto de manera idéntica, pero se aplicó la EPD específica del país. En el apéndice 4 se examina el proceso seguido en la modelización de macrodatos, los cálculos pertinentes, los supuestos formulados y las limitaciones.



**Tabla 2: Datos de entrada del supuesto relativos a la modelización de los impuestos sobre productos nocivos**

	Supuesto 1		Supuesto 2			
	Elasticidad precio de la demanda (demanda inelástica)	Elasticidad precio de la demanda de cerveza <sup>1</sup>	Elasticidad precio de la demanda de vino <sup>1</sup>	Elasticidad precios de la demanda de otras bebidas alcohólicas <sup>1</sup>	Elasticidad precio de la demanda de tabaco (principalmente cigarrillos) <sup>2</sup>	Elasticidad precio de la demanda de azúcar <sup>3</sup>
<b>ARGENTINA</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,15	-1,37
<b>BRASIL</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,27	-1,25
<b>CHILE</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,22	-1,37
<b>COLOMBIA</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,78	-1,25
<b>COSTA RICA</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,27	-1,25
<b>ECUADOR</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,87	-1,25
<b>MÉXICO</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,14	-1,25
<b>PANAMÁ</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,34	-1,37
<b>PERÚ</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,7	-1,25
<b>URUGUAY</b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,34	-1,37
<b>FRANCIA<sup>4</sup></b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,56	-0,9
<b>ESPAÑA<sup>4</sup></b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,56	-0,9
<b>RU<sup>4</sup></b>	0	-0,29	-0,46	-0,54	-0,56	-0,9

**Notas:**

<sup>1</sup> Se utilizará la misma EPD en todos los países (datos de la EPD del Reino Unido). Esto se debe a la escasa información fiable de los demás países.

<sup>2</sup> Costa Rica carecía de registros sobre la EPD del tabaco, por lo que se utilizó la EPD brasileña, ya que es la más próxima en términos de PIB per cápita.

<sup>3</sup> Las EPD utilizadas para la región se basan en los datos chilenos o ecuatorianos encontrados, asignados en función de cuáles son los más aproximados en términos del PIB per cápita.

<sup>4</sup> Todos los datos de los países de referencia se derivaron de los datos del Reino Unido, ya que eran los más fiables y abundantes en la bibliografía.

**Fuentes:** Cerveza, vino y otras bebidas alcohólicas (Nelson, 2013); EPD de tabaco (Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay (Maldonado y cols., 2016); Perú (González-Rozada y Ramos-Carbajales, 2016); Reino Unido (Reed & Langely, 2013); EPD del azúcar (Chile (Guerrero-López y cols., 2017; Ecuador (Paraje, 2016); RU (Andreyeva, Long & Brownell, 2010)).

## ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES ORGANIZATIVOS Y ECONÓMICOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS?

### Retos fundamentales

En general, la región afronta retos tales como la gran dimensión de la economía informal, el acceso desigual a los servicios de salud y la distribución poco equitativa de estos, y un elevado gasto directo de los beneficiarios (desembolso personal). Las grandes economías informales dificultan la financiación de la asistencia sanitaria mediante los impuestos. Muchos de los países de la región (por ejemplo, Colombia y Perú) tienen dificultades para financiar su sistema de salud, lo que da lugar a problemas de calidad y acceso.

Existe en la región una tendencia a centrarse en la tributación indirecta, a diferencia de los países europeos de referencia, que se sirven principalmente de la imposición directa, debido a una mayor proporción de economía informal (esta genera más de un tercio del valor del PIB en los países del estudio, frente a algo más del diez por ciento en los países europeos de referencia). Existen grandes desigualdades socioeconómicas y disparidades regionales entre las zonas rurales y las ciudades en muchos de los países.

La inversión en sanidad varía significativamente en los países del estudio. Uruguay dedica la proporción más elevada de su PIB a la sanidad (9,2 %), mientras que Perú solo gasta un 5,2 %. El gasto público en salud tiende a ser inferior al 6 % recomendado por la OMS para los sistemas de CSU, aunque en el último decenio ha aumentado la proporción de dinero público dedicado a la sanidad.

Los elevados desembolsos personales directos (OOP en su acrónimo inglés) de los usuarios, y en especial para medicamentos, constituyen una característica de muchos de los países del estudio. En 2015, los OOP representaron casi un tercio del gasto total en sanidad en los diez países, con unas cifras concretas que oscilaron entre el 16,2 % en Uruguay y el 43,7 % en Ecuador (Banco Mundial, 2018d; Banco Mundial, 2018e). La cifra equivalente en los tres países de referencia de la UE oscila entre el 6,8 % en Francia y el 24,2 % en España.

### Gasto sanitario

En la Tabla 3 se ofrece una visión general del gasto sanitario total, el gasto sanitario público y privado, los desembolsos personales directos y el porcentaje del gasto sanitario total dedicado a medicamentos, mientras que en la Figura 3 se presentan los datos del gasto sanitario total como proporción del PIB durante el periodo de diez años transcurrido de 2005 a 2015.



**Tabla 3: Gasto sanitario en América Latina, Francia, España y Reino Unido, 2015**

	Gasto sanitario % PIB (2015)	Gasto sanitario per cápita, PPA Dólares internacionales corrientes (2015)	Gasto sanitario público % del gasto sanitario corriente (2015)	Gasto sanitario privado % del gasto sanitario corriente (2015)	Desembolso personal directo de los usuarios % del gasto sanitario corriente (2015)	Gasto sanitario externo % del gasto sanitario corriente (2015)	Gasto farmacéutico % GST (2016)
<b>ARGENTINA</b>	6,84	1389,8	71,42	10,38	17,63	0,58	23,5
<b>BRASIL</b>	8,91	1391,5	42,75	28,22	28,29	0,73	13,9
<b>CHILE</b>	8,07	1903,1	60,78	6,98	32,24	0,00	17,0
<b>COLOMBIA</b>	6,19	852,8	66,78	10,92	18,29	4,01	13,9
<b>COSTA RICA</b>	8,15	1286,5	75,97	2,53	21,49	0,01	16,9
<b>ECUADOR</b>	8,54	980,2	49,67	6,23	43,71	0,40	16,3
<b>MÉXICO</b>	5,86	1008,7	52,17	6,46	41,37	N/D	15,2
<b>PANAMÁ</b>	7,01	1542,8	61,58	6,84	30,52	1,06	16,4
<b>PERÚ</b>	5,27	671,0	61,70	6,91	30,92	0,48	14,5
<b>URUGUAY</b>	9,22	1747,8	69,82	13,90	16,19	0,09	N/D
<b>FRANCIA</b>	11,07	4542,3	78,92	14,28	6,80	0,00	13,9
<b>ESPAÑA</b>	9,17	3182,5	71,03	4,74	24,23	0,00	27,1
<b>RU</b>	9,88	4144,6	80,35	4,84	14,79	0,01	20,9

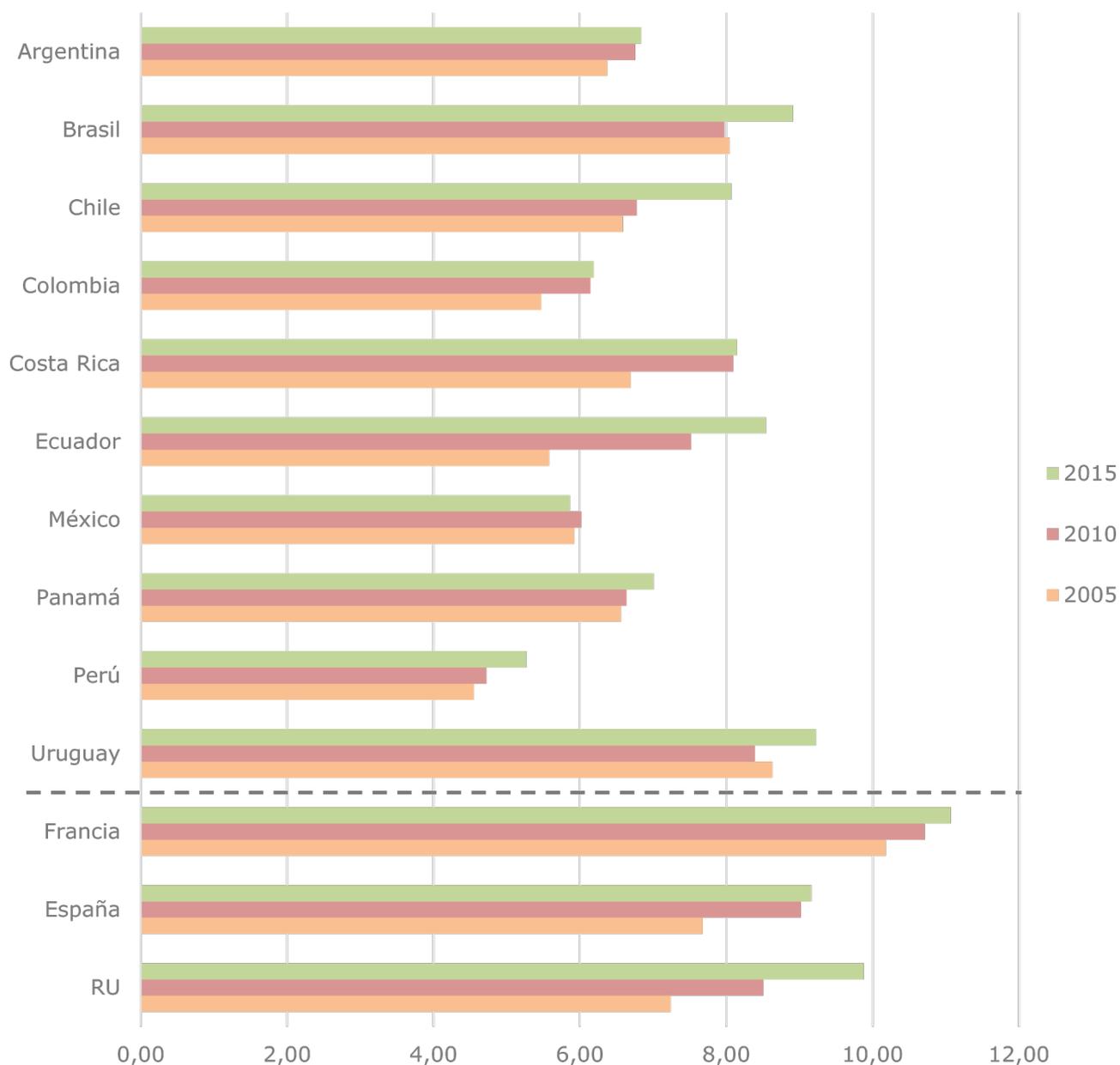
**Nota:** La sanidad privada (% del gasto sanitario corriente) se calculó restando el desembolso personal directo de los usuarios (% del gasto sanitario corriente) de los datos del gasto sanitario privado (% del gasto sanitario corriente) facilitados por el Banco Mundial.

**Fuentes:** todos los datos proceden del Banco Mundial, salvo el gasto farmacéutico (% GST). El gasto farmacéutico (% GST) se tomó de: Argentina (BMI, 2018a), Brasil (BMI, 2018b), Chile (BMI, 2018c), Colombia (BMI, 2018d), Costa Rica (BMI, 2018e), Ecuador (BMI, 2018f), México (BMI, 2018g), Panamá (BMI, 2018h), Perú (BMI, 2018i), Francia (BMI, 2018j), España (BMI, 2018k) y Reino Unido (BMI, 2018l).

El gasto sanitario total como proporción del PIB ha aumentado sistemáticamente en varios países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Perú), de manera comparable a las tendencias observadas en los países de referencia. Se produjo un ligero incremento del gasto en México entre 2005 y 2010, pero

disminuyó en 2015. A pesar de que Uruguay experimentó una disminución del gasto sanitario en 2010, registró un gran aumento del gasto sanitario total como proporción del PIB, y del gasto en general en 2015, situándose a la cabeza de los países de América Latina en dicha partida.

**Figura 3: Gasto sanitario total (% PIB)**

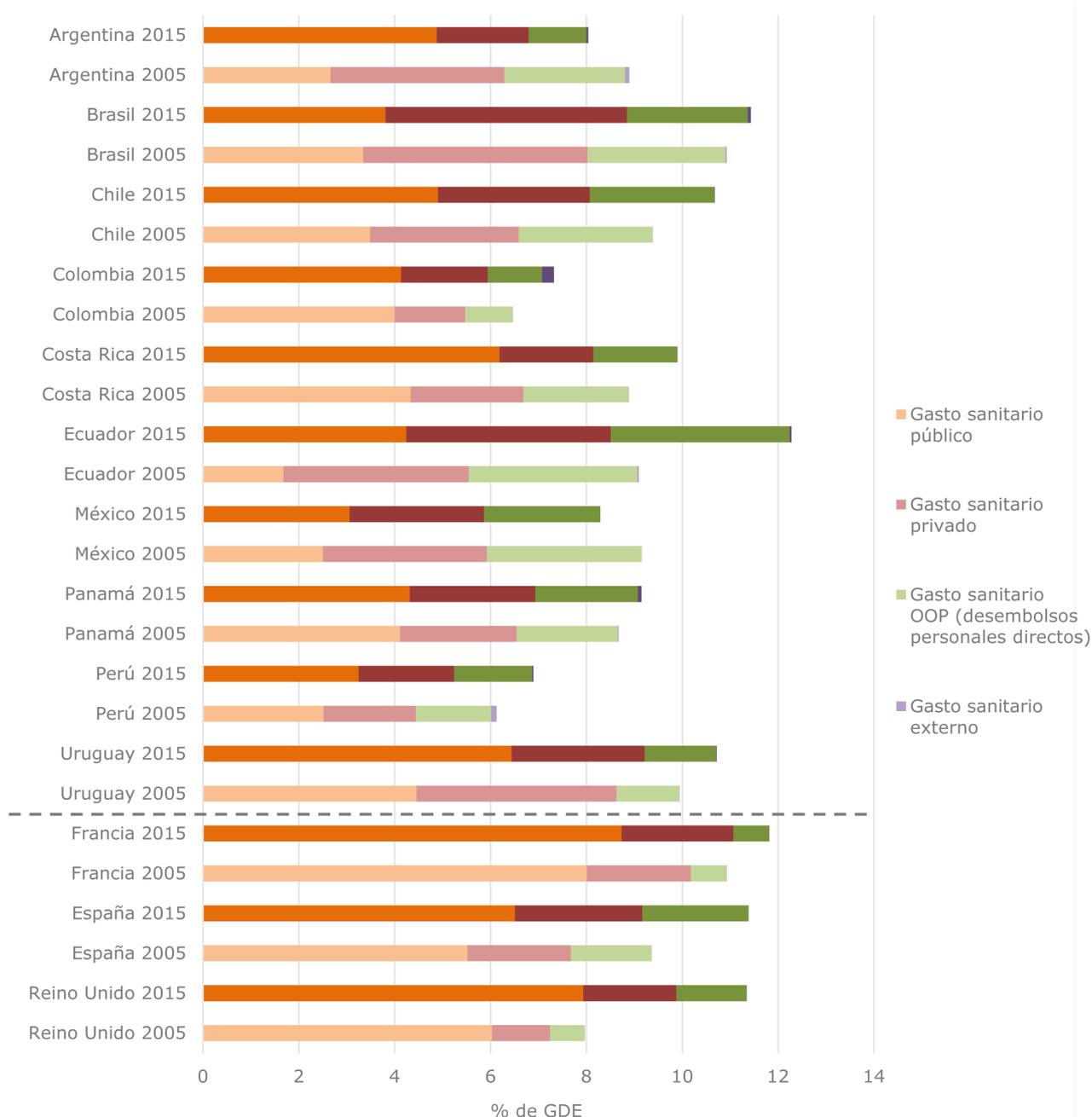


**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial, 2018d.

En la Figura 4 se presenta un desglose del gasto sanitario como porcentaje del PIB entre el gasto público, privado, externo y los

desembolsos personales directos de los usuarios.

**Figura 4: Desglose del gasto sanitario (% PIB) 2005-2015**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos de (Banco Mundial, 2018e, 2018f, 2018g, 2018h).

Entre 2005 y 2015, el gasto sanitario público como proporción del PIB aumentó en todos los países. Ecuador experimentó el mayor incremento de dicha partida. Sin embargo, solo Uruguay y Costa Rica alcanzaron la recomendación de la OPS de dedicar el 6 % del PIB al gasto sanitario público para un sistema de salud universal. Durante el mismo periodo, el gasto sanitario privado aumentó en todos los países salvo en Argentina, Costa Rica, México y Uruguay. Argentina, Costa Rica y Uruguay figuraban entre los cuatro primeros países del estudio que experimentaron los mayores incrementos del gasto sanitario público durante este periodo de 10 años. Esto indica una relación negativa entre el gasto sanitario público y privado como proporción del PIB.

El gasto sanitario que consiste en desembolsos personales directos de los usuarios se elevó en Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay, así como en los países de referencia, entre 2005 y 2015. Durante este periodo de 10 años, Argentina registró la mayor disminución de tales desembolsos, seguida de México, Costa Rica, Brasil y Chile.

El gasto sanitario externo representa la menor proporción del PIB en todos los países. Entre 2005 y 2015, el gasto sanitario externo aumentó en todos los países, salvo en Argentina, Costa Rica y Perú. No obstante, siguió siendo escasamente significativo en todos los países como proporción del PIB durante este periodo de 10 años.

## Sistemas de salud en los países del estudio

En este apartado se resumen las principales características de los sistemas de salud de cada uno de los países del estudio. En la tabla 4 se ofrece una visión global pormenorizada de tales características.



**Tabla 4: Sistemas de salud en los países del estudio**

	<b>Profesionales sanitarios</b>	<b>Mecanismos de financiación</b>	<b>Beneficiarios y cobertura</b>
<b>ARGENTINA</b>	Financiación	De la Administración pública a través de la tributación general y el presupuesto federal (régimen no contributivo).	Beneficiarios: gratuito para todos, pero cubre principalmente a los trabajadores informales desfavorecidos y no asegurados, y a los desempleados.
	Obras Sociales (OS)	Cotizaciones del empleador/empleado (3 % y 5 % de la nómina, respectivamente).	Beneficiarios: seguro social de enfermedad para trabajadores independientes y empleados del sector formal. Cobertura poblacional: 42 %
	Seguro privados de prepago (EMP)	Cotizaciones voluntarias para la cobertura complementaria.	Cobertura poblacional: 8 %
	Programa de Atención Médica Integral (PAMI)	Cobertura contributiva del empleador/empleado (afiliado a OS).	Beneficiarios: pensionistas y jubilados. Cobertura poblacional: 11 %
<b>BRASIL</b>	Sistema Único de Saúde (SUS)	Cotizaciones de organismos federales, estatales y municipales.	Beneficiarios: disponible para todos los brasileños sin cargos de usuario, copagos o cotizaciones financieras.
	Seguro médico privado	Pagos mensuales para planes de atención médica voluntarios, primas de seguro y desembolsos personales directos.	Beneficiarios: Trabajadores urbanos. Cobertura poblacional: 77,5 %
<b>CHILE</b>	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Cotizaciones obligatorias (7 % de los ingresos o pensiones mensuales); financiación federal.	Beneficiarios: pueblos indígenas (grupo A, recibe cobertura gratuita), renta muy baja (grupo B), renta media-baja (grupo C), y renta media-alta (grupo D).
	Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE)	Cotizaciones obligatorias (7 % de los ingresos mensuales de FONASA además de las primas establecidas por cada ISAPRE).	Beneficiarios: Afiliados voluntarios; trabajadores independientes sin prestaciones de seguridad social.
<b>COLOMBIA</b>	Régimen Contributivo (de seguros de enfermedad)	Impuestos sobre la nómina asignados (12,5 % de los ingresos de los trabajadores).	Beneficiarios: Trabajadores con capacidad de pago.
	Régimen Subsidiado (de seguros de enfermedad)	Financiación pública.	Beneficiarios: Residentes desfavorecidos que carecen de capacidad de pago.

	Seguro privado	-	Cobertura poblacional: c.1m. que puede permitirse un seguro privado.
<b>COSTA RICA</b>	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Cotizaciones del empleador/empleado/jubilado (90 % de la financiación; los trabajadores independientes contribuyen en función de su salario); Contribución de la Administración (0,5 %); sistema no contributivo y sin copagos para la población desfavorecida.	Beneficiarios: ofrece una cobertura universal completa (trabajadores del sector formal, trabajadores independientes, población desfavorecida).
	Instituto Nacional de Seguros (INS)	Seguro privado propiedad de la Administración (coste entre 60 y 130 USD al mes por persona según el plan, la edad, el género, etc.).	Beneficiarios: Registración voluntaria Empleadores: Empleadores deben asumir los costos del Seguro Obligatorio por Riesgos del Trabajo
<b>ECUADOR</b>	Ministerio de Salud Pública (MSP)	Presupuesto estatal; reservas presupuestarias extraordinarias; fondos para contingencias y emergencias; regímenes y acuerdos internacionales y nacionales.	Beneficiarios: servicios ofrecidos a toda la población. Cobertura poblacional: c.51 %
	Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)	-	Beneficiarios: población no asegurada
	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (incluido el Seguro Social Campesino (SSC))	Cotizaciones del empleado/empleador; contribuciones de la Administración.	IESS: Beneficiarios: trabajadores del sector formal de la economía, principalmente empleados urbanos y agricultores rurales); Cobertura poblacional: 20 % SSC Beneficiarios: la población rural desfavorecida; solapamiento solapada con los servicios rurales del Ministerio de Sanidad; Cobertura poblacional: 0,9 millones de personas.
	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)	Cotizaciones del empleado/empleador/jubilado; contribuciones de la Administración.	Beneficiarios: miembros de las fuerzas armadas y sus familias. Cobertura poblacional: 5 % (junto con ISSPOL)
	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)	Cotizaciones del empleador; contribuciones de la Administración.	Beneficiarios: miembros de la policía y sus familias. Cobertura poblacional: 5 % (junto con ISSFA)
	Servicios privados	Primas de seguro médico de prepago.	Beneficiarios: clase media alta y alta. Cobertura poblacional: 3 %

<b>MÉXICO*</b>	Seguro Social (SS)	Cotizaciones en nómina del empleado/empleador; contribuciones del Gobierno Federal; tasas anuales fijas de los trabajadores independientes.	Beneficiarios: Trabajadores formales del sector y las personas a su cargo; trabajadores independientes.
	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	Cofinanciado mediante los ingresos de la Administración general a escala federal y estatal; los beneficiarios no indigentes deben abonar (pero rara vez las abonan) cotizaciones mediante primas.	Beneficiarios: abierto a cualquier persona no cubierta por los regímenes del SS (cuando se requiere inscripción).
<b>PANAMÁ</b>	Caja de Seguro Social (CSS)	Cotizaciones de empleados asalariados y empleadores.	Beneficiarios: empleados asalariados y las personas a su cargo. Cobertura poblacional: 84,4 %
	MINSA	Ingresos generales.	Beneficiarios: en teoría, cubre a los que no cubre la CSS; disponible para todos los panameños. Cobertura poblacional: 47 %
	Seguro médico privado	Desembolsos personales directos o primas de seguro médico privado.	Beneficiarios: hogares individuales o empleadores que proporcionan seguros privados Cobertura poblacional: 6 %
<b>PERÚ*</b>	Seguro Social de Salud (EsSalud)	Cotizaciones obligatorias de los empleadores y jubilados; contribuciones del Ministerio de Sanidad; voluntario para los trabajadores independientes y financiado por sus cotizaciones.	Beneficiarios: empleados del sector formal asalariados, jubilados y sus familias (no incluye a los trabajadores autónomos ni a los trabajadores del sector informal). Cobertura poblacional: 30 %
	Seguro Integral de Salud (SIS)	Presupuestos y contribuciones del Ministerio de Sanidad y DIRESA; primas abonadas por los propietarios de empresas, parcialmente subvencionado por la Administración nacional.	Beneficiarios: SIS plenamente subvencionado para los peruanos que carecen de seguro de enfermedad por su situación de pobreza; parcialmente subvencionado como plan voluntario para trabajadores independientes y las personas a su cargo, y para empresarios y sus empleados. Cobertura poblacional: 60 %
	Fuerzas Armadas (FFAA)	-	Cobertura poblacional: 10 % (junto con la PNP y el sector privado)
	Policía Nacional (PNP)	-	Cobertura poblacional: 10 % (junto con las FFAA y el sector privado)
	Seguro médico privado	-	Cobertura poblacional: 10 % (junto con la PNP y las FFAA)

<b>URUGUAY</b>	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Impuestos, cotizaciones a la seguridad social y tarifas de servicio.	Cobertura poblacional: 73 %
	Seguro médico privado	Desembolsos personales directos de los beneficiarios.	Beneficiarios: aquéllos que cuentan con proveedores voluntarios o privados.
<b>FRANCIA</b>	Seguro de salud obligatorio (SHI)	Cotizaciones en nómina del empleado/empleador (50 %); IRPF nacional sujeto a afectación (35 %); impuestos gravados sobre el tabaco y el alcohol, la industria farmacéutica y las compañías de seguros de enfermedad voluntarios (13 %); subsidios estatales (2 %).	Beneficiarios: empleados y las personas a su cargo; participación voluntaria para quienes tienen bajos ingresos y los desempleados. Cobertura poblacional: 99,9 %
	Seguro de enfermedad voluntario privado	Principalmente a través de mutuas laborales sin ánimo de lucro o entidades de previsión social.	Cobertura poblacional: más del 90 %
<b>ESPAÑA</b>	Sistema Nacional de Salud (SNS) español	Impuestos generales.	Beneficiarios: cobertura universal para ciudadanos españoles.
	Seguro voluntario privado	Desembolsos personales directos (principalmente copagos para medicamentos con receta).	Cobertura poblacional: c.13 %
<b>RU</b>	National Health System (NHS, Sistema Nacional de Salud)	Impuestos generales; seguros médicos privados y desembolsos personales directos.	Beneficiarios: cobertura universal.
	Seguro de enfermedad voluntario privado	Primas basadas en el alcance de la cobertura.	Beneficiarios: se adquiere de forma individual o a través de un seguro médico privado del empleador. Cobertura poblacional: 11 %

**Notas:** \* Para mayor brevedad, solo se describen los principales sistemas de seguros de salud.

- = No se encontró información.

**Fuentes:** Argentina (Knaul y cols., 2012; World Bank, 2014; PAMI, 2018); Brasil (Banco Mundial, 2014a); Chile (Knaul y cols., 2012; Banco Mundial, 2014b); Colombia (Knaul y cols., 2012; Banco Mundial, 2014c); Costa Rica (Del Rocio Sáenz y cols., 2011; OPS, 2017g; INS, n.d.); Ecuador (Durán y cols., 2017; De Paepe y cols., 2012; Lucio y cols., 2011; OPS, 2008, 2017e); México (Banco Mundial, 2014d); Panamá (OPS, 2017d); Perú (Knaul y cols., 2012; Ministerio de Sanidad Perú, 2018; OCDE, 2017a; Banco Mundial, 2014e, 2018c); Uruguay (OPS, 2007, 2017c); Francia (Chevreul y cols., 2015; Durand-Zaleski, 2008); España (García y cols., 2010); Reino Unido (Cylus y cols., 2015).

## Argentina

El sistema de salud de Argentina cuenta con varios regímenes de amplia cobertura independientes entre sí, además de fragmentados internamente (Knaul y cols., 2012). Existe un sistema público gratuito para todos, Obras Sociales (OS), que ofrece su cobertura en el marco de un régimen de seguro social de enfermedad contributivo y obligatorio, un régimen de seguro privado complementario (EMP) y el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) (Banco Mundial, 2014). El sector público no es contributivo y cubre a las personas sin seguro, si bien los argentinos con seguro contributivo también utilizan las instalaciones públicas en ocasiones.

Los empleados y sus empleadores realizan cotizaciones obligatorias en nómina a OS (5 % y 3 % de los salarios, respectivamente), a pesar de que los beneficiarios utilizan principalmente centros privados. El PAMI ofrece una cobertura sanitaria contributiva para jubilados y pensionistas y sus familias afiliados a OS. Los servicios son gratuitos en los centros públicos y en algunos centros privados (Banco Mundial, 2014).

La cobertura sanitaria pública se financia mediante impuestos generales, principalmente a través del presupuesto federal. OS, excluyendo el PAMI, se financia con las cotizaciones obligatorias de empleados y empleadores, y existen asimismo pagos mensuales voluntarios fijos para trabajadores independientes, que varían según los ingresos. El PAMI se financia mediante las cotizaciones de empleados y empleadores. El seguro privado se financia con las primas de prepago de los beneficiarios y/o sus empleadores (Banco Mundial, 2014).

## Brasil

El Sistema Único da Saúde (SUS) es el sistema nacional público de seguros de enfermedad de Brasil. Con arreglo a la legislación, las tres escalas de la Administración (federal, estatal y municipal) deben efectuar aportaciones financieras mínimas para la cobertura sanitaria sobre la base de sus ingresos fiscales y cotizaciones sociales (Banco Mundial, 2014a). Los gobiernos federales, estatales y municipales deben aportar el 6-7 %, el 12 % y el 15 % de los ingresos fiscales brutos, respectivamente.

El sistema de salud de Brasil se encuentra muy descentralizado, lo que da lugar a un flujo financiero complejo desde las escalas más altas a las más bajas de la Administración, y desde todas las escalas de la Administración directamente a los centros sanitarios públicos y privados (Banco Mundial, 2014a). La atención médica primaria, secundaria y terciaria se financia mediante transferencias federales. Los servicios contemplados en el sistema público del SUS se encuentran a disposición de todos los brasileños sin, tasas de usuario, copagos ni cotizaciones financieras, excepto en el caso del Programa de Farmacia Popular, en el que los copagos son necesarios.

La prestación privada de servicios sanitarios se permite con o sin la intermediación de planes de salud o compañías de seguros de enfermedad. También puede existir o no una relación contractual con el SUS, que adquiere los servicios de proveedores privados. En 2008, de los 49,2 millones de personas cubiertas por al menos un plan de asistencia sanitaria, el 77,5 % estaban cubiertas por planes de seguro de empresas privadas, y el 22,5 % por planes de seguro para funcionarios públicos (Knaul y cols., 2012).

## Chile

El sistema sanitario chileno se divide en dos agentes principales, una aseguradora única pública sin ánimo de lucro denominada Fondo Nacional de Salud (FONASA) e instituciones privadas de seguros de enfermedad sin ánimo de lucro conocidas como las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE). La ley exige a FONASA que adquiera la mayoría de sus servicios a proveedores públicos, que están obligados a su vez a vender la mayoría de sus servicios a FONASA. Sin embargo, los beneficiarios de FONASA pueden recibir asistencia del sector privado, con unos gastos de copago elevados. Los beneficiarios de las ISAPRE pueden recibir atención en el sector privado o público mediante la realización de copagos proporcionales al coste total de la asistencia hasta determinados límites máximos de cobertura.

Todos los trabajadores dependientes, jubilados y trabajadores independientes que reciben prestaciones de la seguridad social deben inscribirse en el seguro de salud obligatorio y aportar el 7 % de sus ingresos o pensión mensuales (hasta un máximo de 140 USD) (Banco Mundial, 2014b). Pueden optar por la cobertura de FONASA o las ISAPRE; sin embargo, quienes eligen las segundas tienen que efectuar la misma cotización en nómina del 7 % para FONASA más una prima adicional establecida por cada ISAPRE (Banco Mundial, 2014b). Los trabajadores independientes sin prestaciones de la seguridad social pueden afiliarse voluntariamente a cualquiera de las ISAPRE. El derecho a la cobertura gratuita lo financia FONASA a través de su Grupo A para desempleados e indigentes.

El seguro obligatorio cubre al 91 % de la población total. El setenta y seis por ciento de

la población está cubierta por FONASA; el 17 %, por las ISAPRE; y el 7 % pertenece a otros regímenes de seguros ofrecidos por otras instituciones como las fuerzas armadas y las universidades (Banco Mundial, 2014b).

## Colombia

Todos los ciudadanos colombianos tienen acceso a un paquete básico de servicios de salud y el derecho a elegir un proveedor de seguros privado o público. Las personas con capacidad de pago (CDP) están afiliadas al Régimen Contributivo (de seguros de enfermedad) y registradas en una de las 40 Entidades Promotoras de Salud (EPS) (Knauth y cols., 2012). Este sistema se financia principalmente a través de los impuestos sobre la nómina sujetos a afectación, mancomunados por el gobierno federal (Banco Mundial, 2014c). Los afiliados a las EPS han de abonar el 12,5 % de sus ingresos como trabajador cada mes. El beneficiario y las personas a su cargo reciben a cambio un paquete integral de servicios de salud conocido como el Plan Obligatorio de Salud. En este Plan, la cotización depende de la CDP de cada persona, y no del nivel de riesgo para el que se encuentra asegurada. Los beneficiarios pueden adquirir un seguro médico adicional en forma de paquete complementario, un paquete de pago anticipado de medicamentos o una póliza de seguro de enfermedad.

Los que carecen de CDP están cubiertos por el Régimen Subsidiado (de seguros de enfermedad) y pueden afiliarse libremente a cualquiera de las EPS que operan con el régimen subsidiado. La Administración sufraga el coste del paquete básico de prestaciones. Las EPS reciben pagos por capitación de los ayuntamientos, financiados por fondos mancomunados a escala municipal y que constan de los ingresos

procedentes de impuestos generales y sujetos a afectación, y de las subvenciones cruzadas del fondo de solidaridad nacional. En torno al 49 % de estos costes se financiaron mediante transferencias de la tesorería central de la Administración, el 24 % mediante el fondo de solidaridad financiado principalmente mediante una cotización solidaria en nómina (1,5 % de la nómina), y el resto principalmente por fuentes sanitarias territoriales (departamentales y municipales) (Knaul y cols., 2012).

### **Costa Rica**

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es la entidad reguladora del sistema público de salud y pretende ofrecer una cobertura universal completa, que se extienda tanto financiera como geográficamente (Del Rocío Sáenz y cols., 2011). La cobertura sanitaria se proporciona través de mecanismos de prepago, y el 90 % de la población se encuentra asegurada. Para los desfavorecidos, existe un sistema de protección de la salud no contributivo, y no hay copagos en el sistema público de seguros de enfermedad (incluido el coste de las recetas, que son gratuitas para todos los pacientes). El sistema de salud está organizado en tres redes de servicio, cada una dirigida por un hospital de nivel terciario.

La financiación del CCSS proviene de los empleadores, los trabajadores y el Estado. El noventa por ciento de las cotizaciones son de beneficiarios asegurados y aportaciones de empleadores y empleados; el 22,9 % procede del salario de los asegurados: el 14,2 % lo aportan los empleadores, el 8,25 %, los empleados, y el 0,5 %, el Estado. Las cotizaciones voluntarias de asegurados y trabajadores independientes dependen de los

ingresos. Los que ganan más de 885 USD cotizan un 13,5 % de su salario, y los que ganan menos, cotizan un 10,5 %, con una aportación del 0,25 % por parte del Estado. No hay copagos (OPS, 2017g). Puede accederse a un seguro privado a través del Instituto Nacional de Seguros (INS), una aseguradora de propiedad pública.

### **Ecuador**

Los principales proveedores de servicios de salud son el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (Duran y cols., 2017). El gasto sanitario público es inferior al 50 % de los costes sanitarios nacionales (OPS, 2012). La mayoría de los pagos en el sector privado consisten en desembolsos personales directos de los beneficiarios, si bien algunos corresponden a regímenes voluntarios de seguros de prepago, que cubren al 5 % de la población.

El IESS cubre a los trabajadores del sector formal de la economía, compuesto fundamentalmente por empleados urbanos y agricultores rurales. El IESS asegura en torno al 20 % de la población. De la población desfavorecida se encarga el Ministerio de Sanidad (MdS) y de los empleados en el sector formal, el IESS, mientras que las clases media alta y alta utiliza servicios privados (De Paepe, 2012). El Seguro Social Campesino (SSC, un componente del IECSS) dirige su atención a la población rural desfavorecida, y se solapa con los servicios rurales del MdS, aunque al SSC solo se afilian familias a través de las organizaciones campesinas legalmente reconocidas. Los afiliados urbanos del IESS aportan una pequeña parte de su prima de seguro para financiar el SSC.

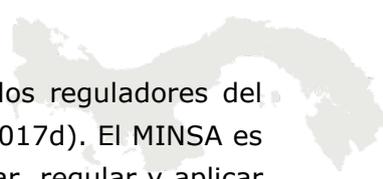
## México



El sector público de la asistencia sanitaria en México se divide en el sector del Seguro Social (SS), y el del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (Banco Mundial, 2014d). El SS ofrece seguros de enfermedad y pensiones a los trabajadores del sector formal y las personas a su cargo. En el SS existen dos regímenes principales: el ISSSTE cubre a la mayoría de los funcionarios públicos, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre al resto de beneficiarios del SS. El SPSS es un régimen voluntario subvencionado por la Administración abierto a cualquier persona que no cubran los programas del SS (Banco Mundial, 2014d).

El SS se financia a través de las cotizaciones en nómina de empleados y empleadores y de las aportaciones de la Administración federal. El tamaño de la cotización de cada parte se basa en el nivel de ingresos del empleado. Los trabajadores independientes tienen una cuota anual fija por el seguro individual de enfermedad y de maternidad, en el que se exigen pagos adicionales a los familiares. El SPSS se cofinancia mediante los ingresos generales de la Administración federal y de escala estatal. Teóricamente, los beneficiarios no indigentes deben realizar sus aportaciones mediante primas, pero rara vez las realizan, y a la mayoría de los beneficiarios no se les exigen cotizaciones. No se aplican cargos en los puntos de servicio a los beneficiarios en centros públicos o privados aprobados. En 2012, el 45 % de la población estaba cubierta por el SPSS, el 47 % por el SS, y el 8 % no se encontraba asegurado (Banco Mundial, 2014d).

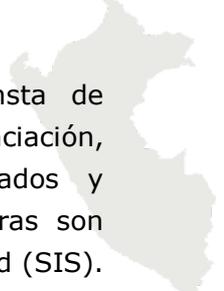
## Panamá



El MINSA y la CSS son los reguladores del sistema de salud (OPS, 2017d). El MINSA es responsable de determinar, regular y aplicar las políticas de salud de la Administración, así como las políticas de sanidad pública esenciales.

La CSS se financia mediante las cotizaciones de los empleados, que abonan un porcentaje de su salario, lo que les da derecho a ellos y a las personas a su cargo a la cobertura; y los empleadores también aportan un determinado porcentaje. El alcance de la CSS es amplio, teniendo en cuenta que la tasa de desempleo es bastante baja (OPS, 2017d). En torno al 70 % del presupuesto de sanidad pública se destina a la CSS y el 30 % al MINSA.

## Perú



El sistema de salud peruano consta de múltiples entidades de financiación, aseguradoras y proveedores privados y públicos. Las principales aseguradoras son EsSalud y el Seguro Integral de Salud (SIS). El SIS es un organismo descentralizado del Ministerio de Sanidad financiado por los recursos fiscales proporcionados por el Ministerio de Economía y Hacienda. EsSalud forma parte del sistema de seguridad social que cubre a los trabajadores del sector formal. Estos aportan una parte de su salario al seguro de enfermedad y al sistema de pensiones (Banco Mundial, 2014e). En el marco del seguro de enfermedad de la seguridad social, las cotizaciones pueden dividirse entre EsSalud y las empresas de proveedores de servicios de salud (EPS). Las EPS suelen ofrecer planes de salud que cubren principalmente la asistencia de escasa complejidad. Los trabajadores independientes pueden inscribirse y pagar las

primas para sí mismos y las personas a su cargo. Existen copagos, que pueden ser significativos en el caso de la asistencia compleja.

El SIS subvenciona plenamente a la población desfavorecida, pero con un paquete de prestaciones más restrictivo que EsSalud. El SIS incluye fundamentalmente los cuidados preventivos y curativos en los centros de salud del MdS, otorgando prioridad a la salud reproductiva y al desarrollo en la primera infancia (Knaul y cols., 2012). En el marco del SIS, existe asimismo un régimen parcialmente

subvencionado/semicontributivo que incluye un plan voluntario para trabajadores independientes y las personas a su cargo, además de un plan voluntario en el que los propietarios de las empresas pueden inscribir a los empleados y pagar sus primas, subvencionadas en parte por la Administración nacional (Banco Mundial, 2014e). Estos dos planes voluntarios exigen que los beneficiarios no cuenten con otra cobertura de seguro.

El nivel de contratación de seguros médicos privados es bajo. Los trabajadores pueden dividir su cotización en nómina entre EsSalud y las aseguradoras privadas de salud para obtener una cobertura complementaria (Banco Mundial, 2014e). Los no asegurados (p. ej., desempleados, trabajadores rurales o trabajadores del sector informal) deben pagar los servicios directamente de su bolsillo en los centros del MdS y de las Autoridades de Sanidad Regionales (Banco Mundial, 2014e).

### **Uruguay**

Uruguay cuenta con un sistema de salud mixto en el que el gasto sanitario público supera el 50 %, pero se sitúa por debajo del

60 % de los costes nacionales en asistencia sanitaria (OPS, 2012). La financiación pública consiste fundamentalmente en impuestos, cotizaciones a la seguridad social y las tasas aplicadas a los servicios (OPS, 2007). El presupuesto general para gastos e inversiones asigna recursos a los organismos públicos de ámbito nacional. Los impuestos municipales contribuyen a sufragar costes marginales para financiar la prestación de servicios de salud a la población y la cobertura asistencial a sus empleados. Ciertos organismos públicos financian la cobertura sanitaria de sus empleados mediante los cargos cobrados por sus servicios. La financiación privada consiste en buena medida en los desembolsos personales directos que realizan aquéllos que cuentan con proveedores voluntarios o privados (OPS, 2007).

### **Francia**

El sistema de salud francés consiste en una combinación de la cobertura universal y de la provisión pública y privada de asistencia hospitalaria y ambulatoria. El seguro de salud obligatorio (SSE) consta de diversos regímenes (Chevreul y cols., 2015): el régimen general, el régimen agrícola y un programa para autónomos. Cada uno de estos regímenes se compone a su vez de un fondo nacional de seguros médicos y diversas estructuras locales. Todos los residentes se afilian automáticamente a un fondo de seguros con arreglo a su situación laboral: los trabajadores no pueden elegir en qué régimen quedan inscritos, ni optar por su exclusión, excepto en ciertos casos, mientras que los desempleados se inscriben automáticamente en el régimen general.

El seguro médico voluntario privado proporciona asistencia complementaria, como en lo que se refiere a los copagos, y

una mejor cobertura de los productos y servicios médicos cubiertos de manera deficiente por el SHI (Chevreul y cols., 2015). El seguro médico voluntario garantiza la equidad en el acceso y la financiación de la asistencia sanitaria, ofreciendo una cobertura sanitaria universal complementaria de financiación pública a las personas de renta más baja.

El SHI se financia mediante impuestos sobre la nómina de empleadores y empleados, un impuesto nacional sobre la renta sujeto a afectación; los impuestos aplicados al tabaco y el alcohol, la industria farmacéutica y las empresas de seguros de enfermedad voluntarios; y subvenciones estatales. El seguro médico voluntario se financia a través de mutuas laborales sin ánimo de lucro o entidades de previsión social (Chevreul y cols., 2015).

### **España**

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es casi universal en cuanto a cobertura (99,5 %), y ofrece un paquete integral de prestaciones. La principal fuente de financiación del SNS son los fondos públicos, fundamentalmente dotados a través de impuestos generales, con una cantidad residual generada por pacientes con otros tipos de cobertura. La tributación general comprende las cotizaciones de empleadores y empleados a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y las mutualidades de funcionarios públicos.

El seguro médico voluntario en España es complementario y cubre el c.13 % de la población. Este sistema proporciona cobertura para los mismos bienes y servicios ofrecidos por el sector público, pero se adquiere para un acceso más rápido, una

mayor elección del consumidor y mejores recursos y prestaciones. La financiación privada procede en gran medida del gasto directo de los hogares en forma de copagos para medicamentos con receta.

### **Reino Unido**

Los residentes legales en el Reino Unido pueden utilizar los servicios del National Health Service (NHS, Servicio Nacional de Salud), que ofrece una cobertura universal. La asistencia sanitaria en el Reino Unido se encuentra fundamentalmente delegada: Escocia, Gales e Irlanda del Norte adoptan sus propias decisiones respecto a la organización de los servicios de salud. Cada país del Reino Unido cuenta con su propio marco de rendimiento para el sistema de salud (Cylus y cols., 2015). Los servicios del NHS se financian principalmente mediante la imposición general, con un pequeño importe derivado de las cotizaciones al National Insurance (seguro nacional), junto con las aportaciones de los pagos directos personales de los beneficiarios y del seguro médico privado.

Los particulares, o los empleadores para sus empleados, pueden adquirir un seguro médico privado o un seguro de enfermedad voluntario. Los seguros privados financian servicios que no ofrece el NHS o procuran el acceso más rápido a los servicios del NHS. La principal fuente de financiación de los seguros privados son los pagos directos personales de los beneficiarios y su coste general. En 2011 había unos 4 millones de personas con seguro médico privado, adquirido por particulares en el 18 % de los casos, y el 82 % como seguro médico privado financiado por el empleador (Cylus y cols., 2015).

# PRIORIDADES DEL SISTEMA DE SALUD

**ARGENTINA** Argentina ha establecido diversas prioridades, entre las que figura la cobertura sanitaria universal, el desarrollo de una agencia para la evaluación de tecnologías sanitarias y la creación de un sistema de acreditación de la calidad.  
(OPS, 2017f)

**BRASIL** Las prioridades en materia de salud se establecen en el Plano Nacional de Saude 2016–2019 de Brasil, e incluyen la ampliación del acceso a los servicios sanitarios y los medicamentos, la mejora del marco regulador y la gestión del sistema, y la consecución de una financiación sostenible.  
(Ministerio de Sanidad brasileño, 2016)

**CHILE** La Estrategia Nacional de Salud de Chile establece prioridades clave respecto a los siguientes objetivos: enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de riesgo y ciclos de vida, determinantes sociales de la salud, factores ambientales, fortalecimiento del sector sanitario, y acceso a una asistencia sanitaria de calidad.  
(Gobierno de Chile, 2011)

**COLOMBIA** El Ministerio de Salud de Colombia ha formulado varias prioridades de reforma esenciales en tres áreas clave: consecución de una mayor equidad en el ámbito de la salud, mejora de las condiciones de vida y de salud de la población, y una tolerancia cero a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.  
(Ministerio de Salud de Colombia, 2013)

**COSTA RICA** Restaurar la sostenibilidad financiera del seguro de enfermedad (CCSS) es uno de los objetivos clave del Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.  
(Aguilar, R. y cols., 2015)

**ECUADOR** El sistema de salud ecuatoriano hace hincapié en la prevención, la cobertura ampliada y el seguro universal, el refuerzo de la gestión, y la reducción de la mortalidad materna e infantil.  
(República de Ecuador, 2017)

**MÉXICO** El Gobierno de México ha establecido varias prioridades clave en materia de salud: protección de la salud y la prevención de enfermedades, acceso a unos servicios sanitarios de calidad y superación de brechas sociales y geográficas en el ámbito de la salud, generación y uso eficaz de los recursos sanitarios, y creación de un Sistema Universal de Salud.  
(Gobierno de México, 2013)

**PANAMÁ** El Gobierno panameño pretende consolidar el liderazgo y la gestión, mejorar la eficiencia y garantizar el acceso a los servicios.  
(OPS, 2017d)

**PERÚ** El sector sanitario peruano se centra en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la participación de los ciudadanos, la superación de brechas en el acceso a la salud y la seguridad social, la provisión de acceso universal a la atención primaria, la mejora de infraestructuras y la modernización del sistema, y el aumento del gasto público.  
(Ministerio de Sanidad peruano y cols., 2014)

**URUGUAY** Uruguay se propone mejorar la salud de la población, reducir la carga de la morbilidad y la mortalidad prematuras y evitables y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.  
(OPS, 2017c)

## Cobertura sanitaria universal

La CSU se logra asegurando la cobertura de todos los servicios, los segmentos de población y los costes. Para contextualizar el debate presentado en este informe, se ha evaluado la consecución de estos objetivos en los países del estudio. En la tabla 5 figuran los datos de todos los países del estudio en relación con los siguientes indicadores de la CSU:

- Para los servicios, se utilizó el índice de cobertura de servicios para la CSU de la OMS y el Banco Mundial<sup>3</sup>;
- En el caso de los costes, las tasas de gasto que consiste en desembolsos personales directos (OOP, por sus siglas en inglés) y las tasas de costes catastróficos (OOP que exceden del 10 % de los ingresos);
- En cuanto a la cobertura poblacional, las tarifas de cobertura de seguro más recientes disponibles.

**Tabla 5: Indicadores de cobertura, servicio y coste**

	Servicios Cobertura de servicios para la CSU	Costes Desembolsos directos personales (% del gasto sanitario corriente, 2016)	Costes Incidencia del gasto catastrófico (%) <sup>4</sup>	Cobertura % de población cubierta
<b>ARGENTINA</b>	76	15,8	16,9	-
<b>BRASIL</b>	77	43,6	25,6	100 %**
<b>CHILE</b>	70	20,2	33,1	87,5 %
<b>COLOMBIA</b>	76	20,2	16,9	96 %
<b>COSTA RICA</b>	75	22,1	10,1	86 %
<b>ECUADOR</b>	75	40,5	15,2	-
<b>MÉXICO</b>	76	40,4	7,1	75 %
<b>PANAMÁ</b>	75	27,4	1,4	84 %
<b>PERÚ</b>	78	28,3	8,3	100 %**
<b>URUGUAY</b>	79	17,4	13,9	73 %

**Nota:** \* Puede que la cobertura no reflejar el verdadero % de la población cubierta, dado que no toda la población cubierta puede acceder a la asistencia sanitaria debido a barreras relacionadas con el acceso geográfico, entre otras.

**Fuentes:** Servicios (OMS y BM, 2017); Costes (Banco Mundial, 2018c; OMS Y BM, 2017); Cobertura (Chile: OPS, 2017a; Colombia: GNHE, 2015a; Costa Rica: GHNE, 2015b; Panamá: OPS, 2017d; Perú: OPS, 2017b; Uruguay, OPS, 2017c).

<sup>3</sup> Indicador constituido por varios indicadores de seguimiento de la cobertura de servicios esenciales. En el uso del indicador por la OMS/el BM, una puntuación de 77+ se considera excelente, seguida de los segmentos de 70-76, 62-69, 46-61 e inferiores a 45.

<sup>4</sup> Incidencia del gasto catastrófico (%), al 10 % del consumo o la renta total de un hogar. Indicador ODS-CSU 3.8.2, año más reciente.

Para determinar en qué medida se aproximan los distintos países a la consecución de la CSU, los datos identificados para servicios, costes y cobertura se evaluaron conforme a los siguientes criterios de referencia<sup>5</sup>. En cuanto a los servicios, el índice de cobertura de servicios para la CSU de la OMS/Banco Mundial se evaluó como «bueno» con resultados de 77+, y como «medio» con resultados por debajo de 77 (véase en la nota al pie 3 la clasificación utilizada por la OMS). En cuanto a los costes, las tasas de gasto OOP se consideraron «altas» por encima del 40 % del gasto sanitario total, «medias» para

tasas del 20 % al 40 %, y «bajas» para tasas inferiores al 20 %. Las tasas de coste catastrófico (10 % de la renta) se consideraron «buenas» si se situaron por debajo del 5 %, «medias» en el caso de las inferiores al 10 % y «deficientes» en el de las superiores al 10 %. En lo que respecta a la cobertura poblacional, las tasas disponibles más recientes de cobertura de seguros se clasificaron como «buenas», por encima del 90 %, como «medias» en el caso de las tasas del 80 % al 90 %, y «bajas» para tasas inferiores al 80 %. Véanse los resultados en la tabla 6.

**Tabla 6: Consecución de las dimensiones de la CSU**

	Servicios	Costes <i>Desembolso personal directo de los usuarios</i>	Costes <i>Gasto catastrófico</i>	Cobertura
<b>ARGENTINA</b>	—	✓	×	n/d
<b>BRASIL</b>	✓	×	×	✓
<b>CHILE</b>	—	—	×	—
<b>COLOMBIA</b>	—	—	×	✓
<b>COSTA RICA</b>	—	—	×	—
<b>ECUADOR</b>	—	×	×	n/d
<b>MÉXICO</b>	—	×	—	×
<b>PANAMÁ</b>	—	—	✓	—
<b>PERÚ</b>	✓	—	—	✓
<b>URUGUAY</b>	✓	✓	×	×

**Leyenda:** ✓ = buena; — = media; × = deficiente; n/a = sin datos.

**Fuente:** Estimaciones de la LSE, basadas en datos de dominio público.

## Indicadores de salud

Aunque los diez países considerados son latinoamericanos, dada la enorme geografía

de la región y el tamaño de su población, no es sorprendente que existan variaciones en los indicadores demográficos y de prevalencia de las enfermedades en cada uno

<sup>5</sup> Los autores establecieron tales criterios basándose en los datos de los países de referencia.

de dichos países. En este apartado se examinan las tendencias demográficas y de salud generales de la región, antes de analizar en profundidad los siguientes indicadores: causa de muerte por enfermedades no transmisibles y transmisibles, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer (años) y la tasa inversa de dependencia de la población de más edad.

El crecimiento de la población se ha ralentizado entre 2000 y 2015 en todos los países, aunque Panamá y Ecuador siguen creciendo (1,66 y 1,51, respectivamente) en comparación con los países europeos de referencia, que presentan un promedio de 0,38 (véase el apéndice 5). En los diez países del estudio se han producido avances significativos en materia de mortalidad infantil, mortalidad neonatal y mortalidad materna. La mortalidad infantil media descendió de 20,72 a 11,92 (muertes por cada 1000 nacidos vivos), la mortalidad neonatal, de 12,5 a 7,7 (muertes por cada 1000 nacidos vivos), y la mortalidad materna de 72,5 a 48,6 (muertes por cada 100 000 nacidos vivos). Aunque las mejoras en los países de referencia de la UE han sido mínimas en comparación, sus niveles de mortalidad ya eran significativamente inferiores (véase el Apéndice 5).

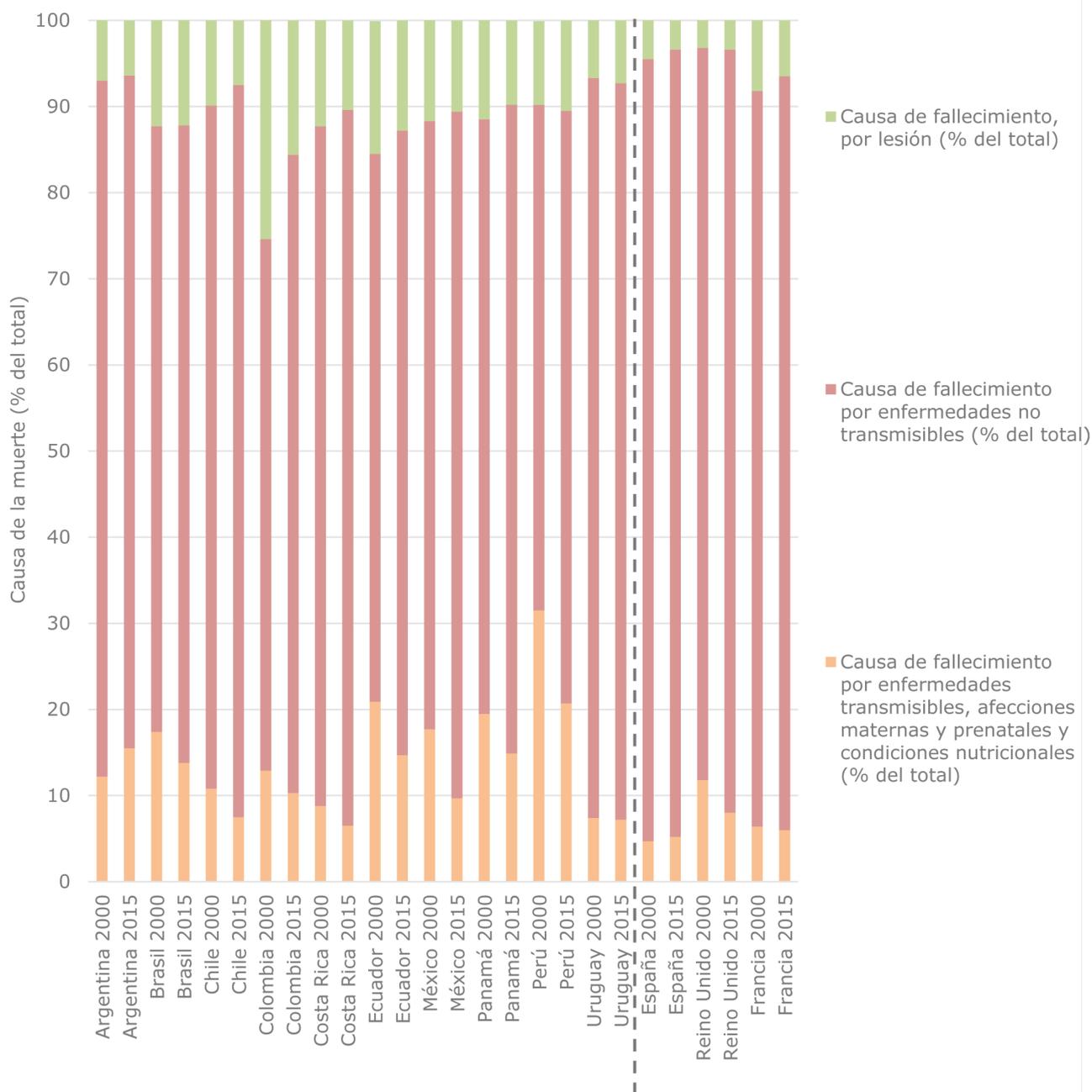
### **Causa de fallecimiento por enfermedades no transmisibles y transmisibles**

Junto con el proceso de transición demográfica, el proceso de transición epidemiológica ha garantizado que las

principales causas de fallecimiento en los diez países del estudio consistan en una combinación de enfermedades no transmisibles (NCD) como las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y el Alzheimer, con factores de riesgo como la hipertensión arterial, las dietas deficientes, el índice de masa corporal elevado y el consumo de alcohol y drogas. No obstante, la dependencia del tabaco tiende a ser menor en los países del estudio que en los países europeos de referencia. Como promedio, el 18,79 % de los varones y el 10,09 % de las mujeres fuman en el conjunto de los países del estudio, en comparación con el 31,13 % de los varones y el 26,07 % de las mujeres en los países de referencia de la UE. No obstante, algunos países, como Argentina y Chile, siguen registrando niveles elevados de tabaquismo (véase el Apéndice 5).

Entre 2000 y 2015, la proporción de muertes por ENT aumentó en todos los países de referencia europeos y en todos los países del estudio, excepto en Argentina y Uruguay, donde la proporción de fallecimientos por enfermedades no transmisibles disminuyó en 2,7 y 0,4 puntos porcentuales, respectivamente (véase el apéndice 5). El papel cada vez más relevante que desempeñan las enfermedades no transmisibles en las causas de fallecimiento da lugar a que se presione a los sistemas de salud para que adopten políticas y prácticas que aborden la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares.

**Figura 5: Causas de fallecimiento por enfermedades no transmisibles y transmisibles (% del total)**



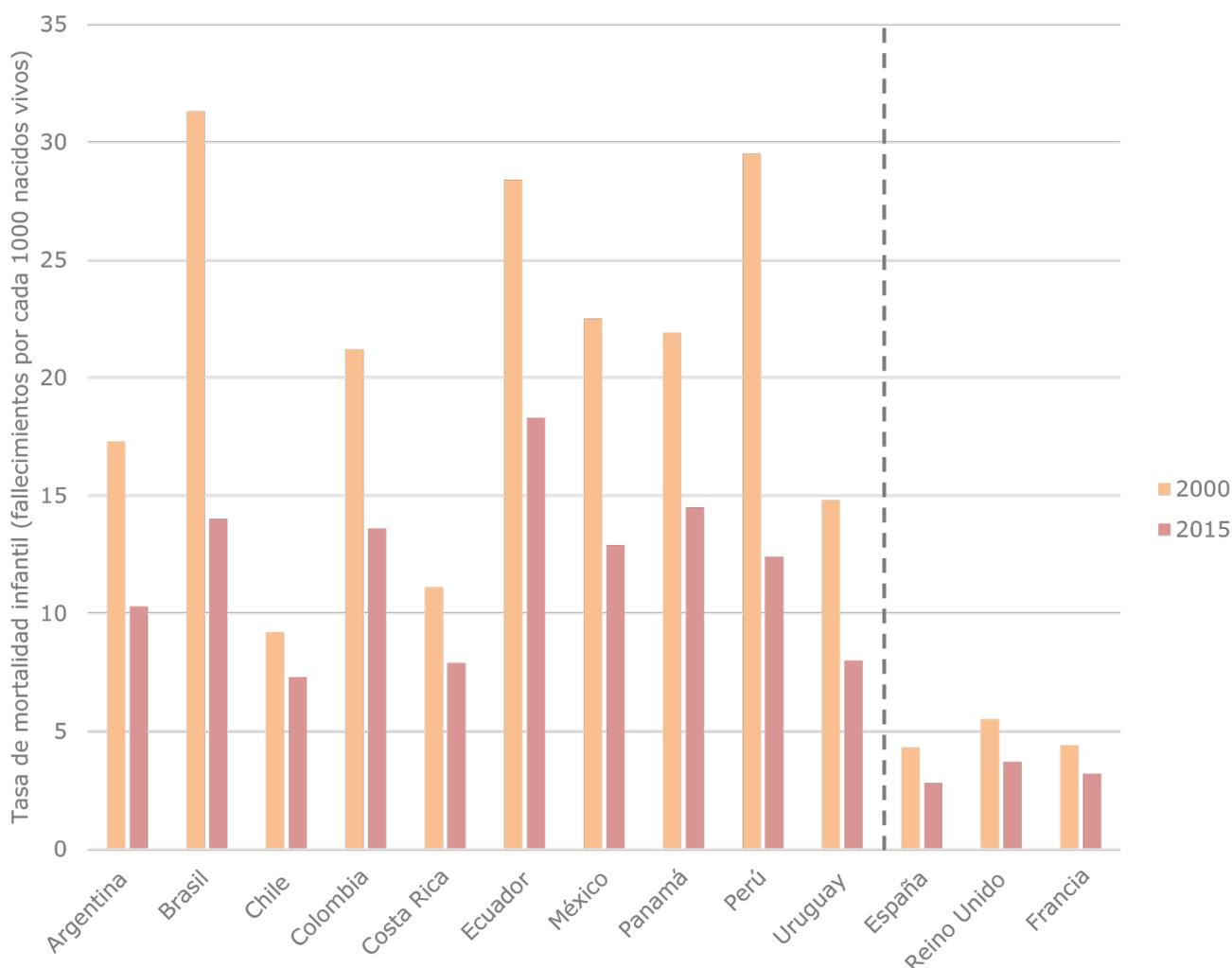
**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial (2018c).

### Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil ha disminuido en todos los países entre 2000 y 2015. Tal descenso es significativamente más pronunciado en los países del estudio que en los países de referencia. Esta evolución se debe a que las tasas de mortalidad infantil de los países de referencia ya se situaban en niveles mucho menores en 2000. De los países del estudio, Brasil, Perú y Ecuador,

que registraban tasas de mortalidad infantil cercanas o superiores a 30 por cada 1000 nacidos vivos en 2000, experimentaron las mejoras más significativas de dichas tasas. Dado que la tasa de mortalidad infantil constituye un indicador clave de la salud general de un país, la figura 6 pone de relieve que los países del estudio han experimentado una mejoría significativa de la salud de sus poblaciones.

**Figura 6: Tasa de mortalidad infantil (fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos)**



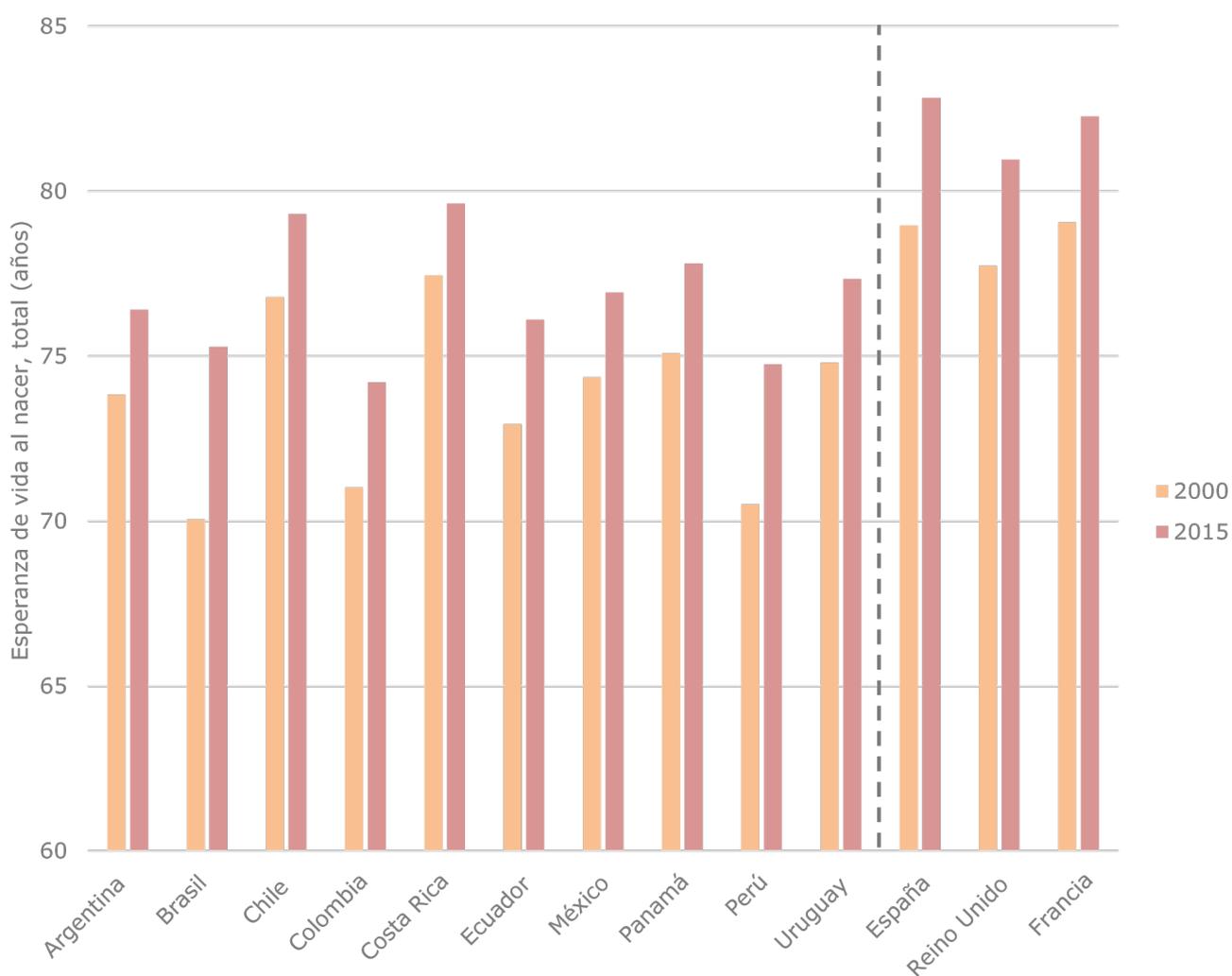
**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial (2018c).

### Esperanza de vida al nacer (años)

La esperanza de vida total al nacer (años) aumentó en todos los países entre 2000 y 2015 (véase la figura 7). De los países del estudio, Brasil y Perú, que registraban los niveles más bajos de esperanza de vida en 2000, experimentaron el mayor avance en dicho indicador durante este periodo de 15 años.

La disminución de las tasas de mortalidad infantil puede haber contribuido al incremento de los niveles de esperanza de vida. Las mejoras de la esperanza de vida al nacer indican un envejecimiento demográfico en los países del estudio y de referencia que, dada la mayor propensión a la enfermedad en las etapas posteriores de la vida, lleva a pensar que se elevará el gasto sanitario necesario.

**Figura 7: Esperanza de vida al nacer, total (años)**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial (2018c).

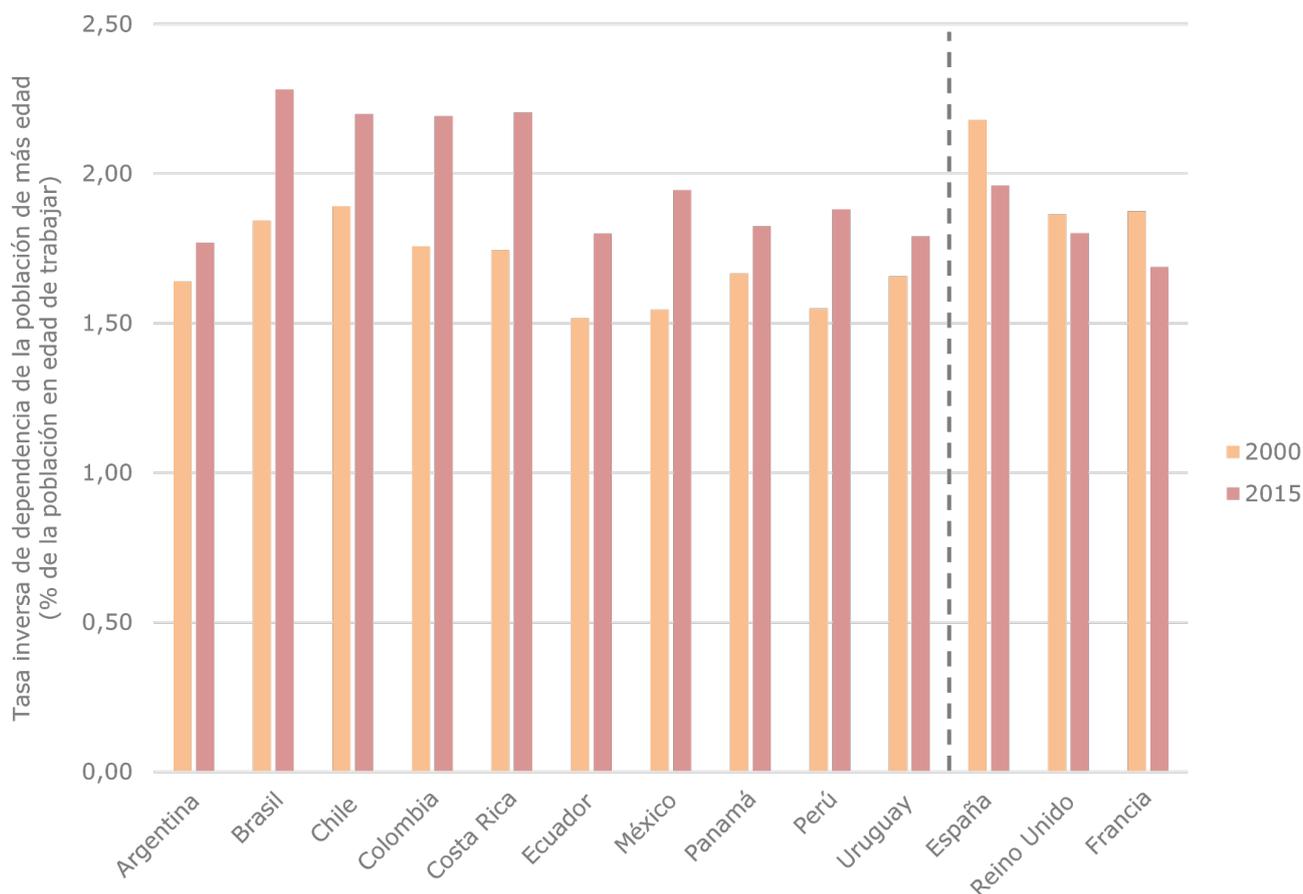
La esperanza de vida al nacer (años) de varones y mujeres mejoró en todos los países entre 2000 y 2015 (véase el apéndice 5). Durante este periodo de quince años, el aumento de la esperanza de vida al nacer (años) en el caso de las mujeres fue especialmente notable en Brasil y Perú. El mayor avance en cuanto a la esperanza de vida al nacer (años) en los varones de la región se dio en Colombia, así como en Brasil y Perú. Estos tres países lograron que la esperanza de vida al nacer (años), en el caso de los varones, superara los 70 años en 2015. Costa Rica mantuvo la mayor esperanza de vida al nacer en ambos géneros (años) durante este periodo de 15 años. Aunque la esperanza de vida al nacer (años) de varones y mujeres aumentó entre 2000 y 2015, la mejora en el caso de las segundas superó significativamente el avance experimentado por los primeros durante este periodo. Esta evolución refleja los importantes avances que han logrado estos países en materia de mortalidad materna durante este mismo periodo. No obstante, la esperanza de vida de las mujeres sigue muy por debajo de los niveles de referencia europeos.

La esperanza de vida al nacer en toda la región se sitúa en una media de 79,82 años y 73,74 años en las mujeres y los varones, respectivamente, frente a 84,67 años y 79,5 años en los países de referencia de la UE. La esperanza de vida saludable al nacer en los diez países del estudio es de 70,27 años y 65,9 años en las mujeres y los varones, respectivamente, frente a los promedios de los países de referencia de la UE de 74,23 y 71,4 años (véase el apéndice 5).

### ***Tasa inversa de dependencia de la población de más edad (% de la población en edad de trabajar)***

La tasa inversa de dependencia de la población de más edad (% de la población en edad de trabajar) es el número de trabajadores independientes que deben mantener a personas de edad avanzada a su cargo. En todos los países del estudio aumentó dicha tasa entre 2000 y 2015 (figura 8). Tal incremento pone de relieve que existe un exceso de mano de obra y que actualmente hay más miembros de la población en edad de trabajar, en comparación con los mayores de 65 años, que a principios de siglo. Esto refleja el proceso de transición demográfica de América Latina, en el que mejora la esperanza de vida de la población, y esta envejece gradualmente. A medida que la población envejece, asistiremos a una transición que parte de un aumento de los miembros en edad de trabajar de la población hasta que, paulatinamente, y con el tiempo, el número de dependientes de edad avanzada superará la cifra de personas en edad de trabajar. Tal evolución puede observarse en los países de referencia europeos, que se encuentran en etapas más avanzadas en sus procesos de transición demográfica. Entre 2000 y 2015, los países de referencia europeos experimentaron una disminución de la tasa de dependencia inversa. El envejecimiento de la población experimentado por los países del estudio generará presiones sobre las pensiones en los próximos años. Dado que en la actualidad registran un mayor número de personas en edad de trabajar que de personas de edad avanzada dependientes, puede que existan opciones para elevar los ingresos fiscales de la Administración para abordar los futuros incrementos del gasto sanitario.

**Figura 8: Tasa inversa de dependencia (% de la población en edad de trabajar)**



**Fuente:** Basado en estimaciones de los autores. Todos los datos proceden de Banco Mundial, 2018c.

### Otras prioridades

Los datos indican que la priorización presupuestaria a favor de la salud, basada en las actividades a tal efecto del sector sanitario, permite una expansión significativa del espacio fiscal para la salud (OMS, 2018d). Como parte de nuestro análisis del espacio fiscal, evaluamos la economía política de cada país para comprender la priorización de la sanidad en comparación con otros servicios públicos como la educación, las pensiones, la

asistencia social y las fuerzas armadas, en el contexto de cada presupuesto público. Mediante el examen de la proporción del gasto público asignado a la sanidad, podemos comprender la prioridad otorgada a la misma en el presupuesto. Aunque no se examina aquí, la priorización presupuestaria de la sanidad también depende de limitaciones normativas, como los mandatos legales que imponen asignaciones presupuestarias a la sanidad, y de los valores de cada país en relación con la salud (OMS, 2018e).

**Tabla 7: Gasto público en proporción al PIB**

	Gasto sanitario	Gasto militar	Gasto educativo	Gasto en pensiones sociales
	% del PIB	% del PIB	% del PIB	% del PIB
<b>ARGENTINA</b>	4,88	0,81	5,88	0,50
<b>BRASIL</b>	3,81	1,35	5,95	0,50
<b>CHILE</b>	4,91	1,92	4,90	2,90
<b>COLOMBIA</b>	4,13	3,08	4,48	0,10
<b>COSTA RICA</b>	6,19	0	7,06	N/D
<b>ECUADOR</b>	4,24	2,51	5,00	0,30
<b>MÉXICO</b>	3,06	0,56	5,33	2,30
<b>PANAMÁ</b>	4,32	0	3,19	0,20
<b>PERÚ</b>	3,25	1,30	3,81	0,10
<b>URUGUAY</b>	6,44	1,88	4,36	0,50
<b>FRANCIA</b>	8,73	2,33	5,52	13,80
<b>ESPAÑA</b>	6,51	1,13	4,28	11,40
<b>RU</b>	7,94	1,81	5,63	6,10

**Fuentes:** Gasto sanitario (Banco Mundial, 2018b); gasto militar (Banco Mundial, 2017a); gasto en pensiones (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador Panamá, Perú, Uruguay (Banco Mundial, 2018a); Chile, México, Francia, España y Reino Unido (OCDE, 2015); gasto educativo (Banco Mundial, 2018c) (Argentina, 2015; Brasil, 2014; Chile, 2015; Colombia, 2016; Costa Rica, 2016; Ecuador, 2015; México, 2014; Panamá 2011; Perú 2016; Uruguay, 2011; Francia, 2014; España, 2014; RU, 2015).

# RESUMEN

## 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 salvo en 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 EN LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS

### Entorno y políticas macroeconómicas

**El espacio fiscal se define como «la disponibilidad de margen presupuestario que permite a una Administración proporcionar recursos para atender un determinado fin deseado sin perjuicio alguno para la sostenibilidad de su situación financiera» (Heller, 2006). Toda evaluación del espacio fiscal conlleva habitualmente un examen para determinar si una Administración puede elevar su gasto a corto y medio plazo, de qué manera puede abordar tal aumento, y si lo afronta de manera coherente con los principios macroeconómicos del país.**

Para determinar si existe espacio fiscal para ampliar el gasto sanitario, resulta esencial

evaluar el rendimiento macroeconómico en el contexto de los países del estudio y de referencia, ya que el espacio fiscal para aumentar el gasto de los sistemas de salud viene determinado por el contexto económico general de cada país (recuadro 2). 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; mientras que, en un país con un crecimiento económico sólido (que es un importante factor impulsor del espacio fiscal) resulta, en principio, viable elevar el gasto sanitario. De hecho, uno de los cinco componentes centrales del marco del «espacio fiscal para la salud» es un entorno macroeconómico favorable<sup>6</sup> (Tandon y Cashin, 2010).

En este apartado se evalúa el rendimiento macroeconómico de los diez países del estudio y de los tres países de referencia. Nos centramos en seis medidas clave que reflejan

#### Evaluación del espacio fiscal (recuadro 2)

El espacio fiscal es el margen entre los niveles actuales de gasto y las capacidades máximas de gasto.

La estabilidad financiera de un país, que a su vez influye en el espacio fiscal, se revisa sobre la base de los siguientes indicadores:

- Crecimiento del PIB
- Déficit fiscal
- Deuda soberana
- Inflación
- Balanza por cuenta corriente
- Calificaciones crediticias de la deuda soberana

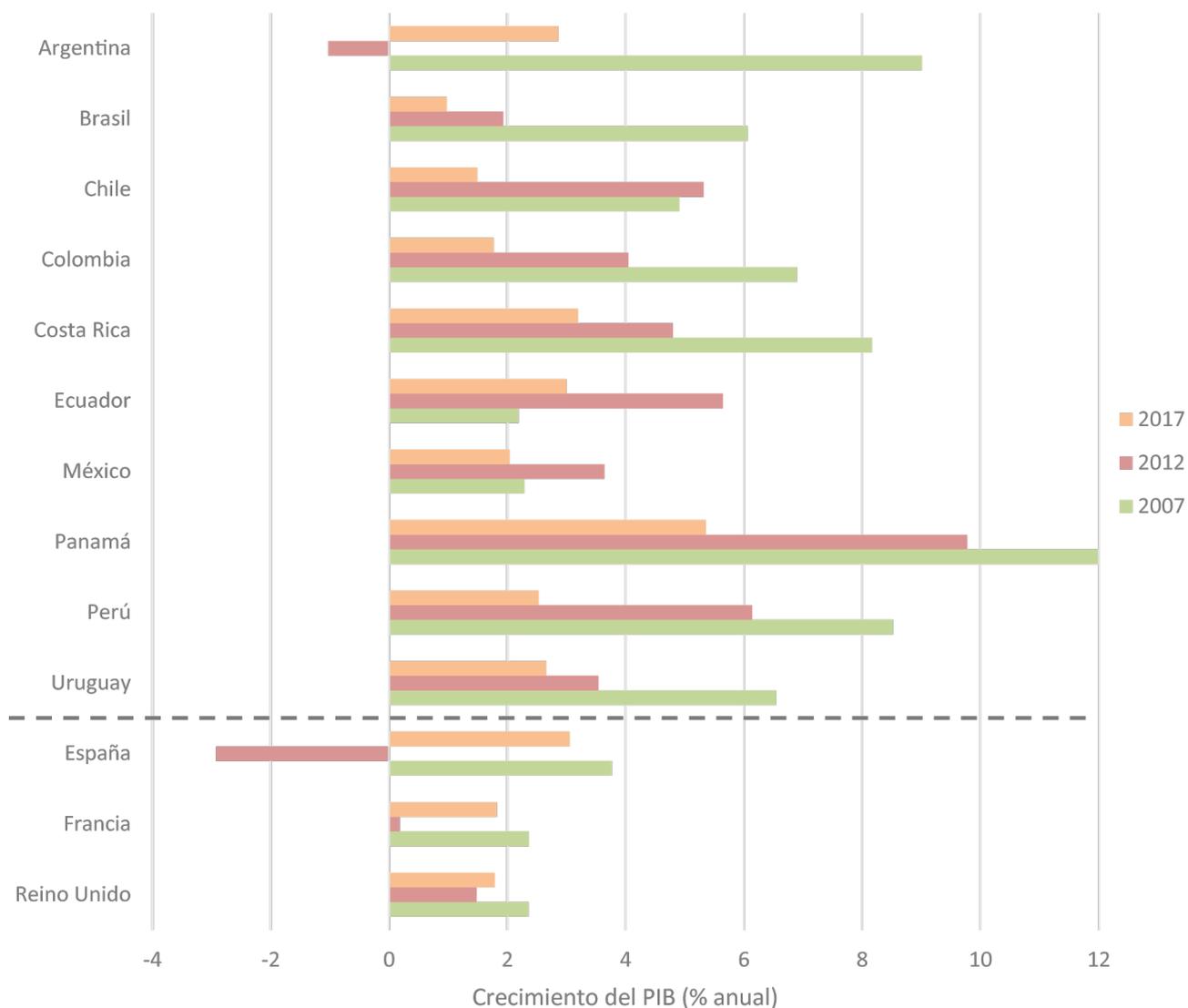
<sup>6</sup> Los otros cuatro componentes son la repriorización de la sanidad, el aumento de los recursos específicos del sector sanitario, las subvenciones y ayudas exteriores específicas para el sector sanitario, y el aumento de la eficiencia de los gastos sanitarios.

la salud de sus economías y, a su vez, comentamos si existe realmente espacio fiscal: (a) crecimiento del PIB; (b) déficit fiscal (c) deuda soberana; (d) inflación; (e) balanza por cuenta corriente; y (f) calificaciones crediticias de la deuda soberana. Seleccionamos un plazo de diez años para evaluar el rendimiento de los países respecto a estos indicadores, ya que el análisis del espacio fiscal requiere un marco temporal suficientemente largo, y la consideración de los flujos de ingresos y gastos actuales y futuros (OMS, 2018b).

### PIB

El crecimiento del PIB constituye un determinante esencial de la salud económica de un país, ya que mide la rapidez con la que se expande una economía. Un crecimiento del PIB del 2 % al 3 % se considera beneficioso, y respecto a esta tasa de crecimiento comparamos el rendimiento de los países en la tabla 10.

**Figura 9: Crecimiento del PIB (% anual, moneda local constante)**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial (2018c).

Entre 2007 y 2017, los países latinoamericanos experimentaron en general un crecimiento significativamente mayor que los países de referencia (véase la Figura 9). Las tasas de crecimiento del PIB disminuyeron en todos los países entre 2007 y 2017, pero, sin embargo, todos los países latinoamericanos registraron una tendencia positiva de crecimiento del PIB durante ese decenio, excepto Argentina, que presentó un crecimiento negativo en 2012.

Tras una contracción de dos años entre 2015 y 2016 (OCDE, CAF y ECLAC, 2018), América Latina experimentó una recuperación económica moderada (Fondo Monetario Internacional, 2018b) con un crecimiento del 1,3 % en 2017 (OCDE, CAF y ECLAC, 2018). Un factor significativo que subyace a este crecimiento es el final de las recesiones en algunas de las principales economías de la región, como Argentina y Brasil (Fondo Monetario Internacional, 2018b)<sup>7</sup>. De los países del estudio, Argentina, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay lograron, como mínimo, la tasa de crecimiento de referencia del 2 %-3 % en 2017. Costa Rica y Panamá registraron tasas de crecimiento del 3,2 % y el 5,4 %, respectivamente.

Se prevé que el crecimiento de la región continúe a corto plazo, con un incremento previsto del 2 % en 2018, y del 2,8 % en 2019 (Fondo Monetario Internacional, 2018a). Además de la mejora de las

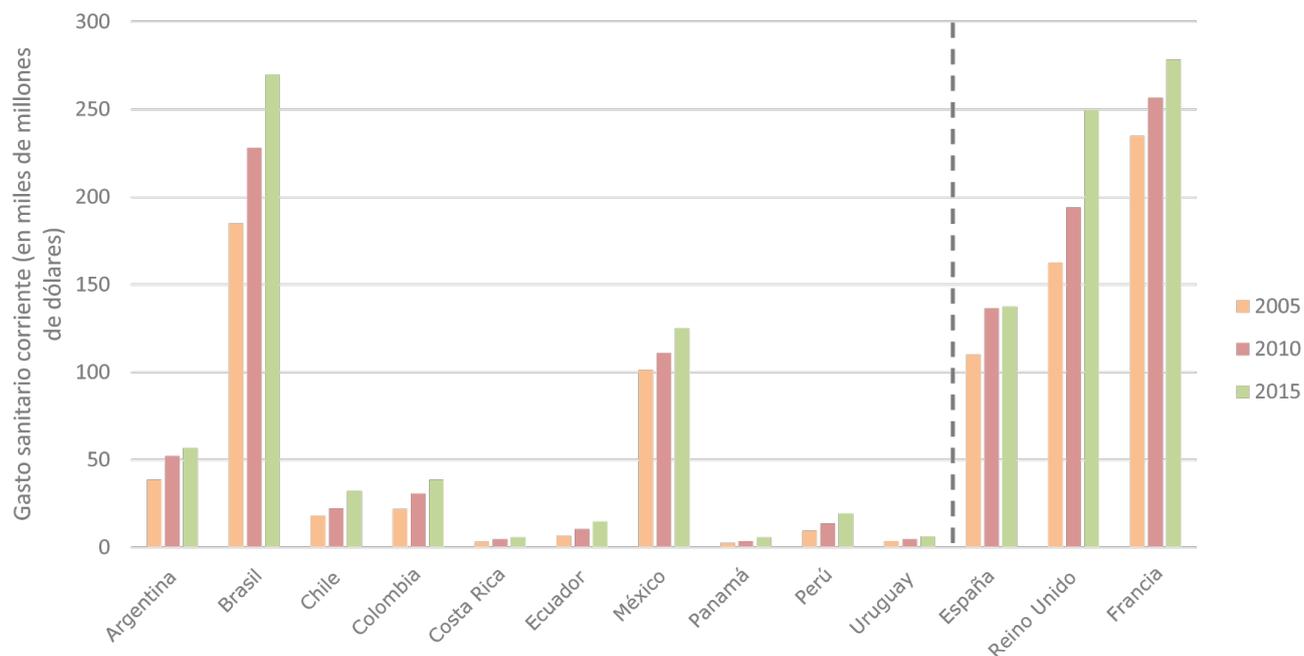
condiciones internas en algunas economías importantes, el mayor crecimiento a corto plazo de la región se debe a factores relacionados con condiciones externas como: (1) el aumento del comercio y la demanda mundiales, que benefician a las exportaciones de la región; (2) las condiciones financieras globales ventajosas, como los elevados precios de las acciones a escala global, y los bajos intereses a largo plazo que facilitan la financiación para América Latina; y (3) la recuperación parcial de los precios de los productos básicos desde principios de 2016 (Fondo Monetario Internacional, 2018b)<sup>8</sup>.

La tendencia del crecimiento positivo repercutirá positivamente en el espacio fiscal de América Latina para la sanidad, ya que los datos contrastados indican que una de las principales vías de ampliación de dicho espacio fiscal en los países de renta media consiste en el crecimiento macroeconómico (OMS, 2018a). De hecho, el gasto sanitario efectivo entre 2005 y 2015 siguió muy estrechamente el del PIB (en PPA), especialmente en los países del estudio (figuras 10 y 11). El crecimiento económico positivo también mejorará la situación de deuda de los países del estudio. En primer lugar, genera más ingresos que pueden reducir su déficit fiscal y, en segundo lugar, sus economías pueden afrontar con más facilidad la deuda, ya que dicho crecimiento puede aminorar sus ratios entre deuda y PIB.

<sup>7</sup> Si se excluye a Venezuela, que se enfrenta aún a una crisis económica, la estimación del crecimiento medio de la región para 2017 se eleva en un 1,9 % (Fondo Monetario Internacional, 2018b).

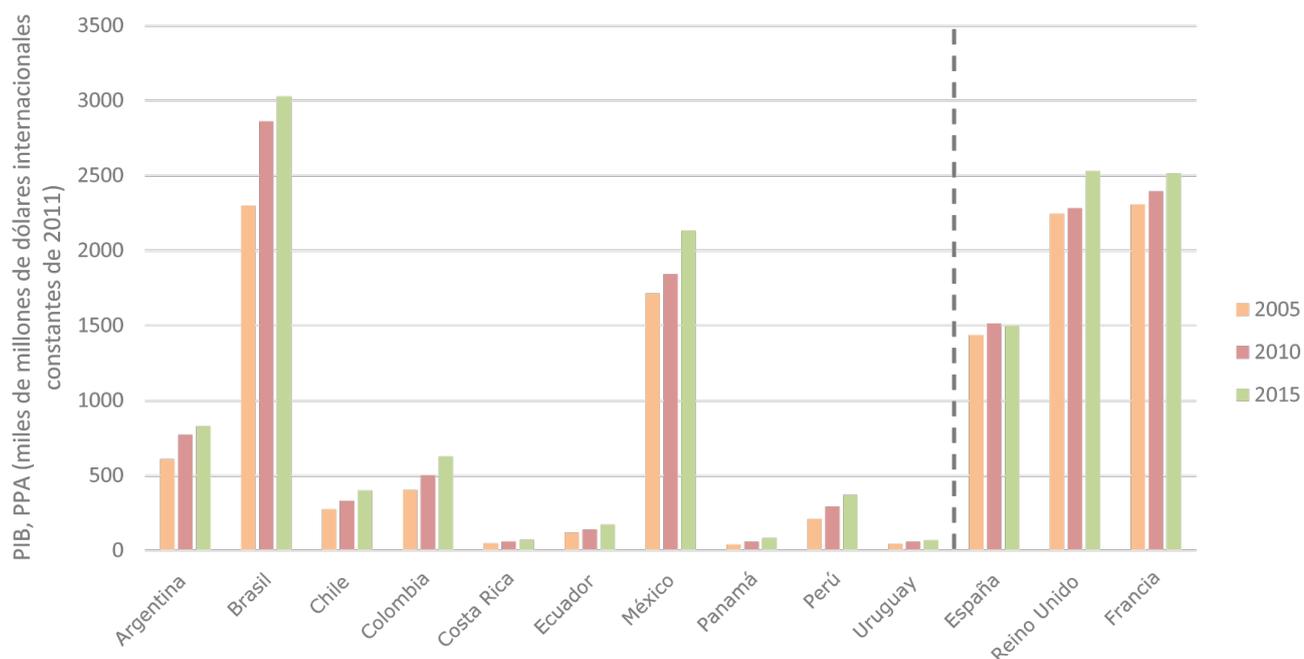
<sup>8</sup> Los precios mundiales de los productos básicos disminuyeron bruscamente al final del superciclo de dichos productos; por ejemplo, los precios de la energía y los metales se redujeron a la mitad entre 2011/2012 y principios de 2016, lo que condujo a una crisis significativa para los exportadores de estos productos de América Latina (Fondo Monetario Internacional, 2018b).

**Figura 10: Gasto sanitario corriente**



**Fuente:** LSE, calculado a partir de datos del Banco Mundial (2018d, 2018i).

**Figura 11: PIB (en dólares PPA), 2005-2015**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial (2018i).

A pesar de la mejora de las perspectivas regionales a corto plazo, persisten riesgos considerables y la previsión de crecimiento de la región a medio plazo sigue siendo poco halagüeña, con la posibilidad de que el crecimiento retome su bajo promedio a largo plazo (FMI, 2018b). Los riesgos a los que se enfrenta la región derivan de la incertidumbre económica y en sus políticas debido a los riesgos de cambios en los principales socios económicos (FMI, 2018b); la adopción a escala mundial de políticas más proteccionistas, como las de elevación de las barreras arancelarias y no arancelarias que podrían minar el comercio mundial (FMI, 2018a); la contracción de las condiciones financieras mundiales (véase el apartado sobre la calificación crediticia de la deuda soberana); las próximas elecciones nacionales, dado el auge de los populismos; los efectos indirectos derivados de la crisis humanitaria en Venezuela, que ha dado lugar al aumento de la emigración a Brasil, Colombia, Ecuador, Chile y Perú y ejerce presión sobre los servicios sociales de estos países; y los escándalos de corrupción (FMI, 2018b).

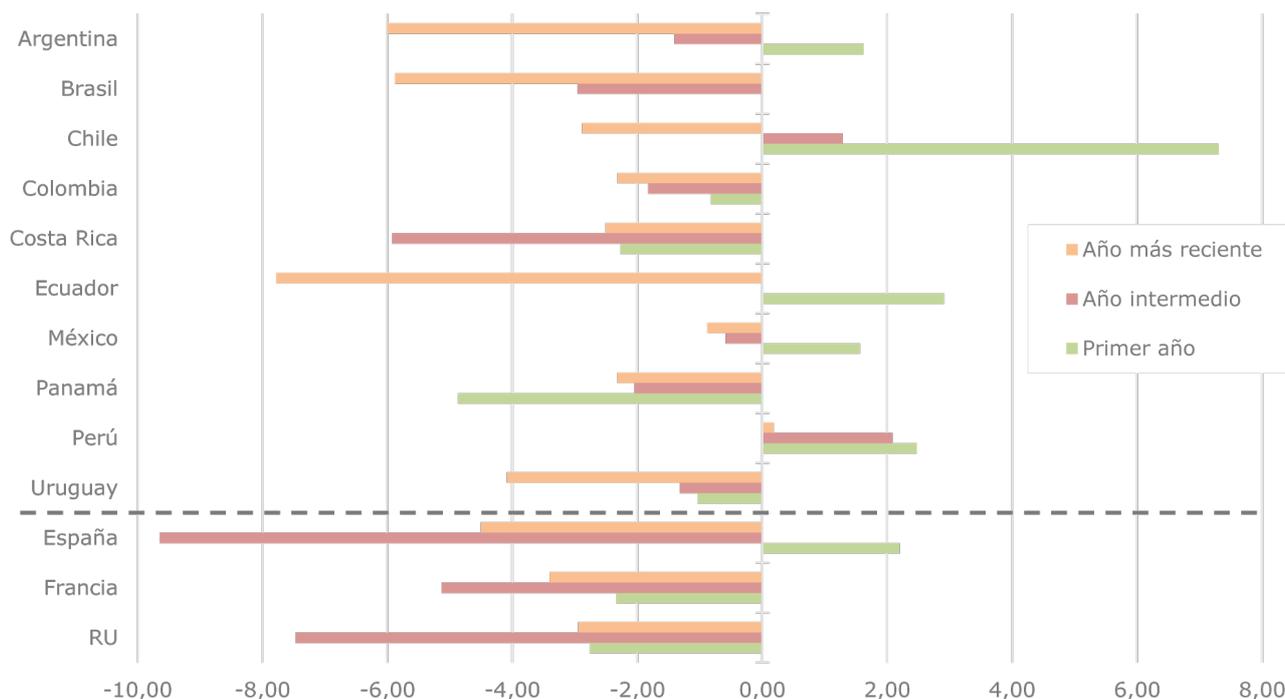
En todos los países, el PIB (en miles de millones de dólares PPA internacionales constantes de 2011) y el gasto sanitario total por todas las causas (en miles millones de dólares) aumentaron entre 2005 y 2015. Durante este periodo de 15 años, el gasto sanitario se elevó como porcentaje del PIB en todos los países. Que el crecimiento del gasto sanitario supere al del PIB pone de relieve las presiones cada vez mayores que ejerce la sanidad sobre estas economías.

### **Balanza fiscal**

Todos los países, excepto Perú, que obtuvo un superávit fiscal en 2016 considerablemente menor en comparación con 2006 y 2011, han experimentado un déficit fiscal en los últimos años (figura 12). Francia, Reino Unido, Colombia, Costa Rica y Uruguay han registrado un déficit en cada uno de los intervalos estimados durante los últimos diez años. En Argentina, Brasil y Uruguay, el déficit más reciente ha crecido considerablemente desde el año intermedio.



**Figura 12: Balanza fiscal (% del PIB)**



**Fuentes:** OCDE (2018a) para el Reino Unido, Francia, España, México, Brasil y Costa Rica; Banco Interamericano de Desarrollo (2018) para todos los demás países. Referencias temporales de los datos: Brasil - 2014 y 2011; Costa Rica y México - 2015, 2010 y 2005; todos los demás países - 2016, 2011 y 2006.

La situación fiscal en la mayoría de los países se ha deteriorado debido a una combinación de factores (FMI, 2018b): en primer lugar, las políticas de expansión fiscal adoptadas después de la crisis no se relajaron tras la recuperación. En segundo lugar, el fin de los superciclos de los productos básicos, dio lugar a una reducción brusca de los ingresos derivados de los mismos en los países productores de petróleo, gas, productos agrícolas y metales, y a un empeoramiento de las balanzas fiscales de la región. En tercer lugar, la situación se complicó por la ralentización posterior de la actividad económica, y el crecimiento persistente del gasto público, que socavaron en ambos casos los «colchones» fiscales de la región.

La mayoría de los países de la región finalizaron 2017 con déficit primarios por encima de sus niveles de estabilización de deuda y, en consecuencia, la deuda pública

sigue aumentando (FMI, 2018b). En este sentido, la mayoría de los países de la región han emprendido, o tienen previsto emprender, procesos de consolidación fiscal en los próximos años. El ajuste fiscal es esencial, dada la previsión de que los precios bajos de los productos básicos se mantengan durante mucho tiempo, y los países necesitan desarrollar «colchones» fiscales y lograr la sostenibilidad (FMI, 2018b). En algunos países, el ajuste fiscal requerido es pequeño. Sin embargo, en la mayoría de los países, los saldos principales se sitúan significativamente por debajo de los niveles requeridos para alcanzar la estabilización de la deuda, como en Brasil y Argentina (FMI, 2018b). Los países que experimentaron un incremento más significativo de los coeficientes de deuda después del final del superciclo de los productos básicos tienen planes para impulsar la consolidación fiscal (FMI, 2018b). Algunos han respondido al

deterioro de la situación fiscal mediante el ajuste fiscal basado en el aumento de los ingresos por productos no básicos, como Argentina, México y Chile, o en las reducciones de la inversión pública. Se prevé que la balanza primaria ajustada cíclicamente de la región se recupere en un 1,4 % del PIB entre 2016 y 2020, y se encuentra casi a mitad de camino para la consecución de este objetivo (FMI, 2018b).

### **Niveles de deuda**

En todos los países, salvo en Argentina, Panamá, Perú y Uruguay, los niveles de deuda han aumentado de 2006 a 2016. Durante este periodo de diez años, los países latinoamericanos registraron menores niveles de deuda que los países de referencia, en los que la deuda se elevó de manera significativa como proporción del PIB. Entre 2002 y 2007, muchos países latinoamericanos pudieron rebajar su deuda pública debido a un fuerte crecimiento y a unas condiciones externas ventajosas (FMI, 2018b). Esta evolución podría explicar el descenso de los niveles de deuda entre 2006 y 2011 experimentado por todos los países latinoamericanos salvo Chile y México (figura 13). Sin embargo, la deuda se elevó de 2011 a 2016 en todos los países, excepto en México. La deuda pública es la acumulación de los fondos tomados a préstamo por la Administración para cubrir déficit fiscales, y su situación en la región empeoró con un

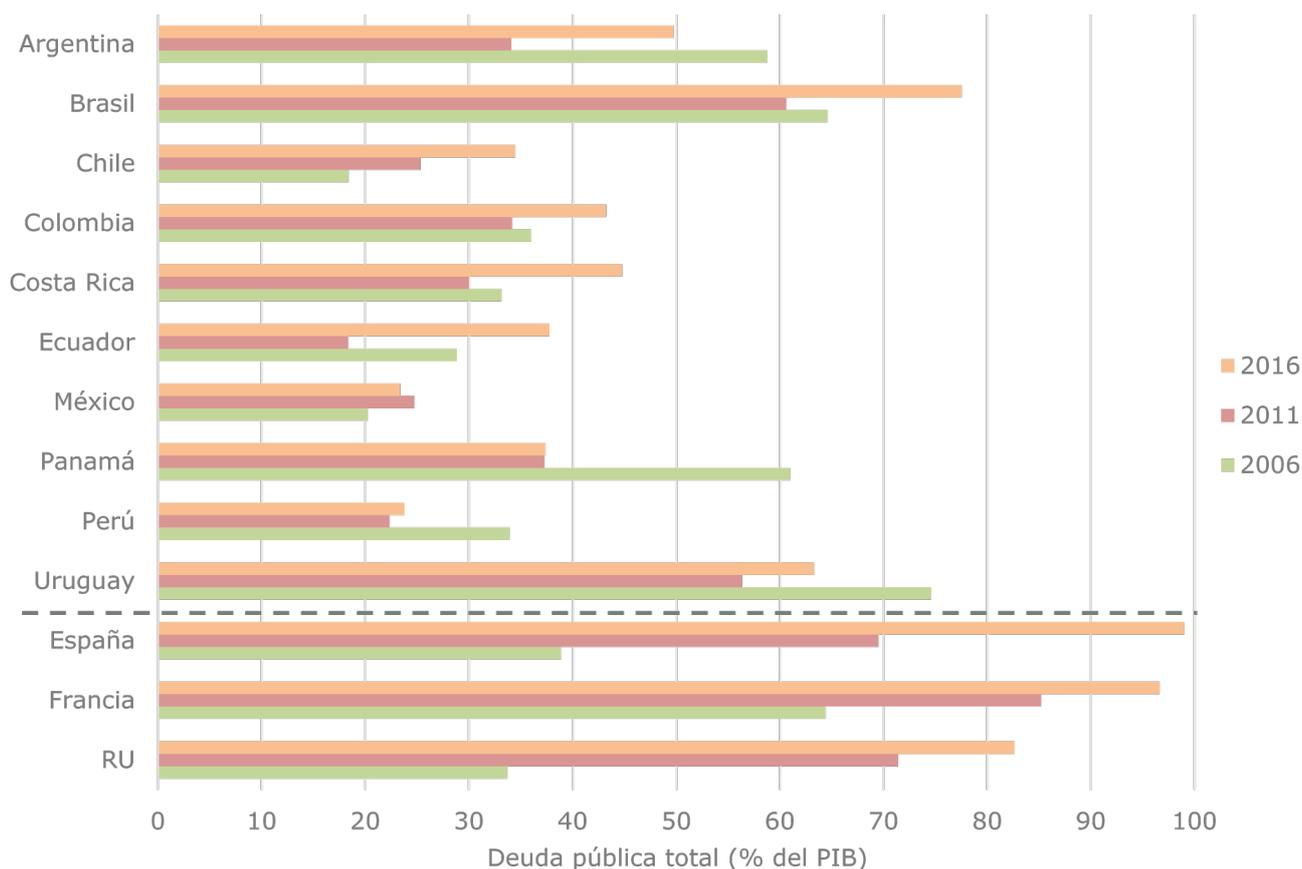
aumento significativo de los coeficientes de deuda en varios países, ya que el déficit primario superó los niveles de estabilización de la deuda. Los ratios de deuda en la región superan actualmente el promedio de otras economías emergentes (Fondo Monetario Internacional, 2018b). Evaluamos los ratios deuda/PIB de los países del estudio frente al criterio de referencia propuesto para los países en desarrollo del 40 % (Chowdhury & Islam, 2012). En 2016, la mitad de los países, incluidos Chile, Ecuador, México, Panamá y Perú, registraron ratios deuda/PIB por debajo del nivel de referencia. México y Perú alcanzaron niveles de deuda/PIB especialmente ventajosos cifrados en un 23,4 % y en un 23,8 %, respectivamente. Sin embargo, Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica y Uruguay presentaron ratios deuda/PIB que superaron el nivel de referencia.

La deuda pública ha aumentado en numerosos países latinoamericanos debido a varios factores, entre los que figuran: un crecimiento más lento, las políticas expansivas; una disminución brusca de los ingresos fiscales, como consecuencia del final del superciclo de los productos básicos<sup>9</sup>; y la tendencia al alza del gasto corriente, que se inició durante el auge de los precios de los productos básicos, y continuó en varios países incluso después de su caída (FMI, 2018b).

---

<sup>9</sup> Al final del «superciclo» de los productos básicos, la reducción de los precios mundiales de los mismos repercutió negativamente en los países que los exportan y que producen gas, petróleo, metales y productos agrícolas (Fondo Monetario Internacional, 2018b).

**Figura 13: Deuda pública total (% del PIB)**



**Fuentes:** Banco Interamericano de Desarrollo (2018) para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay; Trading Economics (2018c) para el Reino Unido, España y Francia.

Los niveles crecientes de deuda en los países latinoamericanos pueden repercutir negativamente en su espacio fiscal en cuanto a la ampliación de la financiación de su sistema de salud: en primer lugar, una proporción creciente de los ingresos fiscales existentes de una economía con un alto grado de apalancamiento se destinará a la financiación de los pagos de los intereses de la deuda (véase el apartado sobre calificación crediticia de la deuda soberana), con el correspondiente coste oportunidad de financiar servicios públicos como la asistencia sanitaria; en segundo lugar, un país con

niveles elevados de deuda no podrá aumentar el gasto o reducir los impuestos sin perjudicar la sostenibilidad de la deuda (OMS, 2018b). Por el contrario, unos niveles de deuda pública elevados exigirán un aumento de la tributación pública y una reducción del gasto de la Administración. Esto se debe a que un país con altos niveles de deuda deberá efectuar un ajuste fiscal<sup>10</sup> para mejorar su ratio de deuda, y mediante la reducción de la financiación de la deuda, dicho ajuste podría ejercer un efecto positivo a largo plazo en el espacio fiscal para la sanidad.

<sup>10</sup> El ajuste fiscal consiste en una disminución del déficit presupuestario primario, debido al aumento de los ingresos fiscales o a la disminución del gasto público.

## **Inflación**

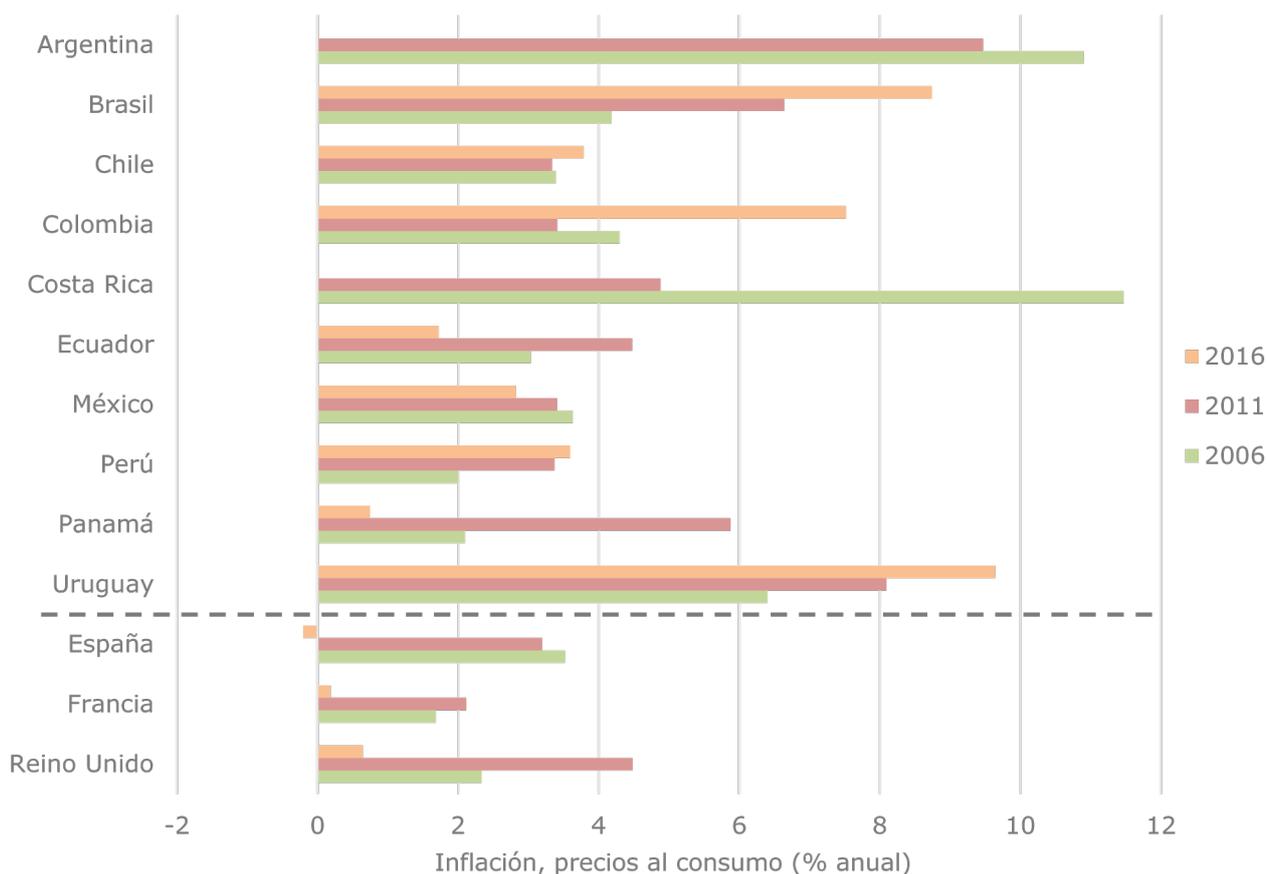
Entre otros factores, una menor inflación fomenta (1) la inversión de las empresas, lo que puede favorecer un mayor crecimiento macroeconómico a largo plazo, y (2) el refuerzo de la competitividad, lo que da lugar a la reducción del déficit por cuenta corriente y la propagación del crecimiento económico. Por otro lado, si la inflación se reduce a un nivel muy bajo, puede elevar los tipos de interés reales y, como resultado, el valor real de los pagos de la deuda. La consecuencia podría consistir en que se impediría a los países mejorar su espacio fiscal para la sanidad sin poner en peligro la sostenibilidad de su deuda, considerando unos niveles de deuda ya elevados, y el alto coste existente de obtener financiación en algunos países (para más información, véanse los apartados sobre calificación crediticia de la deuda soberana y la deuda).

Entre 2006 y 2016, la inflación se redujo en todos los países, excepto en Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. La inflación ha seguido cayendo en la mayoría de los países

latinoamericanos y, en la mayor parte de los países que priorizan el control de la inflación, esta ha regresado al intervalo objetivo oficial (FMI, 2018b). En los países en los que la inflación se sitúa por encima del intervalo establecido como objetivo, se prevé que la inflación será moderada en 2018-2019 (FMI, 2018b). El reciente descenso de la inflación en varios países latinoamericanos ha permitido la relajación de la política monetaria; en concreto, con la inflación cercana al intervalo objetivo y unas expectativas que se mantienen estables, la mayoría de los bancos centrales que tienen entre sus objetivos el control de la inflación han reducido sus tipos de interés de intervención (FMI, 2018b). Aunque la política monetaria es menos procíclica en las economías con expectativas de inflación más afianzadas, los episodios de volatilidad en los tipos de cambio y unas depreciaciones monetarias significativas han dado lugar a que los bancos centrales de América Latina emprendan un endurecimiento de las políticas monetarias procíclicas, a pesar de unas expectativas de inflación estables (FMI, 2018b).



**Figura 14: Inflación (% anual)**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial (2018c).

Evaluamos la tasa de inflación de los países del estudio frente a un nivel de referencia del 2 % al 2,5 %. De los países del estudio, Colombia, Brasil y Uruguay registraron unos niveles de inflación elevados en 2016, con un 7,5 %, 8,7 % y 9,6 %, respectivamente. A excepción de Costa Rica, Ecuador y Panamá, que ya han logrado un bajo nivel de inflación, es probable que una caída de esta resulte beneficiosa para el espacio fiscal de los países del estudio.

**Balanza por cuenta corriente**

La tendencia general en los países del estudio y de referencia es a la existencia de déficits por cuenta corriente. El Reino Unido, Francia, Panamá, México, Costa Rica y Colombia han registrado un déficit por cuenta corriente en cada uno de los intervalos medidos en los

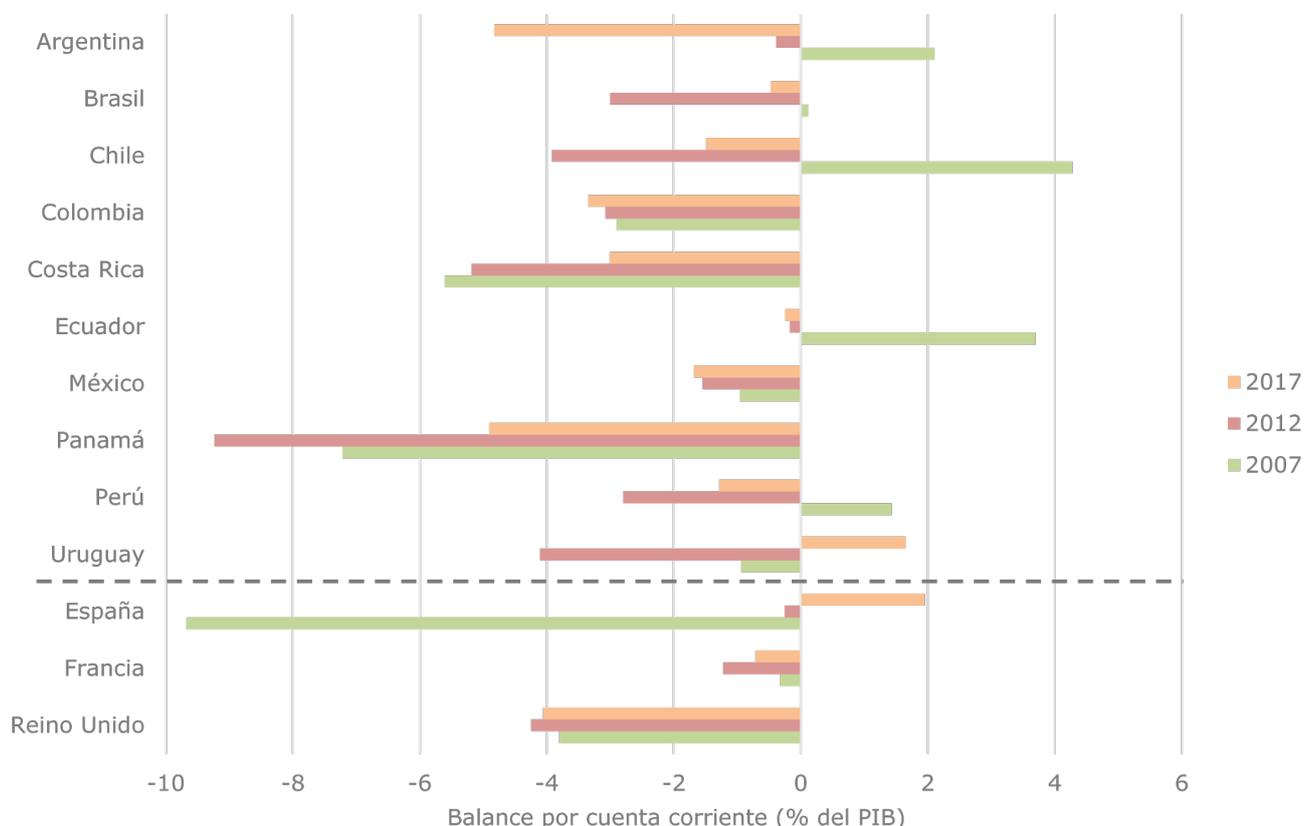
últimos diez años. Aunque Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Perú obtuvieron un superávit por cuenta corriente en 2007, en 2012 todos los países presentaban un déficit por cuenta corriente, y en 2015, dicho déficit en América Latina alcanzó su máximo valor (Werner, 2017).

En la mayoría de los países latinoamericanos, los déficits por cuenta corriente han disminuido en los dos últimos años, y el ajuste externo que siguió al final del superciclo de los productos básicos casi ha culminado (FMI, 2018b). En algunos países como Perú y Chile, que son exportadores de productos básicos (metales) e importadores netos de petróleo, el rebote en los precios de dichos productos ha dado lugar a mejoras en las condiciones netas para su

comercialización, hasta alcanzar los niveles de su periodo de auge (FMI, 2018b). No obstante, solo Uruguay y España registraban un superávit por cuenta corriente en 2017 y, de cara al futuro, cabe esperar que los déficits por cuenta corriente vuelvan a aumentar, a medida que se acelera el crecimiento de la inversión y el consumo interno (FMI, 2018b). En los niveles actuales del PIB, entre -2 % y -4 %, los déficits por cuenta corriente no son alarmantemente elevados, pero un deterioro ulterior impondrá restricciones al espacio fiscal y exigirá una intervención correctora.

En general, los déficits comerciales y por cuenta corriente persistentes pueden perjudicar a las economías latinoamericanas porque tienen la capacidad de afectar negativamente al crecimiento y al empleo, y dar lugar a depreciaciones de las divisas. Son indicadores de falta de competitividad y los efectos indirectos de tales déficits consistirían en limitar el espacio fiscal para sanidad (así como otros servicios humanos), dado que el crecimiento macroeconómico se considera un importante factor impulsor del espacio fiscal.

**Figura 15: Balance por cuenta corriente (% del PIB)**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial (2018c).

### Calificación crediticia de la deuda soberana

Las diferentes agencias de calificación crediticia utilizan un punto de corte para determinar si la deuda soberana de un país es solvente. En ese nivel, o por encima del mismo, se considera que puede invertirse en la deuda soberana de un país y, por debajo de dicho nivel, no merece la pena invertir. En los países del estudio, existe una tendencia general a la solvencia fiscal, reflejada en las calificaciones crediticias (véase la tabla 8).

**Tabla 8: Solvencia de los países del estudio y de referencia**

Solvencia	
ARGENTINA	×
BRASIL	×
CHILE	✓
COLOMBIA	✓
COSTA RICA	×
ECUADOR	×
MÉXICO	✓
PANAMÁ	✓
PERÚ	✓
URUGUAY	✓
FRANCIA	✓
ESPAÑA	✓
RU	✓

**Nota:** × = No solvente (bonos basura), ✓ = solvente.

**Fuente:** Adaptado de Trading Economics (2018b).

Según la información de las agencias de calificación crediticia, la deuda soberana se sitúa por debajo del nivel de solvencia crediticia en cuatro países del estudio: Argentina, Brasil, Costa Rica y Ecuador. Una interpretación es que esta situación representa un mayor riesgo de no ser capaz de cumplir las obligaciones financieras en su

totalidad y en plazo. Una baja calificación crediticia conlleva asimismo dificultades para atraer capital internacional que financie deudas, dados los costes sustanciales de la consecución de fondos en mercados internacionales. El efecto en cadena de estos elevados tipos de interés de las operaciones de préstamo, se traduce en unos costes significativos (y en algunos casos prohibitivos) del servicio de la deuda nacional, y en el coste de oportunidad de la inversión en servicios humanos, como la sanidad. En consecuencia, estos países tendrán que servirse del capital nacional para financiar su deuda soberana.

Por otro lado, las agencias de calificación crediticia consideran que Chile, Colombia, México, Panamá, Perú y Uruguay son países en los que se puede invertir, al igual que los países de referencia. En consecuencia, los tipos de interés que deban asumir serán menores, y podrán obtener financiación a un coste reducido en comparación con los países con una calificación crediticia inferior. Dados los niveles crecientes de deuda en los países del estudio, una financiación más barata de la misma en estos países repercutirá positivamente en su espacio fiscal para sanidad, ya que la cuantía de los ingresos públicos que deberán dedicar al pago de intereses de la deuda será menor.

De cara al futuro, y teniendo en cuenta distintos retos medioambientales y externos de mayor alcance, la contracción de las condiciones financieras mundiales que llevan a la región a afrontar diversos riesgos en cuanto al crecimiento a medio plazo también puede repercutir negativamente en la financiación de la deuda. Los riesgos relativos a las condiciones financieras mundiales consisten en el endurecimiento de la política monetaria de EE.UU., que puede afectar significativamente a los tipos de interés a

largo plazo de la región, y a las condiciones generales de financiación. La mayoría de los países de la región deberán afrontar unos efectos indirectos significativos en sus tipos de interés nacionales derivados de los tipos de interés de los Estados Unidos, como, por ejemplo, en los casos de los tipos de interés a corto plazo en México y Perú, y los tipos de interés a largo plazo en Brasil y Colombia (FMI, 2018b). Los países con mayor riesgo de padecer unas condiciones financieras globales adversas son Chile, México, Brasil, Perú y Colombia, ya que son las economías económicamente más integradas de la región. En general, los flujos de capital de la región son extremadamente sensibles a las crisis mundiales, y pueden verse afectados negativamente por unas condiciones

financieras más estrictas. No obstante, tal efecto lo compensará parcialmente la mejora de las condiciones para los exportadores de productos básicos debida a la recuperación parcial de los precios de tales productos (FMI, 2018b).

## Evaluación de las políticas y el entorno macroeconómicos

Evaluamos el logro por los distintos países de un entorno macroeconómico favorable para el espacio fiscal. Nos centramos en su desempeño en las cinco áreas que siguen: crecimiento del PIB, balanza fiscal, deuda, inflación y balanza por cuenta corriente. En la tabla 9 figuran los datos de estos indicadores en todos los países del estudio.

**Tabla 9: Indicadores macroeconómicos<sup>1</sup>**

	Crecimiento del PIB	Balanza fiscal	Deuda	Inflación	Balanza por cuenta corriente
	% (2017)	% del PIB	% PIB (2016)	% (2016)	% PIB (2017)
<b>ARGENTINA</b>	2,86	-6,00	49,73	N/D	-4,83
<b>BRASIL</b>	0,98	-5,88	77,55	8,74	-0,47
<b>CHILE</b>	1,49	-2,89	34,46	3,79	-1,50
<b>COLOMBIA</b>	1,77	-2,32	43,25	7,52	-3,35
<b>COSTA RICA</b>	3,19	-2,51	44,79	0,00	-3,01
<b>ECUADOR</b>	3,00	-7,78	37,76	1,72	-0,25
<b>MÉXICO</b>	2,04	-0,88	23,39	2,82	-1,68
<b>PANAMÁ</b>	5,36	-2,32	37,36	0,75	-4,91
<b>PERÚ</b>	2,53	2,08	23,78	3,60	-1,29
<b>URUGUAY</b>	2,66	-4,09	63,3	9,64	1,65

**Nota:** <sup>1</sup>Datos macroeconómicos pueden diferir. Por ejemplo, el Banco Central de Costa Rica reportó 0.6% de inflación para el 2016.

**Fuentes:** Crecimiento del PIB (Banco Mundial, 2018c), balanza fiscal de Brasil, Costa Rica y México (OCDE, 2018a) y de todos los demás países (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018), deuda (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018), inflación (Banco Mundial, 2018c) y balanza por cuenta corriente (Banco Mundial, 2018c).

Con el fin de evaluar el grado de consecución por parte de los distintos países de un entorno macroeconómico favorable para el espacio fiscal, se aplicaron las siguientes medidas (tabla 10):

- Para el *crecimiento del PIB*, se utilizó un valor de referencia del 2 % al 3 % y se evaluó como «bueno» cuando supera el 2%, «medio-bajo» entre el 1 % y el 2 %, y «deficiente» por debajo del 1 %.
- En el caso de la *balanza fiscal*, evaluamos como «bueno» la existencia de superávit, como «medio», del 0 al 3%, y como «deficiente», un déficit superior al 3 %.
- En el de la *deuda*, se utilizó un ratio deuda/PIB del 40 % en los países en desarrollo, y se evaluó como «bueno» cuando se sitúa por debajo del 30 %, como «medio» entre el 30 % y el 40 %, y como «deficiente» por encima del 40 %.
- En cuanto a la *inflación*, se utilizó el valor de referencia del 2 % al 2,5 % y se evaluó como «buena» si se sitúa entre el 2 % y el 2,5 %, como «media» entre el 2 % y el 2,5 %, y como «deficiente» por encima del 2,5 %.
- En el caso de la *balanza por cuenta corriente*, la evaluamos como «buena» cuando existe un superávit, como «media», con un déficit del 0 al 3 %, y como «deficiente», con un déficit superior al 3 %.

**Tabla 10: Consecución de un entorno macroeconómico favorable para el espacio fiscal**

	Crecimiento del PIB	Balanza fiscal	Deuda	Inflación	Balanza por cuenta corriente
<b>ARGENTINA</b>	✓	×	×	n/d	×
<b>BRASIL</b>	×	×	×	×	—
<b>CHILE</b>	—	—	—	—	—
<b>COLOMBIA</b>	—	—	×	×	×
<b>COSTA RICA</b>	✓	—	×	—	×
<b>ECUADOR</b>	✓	×	—	—	—
<b>MÉXICO</b>	✓	—	✓	—	—
<b>PANAMÁ</b>	✓	—	—	—	×
<b>PERÚ</b>	✓	✓	✓	—	—
<b>URUGUAY</b>	✓	×	×	×	✓

**Leyenda:** ✓ = buena; — = media; × = deficiente; n/a = sin datos.

**Fuente:** Evaluación de la LSE.

En 2017, todos los países del estudio, salvo Brasil, Chile y Colombia, experimentaron un notable crecimiento del PIB. Se trata de una situación favorable en cuanto a la generación de espacio fiscal para la sanidad, y debe mantenerse. Si el crecimiento del PIB disminuye, la balanza fiscal, cuyo nivel ya es de «medio» a «deficiente» en todos los países del estudio, se deteriorará aún más a medida que se eleven los déficits fiscales. Posteriormente, aumentará la presión sobre los niveles de deuda, lo que, dada la

calificación crediticia de la deuda soberana de Argentina, Brasil, Costa Rica y Ecuador, dará lugar a unos costes significativos correspondientes al servicio de la deuda. El rendimiento de medio a deficiente en relación con la inflación y la balanza por cuenta corriente de los distintos países del estudio, que contrarresta su notable crecimiento del PIB, podría aminorar dicho crecimiento y, de este modo, limitar su capacidad para ampliar el espacio fiscal dedicado a la sanidad.



# RESUMEN

## **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.

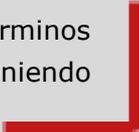
Es probable que un descenso de la inflación resulte beneficioso para la creación de espacio fiscal. Entre 2006 y 2016, la inflación se redujo en seis países, excepto Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay.



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.



## ¿CÓMO PERCIBEN LOS RESPONSABLES POLÍTICOS LOS PRINCIPALES MECANISMOS DE FINANCIACIÓN EN LO QUE SE REFIERE A LA NECESIDAD Y LA VIABILIDAD POLÍTICA?

**Formular políticas y tomar decisiones respecto a los compromisos entre equidad y eficiencia mediante la ejecución de intervenciones políticas es un proceso complejo que requiere un discurso político e influencia en las distintas partes interesadas a múltiples escalas. Con el fin de conocer las preferencias de las partes interesadas y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las diferentes opciones de financiación sanitaria, realizamos una encuesta por Internet. En la encuesta se tuvieron en cuenta los valores y opiniones de varios interlocutores clave del sector (pagadores, proveedores, organismos públicos, miembros de instituciones académicas y del sector privado/empresas) sobre la financiación de la asistencia sanitaria, clasificados en una escala de Likert de 1 (plenamente de acuerdo) a 7 (completamente en desacuerdo). Se utilizan escalas de tipo Likert para determinar las preferencias individuales de cada encuestado, ya que se emplean muy habitualmente para medir actitudes y grados de conformidad con las afirmaciones formuladas (Sullivan & Artino, 2013).**

Entre las alternativas propuestas figuraron la generación de ingresos adicionales para el sistema de salud mediante el incremento de los impuestos sobre la renta, los beneficios empresariales, o el consumo, los impuestos «al pecado» sobre productos nocivos, la reasignación de fondos y cargos de los usuarios; la contención de costes mediante la restricción del paquete gratuito de prestaciones sanitarias y la elegibilidad para la atención sanitaria gratuita con control de recursos; la ejecución de medidas de eficiencia mediante la privatización de determinadas partes de la asistencia sanitaria, el refuerzo del papel de las aseguradoras privadas y las cuentas de ahorro para la salud; y las intervenciones en el terreno del estilo de vida, incluidos los programas de detección gratuita obligatorios, el fomento de formas de alimentación y vida saludables, así como de los productos que presentan su contenido de azúcar de un modo claramente visible. Con los resultados

de la encuesta se pretendió analizar y examinar las preferencias de las distintas partes interesadas en el ámbito de la salud respecto a las posibles intervenciones políticas capaces de contribuir a la consecución de la sostenibilidad financiera de la asistencia sanitaria. Teniendo en cuenta el papel fundamental de la voluntad política en la consecución de la CSU, un conocimiento más amplio de las preferencias de las partes interesadas puede proporcionar información sobre lo que resulta viable.

En total, se invitó a participar y a responder a este cuestionario a 1.176 personas, entre las que figuraron altos directivos y responsables de la toma de decisiones en varios sectores clave relacionados con la salud, como los de la Administración, los profesionales sanitarios, las instituciones académicas, grupos de expertos, empresas, entidades de asesoramiento, grupos de pacientes, organismos internacionales y

organizaciones sin ánimo de lucro. Se solicitó la participación de los 10 países latinoamericanos y los 3 países de referencia de la UE. En total, se recibieron 673 respuestas. Se utilizó la red de la LSE para elaborar la lista de destinatarios de la consulta. Antes del lanzamiento de la encuesta en línea, se ejecutó un proyecto piloto, que fue evaluado por un equipo de expertos en financiación sanitaria, y se incorporaron los comentarios obtenidos. La encuesta se remitió por vía electrónica a las partes interesadas a mediados de mayo de 2018 y se mantuvo abierta durante cuatro meses, hasta mediados de septiembre de ese mismo año, enviando recordatorios a las 3, 7, 11 y 15 semanas de la invitación inicial.

En la tabla 11 se resumen las principales características de los encuestados en cuanto a su filiación, país, género y grupo de edad. En los apartados que siguen presentamos y comentamos brevemente los principales resultados de la encuesta, y en particular, las preferencias de las partes interesadas respecto a (a) la necesidad y viabilidad política de los mecanismos de financiación, (b) los mecanismos de generación de

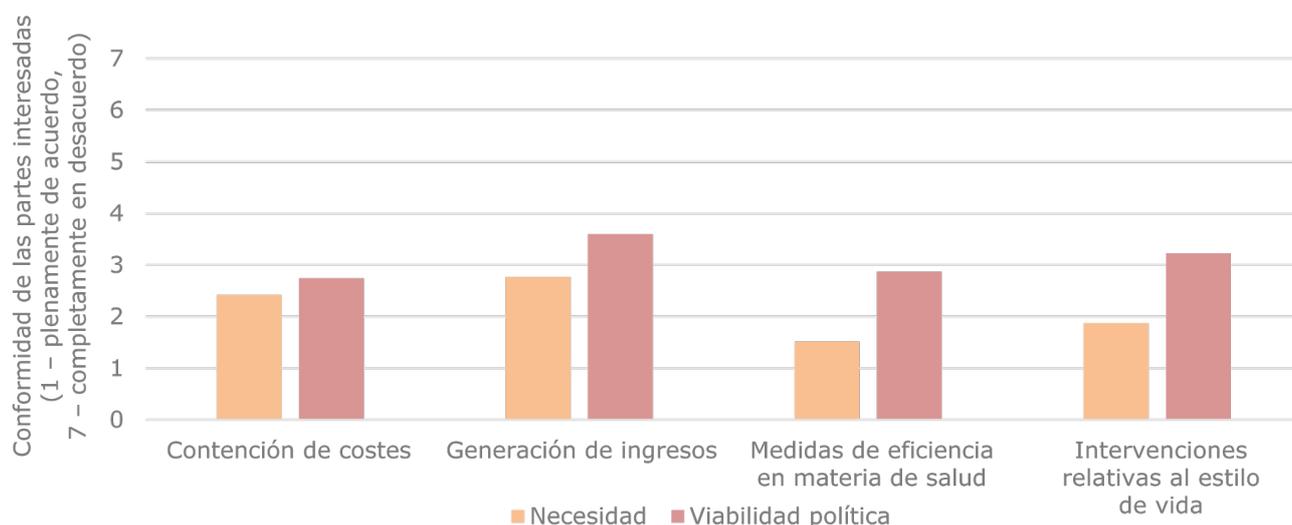
ingresos en cuanto a su capacidad de obtención de ingresos y su viabilidad política, y (c) los mecanismos de eficiencia sanitaria (respecto a su capacidad para reforzar la eficiencia y la viabilidad política asociada).

### Viabilidad política de los mecanismos de financiación

La Figura 16 muestra la necesidad y la viabilidad política percibidas de cuatro mecanismos de financiación: contención de costes, generación de ingresos adicionales, mayor eficiencia en la provisión de asistencia sanitaria, e intervenciones relativas al estilo de vida para reducir los costes sanitarios.

Se observa una sensación general de acuerdo respecto a la necesidad y la viabilidad política de las opciones formuladas. La necesidad de las cuatro opciones se considera relativamente alta, y las calificaciones de los encuestados oscilan entre el acuerdo pleno y la conformidad. Los consultados valoraron la viabilidad política de ejecutar las distintas opciones de forma positiva en general, si bien la generación de ingresos se calificó como menos factible.

**Figura 16: Necesidad y viabilidad política de los mecanismos para la financiación sostenible**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos de la encuesta.

**Tabla 11: Características de los encuestados: encuesta sobre preferencias de financiación sanitaria**

Variable	Total de encuestados	Porcentaje
<b>Afiliación (n = 673)</b>		
Instituciones académicas	88	13 %
Responsables de la toma de decisiones de la Administración	222	33 %
Proveedor	40	6 %
Sector privado/empresas	209	31 %
Otros (profesionales sanitarios, grupos de expertos, ONG)	114	17 %
<b>País (n = 673)</b>		
América Latina	458	68 %
Argentina	66	14% <sup>1</sup>
Brasil	117	26 %
Chile	31	7 %
Colombia	47	10 %
Costa Rica	13	3 %
Ecuador	19	4 %
México	101	22 %
Panamá	14	3 %
Perú	27	6 %
Uruguay	23	5 %
Países de referencia (Francia, España, Reino Unido)	215	32 %
<b>Género (n = 673)</b>		
Varones	384	57 %
Mujeres	289	43 %
<b>Grupo de edad (n = 673)</b>		
< 30 años	54	8 %
30-44 años	229	34 %
45-60 años	343	51 %
> 65 años	47	7 %

**Nota:** <sup>1</sup> Todos los porcentajes a escala nacional reflejan la ponderación del país entre los encuestados latinoamericanos (n = 458).

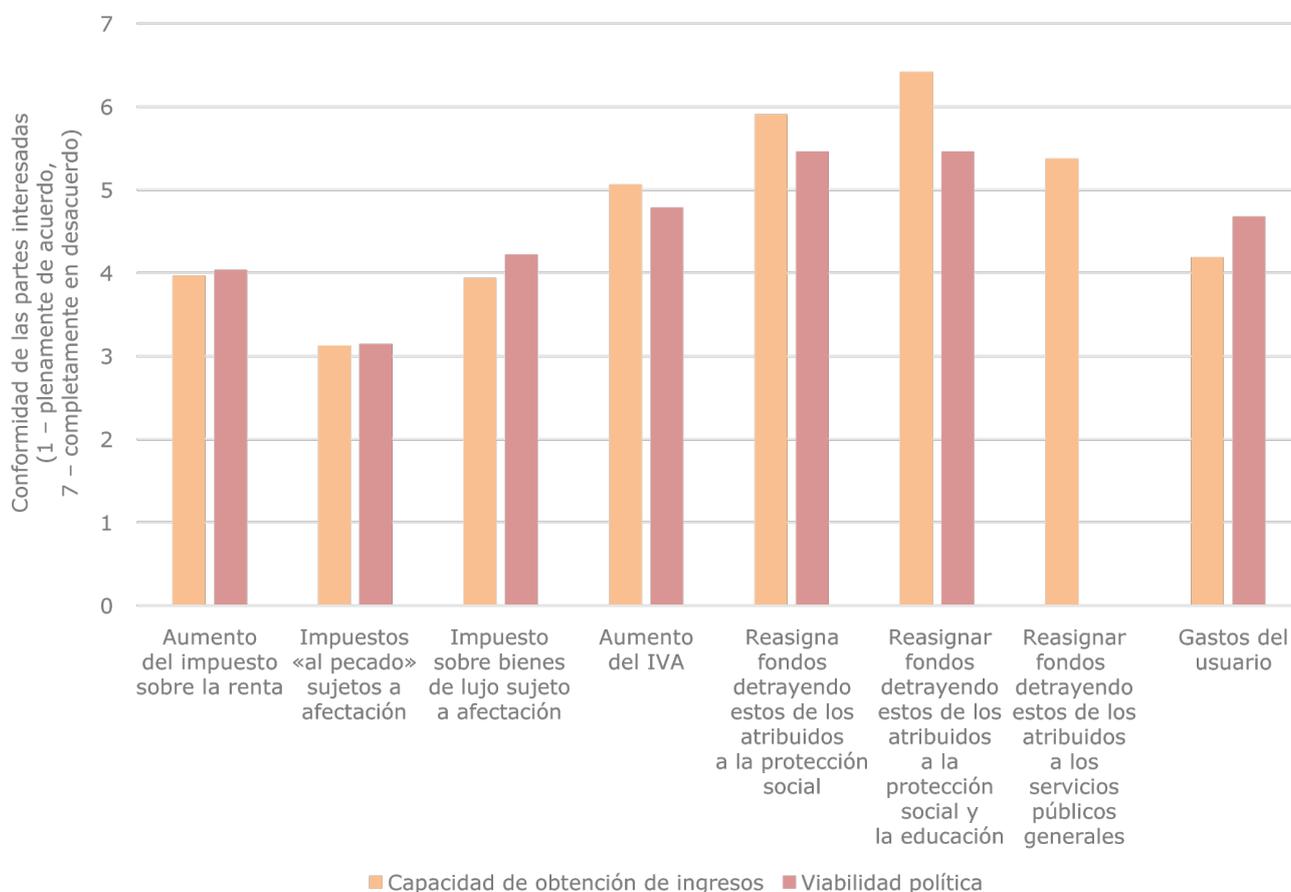
**Fuente:** Encuesta de la LSE.

## Principales mecanismos de generación de ingresos

En la figura 17 se muestra la capacidad percibida para la generación de ingresos de diversos mecanismos. Los impuestos sobre productos nocivos sujetos a afectación para la prestación de asistencia sanitaria se consideraron el mecanismo más adecuado para obtener recursos adicionales destinados a una financiación sostenible, y obtuvieron la máxima calificación en cuanto a viabilidad política. Los impuestos sobre artículos de lujo

sujetos a afectación y los aumentos del impuesto sobre la renta también se consideraron mecanismos generadores de ingresos adecuados y políticamente factibles, aunque la aplicabilidad del impuesto sobre la renta en la región latinoamericana es limitada debido al elevado tamaño de la economía informal y a la evasión fiscal. La reducción del gasto público, o su reasignación desde otras áreas se consideraron las formas más débiles de generación de ingresos y las menos políticamente factibles.

**Figura 17: Capacidad y viabilidad política de los mecanismos de generación de ingresos**



**Nota:** No se recabaron datos sobre la viabilidad política de la reducción del gasto en servicios públicos generales. Los datos sobre la viabilidad política respecto a la protección social, y la protección social y la educación, se derivaron de una sola pregunta.

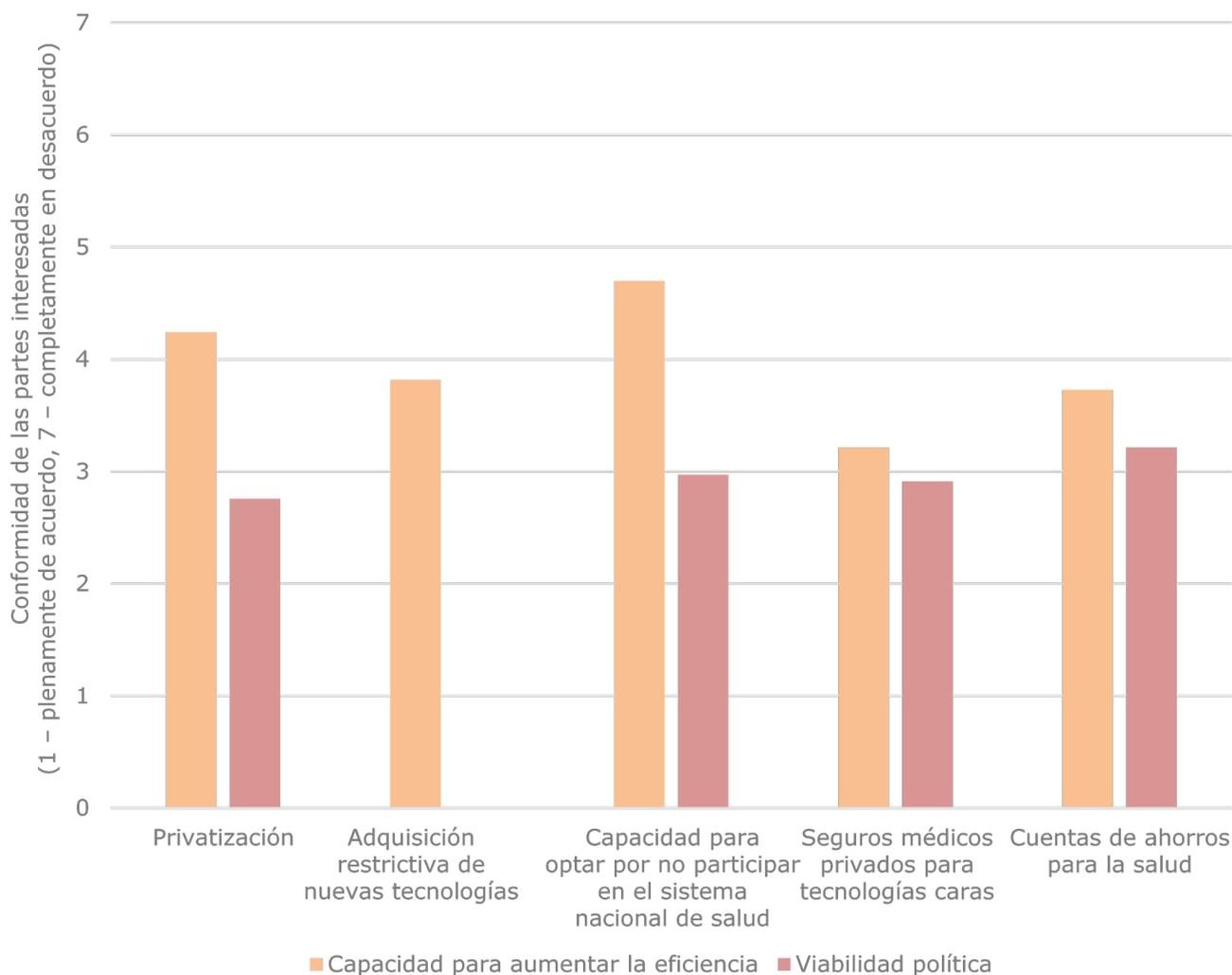
**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos de la encuesta.

## Principales mecanismos para la eficiencia en materia de salud

En la figura 18 se muestra el uso percibido de estrategias para mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, junto con su viabilidad

política. Todas las opciones se clasifican como «de nivel medio» en su capacidad para elevar la eficiencia del sistema, junto con las respuestas positivas relativas a la viabilidad política de aplicar estas técnicas.

**Figura 18: Mejora de la eficiencia y viabilidad política de los mecanismos de eficiencia sanitaria**



**Nota:** No se recabaron datos sobre la viabilidad política de la adquisición restrictiva.

**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos de la encuesta.

# RESUMEN

## 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.

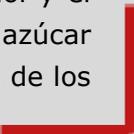
En tercer lugar, evaluamos el interés de las partes interesadas en una serie de opciones relacionadas con la mejora de la eficiencia y la viabilidad política de varios mecanismos que podrían promover la eficiencia. A este respecto, las partes interesadas mantuvieron una postura neutra respecto al potencial 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 se asocian a implicaciones importantes para la salud pública, similares a las de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco.



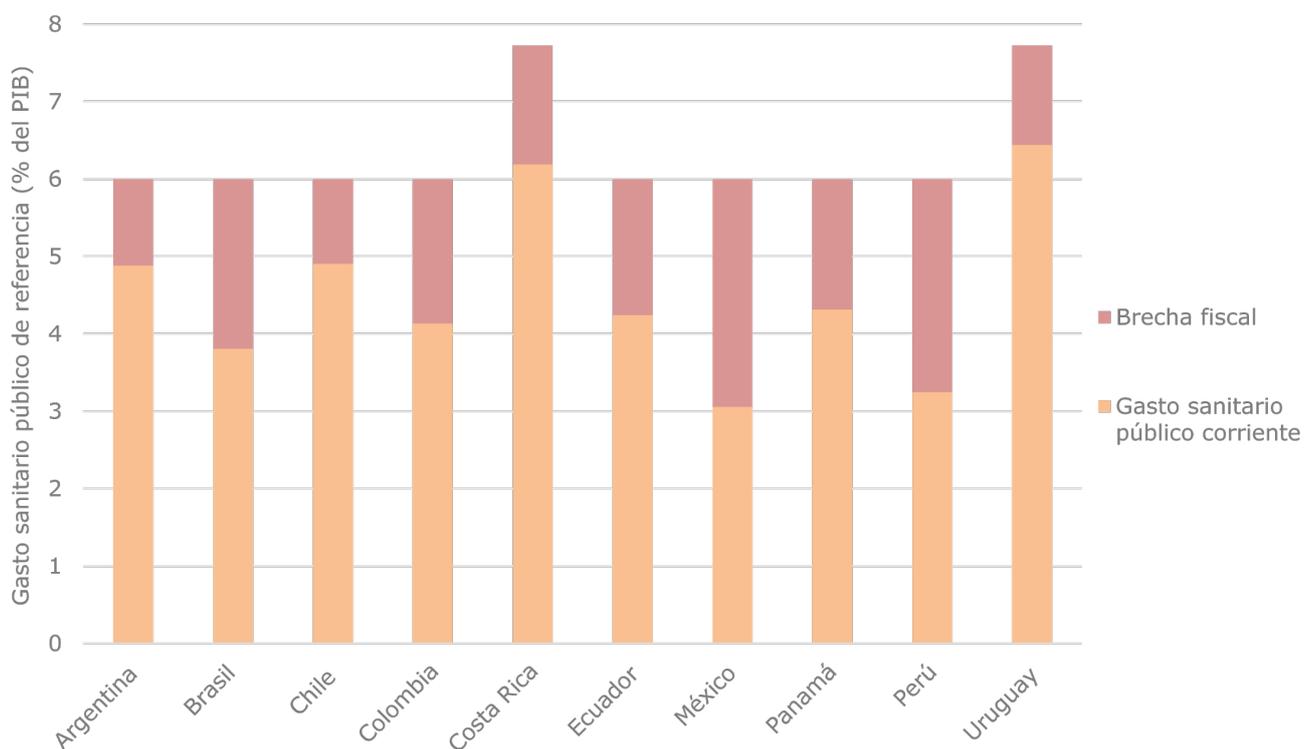
## ¿CUÁL ES LA DIMENSIÓN DE LA BRECHA FISCAL RESPECTO AL GASTO SANITARIO EN LOS DISTINTOS PAÍSES?

### Déficit en la financiación sanitaria pública

La brecha fiscal entre el gasto público en salud (% del PIB) en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá y Perú, y el valor de referencia de la OPS de 2014 del 6 % del PIB, osciló del 1,1 % del PIB en Chile y el 2,9 % del PIB en México. La brecha

media entre los ocho países fue del 1,9 % del PIB. El gasto público medio en sanidad en los tres países de referencia fue del 7,7 % del PIB. La diferencia entre este valor y el facilitado por Costa Rica y Uruguay fue del 1,3 % del PIB en Uruguay, y del 1,5 % del PIB en Costa Rica. En la figura 19 se muestra esta brecha fiscal en los 10 países del estudio, como porcentaje del PIB.

**Figura 19: Brecha fiscal basada en el gasto sanitario público como % del PIB**



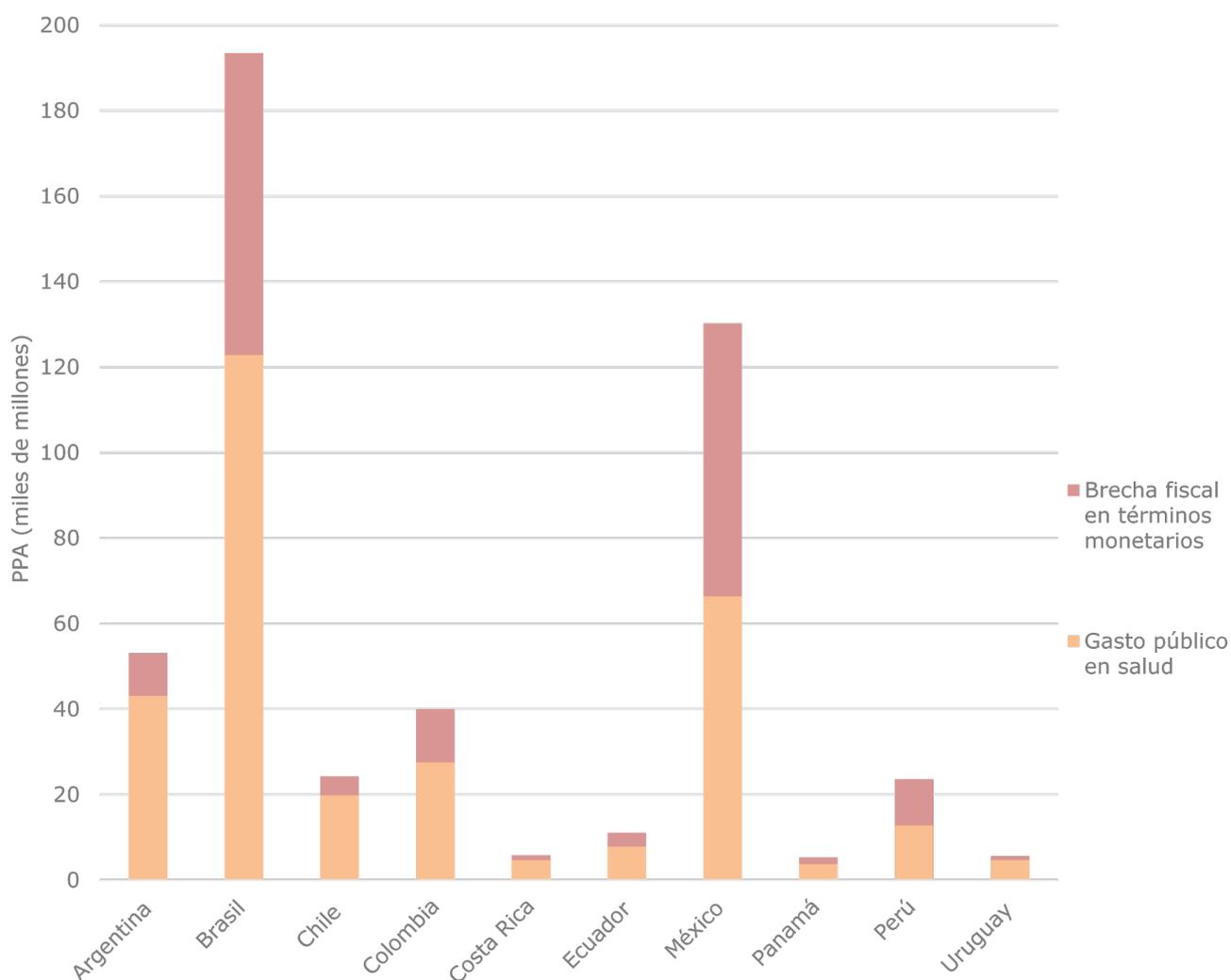
**Nota:** La figura muestra la brecha entre el gasto público corriente (el más reciente disponible) en salud (como % del PIB) en comparación con el gasto de referencia del 6% en el caso de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá y Perú, y en comparación con el gasto medio de los países de referencia del 7,7 %, en el caso de Costa Rica y Uruguay.

**Fuente:** Cálculos de la LSE basados en datos del Banco Mundial (2015).

En términos monetarios, Brasil es el país de la región con un mayor gasto sanitario público (123 000 millones de dólares en PPA), pero también es el que presenta la mayor brecha fiscal para alcanzar el valor de referencia de la OPS respecto al gasto sanitario público (71 000 millones de dólares

en PPA). Uruguay es el que menos brecha debe salvar (930 millones de dólares) debido a su elevado gasto sanitario público corriente en relación con su PIB. En la figura 20 se esboza el gasto público en salud a escala nacional, y la brecha fiscal en términos monetarios.

**Figura 20: Brecha fiscal basada en el gasto público en salud en términos monetarios (USD PPA)**



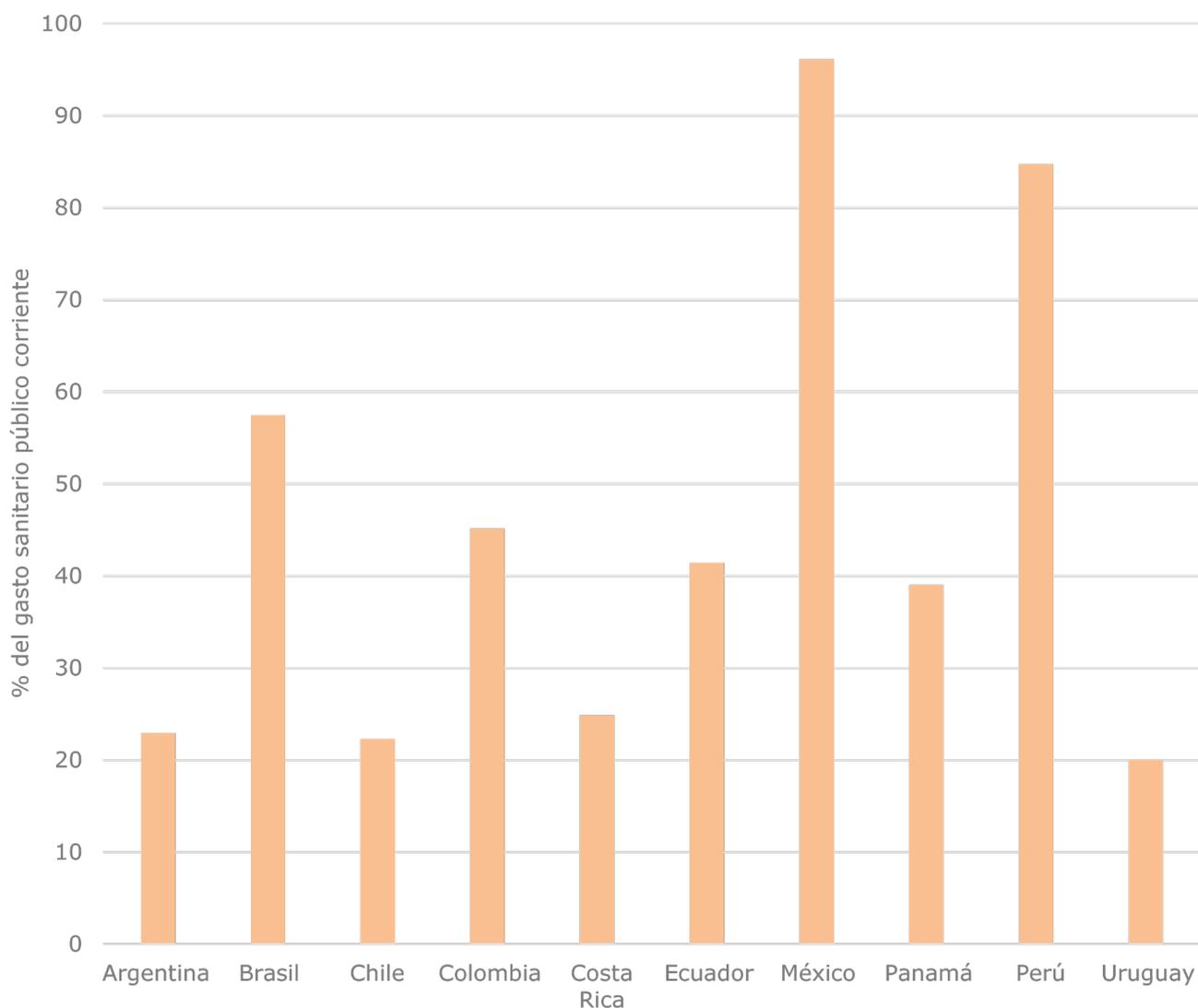
**Nota:** La figura muestra la brecha entre el gasto público corriente (el más reciente disponible) en salud, en PPA (miles de millones) en comparación con el gasto de referencia de la OPS en el caso de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá y Perú, y en comparación con el gasto medio de los países de referencia en el caso de Costa Rica y Uruguay.

**Fuente:** Cálculos de la LSE basados en datos del Banco Mundial (2015).

México presenta la mayor brecha fiscal como porcentaje del gasto público corriente en sanidad (figura 21) (96 %), seguido del Perú (84,7 %). Uruguay registra la menor brecha fiscal como porcentaje del gasto público

corriente en salud (20 %). Los demás países tienen una brecha fiscal (como porcentaje del gasto sanitario público corriente) que va del 22,3 % al 57,5 %.

**Figura 21: Brecha fiscal como porcentaje del gasto público corriente en salud**



**Fuente:** LSE, sobre la base de los datos del Banco Mundial.

## Coste de aumentar la financiación pública de la asistencia sanitaria para cubrir la brecha fiscal

El coste de elevar la financiación pública de la asistencia sanitaria refleja el tamaño del PIB del país en cuestión. En la tabla 12 se destacan los recursos necesarios para ese gasto adicional en cada país. Brasil, seguido por México, se enfrenta al coste más elevado (en términos monetarios, en miles de millones de dólares) de incrementar la financiación sanitaria pública, a pesar de que

Brasil no afronta el coste más alto del aumento de la financiación sanitaria pública (en % del PIB). Esto se debe a que Brasil cuenta con el mayor PIB de los diez países. Por otro lado, Uruguay, seguido de Costa Rica, se enfrenta al coste más bajo de aumentar la financiación pública de la asistencia sanitaria (en miles de millones de dólares), aunque estos dos países no deben afrontar el menor coste de incrementar dicha financiación (en % del PIB). En parte a causa de su tamaño: presentan el PIB agregado más bajo de los diez países.

**Tabla 12: Coste del aumento de la financiación de la sanidad pública**

	Coste del aumento de la financiación de la sanidad pública	Coste del aumento de la financiación de la sanidad pública
	% del PIB	USD, miles de millones
<b>ARGENTINA</b>	1,1	9,89
<b>BRASIL</b>	2,2	70,62
<b>CHILE</b>	1,1	4,43
<b>COLOMBIA</b>	1,9	12,44
<b>COSTA RICA</b>	1,5	1,16
<b>ECUADOR</b>	1,8	3,25
<b>MÉXICO</b>	2,9	63,82
<b>PANAMÁ</b>	1,7	1,48
<b>PERÚ</b>	2,8	10,82
<b>URUGUAY</b>	1,3	0,93

**Fuente:** Cálculos de la LSE, utilizando datos del Banco Mundial.

# RESUMEN

## **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).

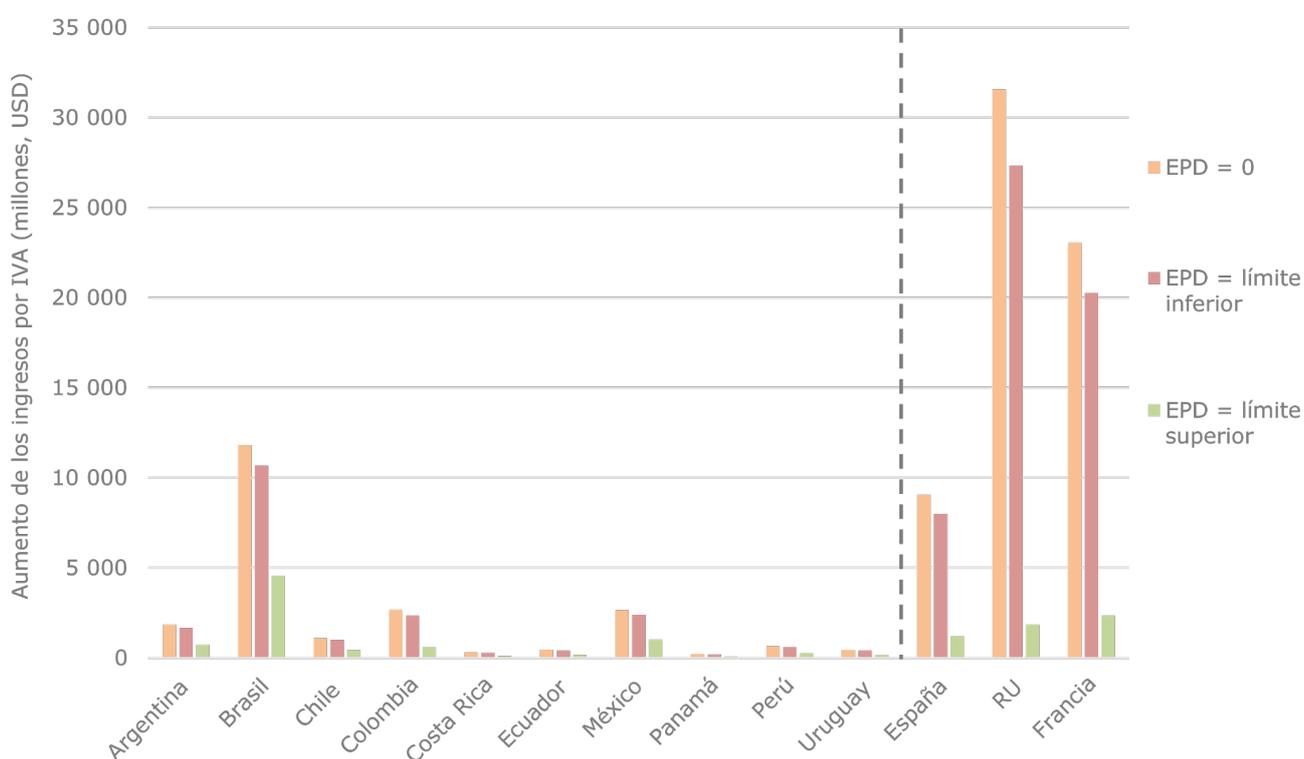
## ¿CÓMO PUEDEN GENERAR LOS AUMENTOS DE LOS IMPUESTOS INDIRECTOS ESPACIO FISCAL PARA LA SALUD?

### Impuesto sobre el valor añadido

En la tabla 13 se refieren los tipos de IVA estándar (actual y de simulación) y no estándar, junto con el aumento de puntos porcentuales en cada uno de los cinco supuestos que se describieron en el apartado de métodos. La tabla 13 y las figuras 22 y 23 proporcionan el intervalo de rendimientos

fiscales generados y el incremento máximo alcanzable de los ingresos por IVA en millones (USD), y como porcentaje del PIB, respectivamente, para todos los países y todos los supuestos en los que los tipos de IVA se elevan en un punto porcentual, cuando la EPD es igual a: (1) cero; (2) el límite inferior; y (3) el límite superior. Las tasas de EPD son específicas de cada país.

**Figura 22: Aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA (millones de dólares)**



**Nota:** En esta figura mostramos el incremento máximo de ingresos por IVA (en millones de dólares) que puede alcanzarse: en el supuesto 1 para Brasil, Panamá y Reino Unido (EPD = límite superior); y en el supuesto 5 para Argentina, Colombia, Costa Rica, Uruguay, España, Reino Unido (EPD = 0 y EPD = límite inferior) y Francia. Chile, Ecuador, México y Perú logran el mismo aumento de los ingresos por IVA con una EPD = 0, una EPD = límite inferior y una EPD = límite superior en todos los supuestos.

**Fuente:** estimaciones de la LSE.

**Tabla 13: Tipos de IVA estándar y no estándar en los países latinoamericanos**

	Tipo estándar actual	Aumento del tipo	Tipo de simulación estándar	Tipo no estándar actual	Aumento del tipo no estándar	Aumento del tipo	Tipo de simulación no estándar
	%	Supuestos 1-5	%	%	Supuestos 1-4	Supuesto 5	%
<b>ARGENTINA</b>	21	+ 1 %	<b>22</b>	18,751	Sin cambios	+1 %	<b>19,75</b>
<b>BRASIL</b>	17	+ 1 %	<b>18</b>	18,5	Sin cambios	+1 %	<b>19,5</b>
<b>CHILE</b>	19	+1 %	<b>20</b>	04	Sin cambios	+1 %	<b>1</b>
<b>COLOMBIA</b>	19	+1 %	<b>20</b>	2,52	Sin cambios	+1 %	<b>3,5</b>
<b>COSTA RICA</b>	13	+1 %	<b>14</b>	53	Sin cambios	+1 %	<b>6</b>
<b>ECUADOR</b>	14	+1 %	<b>15</b>	04	Sin cambios	+1 %	<b>1</b>
<b>MÉXICO</b>	16	+1 %	<b>17</b>	04	Sin cambios	+1 %	<b>1</b>
<b>PANAMÁ</b>	7	+1 %	<b>8</b>	12,55	Sin cambios	+1 %	<b>13,5</b>
<b>PERÚ</b>	18	+1 %	<b>19</b>	N/D	Sin cambios	+1 %	<b>N/D</b>
<b>URUGUAY</b>	22	+1 %	<b>23</b>	56	Sin cambios	+1 %	<b>6</b>
<b>FRANCIA</b>	20	+1 %	<b>21</b>	2,52	Sin cambios	+1 %	<b>3,5</b>
<b>ESPAÑA</b>	20	+1 %	<b>21</b>	3,837	Sin cambios	+1 %	<b>4,83</b>
<b>RU</b>	21	+1 %	<b>22</b>	4,678	Sin cambios	+1 %	<b>5,67</b>

**Notas:**

<sup>1</sup> Calculado como media del 27 % y el 10,5 %.

<sup>2</sup> Calculado como media del 5 % y el 0 %.

<sup>3</sup> Calculado como media del 10 %, 5 % y 0 %.

<sup>4</sup> Tipo único no estándar del 0 %.

<sup>5</sup> Calculado como media del 15 % y el 10 %.

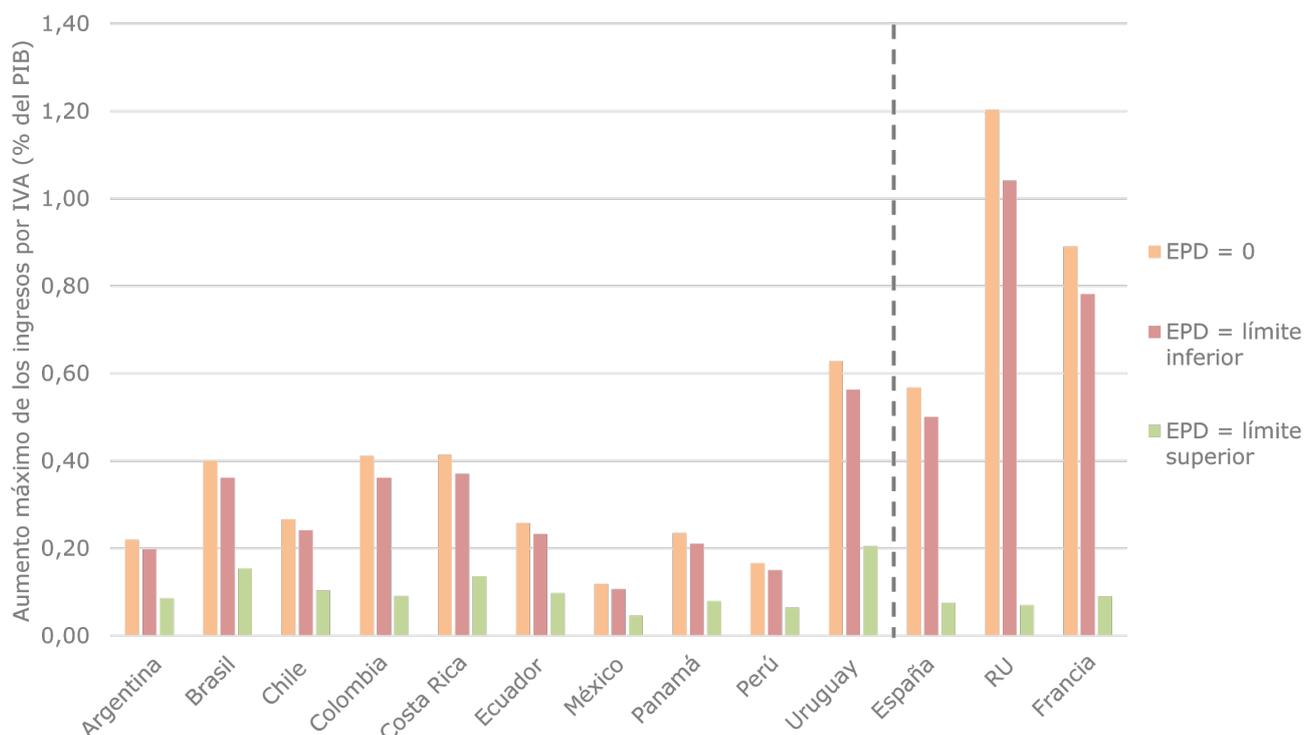
<sup>6</sup> Calculado como media del 10 % y el 0 %.

<sup>7</sup> Calculado como media del 10 %, 5,5 %, 2,1 % y 0 %.

<sup>8</sup> Calculado como media del 10 %, 4 % y 0 %.

**Fuentes:** Tipos de IVA actuales (Trading Economics (2018a); ingresos por IVA (millones, USD): OCDE (2018).

**Figura 23: Aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA (% del PIB)**



**Nota:** En esta figura mostramos el incremento máximo de ingresos por IVA (en % del PIB) que puede alcanzarse: en el supuesto 1 para Brasil, Panamá y Reino Unido (EPD = límite superior); y en el supuesto 5 para Argentina, Colombia, Costa Rica, Uruguay, España, Reino Unido (EPD = 0 y EPD = límite inferior) y Francia. Chile, Ecuador, México y Perú logran el mismo aumento de los ingresos por IVA con una EPD = 0, una EPD = límite inferior y una EPD = límite superior en todos los supuestos.

**Fuente:** estimaciones de la LSE.

**Impacto fiscal suponiendo que la EPD = 0.** Si suponemos un impacto nulo en el consumo (EPD = 0), el aumento del rendimiento en los diez países del estudio en los cinco supuestos oscila entre 113 millones USD en Uruguay y 11 805 millones USD en Brasil. Además, las Figuras 22 y 23 muestran que el aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA en todos los supuestos cuando la EPD = 0, varía de 214 millones USD en Panamá a 11 805 millones USD en Brasil (figura 22) y del 0,12 % del PIB en México al 0,63 % del PIB en Uruguay (figura 23). Esta

importante variación en los ingresos fiscales adicionales no resulta sorprendente, dadas las diferencias en (1) los factores que repercuten en la base imponible del IVA, como el tamaño de la población y la renta, (2) los tipos de IVA actuales, y (3) las ponderaciones utilizadas en los cinco supuestos. No obstante, solo en el supuesto 1, existe una variación sustancial en cuanto al aumento de los ingresos adicionales, que oscila entre 187 millones USD en Uruguay y 11 805 millones USD en Brasil.

**Impacto fiscal suponiendo una EPD = límite inferior.** La variación significativa en el aumento del rendimiento se mantiene para las EPD en los límites inferior y superior. Si suponemos una EPD equivalente al límite inferior, el aumento del rendimiento en todos los supuestos oscila entre 103 millones USD en Uruguay y 10 680 millones USD en Brasil. Además, las figuras 22 y 23 muestran el aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA cuando la EPD = límite inferior, que varía de 192 millones USD en Panamá a 10.680 millones USD en Brasil (figura 22) y del 0,11 % del PIB en México al 0,56 % del PIB en Uruguay (figura 23).

**Impacto fiscal suponiendo una EPD = límite superior.** Si suponemos una EPD equivalente al límite superior, el aumento adicional de los ingresos oscila entre 43 millones USD en Costa Rica y 4.555 millones USD en Brasil. Además, las figuras 22 y 23 muestran que el aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA cuando la EPD = límite inferior varía de 72 millones USD en Panamá a 4.555 millones USD en Brasil (figura 22) y del 0,05 % del PIB en México al 0,21 % del PIB en Uruguay (figura 23).

En todas las EPD, Brasil genera el mayor aumento de los ingresos fiscales adicionales del IVA, y Uruguay o Costa Rica generan el menor incremento de este tipo de ingresos. Mientras que Brasil cuenta con una amplia base imponible del IVA, esta base en Costa Rica es escasa, al igual que en Uruguay,

combinada con una baja variación porcentual de la base de IVA. Por otro lado, Brasil y Panamá obtienen el mayor y el menor aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA en millones de dólares, respectivamente, mientras que Uruguay y México registran el mayor y el menor incremento máximo alcanzable de los ingresos por IVA, respectivamente, como proporción del PIB.

Se observan ciertas tendencias inequívocas a partir de los resultados presentados en la tabla 13 y las figuras 22 y 23. En primer lugar, cuanto más inelástica sea la demanda, mayor es el aumento de los ingresos en todos los supuestos. Las figuras 22 y 23 ponen de relieve que existe una diferencia significativa entre el aumento máximo alcanzable de los ingresos por IVA con las distintas EPD, y el incremento de tales ingresos se maximiza cuando la EPD = 0. Este resultado es conforme con la teoría económica, dado que, cuanto más inelástica es la demanda, menor es la variación de la cantidad demandada para un determinado cambio de precio. En segundo lugar, el aumento de los ingresos se maximiza en el supuesto 5 cuando se elevan tanto los tipos estándar como los no estándar, seguido del supuesto 1, en el que el tipo del IVA estándar se pondera más intensamente. En tercer lugar, el aumento de los ingresos se reduce al mínimo en el supuesto 4, y la EPD equivale al límite superior.

# RESUMEN

## 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.

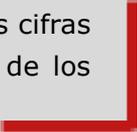
La viabilidad política es crítica en este contexto y subraya la necesidad de identificar el uso específico como justificación para obtener recursos adicionales a través de la tributación, teniendo en cuenta asimismo la naturaleza regresiva de los impuestos indirectos, en general, y del IVA en particular. 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.



**Tabla 14: Aumento de los ingresos debido al tipo de IVA simulado (millones de dólares)**

Tasa de la EPD	Supuesto 1			Supuesto 2			Supuesto 3			Supuesto 4			Supuesto 5		
	Cero	Límite inferior	Límite superior												
<b>ARGENTINA</b>	1734	1571	681	1401	1269	550	1314	1190	516	1051	952	412	1836	1662	718
<b>BRASIL</b>	11 805	10 680	4555	9539	8630	3681	8943	8091	3451	7154	6473	2761	11 537	10 440	4464
<b>CHILE</b>	1094	991	426	1094	991	426	1094	991	426	1094	991	426	1094	991	426
<b>COLOMBIA</b>	727	658	283	587	532	229	551	498	214	441	399	172	2.673	2350	591
<b>COSTA RICA</b>	190	172	71	154	139	58	144	130	54	115	104	43	315	282	104
<b>ECUADOR</b>	454	410	172	454	410	172	454	410	172	454	410	172	454	410	172
<b>MÉXICO</b>	2651	2398	1017	2651	2398	1017	2651	2398	1017	2651	2398	1017	2651	2398	1017
<b>PANAMÁ</b>	214	192	72	173	155	58	162	146	55	130	117	44	178	160	62
<b>PERÚ</b>	654	591	253	654	591	253	654	591	253	654	591	253	654	591	253
<b>URUGUAY</b>	187	170	74	151	137	60	142	128	56	113	103	45	446	400	146
<b>FRANCIA</b>	8225	7362	1834	6647	5949	1482	6231	5577	1390	4985	4462	1112	31 572	27 327	155
<b>ESPAÑA</b>	8494	7602	1894	6864	6143	1531	6435	5759	1435	5148	4608	1148	23 054	20 256	2347
<b>RU</b>	3736	3344	840	3019	2702	678	2830	2533	636	2264	2027	509	9056	7994	1198

**Nota:** En las tablas 23-25 de los apéndices se recoge un desglose más detallado de los resultados en cuanto a los ingresos procedentes del IVA (millones de dólares) calculados aplicando el tipo de IVA de simulación, así como del aumento de los ingresos debido al tipo de IVA de simulación (millones de dólares) cuando la EPD = 0, la EPD = límite inferior y la EPD = límite superior.

**Fuente:** estimaciones de la LSE.

## Impuestos sobre productos nocivos

Los datos y tipos de los impuestos sobre productos nocivos específicos para cada país y tipo de producto se recogen en la tabla 15. El aumento que se supone en este caso es de 5 puntos porcentuales en los niveles

tributarios relevantes, que es moderados con arreglo a los estándares internacionales. Como puede observarse, existe una variabilidad significativa en los tipos del impuesto y las clases de producto. Los tipos están influidos por las necesidades fiscales, pero también se ven afectados por consideraciones de política industrial.

**Tabla 15: Niveles actuales de impuestos especiales sobre el alcohol y los productos del tabaco**

	Impuesto especial sobre la cerveza	Impuesto especial sobre el vino	Impuesto especial sobre las bebidas alcohólicas	Impuesto especial sobre el azúcar	Impuesto especial sobre los cigarrillos	Impuesto especial sobre los puros	Impuesto especial sobre picaduras de tabaco
	%	%	%	%	%	%	%
<b>ARGENTINA</b>	11,0	0,0	23,0	7,0	70,0	25,0	20,0
<b>BRASIL</b>	20,0	28,0	20,0	0,0	45,0	45,0	24,4
<b>CHILE</b>	15,0	21,5	27,0	14,0	30,0	52,6	59,7
<b>COLOMBIA</b>	16,0	36,0	35,0	0,0	25,7	25,7	25,7
<b>COSTA RICA</b>	10,0	11,0	10,0	0,0	100,0	95,0	100,0
<b>ECUADOR</b>	22,5	76,0	75,0	10,0	61,5	61,5	61,5
<b>MÉXICO</b>	26,5	27,5	53,0	3,1	17,3	30,4	30,4
<b>PANAMÁ</b>	10,0	10,0	10,0	0,0	100,0	100,0	100,0
<b>PERÚ</b>	30,0	0,0	0,0	25,0	21,0	21,0	21,0
<b>URUGUAY</b>	5,0	0,0	63,0	0,0	47,5	47,5	33,0
<b>FRANCIA</b>	~ 9,8	~ 17,0	~ 36,7	~ 2,4	49,7	26,9	44,5
<b>ESPAÑA</b>	~ 9,2	0,0	~ 21,2	~ 2,2	51,0	15,8	41,5
<b>RU</b>	~ 30,2	~ 57,4	~ 57,3	~ 5,4	16,5*	16,5*	~ 67,7*

**Notas:** ~ indica que el porcentaje se calculó a partir de un impuesto monetario fijo para mostrar todos los impuestos de la misma forma.

\* Este es el impuesto como % del precio de venta al por menor, y no tiene en cuenta el impuesto especial aplicado en libras esterlinas por unidad.

**Fuentes:** Argentina (PWC, 2018a); Brasil (Alcohol (Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau, 2014); cigarrillos (Iglesias, 2016); azúcar (Fitch Solutions, 2018)); Chile (Alcohol (OCDE, 2018b); tabaco (Anon, 2016); azúcar (Fitch Solutions, 2018)); Colombia; Costa Rica (Alcohol y tabaco (Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau, 2012)); Ecuador (Alcohol (United States Trade Representative, 2010); tabaco y azúcar (AUXADI, 2016)); México (OECD, 2018b); Panamá (PWC, 2018c); Perú (Alcohol (Post, 2017); tabaco (Nordea Trade, 2018); azúcar (Jenner, 2018)); Uruguay (Alcohol (OMS, 2004); tabaco (OMS, 2017)); Francia (Alcohol (OCDE, 2018b); azúcar (McPartland, 2017); tabaco (Comisión Europea, 2018)); España (Alcohol (OCDE, 2018b); (azúcar (Baquero, 2017); (tabaco (Comisión Europea, 2018)); RU (Alcohol (Anderson, 2014); tabaco (OCDE, 2018b); azúcar (HM Revenue & Customs, 2018)).

**Tabla 16: Tipos de impuestos de simulación para productos nocivos (aumento de 5 puntos porcentuales)**

	Nuevo tipo del impuesto sobre la cerveza	Nuevo tipo del impuesto sobre el vino	Nuevo tipo del impuesto sobre bebidas alcohólicas	Nuevo tipo del impuesto sobre los cigarrillos	Nuevo tipo del impuesto sobre los puros	Nuevo tipo del impuesto sobre la picadura de tabaco
	%	%	%	%	%	%
<b>ARGENTINA</b>	16,0	5,0	28,0	75,0	30,0	25,0
<b>BRASIL</b>	25,0	33,0	25,0	50,0	50,0	29,4
<b>CHILE</b>	20,0	26,5	32,0	35,0	57,6	64,7
<b>COLOMBIA</b>	21,0	41,0	40,0	30,7	30,7	30,7
<b>COSTA RICA</b>	15,0	16,0	15,0	105,0	100,0	105,0
<b>ECUADOR</b>	27,5	81,0	80,0	66,5	66,5	66,5
<b>MÉXICO</b>	31,5	32,5	58,0	22,3	35,4	35,4
<b>PANAMÁ</b>	15,0	15,0	15,0	105,0	105,0	105,0
<b>PERÚ</b>	35,0	5,0	5,0	26,0	26,0	26,0
<b>URUGUAY</b>	10,0	5,0	68,0	52,5	52,5	38,0
<b>FRANCIA</b>	14,8	22,0	41,7	55,8	31,9	49,5
<b>ESPAÑA</b>	14,2	5,0	26,2	56,0	20,8	46,5
<b>RU</b>	35,2	62,4	62,3	21,5	21,5	72,7

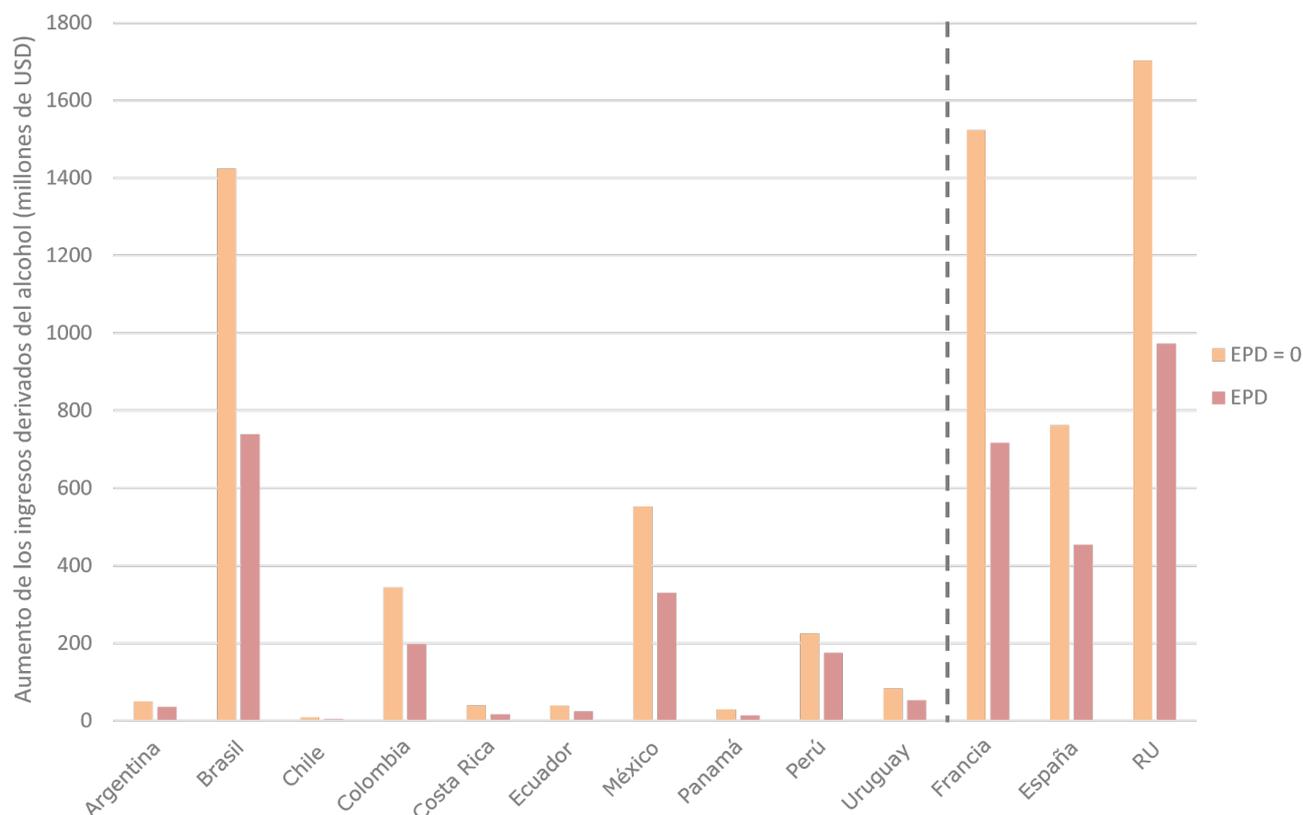
**Fuente:** Estimaciones de la LSE basadas en las fuentes de datos existentes para los productos que se muestran en la tabla.

En la tabla 16 se indican los valores de simulación de todos los tipos impositivos modelizados para cada tipo de producto en cada uno de los dos supuestos previstos para estos productos. El análisis se realizó respecto al alcohol y los productos de tabaco; los impuestos sobre el azúcar se excluyeron del análisis debido a la falta de datos comparables fácilmente disponibles.

**Ingresos adicionales simulados derivados del alcohol.** En la figura 24 se muestra el aumento de los ingresos totales derivados del alcohol con un aumento del impuesto especial correspondiente de 5 puntos porcentuales, con y sin aplicación de la EPD específica del país. Sin aplicar la EPD, entre los países latinoamericanos, Brasil

logró el mayor aumento de los ingresos (1424,60 millones de dólares), y el mayor incremento correspondió a la cerveza y otras bebidas alcohólicas de mayor graduación. En los países de referencia se observó un menor aumento de los ingresos, registrándose en España el valor más bajo (761,50 millones de dólares), y el más alto en el Reino Unido (1702,90 millones de dólares). Cuando se aplicó la EPD específica del alcohol, Brasil mantuvo el mayor incremento de los ingresos, similar al aumento observado en Francia (717,30 dólares). Brasil logró el mayor aumento de los ingresos derivados de la cerveza y otras bebidas alcohólicas, pero Uruguay registró el mayor incremento de los ingresos debido a la subida de los impuestos sobre el vino.

**Figura 24: Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales en el impuesto sobre el alcohol (millones de USD)**

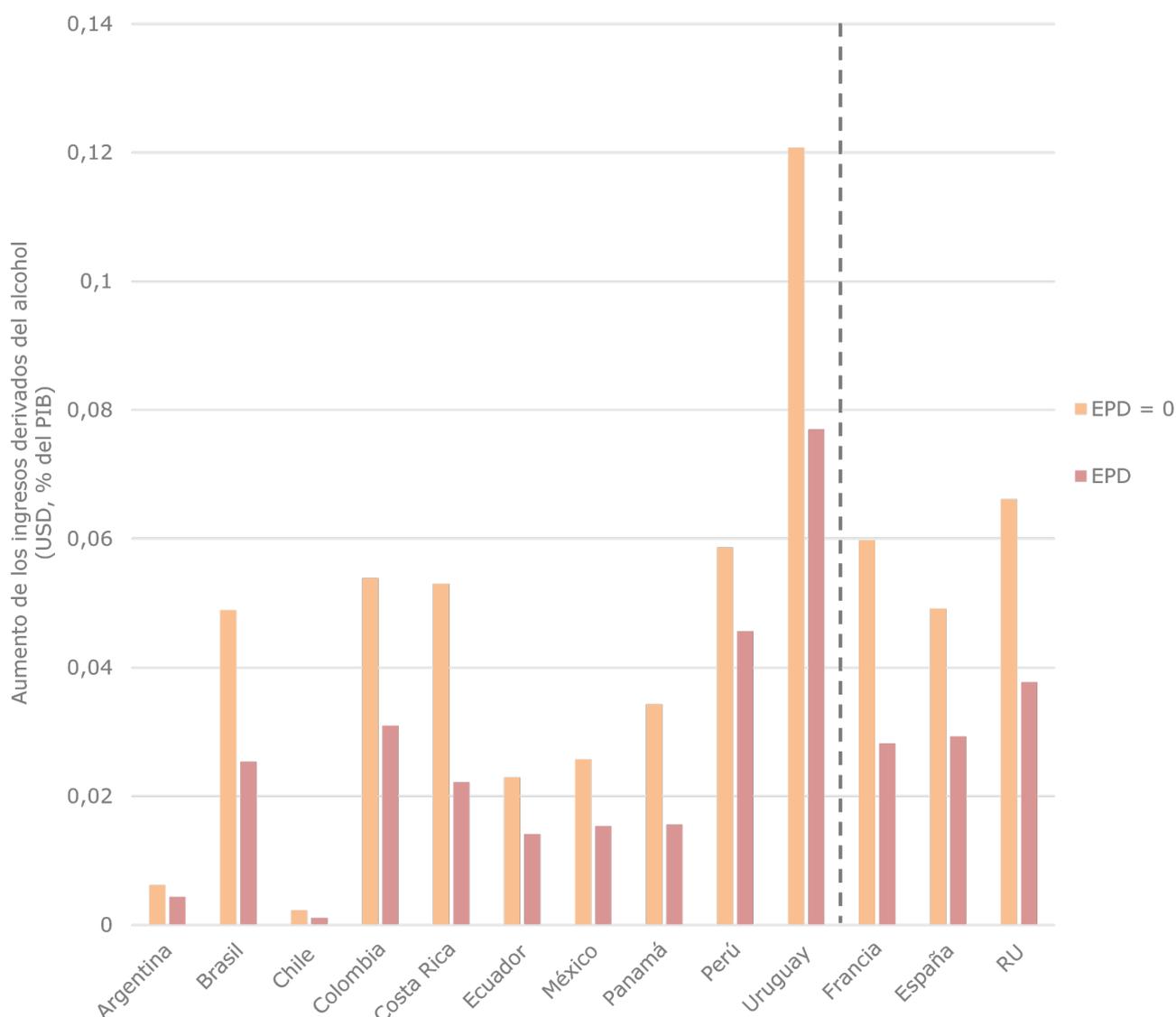


**Fuente:** estimaciones de la LSE.

La figura 25 muestra el aumento de los ingresos derivados del alcohol como proporción del PIB con y sin la aplicación de la EPD. Cuando no se aplicó la EPD, Uruguay presentó el mayor incremento de los ingresos derivados del alcohol en todos los países, con una subida de 5 puntos porcentuales en los

impuestos, como proporción del PIB. Esto también se observó cuando se aplicó la EPD. Se observó que Chile registró la menor repercusión en el PIB al aumentar los impuestos sobre el alcohol en 5 puntos porcentuales, con o sin aplicación de la EPD.

**Figura 25: Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el alcohol (en % del PIB)**



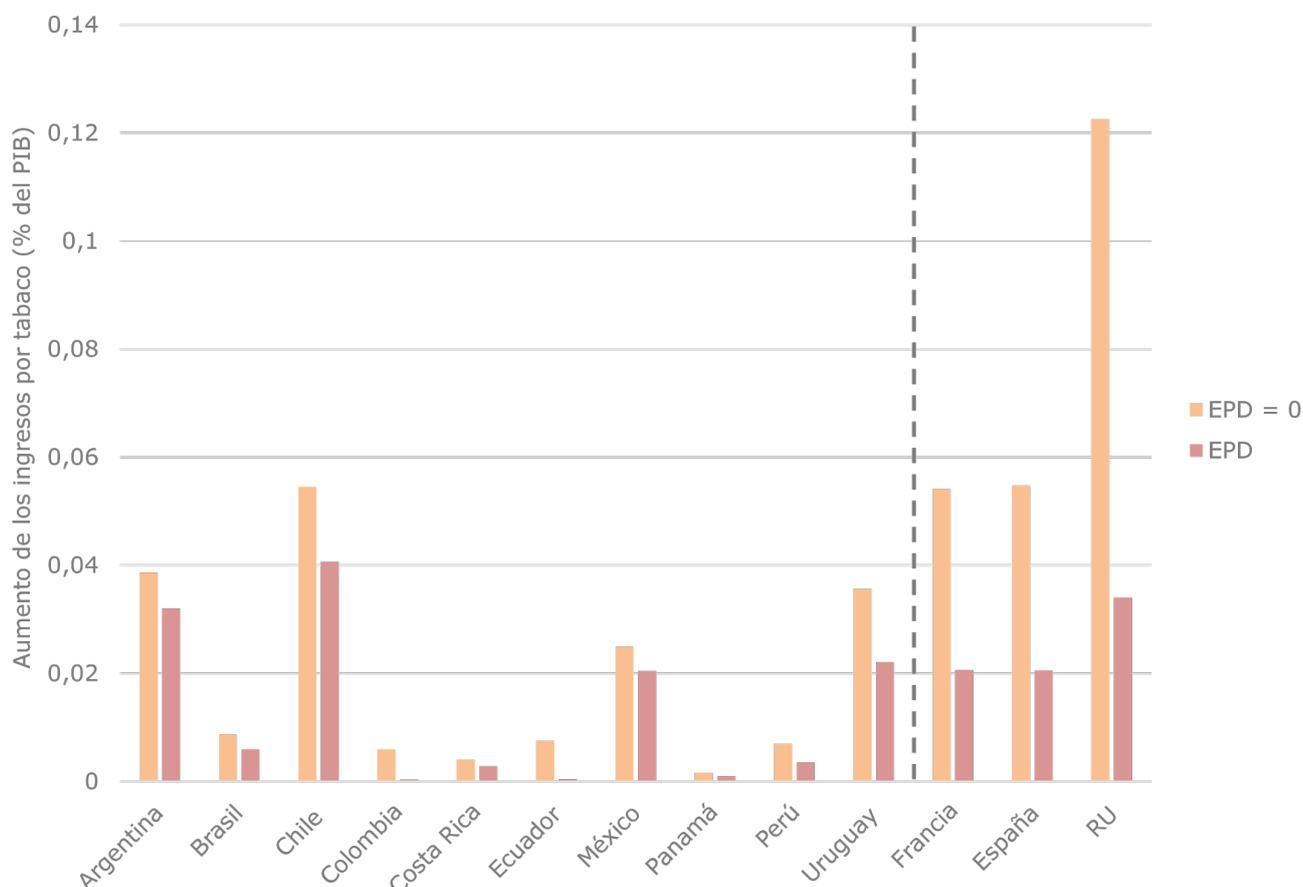
**Fuente:** estimaciones de la LSE.

### Ingresos adicionales simulados derivados del tabaco.

En la figura 26 se muestran los aumentos de los ingresos derivados del tabaco después de un incremento de 5 puntos porcentuales en los impuestos especiales correspondientes. En México, los ingresos se elevarían en 534,02 millones USD, lo que representaría el mayor aumento en América Latina, suponiendo que la EPD no se viera afectada. Los ingresos de Argentina fueron los mayores en el caso de los puros y la picadura de tabaco, mientras que los de México derivados de los cigarrillos fueron los más elevados en los países latinoamericanos. Panamá observó el menor aumento de los ingresos, en concreto, de

1,33 millones de dólares, derivado de los impuestos sobre el tabaco, suponiendo una EPD que se mantiene constante. Cuando se tuvo en cuenta el efecto de la EPD, México obtuvo el mayor aumento de los ingresos totales derivados del tabaco (438,90 millones de dólares), principalmente por un aumento de los ingresos por cigarrillos. Argentina registró el mayor aumento de los ingresos debido a las subidas de los impuestos sobre los puros y la picadura de tabaco. Los aumentos derivados de los impuestos sobre el tabaco fueron muy superiores en el Reino Unido en comparación con los países latinoamericanos (875,84 millones de dólares).

**Figura 26: Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el tabaco (millones de USD)**

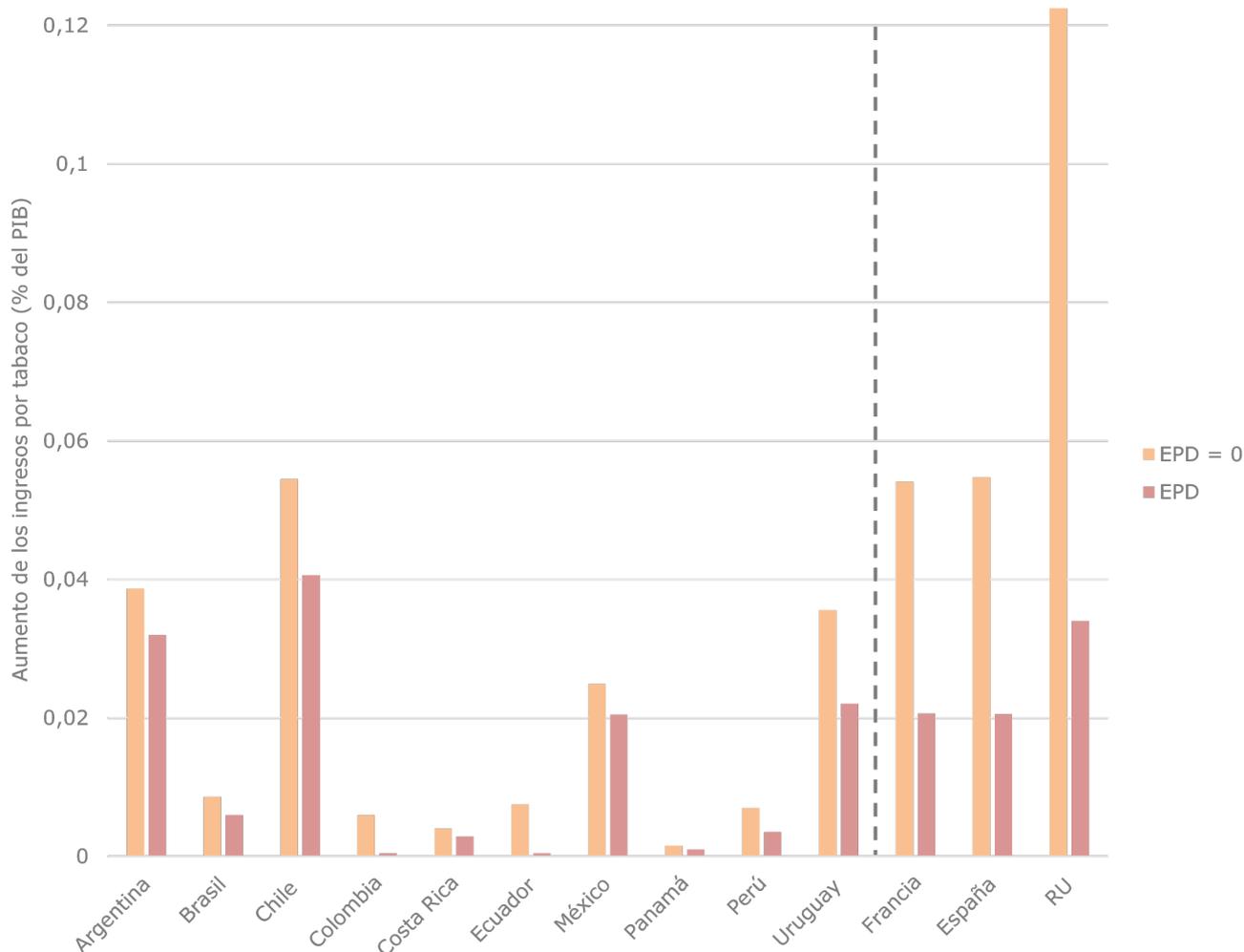


Fuente: estimaciones de la LSE.

En la figura 27 se muestra el aumento de los ingresos por tabaco como proporción del PIB. A diferencia de los aumentos del impuesto sobre el alcohol, el mayor incremento de los impuestos sobre el tabaco como proporción del PIB se observó en el Reino Unido. Sin embargo, el aumento observado en Chile sin tener en cuenta la EPD es similar a los incrementos observados en Francia y España.

Cuando se aplicó el efecto de la EPD, el mayor aumento como proporción del PIB se dio en Chile, por encima de todos los países. Se registró un escaso impacto en el incremento de los impuestos sobre el tabaco en países como Panamá, Colombia y Costa Rica fue escaso, sobre todo después de tener en cuenta el efecto de la EPD.

**Figura 27: Aumento de los ingresos fiscales: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el tabaco (% del PIB)**



**Fuente:** estimaciones de la LSE.

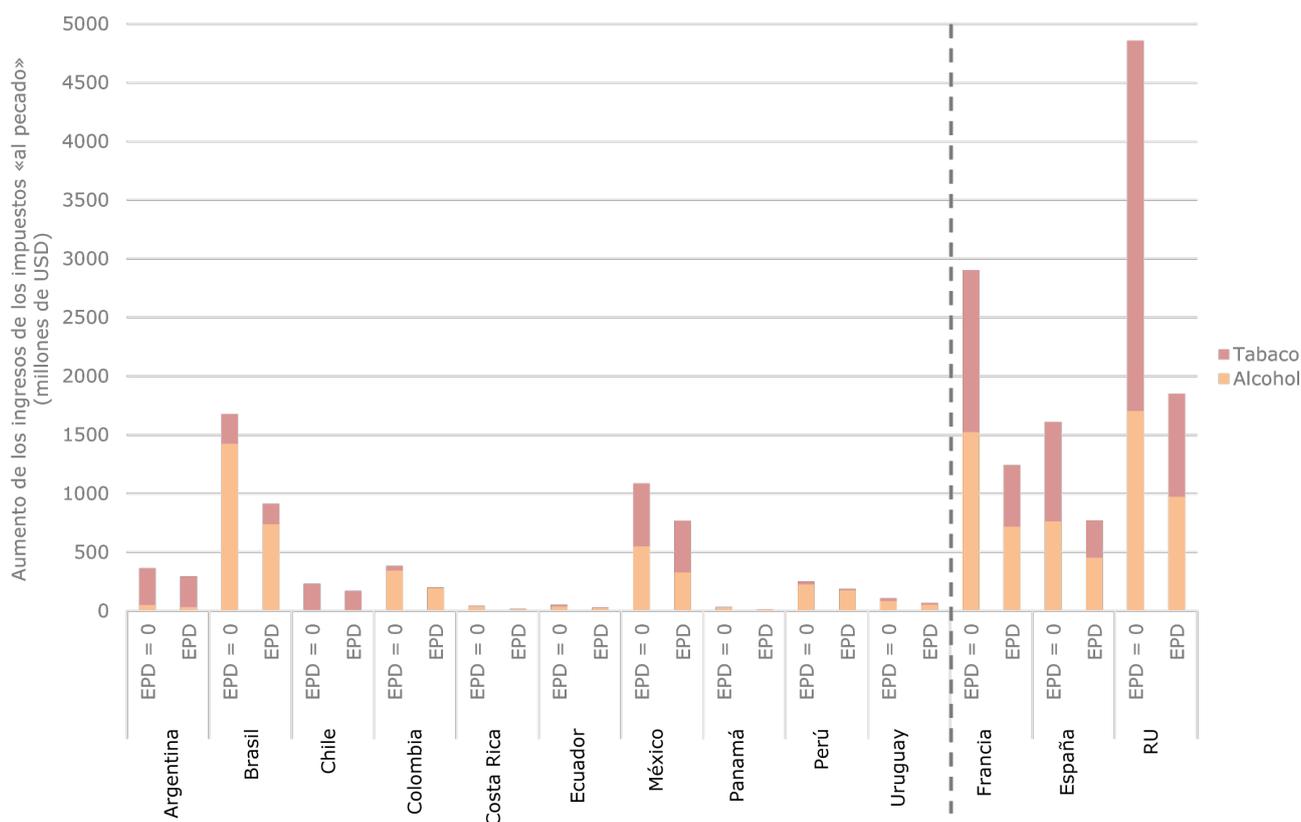
## Espacio fiscal para la salud: el papel de incrementos moderados de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco

En la figura 28 se muestran los aumentos totales de los ingresos por alcohol y tabaco después de un incremento de 5 puntos porcentuales en los impuestos. En sí misma, una subida de 5 puntos porcentuales puede percibirse como escasa o moderada y, en consecuencia, el impacto fiscal en términos agregados es, en sentido estricto, reducido en todos los países. De hecho, se observó que la repercusión de estos aumentos de

impuestos en los países del estudio era escasa en comparación con los países de referencia; esto indica, en parte, que los niveles de imposición son menores en los países del estudio que en los de referencia.

Brasil registró el mayor incremento de los ingresos, y la mayor parte de la subida se debió a los impuestos sobre el alcohol. Cuando se tuvo en cuenta el efecto de la EPD, México también experimentó un gran incremento de los ingresos, y la mayor proporción de estos se derivó de los impuestos al tabaco. Ambos países obtuvieron un aumento de los ingresos, teniendo en cuenta la EPD, al de España.

**Figura 28: Aumento de los ingresos: incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto sobre el alcohol y el tabaco (millones de USD)**



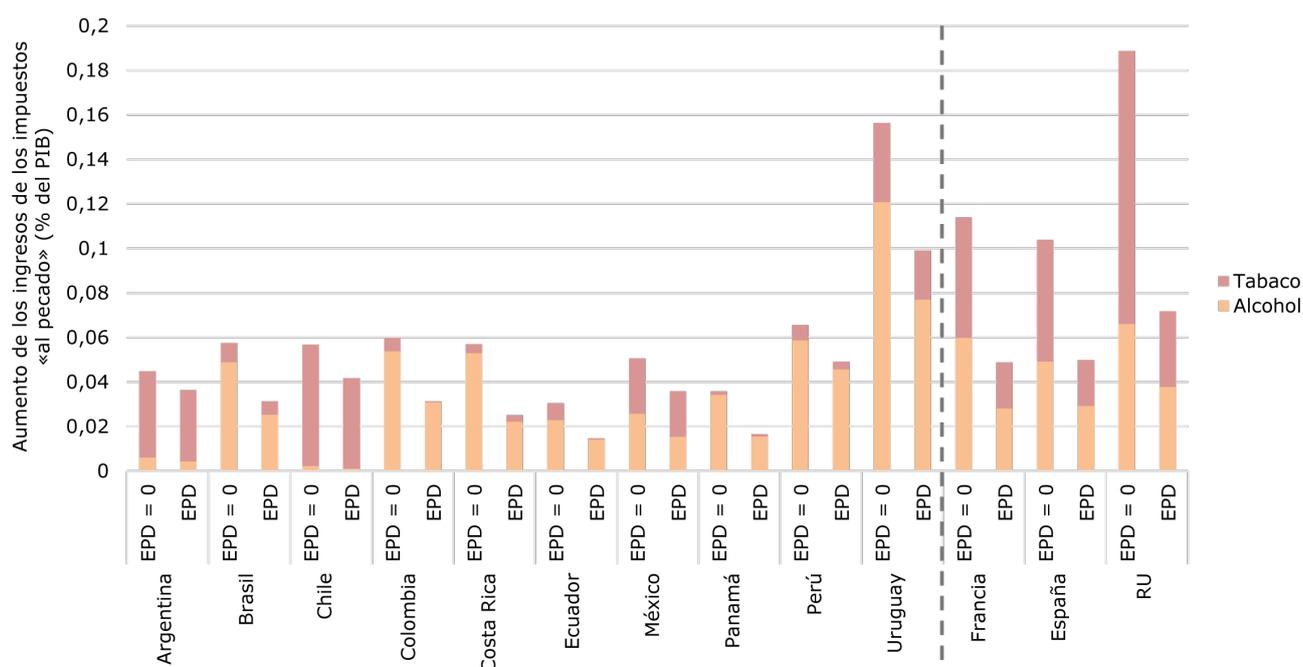
**Fuente:** estimaciones de la LSE.

El aumento de los ingresos por alcohol y tabaco como proporción del PIB se muestra en la figura 29. Argentina, Chile y el Reino Unido registran los mayores incrementos del PIB debido a los modestos aumentos de los impuestos sobre el tabaco, mientras que Brasil, Colombia, Costa Rica, Perú, Uruguay y Francia obtienen los mayores aumentos de

los ingresos fiscales debidos a la moderada subida de los impuestos sobre el alcohol.

En cuanto al alcohol y los productos tabaco desglosados adicionalmente por tipo específico, en el Apéndice 8 se refiere (a) el aumento desglosado de los ingresos debido a la subida del impuesto sobre productos nocivos, y (b) el aumento compilado.

**Figura 29: Aumento de los ingresos: incremento de 5 puntos porcentuales en el impuesto sobre el alcohol y el tabaco (% del PIB)**



**Fuente:** estimaciones de la LSE.

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.

# RESUMEN

## **El potencial de los impuestos indirectos para generar espacio fiscal para la salud**

La posibilidad de elevar los tipos del IVA depende de su nivel presente, los patrones de consumo en relación con la producción y la elasticidad precio de la demanda. La modelización muestra que un aumento del 3 % del tipo del IVA estándar resultaría admisible en Brasil, Costa Rica, Ecuador, México y Panamá, y un incremento del 2 % sería factible en Perú. En estos países son posibles aumentos ligeramente más significativos, ya que los tipos del IVA estándar se sitúan en niveles que resulta factible elevar sin repercusiones negativas significativas. La modelización muestra que un aumento del tipo del IVA estándar del 1 % es más viable en Argentina, Chile y Colombia, dado que los tipos actuales ya son altos. No está claro si en Uruguay es posible un aumento del tipo estándar del IVA del 1 %, puesto que la orientación política tiende a la reducción de este impuesto.

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.

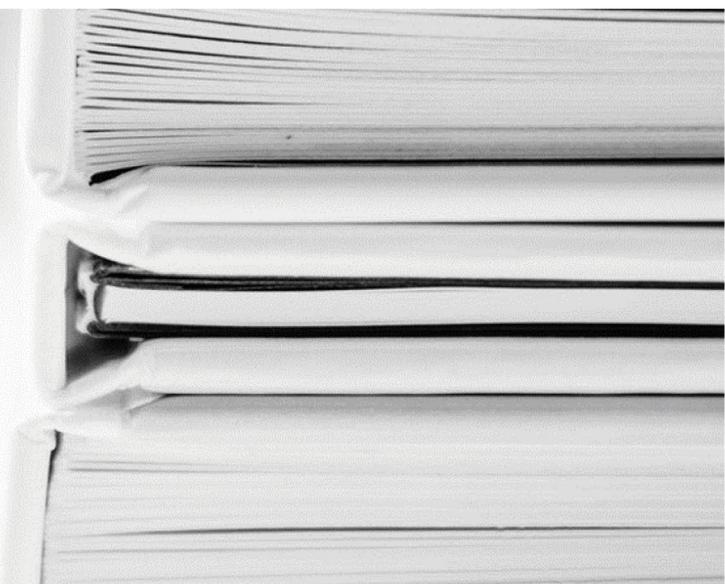
## UTILIZAR LOS INGRESOS DERIVADOS DE LOS AUMENTOS DE LOS IMPUESTOS INDIRECTOS: SUPUESTOS DE SIMULACIÓN

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.

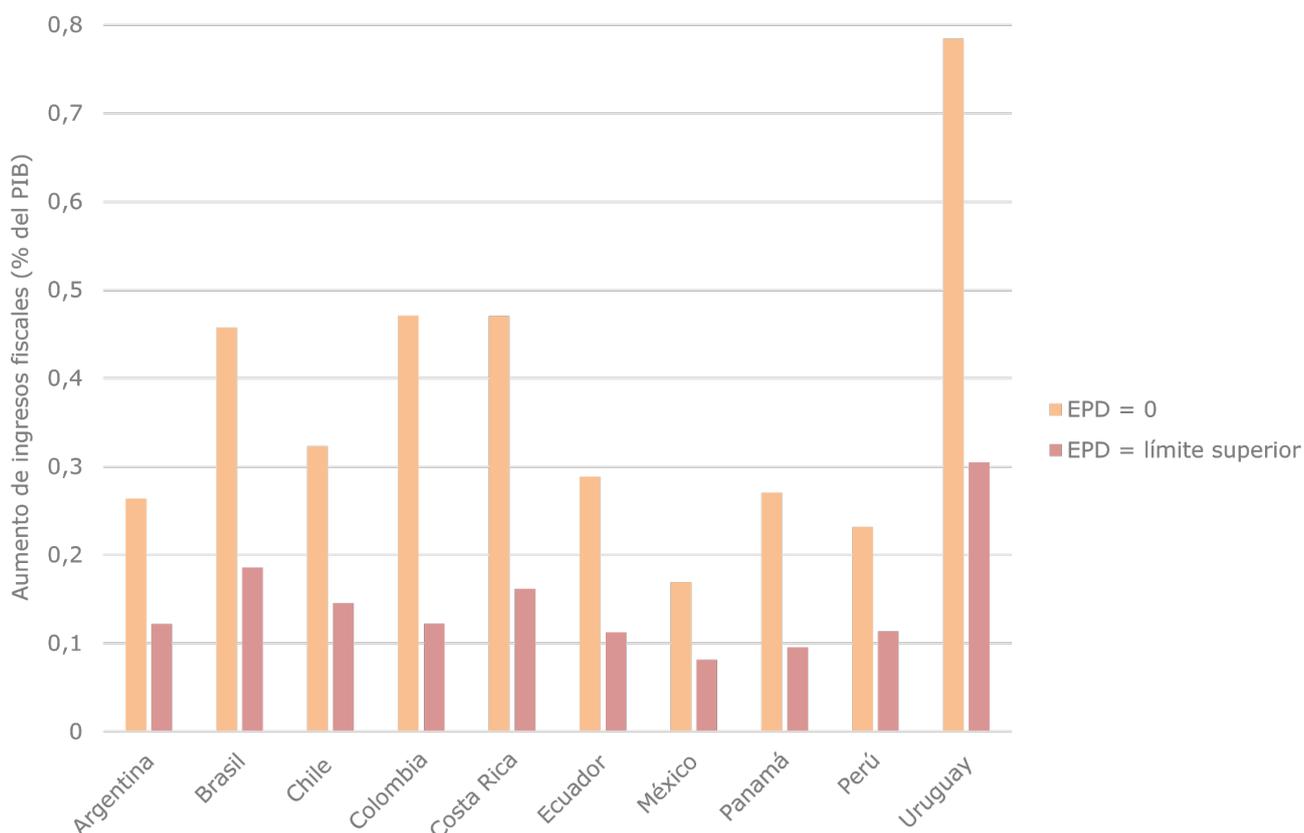
Se utilizaron tres supuestos para esbozar cómo podrían asignarse las ganancias fiscales derivadas del aumento de la imposición indirecta. En el primero, se asume que todos los beneficios fiscales se destinarán a aumentar los fondos dedicados a los servicios de salud; en el segundo, se supone que la

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.

La diferencia en el aumento máximo de los ingresos por impuestos indirectos (como % del PIB), suponiendo una elasticidad precio de la demanda (EPD) nula, y una EPD equivalente al límite superior, es insignificante (figura 30). La diferencia en el incremento de ingresos fiscales oscila del 0,09 % en México al 0,48 % en Uruguay. Dada esta pequeña diferencia en los ingresos logrados y los supuestos en los que se basan los valores estimados de la EPD en el límite superior, modelizamos la brecha fiscal suponiendo una  $EPD = 0$ .



**Figura 30: Diferencia en el aumento de los ingresos por impuestos sobre producto nocivos (% del PIB) cuando la EPD = 0 y cuando la EPD = límite superior**



**Nota:** En la figura se muestra el aumento de los ingresos fiscales, con un incremento de cinco puntos porcentuales en el impuesto sobre el alcohol y el tabaco, y el aumento máximo de los ingresos por el IVA alcanzable en cada país.

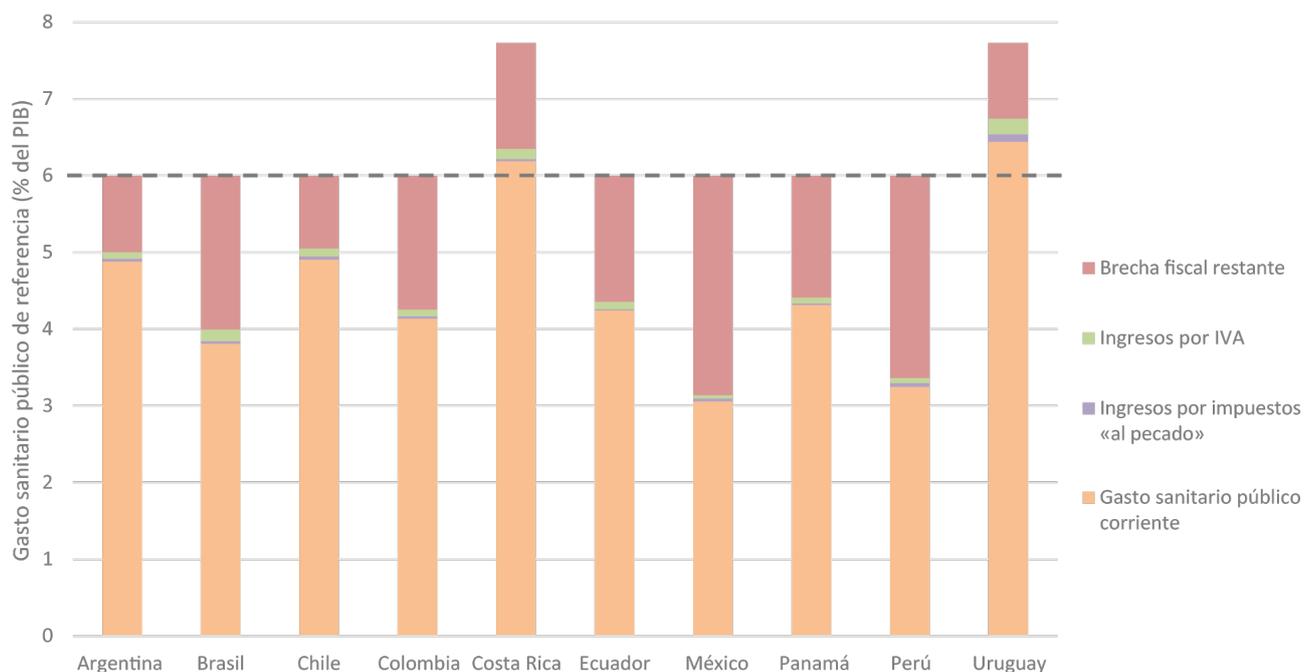
**Fuente:** estimaciones de la LSE.

### Supuesto 1: Asignación de los ingresos fiscales adicionales a la sanidad

En el supuesto 1, asumimos una asignación del 100 % de los aumentos de los impuestos indirectos (IVA y productos nocivos) a la financiación de los servicios de salud. La brecha fiscal (como porcentaje del PIB) que se mantiene después del aumento de los ingresos fiscales varía entre el 0,50 % (Uruguay) y el 2,70 % (México). La brecha

fiscal de México (como % del PIB) sigue siendo significativa a pesar del aumento de los ingresos fiscales, ya que este país registraba la mayor brecha fiscal (% del PIB), y presenta el menor incremento de los ingresos por IVA (% del PIB). Por su parte, la brecha fiscal restante de Uruguay es mínima, dado que su brecha fiscal existente era la tercera más reducida, y que este país registró los mayores incrementos de los ingresos por impuestos sobre productos nocivos (en % del PIB).

**Figura 31: Gasto sanitario público (% del PIB) tras el aumento del IVA y los impuestos sobre productos nocivos, frente al valor de referencia comparativa de la OPS (supuesto 1)**



**Nota:** En la figura se utiliza un valor de referencia comparativa del 6 % para todos los países salvo Costa Rica y Ecuador, dado que su gasto sanitario público ya supera el 6 %. Costa Rica y Ecuador utilizan un valor de referencia calculado como la media del gasto sanitario público de los países de referencia.

**Fuente:** estimaciones de la LSE.

Calculamos los aumentos concurrentes del IVA y del impuesto sobre productos nocivos requeridos en términos porcentuales para cubrir la brecha fiscal restante en cada país (tabla 17). Suponemos aumentos proporcionales del IVA y el impuesto sobre productos nocivos ponderando cada uno de ellos de acuerdo con los ingresos que pueden generar a partir de incrementos de un punto porcentual y cinco puntos porcentuales, respectivamente. Por ejemplo, para cerrar la brecha fiscal restante del 0,86 % del PIB en Argentina, el IVA y el impuesto sobre productos nocivos deben elevarse simultáneamente en 3,4 y 17,2 puntos porcentuales, respectivamente.

El incremento del IVA requerido varía de 0,7 puntos porcentuales en Chile a 16,1 puntos porcentuales en México. La subida requerida del impuesto sobre productos nocivos oscila de 3,3 (Uruguay) a 80,5 puntos porcentuales (México). El incremento del IVA requerido (puntos porcentuales) es significativamente menor que el del impuesto sobre productos nocivos para cubrir la brecha fiscal en todos los países. México y Perú requieren un aumento significativo del IVA y el impuesto sobre productos nocivos (en puntos porcentuales) para cubrir sus brechas fiscales.

**Tabla 17: Aumentos simultáneos del IVA y el impuesto sobre productos nocivos requeridos para cerrar la brecha fiscal restante (supuesto 1)**

	Aumento del IVA requerido	Aumento del impuesto sobre productos nocivos requerido
	<i>Puntos porcentuales</i>	<i>Puntos porcentuales</i>
<b>ARGENTINA</b>	3,4	17,2
<b>BRASIL</b>	4,1	20,7
<b>CHILE</b>	2,4	11,8
<b>COLOMBIA</b>	3,0	15,2
<b>COSTA RICA</b>	2,3	11,3
<b>ECUADOR</b>	5,4	26,8
<b>MÉXICO</b>	16,1	80,5
<b>PANAMÁ</b>	5,1	25,4
<b>PERÚ</b>	10,9	54,7
<b>URUGUAY</b>	0,7	3,3

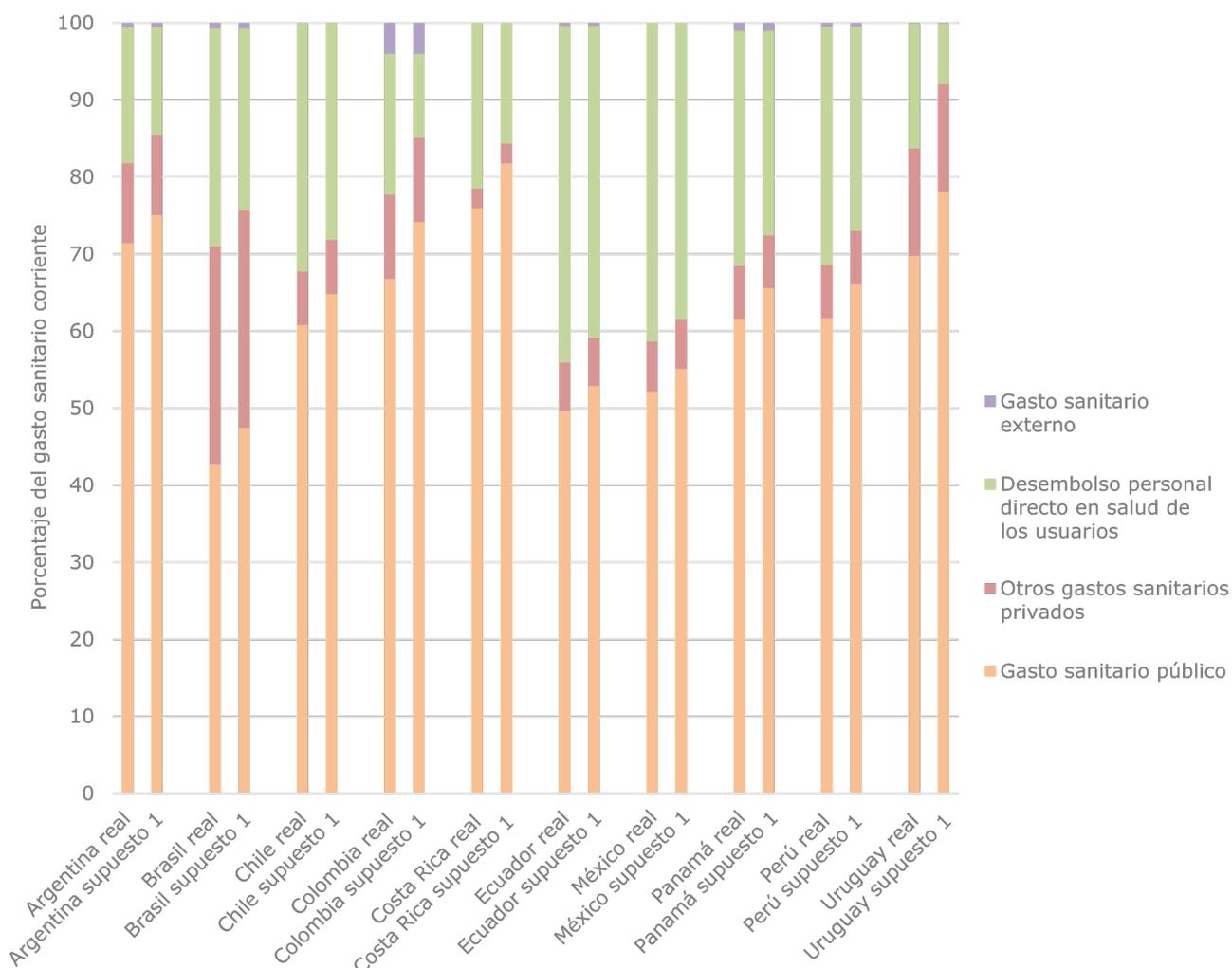
**Fuente:** estimaciones de la LSE.

El incremento del gasto sanitario público conseguido en el supuesto 1 permitiría disminuir el desembolso personal directo de los usuarios (figura 32). Suponiendo que todo el aumento del gasto sanitario público se refleje en una disminución correspondiente del desembolso personal directo de los usuarios, dicha disminución oscila del 2,94 (como % del gasto sanitario corriente) en México al 8,29 (como % del gasto sanitario corriente) en Uruguay.

La idoneidad y la viabilidad de aplicar los aumentos de los impuestos sobre productos nocivos modelizados dependen asimismo 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 para esas industrias locales y reducir el consumo de los mismos, poniendo en peligro la viabilidad de la industria local. Sin embargo, la viabilidad política de estos impuestos podría aumentar si existe una declaración pública (y una acción posterior) para destinar los ingresos resultantes a la sanidad.

**Figura 32: Gasto sanitario antes y después del aumento del gasto sanitario público (supuesto 1)**



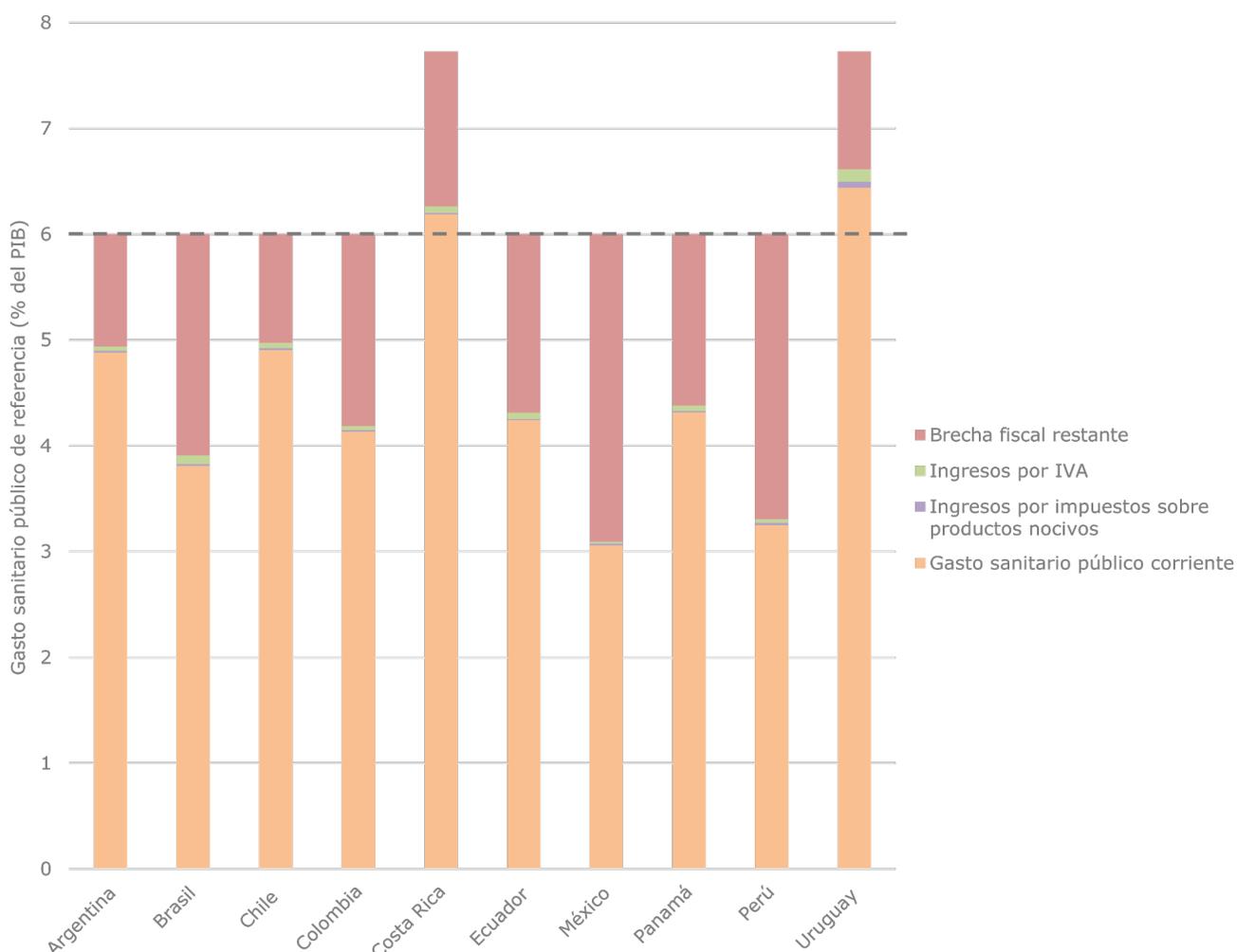
**Fuente:** estimaciones de la LSE.

## Supuesto 2: La salud como una de las prioridades en los servicios humanos

En el supuesto 2, asignamos en primer lugar los ingresos ampliados tanto del IVA como de los impuestos sobre productos nocivos a la sanidad, en consonancia con su priorización respecto a otros gastos públicos. A tal efecto,

utilizamos una ponderación asignada a la sanidad que se calcula con arreglo a la proporción del gasto público corriente dedicada a la sanidad en relación con las demás prioridades. La brecha fiscal (expresada como % del PIB) que se mantiene tras el aumento de los ingresos fiscales varía entre el 0,84 % (Uruguay) y el 2,87 % (México) del PIB (figura 33).

**Figura 33: Gasto sanitario público (% del PIB) tras el aumento del IVA y los impuestos sobre productos nocivos, frente al valor de referencia comparativa de la OPS (supuesto 2 – priorización ponderada)**



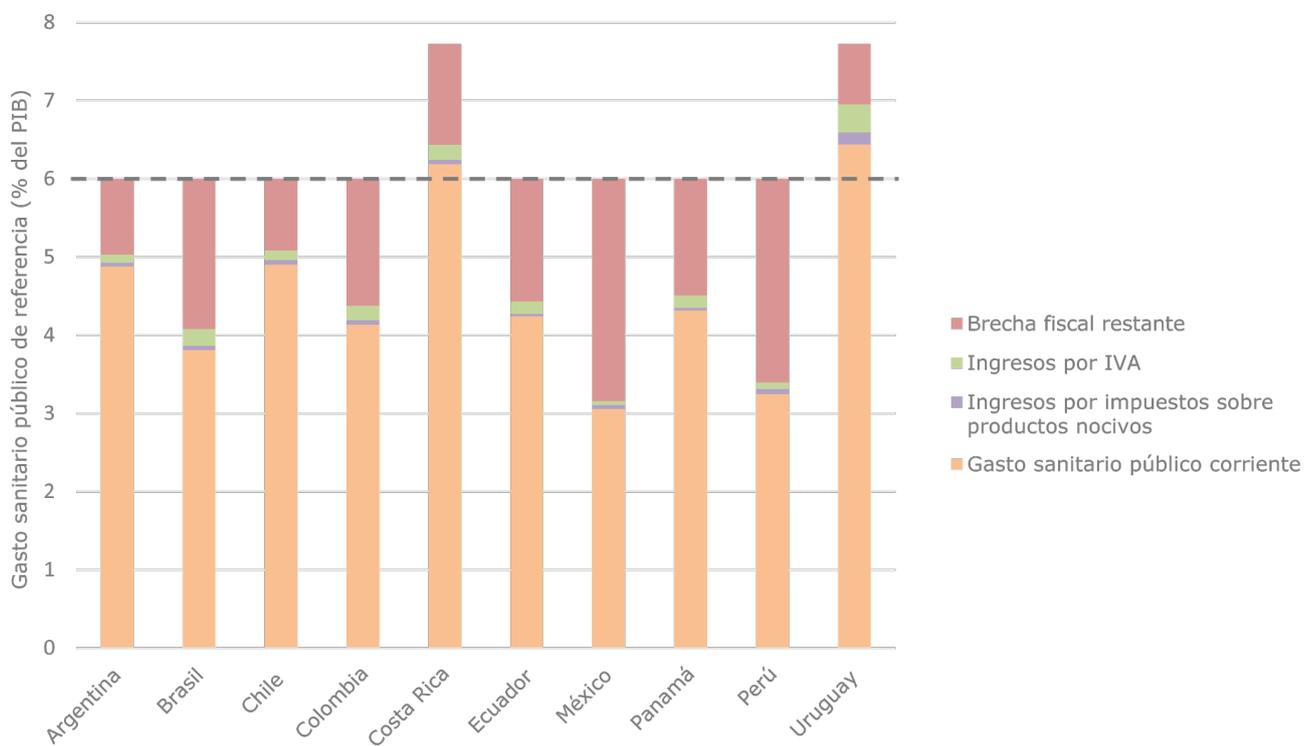
**Nota:** En la figura se utiliza un valor de referencia comparativa del 6 % para todos los países salvo Costa Rica y Ecuador, dado que su gasto sanitario público ya supera el 6 %. Costa Rica y Ecuador utilizan un valor de referencia calculado como la media del gasto sanitario público de los países de referencia.

**Fuente:** estimaciones de la LSE.

En segundo lugar, asignamos el aumento de los ingresos por IVA a la sanidad en consonancia con su priorización comparada con otros gastos públicos, y asignamos el 100 % de los ingresos ampliados por el impuesto sobre productos nocivos a la sanidad. Es más realista suponer que todos los ingresos por el impuesto sobre productos

nocivos se destinan a la sanidad. Se reduce la brecha fiscal cuando este aumento de los ingresos fiscales se dedica a la sanidad. La brecha fiscal (como % del PIB) que se mantiene tras el aumento de los ingresos fiscales varía entre el 0,77 % (Uruguay) y el 2,84 % (México) del PIB (figura 34).

**Figura 34: Gasto sanitario público (% del PIB) tras el aumento del IVA y los impuestos sobre productos nocivos, frente al valor de referencia comparativa de la OPS (supuesto 2 – impuesto sujeto a afectación)**



**Nota:** En la figura se utiliza un valor de referencia comparativa del 6 % para todos los países salvo Costa Rica y Ecuador, dado que su gasto sanitario público ya supera el 6 %. Costa Rica y Ecuador utilizan un valor de referencia calculado como la media del gasto sanitario público de los países de referencia.

**Fuente:** estimaciones de la LSE.

Al igual que en el supuesto anterior, calculamos los aumentos simultáneos del IVA y el impuesto sobre productos nocivos requeridos (en términos de porcentaje) para cubrir la brecha fiscal restante en cada país en el supuesto 2, asumiendo que asignamos los ingresos del IVA a la sanidad en consonancia con otras prioridades de gasto público, y el 100 % de los ingresos por el impuesto sobre productos nocivos a la sanidad (tabla 18). Suponemos aumentos proporcionales del IVA y el impuesto sobre productos nocivos ponderando cada uno de ellos de acuerdo con los ingresos que pueden generar a partir de incrementos de un punto porcentual y cinco puntos porcentuales, respectivamente. Por ejemplo, para cerrar la

brecha fiscal restante del 0,97 % (% del PIB) en Argentina, el IVA y el impuesto sobre productos nocivos deben elevarse simultáneamente en 6,82 y 34,1 puntos porcentuales, respectivamente.

Los aumentos simultáneos del IVA y el impuesto sobre productos nocivos necesarios para cerrar la brecha fiscal restante son significativamente superiores en el supuesto 2 que en el supuesto 1. Esto no resulta sorprendente, dado que el incremento del IVA no se asigna al 100 % a la sanidad en este supuesto. El incremento de IVA requerido (en puntos porcentuales) oscila del 1,55 en Uruguay al 28,06 en México. El aumento del impuesto sobre productos

nocivos requerido (en puntos porcentuales) varía entre el 7,7 en Uruguay y el 140,3 en México. El incremento del IVA requerido (en puntos porcentuales) es significativamente menor que el del impuesto sobre productos nocivos (en puntos porcentuales) para cubrir

la brecha fiscal en todos los países. México y Perú requieren un aumento significativo del IVA y el impuesto sobre productos nocivos (en puntos porcentuales) para cubrir sus brechas fiscales.

**Tabla 18: Aumentos simultáneos del IVA y el impuesto sobre productos nocivos requeridos para cerrar la brecha fiscal restante (supuesto 2)**

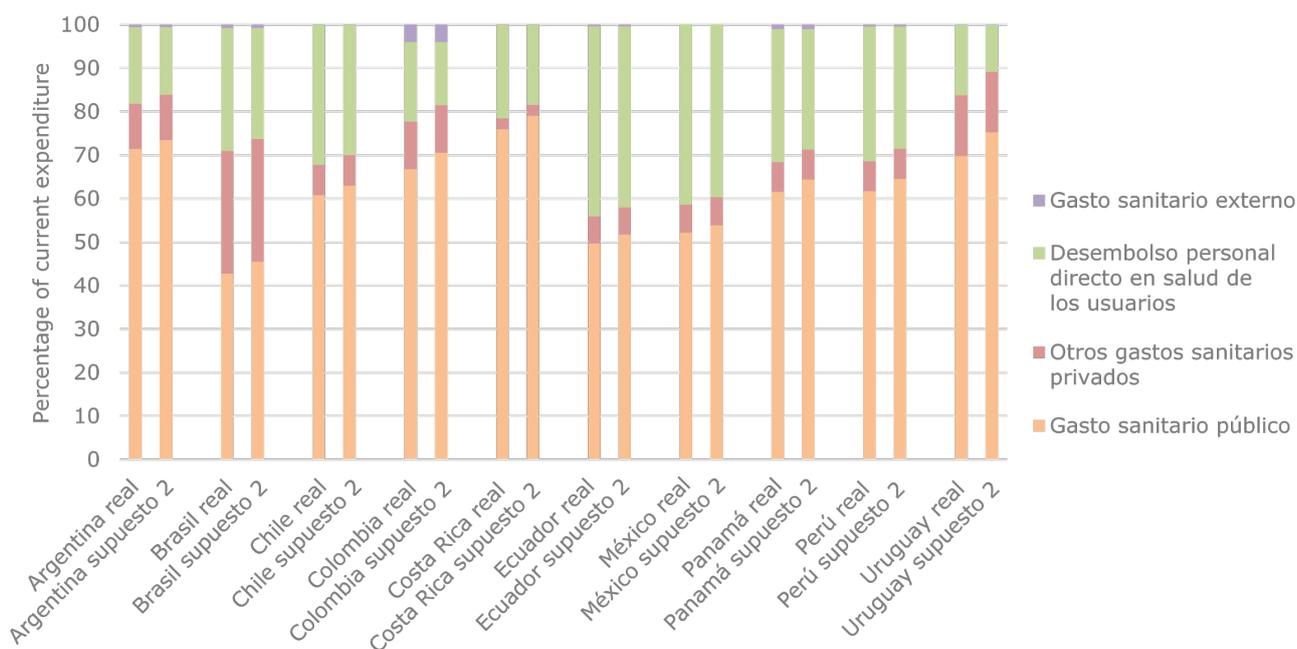
	Aumento del IVA requerido	Aumento del impuesto sobre productos nocivos requerido
	Puntos porcentuales	Puntos porcentuales
<b>ARGENTINA</b>	6,82	34,1
<b>BRASIL</b>	7,79	39,0
<b>CHILE</b>	5,09	25,4
<b>COLOMBIA</b>	6,89	34,4
<b>COSTA RICA</b>	5,16	25,8
<b>ECUADOR</b>	8,72	43,6
<b>MÉXICO</b>	28,06	140,3
<b>PANAMÁ</b>	7,48	37,4
<b>PERÚ</b>	17,31	86,5
<b>URUGUAY</b>	1,55	7,7

**Fuente:** estimaciones de la LSE.

La reducción del desembolso personal directo de los usuarios alcanzable mediante el incremento del gasto sanitario público es menor en el supuesto 2 que en el supuesto 1 (figura 35). Suponiendo que todo el aumento del gasto sanitario público se refleje en una disminución correspondiente del desembolso personal directo de los usuarios, dicha disminución oscila del 1,73 % del gasto sanitario corriente en México al 5,42 % del gasto sanitario corriente en Uruguay.

Como en el supuesto 1, la idoneidad y la viabilidad de los aumentos del impuesto sobre productos nocivos dependen del contexto nacional y del sector, y la viabilidad política o la idoneidad económica podrían ser menores en los países con grandes industrias locales productoras de bebidas alcohólicas y tabaco o productos derivados del tabaco. Un consenso público respecto a la afectación de los ingresos para atender fines específicos podría mejorar la viabilidad y conseguir que los aumentos de estos impuestos resultaran más asumibles por los consumidores.

**Figura 35: Gasto sanitario antes y después del aumento del gasto sanitario público (supuesto 2)**



**Fuente:** estimaciones de la LSE.

### Supuesto 3: Mejorar la eficiencia

Es probable que una gran proporción de los recursos disponibles dedicados a la sanidad en los diez países del estudio se utilice de manera ineficiente. En consecuencia, elevar el nivel de recursos disponibles mediante uno de los supuestos descritos anteriormente en este apartado sin abordar los retos de la ineficiencia y el rendimiento deficiente, constituiría una omisión fundamental de las autoridades competentes y los responsables de la toma de decisiones locales.

Aunque el objetivo de este informe no es abordar las soluciones de compromiso en materia de eficiencia en los países del estudio, planteamos varias ideas respecto a las posibles fuentes de ineficiencia. En este sentido, todo incremento de los recursos financieros disponibles para sanidad debe combinarse con un programa de reformas activas encaminadas a mejorar la eficiencia en la asignación de recursos. En concreto, el

gasto ineficaz puede analizarse sobre la base de tres clasificaciones que se examinan a continuación.

En primer lugar, existe un despilfarro en la gestión relacionado con los procesos administrativos innecesarios, la corrupción y el fraude (OCDE, 2017). Por ejemplo, en México, la proporción del presupuesto nacional de sanidad gastado en administración es la más alta en la OCDE, en torno al 10 % (OCDE, 2016), lo que indica que existe un margen significativo para los avances en materia de eficiencia. Aunque tal situación tenga que ver necesariamente con actividades ilegales o corruptas, es en parte el resultado de la fragmentación en el sistema sanitario mexicano, y de los diferentes proveedores y modalidades de financiación.

En segundo lugar, existe ineficiencia en el terreno de la atención clínica, que atañe a los incidentes clínicos adversos evitables y la

duplicación de servicios (OCDE, 2017). Los estudios y los datos contrastados sobre mortalidad evitable indican que, a pesar de los esfuerzos significativos emprendidos por los responsables de la formulación de políticas, una gran proporción de la mortalidad de las personas en edad de trabajar es evitable. Del mismo modo, los acontecimientos adversos son responsables de un aumento de las hospitalizaciones y las rehospitalizaciones y los servicios se duplican con frecuencia, ya que se aplican pocos controles en el ámbito de los sistemas de salud y, muy a menudo, la provisión fragmentada da lugar a un gasto excesivo.

En tercer lugar, existe un despilfarro operativo, en los casos en los que podría prestarse asistencia con menos recursos, por ejemplo, utilizando más genéricos en lugar de fármacos originales, cuando proceda (suponiendo que las agencias reguladoras locales garanticen la calidad de los medicamentos genéricos y proporcionen servicios de supervisión adecuados para su control), y el tratamiento precoz de las enfermedades en centros de atención primaria en lugar de en los servicios de urgencias (OCDE, 2017). En Perú, por ejemplo, la mayoría de los proveedores de asistencia primaria solo pueden prestar servicios de atención maternal y a la infancia. Esto significa que los hospitales reciben una demanda significativa de servicios que deberían prestarse en el ámbito de la atención primaria, especialmente en lo que atañe a las enfermedades no transmisibles (Banco Mundial, 2017b). Asimismo, en Brasil, los municipios de menor tamaño se han afanado por ampliar la atención primaria debido a la escasez de recursos y personal. Esta situación significa que no pueden gestionar los servicios de una manera eficiente (Foro Económico Mundial, 2014).

Existen varias reformas mediante las que puede mejorarse la eficiencia en la asignación de recursos. Las reformas requeridas comprenden la administración del sistema de salud, la gestión de los servicios sanitarios y la prestación de asistencia sanitaria.

El primer tipo de reforma relacionada con la eficiencia incluye la mejora del acceso a la atención primaria para evitar la asistencia innecesaria a los servicios de urgencias. Exigiría que se impartiera una formación adecuada al personal y la disponibilidad de equipos en el ámbito de la atención primaria, con el fin de proporcionar un tratamiento precoz a los pacientes con enfermedades crónicas.

El segundo tipo de mejora de la eficiencia conlleva la adopción de la ETS para determinar el valor de las nuevas tecnologías, incluidos los medicamentos innovadores, y la promoción de los genéricos. Dado que los medicamentos representan una proporción significativa del gasto sanitario, estas mejoras de la eficiencia relacionadas con los fármacos podrían liberar una considerable cantidad de recursos.

La tercera estrategia de mejora de la eficiencia consistiría en reembolsar a los hospitales basándose en sistemas de pago prospectivo, como el de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Mediante la agrupación de casos que son comparables desde el punto de vista médico y económico, los GRD mejoran habitualmente la eficiencia hospitalaria al reducir la duración media de las estancias en los hospitales. Para que su implantación sea satisfactoria, un sistema de pago basado en los GRD requeriría financiación sanitaria, que procede principalmente de fuentes públicas (OMS, 2013). Por tanto, este avance en la eficiencia podría resultar mejor si se adoptara junto con

las medidas de refuerzo de la generación de ingresos para atender el gasto sanitario público en los supuestos 1 o 2. En cualquier caso, la tecnología de la información necesaria para la implantación de los GRD es significativa.

Una estrategia final para potenciar la eficiencia global en los diez países del estudio consistiría en la implementación de un sistema de datos con el fin de: supervisar los avances del sistema de salud; habilitar la notificación de acontecimientos adversos; fomentar el intercambio de datos entre las partes interesadas para reforzar su comunicación, y reducir la fragmentación del sistema sanitario; y procurar la publicación de indicadores relativos a la ineficiencia del sistema de salud para incentivar el cambio (OCDE, 2017).

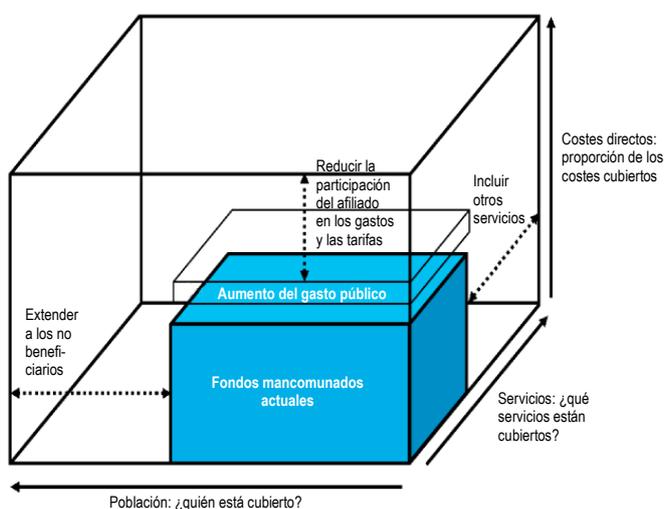
Los altos niveles de desembolso personal directo de los usuarios observados en los países del estudio reflejan el fracaso de unos seguros de enfermedad eficaces, y la falta de prestación de unos servicios sanitarios de calidad (OCDE, 2016). Las mejoras de la eficiencia del sistema sanitario mediante reformas permitirían a los países del estudio

optimizar el tratamiento de los pacientes a un coste menor, liberando así recursos adicionales en sus presupuestos sanitarios para mejorar la calidad de la atención, y una reducción posterior de la carga de desembolsos personales directos que asumen los ciudadanos. En consecuencia, un gasto sanitario público adicional en los supuestos 1 o 2 podría ejercer un impacto aún mayor en la reducción de tales desembolsos cuando se combine con mejoras de la eficiencia. En la figura 36 se muestra cómo un aumento del gasto sanitario público elevaría los fondos disponibles, contribuyendo así a la dimensión de la CSU relacionada con el reparto de costes y la reducción de tasas y, por tanto, acercando a los países del estudio a la consecución de la cobertura sanitaria universal.

En este sentido, los países y las autoridades competentes deben centrar su atención no solo en la obtención de recursos adicionales mediante la imposición (indirecta), sino también en la consideración de la agenda de actuaciones en materia de eficiencia y en la ejecución de políticas de reforma apropiadas y la consolidación de las instituciones pertinentes.

**Figura 36: Repercusión del aumento del gasto en la consecución de la cobertura sanitaria universal**

**Fuente:** Adaptado por los autores de OMS, 2010.



# RESUMEN

## 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.

## CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS

### 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 salvo en 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., déficit fiscal, 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.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, R. et al. (2015). *Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (Costa Rica)*. Available at: <http://www.estadonacion.or.cr/21/assets/pen-21-2015-baja.pdf> [Accessed: November 15, 2018].
- Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau (2012). *International Affairs Resources for Costa Rica*. Available at: [https://www.ttb.gov/itd/costa\\_rica.shtml](https://www.ttb.gov/itd/costa_rica.shtml) [Accessed: September 14 2018].
- Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau (2014). *International Trade Resources for Brazil*. Available at: <https://www.ttb.gov/itd/brazil.shtml> [Accessed: September 14 2018].
- Almendarez-Hernández, M.A. (2013). Economic valuation of water in a natural protected area of an emerging economy: Recommendations for El Vizcaino Biosphere reserve, Mexico. *Interciencia*. 38 (4), 245–253.
- Anderson, K. (2014). *Excise Taxes on Wines, Beers and Spirits: An Updated International Comparison*. Available at: [www.adelaide.edu.au/wine-econ/](http://www.adelaide.edu.au/wine-econ/) [Accessed: September 14 2018].
- Andreyeva, T., Long, M.W. & Brownell, K.D. (2010). The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *American journal of public health*. 100 (2), 216–222. Available at: doi:10.2105/AJPH.2008.151415 [Accessed: September 14 2018].
- Anon (2016). *Chile: Tobacco Taxation In Chile*. Available at: <http://www.mondaq.com/x/512922/sales+taxes+VAT+GST/Tobacco+taxation+In+Chile> [Accessed: September 14 2018].
- Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S., Wiseman, V. (2016). Equity in Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Evidence from Studies Using Benefit and Financing Incidence Analyses. *PLoS ONE*, 11(4). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827871/>. [Accessed: August 18 2018].
- Auxadi (2016). *Changes In Tax Regulations Of Ecuador - Auxadi*. Available at: <https://www.auxadi.com/en/changes-in-tax-regulations-of-ecuador/> [Accessed: September 14 2018].
- Baquero, C.S. (2017). *Sugar tax in Spain: Catalonia region introduces "soda tax" on sugary drinks*. El País. Available at: [https://elpais.com/elpais/2017/05/01/inenglish/1493645507\\_575034.html](https://elpais.com/elpais/2017/05/01/inenglish/1493645507_575034.html) [Accessed: September 14 2018].
- Baumgarten Jr., A. L. Demanda de automóveis no Brasil. *Revista Brasileira de Economia*, v. 26, n. 2, p. 203-297, 1972.

- Benavente et al. (2005). Estimando la Demanda Residencial por electricidad en Chile: El Consumo es Sensible al Precio. Cuadernos de Economía, 42: 31-61.
- BMI (2018a). *Argentina pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2011401153?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018b). *Brazil pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2037738820?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018c). *Chile pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2037738820?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018d). *Colombia pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2025946108?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018e). *Costa Rica pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2033442515?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018f). *Ecuador pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/1991485271?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018g). *Mexico pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2011756995?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018h). *Panama pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2029898621?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018i). *Peru pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2025951000?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018j). *France pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2026696211?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- BMI (2018k). *Spain pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. [Online]. 2018. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2032533363?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].

- BMI (2018). *United Kingdom pharmaceuticals & healthcare report-Q2 2018*. Available at: <https://search.proquest.com/docview/2013121530?accountid=9630> [Accessed: November 2 2018].
- Bouamra-Mechemache, Z., Réquillart, V., Soregaroli, C. & Trévisiol, A. (2008) Demand for dairy products in the EU. *Elsevier*. 33 (6), 644–656.
- Brazilian Ministry of Health (2016). *Plano Nacional de Saude 2016 – 2019*. Available at: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/planonacionalsaude\\_2016\\_2019.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/planonacionalsaude_2016_2019.pdf) [Accessed: November 15, 2018].
- Briggs, A.D.M., Mytton, O.T., Kehlbacher, A., Tiffin, R., Elhussein, A., Rayner, M., Jebb, S.A., Blakely, T., Scarborough, P. (2017). *Health Impact Assessment of the UK Soft Drinks Industry Levy: A Comparative Risk Assessment Modelling Study*. *Lancet Public Health*, 2(1), pp.15-22.
- Caro, J.C., Ng, S.W., Bonilla, R., Tovar, J., Popkin, B.M. (2017). *Sugary Drinks Taxation, Projected Consumption and Fiscal Revenues in Colombia: Evidence from a QUAIDS Model*. *PLoS*, 12(12). Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189026>. [Accessed: June 9 2018].
- Chang, Y. and Martinez-Chombo, E. (2003). *Electricity Demand Analysis Using Cointegrating and Error-Correction Models with Time Varying Parameters: the Mexican Case*. Working Paper 2003 - 08. Department of Economics, Rice University, Houston.
- Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C. (2015). *France: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 17(3): 1–218.
- Chowdhury, A., Islam, I. (2012). *An Optimal Public Debt-to-GDP Ratio?* G24 Policy Brief, 65. Available at: <https://www.g24.org/wp-content/uploads/2016/01/G24-Policy-Brief-65-04-09-2012-.pdf>. [Accessed: November 14 2018].
- Clements, B.J., Coady, D., Gupta, S. (2012). *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*. Washington. International Monetary Fund. Available at: <http://bit.ly/1NMhmtg>. [Accessed: June 11 2018].
- Colombian Ministry of Health (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021*. Available at: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf> [Accessed: November 15, 2018].
- Cornelsen, L., Green, R., Dangour, A., Smith, R. (2015). *Why Fat Taxes Won't Make Us Thin*. *Journal of Public Health*, 37(1), pp.18-23.

- Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C., Steel D. (2015). *United Kingdom: Health system review*. Health Systems in Transition, 17(5): 1–125.
- De Paepe, P., Echeverría Tapia, R., Aguilar Santacruz, E., Unger, J. P. (2012). *Ecuador's silent health reform*. International journal of health services: planning, administration, evaluation, 42(2):219-33. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22611652> [Accessed: November 20 2018].
- Del Rocío Sáenz, M., Bermúdez, J. L., Acosta, M., (2010). *Universal Coverage in a Middle Income Country: Costa Rica*. World Health Report (2010) Background Paper, 11. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/CostaRicaNo11.pdf> [Accessed: November 20 2018].
- Doherty, J., Kirigia, D., Okoli, C., Chuma, J., Ezumah, N., Ichocku, H., Hanson, K., McIntyre, D. (2018). *Does Expanding Fiscal Space Lead to Improved Funding of the Health Sector in Developing Countries?: Lessons from Kenya, Lagos State (Nigeria) and South Africa*. Global Health Action, 11(1).
- Durán C, E., Lucio, R., Rovira, J. (2017). *Pharmaceutical Policy in Ecuador*. Pharmaceutical Policy in Countries with Developing Healthcare Systems, PP 221-236. Available at: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-51673-8\\_11](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-51673-8_11) [Accessed: November 20 2018].
- Durand-Zaleski (2008). *The health system in France*. Eurohealth, 14 (1). Available at: <http://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/eurohealth-v14n1.pdf> [Accessed: November 20 2018].
- European Commission (2018). *Excise duties on alcohol, tobacco and energy*. Available at: [https://ec.europa.eu/taxation\\_customs/business/excise-duties-alcohol-tobacco-energy\\_en](https://ec.europa.eu/taxation_customs/business/excise-duties-alcohol-tobacco-energy_en) [Accessed: October 1 2018].
- Fitch Solutions (2018). *Sugar Taxes In The Americas: Brazil And Canada Most Likely To Follow Mexico's Lead*. Available at: <https://www.fitchsolutions.com/corporates/commodities/sugar-taxes-americas-brazil-and-canada-most-likely-follow-mexicos-lead-24-01-2018> [Accessed: September 14 2018].
- Galindo, L.M., Samaniego, J., Alatorre, J.E., Carbonell, J.F., et al. (2015). *Meta-analysis of the income and price elasticities of gasoline demand: public policy implications for Latin America*.
- García-Armesto S., Abadía-Taira M.B., Durán A., Hernández-Quevedo C., Bernal-Delgado E. (2010). *Spain: Health system review*. Health Systems in Transition, 12(4):1–295.
- Global Network for Health Equity (GNHE), 2015a. Available at: Universal Health Coverage Assessment: Colombia. Available at:

[https://www.icesi.edu.co/proesa/images/GNHE%20UHC%20assessment\\_Colombia%204.pdf#](https://www.icesi.edu.co/proesa/images/GNHE%20UHC%20assessment_Colombia%204.pdf#) [Accessed: November 2 2018].

Global Network for Health Equity (GNHE), 2015b. Universal Health Coverage Assessment: Costa Rica. Available at: [http://gnhe.org/blog/wp-content/uploads/2015/05/GNHE-UHC-assessment\\_CostaRica.pdf](http://gnhe.org/blog/wp-content/uploads/2015/05/GNHE-UHC-assessment_CostaRica.pdf) [Accessed: November 2 2018].

Gonzalez-Rozada, M. & Ramos-Carbajales, A. (2016). Implications of raising cigarette excise taxes in Peru. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 40 (4), 250–255. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=120443556&site=ehost-live> [Accessed: November 20 2018].

Government of Chile (2011). *Estrategia Nacional De Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Available at: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf> [Accessed: November 15, 2018].

Government of Mexico (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018: Programa Sectorial de Salud*. Available at: <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf> [Accessed: November 15, 2018].

Green, R. et al. (2013). 'The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression', *BMJ*. 2013;346:f3703.

Guerrero-López, C.M., Unar-Munguía, M. & Colchero, M.A. (2017) Price elasticity of the demand for soft drinks, other sugar-sweetened beverages and energy dense food in Chile. *BMC public health*. 17 (1), 180. Available from: doi:10.1186/s12889-017-4098-x [Accessed: September 14 2018].

Gupta, I., Mondal, S. (2013). *Fiscal Space for Health Spending in Southeast Asia*. *Journal of Health Care Finance*, 39(4), pp.68-82.

Hartwig, J. (2008). *What Drives Health Care Expenditure- Baumol's Model of 'Unbalanced Growth' Revisited*. *Journal of Health Economics*, 27(3), pp.603-623.

Heller, P. (2005). *Back to Basics: Fiscal Space: What It Is and How to Get It*. *Finance and Development*. International Monetary Fund. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm> [Accessed: June 09 2018].

HM Revenue & Customs (2018). *Check if your drink is liable for the Soft Drinks Industry Levy*. Available at: <https://www.gov.uk/guidance/check-if-your-drink-is-liable-for-the-soft-drinks-industry-levy#levy-bands> [Accessed: September 14 2018].

Hopkins, S. (2010). *Health Expenditure Comparisons: Low, Middle and High-Income Countries*. *The Open Health Services and Policy Journal*, 2010, 3, 111-117.

- Huang, W.-C. & Durón-Benítez, Á.A. (2015). Analysis of Demand for Dairy Product in Central American Countries under the CAFTA. *Microeconomics and Macroeconomics*. 3 (1), 7–14. Available at: doi:10.5923/j.m2economics.20150301.02.
- Iglesias, R.M. (2016). Increasing excise taxes in the presence of an illegal cigarette market: the 2011 Brazil tobacco tax reform. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 40 (4), 243–249.
- International Monetary Fund (2018a). *Latin America and Caribbean: Seizing the Momentum*.
- International Monetary Fund (2018b). *Regional economic outlook. Western Hemisphere: seizing the momentum*.
- International Monetary Fund (IMF) and World Bank. (2006). *Fiscal Policy for Growth and Development: An Interim Report*. DC2006-0003. Development Committee. Available at: <http://bit.ly/100dirb>. [Accessed: 9 June 2018].
- INS (n.d.). Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo Condiciones Generales. Available at: <https://sevins.ins-cr.com/SIEL/VerArchivo.aspx?ID=9028>. [Accessed 20 September 2019].
- Jack, A. (2013). *Health Spending Suffers Since Global Financial Crisis*. Financial Times, 21 November. Available at: <https://www.ft.com/content/aabec606-51e8-11e3-adfa-00144feabd0> [Accessed: June 10 2018].
- Jenkins, R. (1977). *Dependent Industrialization in Latin America. The Automotive Industry in Argentina, Chile and Mexico*. New York.
- Jenner, F. (2018). *Peruvian government puts a 25% tax on sugary drinks to combat rising levels of obesity*. Available at: <https://perureports.com/2018/05/10/peru-sugar-drink-tax/> [Accessed: September 14 2018].
- Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H. (2012). Financing Health In Latin America Editors: Household Spending and Impoverishment Household Spending and Impoverishment [Internet]. Harvard University Press. Available at: <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/Financing-Health-in-Latin-America-Volume-1.pdf> [Accessed: 2018 Aug 14].
- Laugesen, M., Epton, M., Frampton, C.M.A., Glover, M., et al. (2009). Hand-rolled cigarette smoking patterns compared with factory-made cigarette smoking in New Zealand men. *BMC public health*. 9, 194. Available at: doi:10.1186/1471-2458-9-194 [Accessed: August 24 2018].
- Lucio, R., Villacrés N., Henríquez R. (2011). The health system of Ecuador. *Salud publica de Mexico*. 53 (2), 177-187. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/51604999\\_The\\_health\\_system\\_of\\_Ecuador](https://www.researchgate.net/publication/51604999_The_health_system_of_Ecuador) [Accessed: November 13 2018].

- Maddock, R., Castano, E., And Vella, F. (1992). Estimating Electricity Demand: the Cost of Linearising the Budget Constraint. *Review of Economics and Statistics* 74 (2) 350-354.
- Maldonado, N., Llorente, B. & Deaza, J. (2016) Cigarette taxes and demand in Colombia. *REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA-PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 40 (4), 229–236.
- McPartland, B. (2017). France tackles obesity by hiking 'soda tax' on sugary drinks. *The Local*. Available at: <https://www.thelocal.fr/20171027/france-tackles-obesity-by-hiking-soda-tax-on-sugary-drinks> [Accessed: September 14 2018].
- Mercer, A. (2014). *Infections, chronic disease, and the epidemiological transition: a new perspective*. Woodbridge: Boydell & Brewer, Rochester: University of Rochester Press.
- Mills, A. (2014). *Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries*. The New England Journal of Medicine, 370, pp.552-557.
- Ministry of Agriculture, Fisheries and Food, Office for National Statistics. (2004). National Food Survey, 1997. [Data collection]. 2nd Edition. UK Data Service. SN: 3966, <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-3966-1>
- Ministry of Health, Peru (2018). *Boletín Estadístico Mensual. Del Seguro Integral de Salud. October 2018*. Available at: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjI2ZGEzOWQtZjZiZC00ODRhLTliZWmtNmExOWQ0ZDdhMTk3IiwidCI6IjZmZTkxN2VILWQ5OWMtNGJmNy05OGQ1LTlhOTUyYTE3NzhjNCIsImMiOiR9> [Accessed: November 21 2018].
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolas, M., Evetovits, T., Thomson, S., McKee, M. (2012). *Health Policy in the Financial Crisis*. *EuroHealth*, 18(1).
- Nelson, J.P. (2013). Meta-analysis of alcohol price and income elasticities - with corrections for publication bias. *Health economics review*. 3 (1), 17. Available at: doi:10.1186/2191-1991-3-17 [Accessed: September 14 2018].
- Nordea Trade (2018). *Tax rates in Peru*. Available at: <https://www.nordeatrade.com/fi/explore-new-market/peru/taxes> [Accessed: September 14 2018].
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2018). *Revenue Statistics - Latin American Countries*. Available at: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=REVBRA> [Accessed: September 14 2018].
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2018a). *Global Revenue Statistics Database*. 2018.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2018b). *OECD Tax Database*. Chapter D. Taxes on consumption. 18 July 2018. Available at: doi:10.1787/tax\_wages-2011-en [Accessed: September 14 2018].

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en> [Accessed: November 2 2018].

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2017a). *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017*. Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264282735-en.pdf?expires=1559301339&id=id&accname=ocid71015720&checksum=E555934B8F11ED73CA3DA2B85220E6CC#\\_ga=2.106524867.1575295018.1559300407-118401193.1559300407](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264282735-en.pdf?expires=1559301339&id=id&accname=ocid71015720&checksum=E555934B8F11ED73CA3DA2B85220E6CC#_ga=2.106524867.1575295018.1559300407-118401193.1559300407)

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en> [Accessed: November 2 2018].

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2015). *Pension Spending*. Available at: <https://data.oecd.org/socialexp/pension-spending.htm> [Accessed: September 14 2018].

OECD, CAF & ECLAC (2018). *Latin American Economic Outlook 2018: Rethinking Institutions for Development*. Paris, OECD Publishing.

Pan American Health Organization (PAHO) (2017a). *Health in the Americas: Chile*. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=2518> [Accessed: November 2 2018].

Pan American Health Organization (PAHO) (2017b). *Health in the Americas: Peru*. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=3232> [Accessed: November 2 2018].

Pan American Health Organization (PAHO) (2017c). *Health in the Americas: Uruguay*. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4314> [Accessed: November 2 2018].

Pan American Health Organization (PAHO) (2017d). *Health in the Americas: Panama*. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4289> [Accessed: November 2 2018].

Pan American Health Organization (PAHO) (2017e). *Health in the Americas: Ecuador*. Available at: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page\\_id=117](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=117) [Accessed: November 13 2018].

Pan American Health Organization (PAHO) (2017f). *Health in the Americas: Argentina*. Available at: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page\\_id=83](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=83) [Accessed: November 15 2018].

- Pan American Health Organization (PAHO) (2017g). *Health in the Americas: Costa Rica*. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=2656> [Accessed: November 15 2018].
- Pan American Health Organization (PAHO) (2015). *Fiscal Space for Increasing Health Priority in Public Spending in the Americas Region*. Available at: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/technical-information/40-fiscal-space-for-increasing-health-priority-in-public-spending-in-the-americas-region/file>. Accessed 9 June 2018.
- Pan American Health Organization (PAHO) (2014). *Health Financing in the Americas*. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=178>
- Pan American Health Organization (PAHO) (2012). *Health Care Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean* [Fact sheet]. Available at: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/FactsheetHEFJan31.pdf>
- Pan American Health Organization (PAHO) (2008). *Health system profile: Ecuador monitoring and analysis of the change and reform processes*. Available at: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_System\\_Profile-Ecuador\\_2008.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Ecuador_2008.pdf) [Accessed: November 13 2018].
- Pan American Health Organization (PAHO) (2007). *Uruguay Country Profile, Health in the Americas*. Available at: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_in\\_the\\_Americas\\_2007-Uruguay.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_in_the_Americas_2007-Uruguay.pdf)
- PAMI (2018). *¿Qué hicimos en PAMI en 2018? Resumen de Gestión*. Available at: <https://www.pami.org.ar/pdf/memoria-pami-2018.pdf> [Accessed September 23, 2019].
- Paraje, G. (2016). The Effect of Price and Socio-Economic Level on the Consumption of Sugar-Sweetened Beverages (SSB): The Case of Ecuador Aurora García-Gallego (ed.). *PLOS ONE*. 11 (3), e0152260. Available at: doi:10.1371/journal.pone.0152260 [Accessed: 14 September 2018].
- Peruvian Ministry of Health et. al. (2014). *Acuerdo Nacional: Los Objetivos de la Reforma de Salud*. Available at: <http://acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2015/10/ACUERDO-NACIONAL-LOS-OBJETIVOS-DE-LA-REFORMA-DE-SALUD-FINAL.jpg> [Accessed: November 15, 2018].
- Post, C. (2017). *Peru's craft brewers face high barriers to compete with beer monopoly*. Available at: <https://perureports.com/2017/01/26/perus-craft-brewers-want-different-tax-scheme-beer-monopoly/> [Accessed: 14 September 2018].
- PWC (2018a). *Argentina - Other taxes impacting corporate entities*. Available at: <http://taxsummaries.pwc.com/ID/Argentina-Corporate-Other-taxes> [Accessed: 14 September 2018].

- PWC (2018b). *Brazil Corporate - Other taxes. 2018.* Available at: <http://taxsummaries.pwc.com/ID/Brazil-Corporate-Other-taxes> [Accessed: November 21 2018].
- PWC (2018c). *Panama - Other taxes impacting corporate entities.* Available at: <http://taxsummaries.pwc.com/ID/Panama-Corporate-Other-taxes> [Accessed: 14 September 2018].
- Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., McKee, M. (2009). How Can Health Respond to Population Ageing? Health Systems and Policy Analysis. Available at: <http://www.who.int/ageing/health-systems/uhc-ageing/en/>. [Accessed: 9 June 2018].
- Republic of Ecuador (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017 - 2021. Available at: [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_OK.compressed1.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_OK.compressed1.pdf) [Accessed: November 19 2018].
- Roberts, M., Hsiao, W., Reich, M. (2015). Disaggregating the Universal Coverage Cube: Putting Equity in the Picture. *Health Systems & Reform.* 1 (1), 22-27.
- Selvanathan, E.A. & Selvanathan, S. (1994). The demand for transport and communication in the United Kingdom and Australia. *Elsevier.* 28 (1), 1-9.
- Schneider, F., Williams, C. (2013). The Shadow Economy. *The Institute of Economic Affairs.* Available from: <https://iea.org.uk/wp-content/uploads/2016/07/IEA%20Shadow%20Economy%20web%20rev%207.6.13.pdf> [Accessed: October 1 2018].
- Schmidt, C. A. J., & Lima, M. A. (2004). A demanda por energia elétrica no Brasil. *Revista Brasileira de Economia,* 58(1), 68-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402004000100004>.
- Scottish Government (2009). Food Prices: An Overview of Current Evidence. Rural and Environment Analytical Services Rural and Environment Research and Analysis Directorate The Scottish Government. Available at: <https://www2.gov.scot/resource/doc/277278/0083249.pdf>
- Sourrouille, J. (1980) Transnacionales en América Latina. *El complejo automotor en Argentina.* México.
- Sorenson, C., Drummond, M., Khan, B.B. (2013). *Medical Technology as a Key Driver of Rising Health Expenditure: Disentangling the Relationship.* *ClinicoEconomic and Outcomes Research,* 5, 223-234.
- Staudinger, U.M., Finkelstein, R., Calvo, E., Sivaramakrishnan, K. (2016). *A Global View on the Effects of Work on Health in Later Life.* *The Gerontologist,* 56(2), pp. 281-292.

- Sullivan, G.M., Artino, A.R. (2013). Analyzing and Interpreting Data from Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), pp.541-542.
- Tandon A, Cashin C (2010). Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. *Human Nutrition and Population, The World Bank*, February.
- Tordrup, D., Angelis, A., Kanavos, P. (2013). *Preferences on Policy Options for Ensuring the Financial Sustainability of Healthcare Services in the Future: Results of a Stakeholder Survey*. *Applied Health Economics and Policy*, 11(6), pp.639-652.
- Trading Economics (2018a). *Brazil Sales Tax Rate - VAT*. Available at: <https://tradingeconomics.com/brazil/sales-tax-rate> [Accessed: November 20 2018].
- Trading Economics (2018b). *Credit Rating*. Available at: <https://tradingeconomics.com/country-list/rating> [Accessed: November 20 2018].
- Trading Economics (2018c). *Country List Government Debt to GDP|Europe*. Available at: <https://tradingeconomics.com/country-list/government-debt-to-gdp?continent=europe> [Accessed: November 21 2018].
- UNICEF (2002) *The State of The World's Children 2003*. Available at: [https://www.unicef.org/publications/files/pub\\_sowc03\\_en.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/pub_sowc03_en.pdf) (Accessed: 31 August 2018).
- UNICEF (2016) *The State of the World's Children 2016 statistical tables*. Available at: <https://data.unicef.org/resources/state-worlds-children-2016-statistical-tables/> (Accessed: 31 August 2018).
- United States Trade Representative (2010). *Trade Summary*. Available at: [https://ustr.gov/sites/default/files/2013\\_NTE\\_Ecuador\\_Final.pdf](https://ustr.gov/sites/default/files/2013_NTE_Ecuador_Final.pdf) [Accessed: September 14 2018].
- Werner, A. (2017). *Economic Recovery in Latin America and the Caribbean: A Tale of Two Adjustments*. *Diálogo a fondo*, IMF. Available at: <https://www.imf.org/external/np/blog/dialogo/042117.pdf> [Accessed: November 20 2018]
- World Bank (2018a). *ASPIRE: The Atlas of Social Protection - Indicators of Resilience and Equity | Social Expenditure | The World Bank*. Available at: <http://datatopics.worldbank.org/aspire/indicator/social-expenditure> [Accessed: September 14 2018].
- World Bank (2018b). *Domestic general government health expenditure (% of GDP)*. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=AR-BR-CL-CO-CR-EC-MX-PA-PE-UY-FR-ES-GB> [Accessed: 09 November 2018].
- World Bank (2018c). *World Development Indicators*. Available at: <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> [Accessed: 14 September 2018].

- World Bank (2018d). *Current health expenditure (% of GDP)*. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2015&locations=AR-BR-CL-CO-CR-EC-MX-PA-PE-UY-FR-ES-GB&start=2005> [Accessed: 14 September 2018].
- World Bank (2018e). *Health expenditure, out-of-pocket (% of GDP)*. Available at: <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> [Accessed: November 12 2018].
- World Bank (2018f) *Health expenditure, private (% of GDP)*. 2018. Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> [Accessed: 12 November 2018].
- World Bank (2018g) *Health expenditure, public (% of GDP)*. 2018. Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> [Accessed: 12 November 2018].
- World Bank (2018h) *Health expenditure, external (% of GDP)*. 2018. Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> [Accessed: 12 November 2018].
- World Bank (2018i) *GDP, PPP (constant 2011 international \$)*. 2018. Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> [Accessed: 15 November 2018].
- World Bank (2017a). *Military expenditure (% of GDP)*. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/ms.mil.xpnd.gd.zs> [Accessed: September 14 2018].
- World Bank (2017b). *Peru Universal Health Coverage (P163255)*. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/938681507062142147/pdf/Concept-Project-Information-Document-Integrated-Safeguards-Data-Sheet-Peru-Universal-Health-Coverage-P163255-Sequence-No-00.pdf> [Accessed: November 2 2018].
- World Bank (2014). *Health Financing Profile - Argentina* [Internet]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/471621468250210761/pdf/893740BRIOP12300Box385278B00PUBLIC0.pdf> [Accessed: 2018 Aug 15].
- World Bank (2014a). *Health Financing Profile - Brazil* [Internet]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/638281468226148870/pdf/883440BRIOP1230I0final0January02014.pdf> [Accessed: 2018 Aug 15].
- World Bank (2014b). *Health Financing Profile - Chile* [Internet]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/726041468238167664/pdf/883450BRIOP1230e0final0January02014.pdf> [Accessed: 2018 Aug 15].
- World Bank (2014c). *Health Financing Profile - Colombia* [Internet]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/202221468026099677/pdf/893770BRIOP1230LIC000Colombia0final.pdf> [Accessed: 2018 Aug 15].

- World Bank (2014d). Health Financing Profile - Mexico. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/683351468049216494/pdf/893760BRIOP1230IC00HFP0Mexico0final.pdf> [Accessed: 2018 Aug 15].
- World Bank (2014e). Health Financing Profile - Peru [Internet]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/242851468099278957/pdf/883460BRIOP1230ru020140January02014.pdf> [Accessed: 2018 Aug 15].
- World Economic Forum (WEF) (2014). *How Brazil can make healthcare more efficient*. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2014/11/how-brazil-can-make-healthcare-more-efficient/> [Accessed: November 2 2018].
- World Health Organization (WHO) (2018a). *Key points about fiscal space for health*. WHO website (who.int). [http://www.who.int/health\\_financing/topics/fiscal-space/key-points/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/fiscal-space/key-points/en/) [Accessed: November 2 2018].
- World Health Organization (WHO) (2018b). *What is 'fiscal space' and why does it matter?* WHO website (who.int). Available at: [http://www.who.int/health\\_financing/topics/fiscal-space/why-it-matter/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/fiscal-space/why-it-matter/en/) [Accessed: November 2 2018].
- World Health Organization (2018c). *Peru*. Global Health Workforce Alliance. Available at: <http://www.who.int/workforcealliance/countries/per/en/> [Accessed: November 21 2018].
- World Health Organization (2018d). Available at: *Main drivers of fiscal space for health*. [http://www.who.int/health\\_financing/topics/fiscal-space/main-drivers/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/fiscal-space/main-drivers/en/) [Accessed: November 20 2018].
- World Health Organization (2018e). *New WHO resources for policymakers*. Available at: [http://www.who.int/health\\_financing/topics/fiscal-space/resources-for-policymakers/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/fiscal-space/resources-for-policymakers/en/) [Accessed: November 20 2018].
- World Health Organization (WHO) (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017 - Uruguay*. Available from: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/ury.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/ury.pdf) [Accessed: September 14 2018].
- World Health Organization (WHO) (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf;jsessionid=393B555074EB814AD6264BEFE67F12C7?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=393B555074EB814AD6264BEFE67F12C7?sequence=1) [Accessed: November 20 2018].
- World Health Organization (WHO) (2013). *Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low-and middle-income countries*. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/12-115931/en/> [Accessed: November 2 2018].
- World Health Organization (WHO) (2010). *Health Systems Financing: the path to universal coverage*. World Health Report. World Health Organization: Geneva.

World Health Organization (WHO) (2004). *Global Status Report - Uruguay*. Available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/policy\\_uruguay.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/policy_uruguay.pdf) [Accessed: September 14 2018].

WHO & WB (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf> [Accessed November 2 2018].

Wright, A. et al. (2017). Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. *BMC Public Health*. BMC series 2017 17:583.

## APÉNDICES

### Apéndice 1: Indicadores recabados

Ámbito temático	Indicador
<b>DEMOGRAFÍA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES</b>	Población (en miles) menor de 18
	Tasa inversa de dependencia de la población de más edad (por cada persona de edad avanzada hay x trabajadores)
	Tasa de dependencia inversa (por cada no trabajador hay x trabajadores)
	Crecimiento de la población (interanual)
	Causa de fallecimiento por enfermedades transmisibles, afecciones maternas y prenatales y condiciones nutricionales (% del total)
	Causa de fallecimiento por enfermedades no transmisibles (% del total)
	AVAD perdidos por enfermedad
<b>VARIABLES DEL SISTEMA SANITARIO</b>	Gasto sanitario (% del PIB)
	Gasto sanitario per cápita (PPA, 2011)
	Gasto sanitario per cápita (USD corrientes)
	Gasto sanitario público (% del total)
	Gasto sanitario público (% del PIB)
	Gasto sanitario privado (% del total)
	Gasto sanitario privado (% del PIB)
	Desembolsos personales directos de los usuarios como % del gasto privado
	Desembolsos personales directos de los usuarios como % del gasto total en salud
	Gasto en medicamentos (% del gasto sanitario) (Ventas de productos farmacéuticos)
	Gasto sanitario de la Administración (productos farmacéuticos y otros productos médicos no duraderos) (millones de dólares)
	Gasto en medicamentos per cápita (USD) (Ventas de productos farmacéuticos)
	Cobertura total de seguros médicos privados (SMP) (% de la población)
	Atención curativa y de rehabilitación (% del gasto corriente en salud)
	Atención a largo plazo (% del gasto corriente en salud)
	Atención preventiva (% del gasto corriente en salud)
	Número de médicos por cada 1000 habitantes
	Número de enfermeros y comadronas por cada 1000 habitantes
	Número de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes
	Número de unidades de mamografía por cada millón de habitantes
Número de unidades de radioterapia por cada millón de habitantes	
Número de escáneres de RM por cada millón de habitantes	
Número de aparatos de TC por cada millón de habitantes	
<b>INDICADORES DE SALUD</b>	Esperanza de vida, varones
	Esperanza de vida, mujeres
	Esperanza de vida saludable, varones (al nacer)
	Esperanza de vida saludable, varones (a los 60 años)
	Esperanza de vida saludable, mujeres (al nacer)
	Esperanza de vida saludable, mujeres (a los 60 años)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	

	Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)
	Mortalidad materna (muertes/100 000 nacidos vivos)
	Prevalencia del tabaquismo (% de adultos), varones
<b>ENTORNO Y POLÍTICAS MACROECONÓMICOS</b>	PIB total (PPA 2011)
	PIB per cápita (USD constantes de 2010)
	PIB per cápita (PPA 2011)
	Crecimiento del PIB (% anual)
	Ingresos por impuestos directos (USD)
	Ingresos fiscales directos (% del PIB)
	Ingresos por impuestos indirectos (USD)
	Ingresos por impuestos indirectos (% del PIB)
	Ingresos por el impuesto de sociedades (USD)
	Ingresos por EL impuesto sobre la renta personal (USD)
	Ingresos por IVA/impuesto sobre ventas (USD)
	Ingresos por IVA (millones USD)
	Nivel de IVA en %
	Ingresos por impuestos sobre el alcohol (USD)
	Impuesto sobre la cerveza (USD por litro y por % de ABV)
	Impuestos sobre el vino (USD) por litro
	Impuestos al alcohol (USD) (por litro de alcohol absoluto)
	Ingresos por impuestos al azúcar (USD por litro de bebida no alcohólica, dependiendo del contenido de azúcar)
	Impuesto sobre el azúcar (precio por litro de bebida, USD)
	Ingresos por impuestos al tabaco (USD)
	Impuesto sobre los cigarrillos (1000) (USD)
	Impuesto sobre los puros (1000) (USD)
	Impuesto sobre el tabaco (1000 g) (USD)
	Impuestos sobre la sal
	Impuesto al combustible micro (exacción por litro de combustible) (USD)
	Ingresos por impuestos al combustible (millones USD)
	Ingresos de aduanas e importaciones (USD)
	Ingresos fiscales (% del PIB)
	Ingresos fiscales totales como % del PIB
	Gasto en pensiones (en % del PIB)
	Gasto en educación (en % del PIB)
	Gasto social público (% del PIB)
	Gasto militar (% del PIB)
	Formación bruta de capital fijo (en % del PIB)
	Infraestructura pública (gasto en millones USD)
	Balanza fiscal (% del PIB)
Servicio de la deuda (% RNB)	
Deuda de la Administración Central (% del PIB)	
Proporción de economía informal (% del PIB)	

## **Apéndice 2: Protocolo para la revisión bibliográfica exhaustiva**

### ***Ámbito de aplicación***

El objetivo principal de la revisión bibliográfica exhaustiva era identificar el efecto de los impuestos «al pecado» en los resultados en materia de salud en los países latinoamericanos. Además, con la revisión se pretendió comprender si tales impuestos contribuyen al incremento de los ingresos y a la disminución del consumo de productos gravados.

El ámbito geográfico de la revisión bibliográfica abarcó los países considerados: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay.

### ***Criterios de valoración***

Los criterios de valoración principales fueron los cambios en los ingresos, el consumo y los resultados en materia de salud como consecuencia de los impuestos sobre el alcohol, el azúcar, la sal, los alimentos ricos en calorías y los productos derivados del tabaco.

Al investigar los resultados en materia de salud, no se estableció una enfermedad de interés específica, dado que el consumo de tabaco, azúcar, sal y alcohol se asocia a diversas enfermedades. Se consideraron para su inclusión los resultados generales en materia de salud y cuestiones relacionadas con enfermedades específicas (dependiendo de otros criterios de inclusión/exclusión). Tampoco se estableció un elemento directo de comparación para este estudio. Sin embargo, es posible que los estudios hayan identificado las diferencias en los resultados en materia de salud, el consumo y los ingresos antes y después de la introducción del impuesto sobre los productos nocivos, lo que aportaría más información sobre el efecto de los impuestos sobre estos productos en los resultados de interés.

### ***Estrategia de búsqueda***

#### *Artículos revisados por pares*

Las bases de datos en las que se efectuaron las búsquedas fueron PubMed, ProQuest, Web of Science, CINAHL y EconLit. No se tuvieron en cuenta para su inclusión las revisiones bibliográficas sistemáticas, los metaanálisis, los resúmenes de presentaciones, las tesis ni los capítulos de libros. Además, se excluyeron los datos procedentes de países y los resultados no considerados de interés. La estrategia en cuanto a términos clave para la búsqueda se refiere en el recuadro 1 del apéndice.

## Recuadro 1 del apéndice: Términos de búsqueda

*Búsqueda en el Título/Resumen o, cuando no este no se encuentre disponible, solo en el título.*

*«Sin Tax\*» O «Sugar Tax\*» O «Tobacco Tax\*» O «Alcohol Tax\*» O «Salt Tax\*» O «Sodium Tax\*» O «Excise Tax\*» O «Food Tax\*» O «Earmark\* Tax\*» O «Cigarette Tax\*» O «Beer Tax\*» O «Wine Tax\*» O «Beverage Tax\*» O «Calorie Tax\*» O «Processed Food Tax\*» (impuesto «al pecado», impuesto al azúcar, impuesto al tabaco, impuesto al alcohol, impuesto a la sal, impuesto al sodio, impuesto especial, impuesto a alimentos, impuesto sujeto a afectación, impuesto a los cigarrillos, impuesto a la cerveza, impuesto al vino, impuesto a las bebidas, impuesto a las calorías, o impuesto a los alimentos procesados).*

Y

*«Latin America» O «South America» O «Central America» O «Argentina» O «Belize» O «Bolivia» O «Brazil» O «Brazil» O «Chile» O «Colombia» O «Costa Rica» O «Ecuador» O «El Salvador» O «French Guiana» O «Guatemala» O «Guyana» O «Honduras» O «México» O «Mexico» O «Nicaragua» O «Panama» O «Paraguay» O «Peru» O «Suriname» O «Uruguay» O «Venezuela».*

### *Literatura gris*

Se realizó una búsqueda manual de literatura gris adicional utilizando Google Scholar y los sitios web de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Fondo Monetario Internacional (IMF), el Banco Mundial, el Foro Económico Mundial (FEM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las fuentes se revisaron de acuerdo con la estrategia de términos clave utilizada respecto a los artículos revisados por pares (véase el recuadro 1 del apéndice).

### **Resultados**

La estrategia de búsqueda se limitó a publicaciones en español e inglés entre 2007 y 2017, y proporcionó 131 artículos. Utilizando estas estrategias, se identificaron 89 artículos adicionales sobre impuestos («al pecado») sobre productos nocivos en diez países latinoamericanos. No se tuvieron en cuenta para su inclusión las revisiones bibliográficas sistemáticas, los metaanálisis, los resúmenes de presentaciones, las tesis ni los capítulos de libros. Además, se excluyeron los datos procedentes de países y los resultados no considerados de interés. Tras excluir duplicados y aplicar criterios de exclusión, se incluyeron 35 artículos en el análisis global.

## Apéndice 3: Modelización del efecto de los cambios en el IVA – Datos y supuestos

### *Supuestos y cálculos de los supuestos*

En los supuestos 1 a 4 examinamos la repercusión en los ingresos por IVA de un aumento de un punto porcentual del tipo del IVA estándar, manteniendo el tipo del IVA no estándar en su nivel actual. Procedimos de este modo porque es menos políticamente aceptable modificar el tipo no estándar en comparación con el tipo del IVA estándar. En el supuesto 5 modelizamos el impacto en los ingresos por IVA de elevar los tipos estándar y no estándar de este impuesto en un punto porcentual.

En los cinco supuestos, debido a la falta de disponibilidad del desglose de los ingresos por IVA por bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar, y al requisito de comprender el reparto de ingresos por tipos de IVA, calculamos en primer lugar la proporción de ingresos por IVA totales atribuibles a los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar en cada país. Para ello, se obtuvieron los ingresos totales por IVA disponibles públicamente y se multiplicaron por la ponderación asignada a cada uno de los tipos de IVA estándar y no estándar. Estas ponderaciones representan la medida en que los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar contribuyen a los ingresos obtenidos por este impuesto. Por ejemplo, asignamos una ponderación del ingreso de 99 %/1 % a los bienes y servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar en el supuesto 1 (tabla 1). Dado que en cada uno de los supuestos se modelizaron diferentes hipótesis respecto a la medida en que los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar contribuyen a los ingresos totales por IVA<sup>11</sup>, asignamos diferentes ponderaciones (véanse las ponderaciones del ingreso en la tabla 1) a los tipos estándar y no estándar en cada supuesto. Cuando el tipo del IVA no estándar de un país era del 0 %, como en Ecuador, Chile y México, o cuando solo existe un tipo del IVA como en Perú, supusimos que el 100 % de los ingresos por IVA provienen de bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar, en los cinco supuestos.

Los ingresos se calculan multiplicando el precio por la cantidad demandada. Por lo tanto, para estimar los nuevos ingresos tras los cambios del IVA, necesitábamos calcular el nuevo precio y la cantidad demandada y multiplicarlos. Supusimos que la base imponible del IVA<sup>12</sup> y el tipo fiscal constituyen variables sustitutivas de la cantidad demandada ( $Q_D$ ) y el precio ( $P$ ), respectivamente, dado que esta información relativa a una cesta media de bienes no se encuentra disponible públicamente.

En segundo lugar, calculamos la base imponible del IVA para los tipos estándar y no estándar por separado. Al suponer que la base imponible del IVA y el tipo impositivo son variables sustitutivas de  $Q_D$  y  $P$ , pudimos calcular dicha base tomando los ingresos por IVA atribuidos a

---

<sup>11</sup> En el supuesto 5 se utiliza la misma hipótesis que en el supuesto 4 respecto al porcentaje de ingresos por IVA derivado de los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar.

<sup>12</sup> La base imponible del IVA consiste en las ventas totales de bienes y servicios gravables con el IVA, es decir, representa los bienes y servicios vendidos (millones de USD) a los que se aplica el tipo del IVA para calcular los ingresos obtenidos por este impuesto.

cada uno de los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar desde la primera fase, y dividiéndolos por sus respectivos tipos de IVA vigentes.

En tercer lugar, estimamos la variación porcentual de la base imponible del IVA calculando la variación porcentual del tipo del IVA multiplicada por la elasticidad precio de la demanda, dado nuestro supuesto de que la base imponible del IVA y el tipo del impuesto representan a  $Q_D$  y  $P$ , y  $\% \Delta Q_D = \% \Delta P \times EPD$ . Incluimos la EPD en nuestro modelo, ya que nos permitió calcular el rendimiento fiscal de elevar el IVA, y considerar el efecto de dicho incremento en el consumo.

En cuarto lugar, calculamos la nueva base imponible del IVA multiplicando la base imponible original antes del cambio del impuesto por  $1 + \% \Delta$  base imponible del IVA. Para la quinta etapa en los supuestos 1 a 4, calculamos los nuevos ingresos por IVA generados para los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar (nota: los ingresos por IVA no estándar generados se mantienen inalterados respecto a la etapa 1), multiplicando la nueva base imponible del impuesto por el nuevo tipo estándar. Para la quinta etapa del supuesto 5, calculamos los nuevos ingresos por IVA generados para cada uno de los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar por separado, multiplicando la nueva base imponible de IVA por los nuevos tipos estándar y no estándar, respectivamente.

En quinto lugar, calculamos los ingresos totales del IVA generados tras el cambio de tipos del impuesto, sumando los flujos de ingresos del IVA estándar y no estándar. En los supuestos 1 a 4, esto se calculó sumando el nuevo flujo de ingresos del IVA estándar y el flujo de ingresos del IVA no estándar original, dado que solo se modificó el tipo estándar. En el supuesto 5, sumamos los nuevos flujos de ingresos del IVA estándar y no estándar ya que se modificaron ambos tipos.

Por último, para calcular el aumento de los ingresos tras el cambio de tipos de IVA, dedujimos los ingresos totales originales por IVA de los nuevos ingresos totales por este impuesto estimados en el paso anterior.

Seguimos estos cinco pasos en cada supuesto. Las únicas diferencias entre los supuestos fueron las ponderaciones aplicadas a los tipos del IVA estándar y no estándar, y los tipos específicos que experimentaron los aumentos. En los supuestos 1 a 4 solo se elevó el tipo estándar, mientras que en el supuesto 5 aumentaron los tipos tanto estándar como no estándar. Simulamos tres veces el modelo para cada uno de los cinco supuestos, a fin de incorporar las diferentes EPD. Establecimos una EPD igual a (1) 0; (2) el límite superior de -0,09 y -0,1 en los países del estudio y los países de referencia, respectivamente; y (3) el límite superior de -0,58 y -0,74 en los países del estudio y de referencia, respectivamente. En (1) supusimos un impacto nulo del aumento del tipo del IVA sobre el consumo (es decir, una demanda perfectamente inelástica) y en (2) y (3) tuvimos en cuenta el efecto de la elasticidad de la demanda en el consumo.

### ***Elasticidad precio de la demanda (EPD)***

El modelo incluyó la elasticidad precio de la demanda (EPD) para tener en cuenta (a) el impacto nulo sobre el consumo y (b) cierto impacto sobre el consumo como consecuencia del aumento del precio de los bienes/servicios debido a la elevación de los tipos del IVA. Modelizamos (a) un efecto nulo sobre el consumo en los cinco supuestos estableciendo inicialmente una EPD igual a 0 en nuestro modelo. A continuación, modelizamos (b) cierto efecto sobre el consumo en los cinco supuestos estableciendo una EPD igual (1) al límite inferior de nuestro intervalo de EPD calculado para cada país y (2) al límite superior de nuestro intervalo de EPD para cada país. Por consiguiente, modelizamos los cinco supuestos tres veces, incluyendo en cada ocasión un valor de la EPD diferente para cada país en nuestro modelo.

En ausencia de estudios rigurosos y validados sobre la EPD en cada país respecto a una cesta expansiva de bienes, formulamos los intervalos de la EPD utilizando las EPD en los estudios fechados de 1972 a 2016 que identificamos en nuestra revisión bibliográfica, y a partir de otras investigaciones. No incluimos la bibliografía sobre las EPD de productos nocivos, ya que estas se utilizaron para formular las EPD en la modelización de dichos productos. En la bibliografía que utilizamos se incluyeron estudios sobre EPD en un número limitado de países, como Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México. En la bibliografía también se incluyeron estudios sobre EPD en regiones como el Reino Unido, Gran Bretaña, diversos países europeos, América Latina, y varias ciudades de América Central y Venezuela. En la bibliografía para el Reino Unido, Gran Bretaña y los países europeos, se incluyeron estudios sobre las EPD de productos alimentarios, transporte privado, transporte público y comunicaciones. En la bibliografía para América Latina se incluyeron estudios sobre las EPD de la gasolina, los productos lácteos, el agua para uso doméstico y la electricidad. No obstante, no existían estudios individuales para todos los países, y en los pocos centrados en un país concreto, se examina la EPD de productos específicos, como los automóviles, en lugar de una amplia gama de productos.

Calculamos un intervalo de EPD separado para los tres países de referencia y los diez países del estudio. Procedimos de este modo al prever que la EPD difiera entre estos grupos de países, dados sus estatus económicos diversos económicos y sus diferencias culturales. Dentro de cada uno de los dos grupos, supusimos que los países tenían la misma EPD. Basamos el intervalo de EPD de los tres países de referencia en las EPD que identificamos para Gran Bretaña, Reino Unido, los países europeos y los países de renta alta. En ausencia de las EPD específicas de los países de referencia, previmos que sus EPD fuesen comparables con las de estas regiones. No obstante, excluimos las EPD de Gran Bretaña, Reino Unido, países europeos y países de renta alta al calcular la EPD de los diez países latinoamericanos del estudio. Procedimos de este modo al prever que sus EPD difirieran significativamente de las EPD en estas regiones debido a las diferencias en cuanto a niveles de renta, cultura y gusto. Por ejemplo, la investigación permitió establecer que la demanda de productos alimenticios básicos en Latinoamérica es más inelástica en comparación con los países europeos. Los estudios pusieron de relieve que la EPD de los productos lácteos era de -0,09 en Argentina y de -0,57 en los países europeos (Bouamra-Mechemache y cols., 2008).

Cabe esperar que los alimentos básicos tengan una demanda inelástica con independencia del país, ya que representan una necesidad y, además, que la EPD sea más inelástica en los países de renta media baja y media alta, como los de Latinoamérica, que en los países de renta alta de Europa. Esto se debe a que los países de renta media baja y media alta pueden tener una dieta basada en mayor medida en artículos básicos como los productos lácteos, al existir menos productos sustitutivos semejantes a los lácteos. Cuantos más sustitutos existan de un producto en un mercado, más fácil les resultará a los consumidores pasarse a tales alternativas y, por tanto, más elástica será la demanda del producto en cuestión. Por ejemplo, aunque los productos lácteos pueden considerarse una necesidad en Europa, es probable que existan alternativas como los productos a base de soja, frutos secos o coco. Por tanto, cuando aumenta el precio de los productos lácteos, los consumidores europeos pueden pasarse a dichas alternativas, lo que da lugar a una demanda más elástica de los lácteos.

A tenor de las EPD identificadas en nuestra investigación, calculamos un intervalo de EPD de -0,1 a -0,74 para su utilización en los tres países de referencia, y un intervalo de EPD al margen de -0,09 a -0,58 para su empleo en los diez países del estudio. En consecuencia, establecimos una EPD igual (1) al límite inferior de -0,1 y -0,09 en los países de referencia y del estudio, respectivamente; y (2) al límite superior de -0,74 y -0,58 en los países de referencia y del estudio, respectivamente.

### **Supuestos**

Debido a las limitaciones de la información que dieron lugar a que no se dispusiera de ciertos datos, fue necesario formular varios supuestos. Fueron los que siguen:

**La base imponible del IVA puede utilizarse como variable sustitutiva de la cantidad demandada.**

**El tipo del IVA puede ser una variable sustitutiva del precio.**

Un incremento de **un punto porcentual** del tipo de IVA estándar y sin modificación del tipo del IVA no estándar en los supuestos 1 a 4.

Un incremento de **un punto porcentual** de los tipos del IVA estándar y no estándar en el supuesto 5.

Si un país tiene más de un tipo del IVA no estándar, los tipos se ponderan por igual, y el tipo no estándar utilizado en el modelo se calculó como el promedio de tales tipos. La demanda es perfectamente inelástica (la EPD es nula) cuando modelizamos inicialmente los 5 supuestos. En el caso de cierto efecto en el consumo, la EPD puede modelizarse como -0,09 a -0,58 **en los países del estudio, y -0,1 a -0,74** en los países de referencia.

**La EPD puede modelizar el efecto en el consumo de un incremento de un punto porcentual del precio<sup>13</sup>.**

La EPD, al modelizar cierto grado de efecto sobre el consumo, es constante.

La EPD es la misma en todos los países que constituyen cada grupo.

La EPD se mantiene **en toda la gama de bienes y servicios consumidos**.

El plazo permitido para el cambio de precio es irrelevante, por lo que podemos tratar del mismo modo la EPD a corto plazo y la EPD a largo plazo.

Los bienes y servicios exentos de IVA antes del aumento del tipo se mantienen exentos y no experimentan un incremento de los tipos.

Ponderaciones asignadas aleatoriamente que representan la medida en que los bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar contribuyen a los ingresos obtenidos por este impuesto.

En las ponderaciones se supone que la mayor parte de los ingresos por IVA provienen de bienes/servicios sujetos al tipo del IVA estándar. Las ponderaciones asignadas a los bienes sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar se mantienen constantes después de los incrementos de los tipos.

### **Limitaciones**

Existen varias limitaciones asociadas a nuestro modelo. La mayoría se deben a la falta de disponibilidad de datos. En primer lugar, no pudimos determinar la EPD a escala nacional. Sin embargo, pudimos mitigar este problema utilizando las EPD identificadas en nuestra investigación para formar un intervalo independiente de EPD para cada uno de los grupos de países. Se utilizó el mismo intervalo de EPD en todos los países de cada grupo<sup>14</sup>.

En segundo lugar, no contamos con información sobre la cantidad demandada ni el precio de una cesta «promedio» de bienes y servicios sujetos al IVA en los distintos países. En consecuencia, supusimos que la base imponible y el tipo del IVA podrían utilizarse como variables sustitutivas por la cantidad demandada y el precio, respectivamente. Esta es una limitación significativa de nuestro modelo, dado que la base imponible del IVA es una representación más restringida de los ingresos procedentes de los bienes/servicios sujetos al IVA antes de este impuesto, y el tipo del IVA es un componente del precio total, y no el precio completo.

En tercer lugar, utilizamos la EPD para calcular la repercusión en el consumo de un aumento de un punto porcentual en los tipos del IVA. La EPD calcula la variación porcentual en la cantidad demandada para un cambio en el precio de un 1 %, no de un punto porcentual. En consecuencia, se adoptó el supuesto restrictivo de que las EPD identificadas en la bibliografía para un cambio

<sup>13</sup> Aun cuando la DEP modeliza el impacto en la cantidad de un incremento del 1 % en el precio.

<sup>14</sup> Las EPD identificadas en nuestra investigación se utilizaron para formular un intervalo independiente de EPD para cada uno de los grupos de países. Se utilizó el mismo intervalo de EPD en todos los países de cada grupo.

del 1 % en el precio podrían utilizarse para modelizar una variación de hasta +40 % en el precio<sup>15</sup>.

En cuarto lugar, adoptamos el supuesto fundamental de que la EPD se mantiene en toda la gama de bienes y servicios consumidos, por ejemplo, alimentos, ropa, etc. Dado que la respuesta de la demanda a los cambios de precio difiere entre los distintos bienes, y estamos analizando el efecto agregado de muchos productos y servicios, es probable que nuestro modelo presente ciertas deficiencias. Hemos atenuado este efecto mediante el uso de un intervalo de EPD de los diferentes productos, y la modelización de los límites inferior y superior de las EPD identificadas en los estudios.

Además, el desglose de los ingresos por IVA por bienes sujetos al tipo del IVA estándar y no estándar no está disponible públicamente. Tal carencia dio lugar a que tuviéramos que suponer la proporción en que los bienes/servicios estándar y no estándar contribuyen a los ingresos por IVA, y asignar las ponderaciones correspondientes en nuestro modelo a los tipos estándar y no estándar. Las ponderaciones no estaban respaldadas por el conocimiento de los sistemas fiscales, ya que esta información no se encuentra disponible. En cambio, utilizamos ponderaciones en las que se adoptó una serie de valores para tener en cuenta diversas contribuciones posibles de cada tipo a los ingresos por IVA.

En sexto lugar, dado que carecíamos del desglose de los ingresos del IVA por tipos, en los países con más de un tipo del IVA no estándar, fue necesario suponer que cada tipo no estándar contribuía por igual a los ingresos por IVA no estándar. Con arreglo a este supuesto, calculamos un promedio de estos tipos para introducirlo como un único tipo del IVA no estándar en el modelo.

A pesar de estas limitaciones, el modelo utiliza eficientemente la información de dominio público y, cuando se publica información adicional, esta puede incorporarse al modelo, y los supuestos pueden ser menos rigurosos. Utilizamos los ingresos por IVA más recientemente disponibles en cada país, y el diseño del modelo permite una actualización eficiente de tales ingresos cuando se facilitan cifras más actualizadas.

---

<sup>15</sup> El incremento de un punto porcentual del tipo del IVA no estándar de Colombia del 2,5 % al 3,5 %, equivale a un incremento del 40 % del tipo del IVA, que representa el mayor cambio relativo del «precio» en nuestro modelo.

## Apéndice 4: Modelización del efecto de los cambios en los impuestos sobre productos nocivos – Datos y supuestos

En todos los supuestos, se calcularon los ingresos adicionales generados por el aumento de los impuestos en un 5 % con una EPD de 0, respectivamente. En el supuesto 2 se elevó la tributación en 5 puntos porcentuales, pero con EPD específicas de cada país. Se utilizaron los datos de ingresos por impuestos al alcohol de la OCDE correspondientes al ejercicio más actual disponible; sin embargo, no se diferenciaron los ingresos obtenidos de los impuestos sobre diferentes productos de alcohol y tabaco. Por consiguiente, se recopilaron datos sobre el consumo para garantizar unos ingresos fiscales debidamente ponderados (tabla 19). Los ingresos por impuestos al alcohol y al tabaco se multiplicaron posteriormente por los datos de consumo respectivos de cada país, con el fin de obtener los ingresos ponderados correspondientes a la cerveza, el vino, otras bebidas alcohólicas, cigarrillos, puros y picadura de tabaco. Países como Argentina, Uruguay, Perú y España no tienen impuestos sobre el vino, mientras que Perú carece de un impuesto sobre bebidas alcohólicas de mayor graduación. Para calcular la variación de los ingresos fiscales con un aumento de 5 puntos porcentuales en estos países, se sumaron las bases imponibles de los impuestos sobre productos nocivos a la cerveza y a otras bebidas alcohólicas (en el caso de Perú, solo se utilizó la base imponible para la cerveza), y el resultado se multiplicó por el consumo de vino per cápita (y de otras bebidas alcohólicas, por separado, en Perú).

**Tabla 19: Consumo de productos de alcohol y tabaco diferenciados**

	Consumo per cápita de cerveza	Consumo per cápita de vino	Consumo per cápita de otras bebidas alcohólicas de mayor graduación	Consumo porcentual de cigarrillos	Consumo porcentual de puros	Consumo porcentual de picadura de tabaco
<b>ARGENTINA</b>	41 %	48 %	5 %	78 %	2 %	20 %
<b>BRASIL</b>	60 %	4 %	36 %	78 %	2 %	20 %
<b>CHILE</b>	30 %	41 %	29 %	78 %	2 %	20 %
<b>COLOMBIA</b>	66 %	1 %	33 %	78 %	2 %	20 %
<b>COSTA RICA</b>	59 %	5 %	36 %	78 %	2 %	20 %
<b>ECUADOR</b>	67 %	1 %	32 %	78 %	2 %	20 %
<b>MÉXICO</b>	76 %	1 %	22 %	78 %	2 %	20 %
<b>PANAMÁ</b>	69 %	5 %	26 %	78 %	2 %	20 %
<b>PERÚ</b>	47 %	6 %	47 %	78 %	2 %	20 %
<b>URUGUAY</b>	31 %	60 %	9 %	78 %	2 %	20 %
<b>FRANCIA</b>	19 %	59 %	23 %	78 %	2 %	20 %
<b>ESPAÑA</b>	48 %	22 %	29 %	78 %	2 %	20 %
<b>RU</b>	37 %	41 %	22 %	78 %	2 %	20 %

**Fuentes:** Alcohol: Organización Mundial de la Salud, 2014; cigarrillos: Laugesen y cols., 2009.

A continuación, se calculó la variación porcentual de la base imponible del impuesto sobre productos nocivos:

$$\text{((Incremento del impuesto sobre productos nocivos – impuesto actual sobre productos nocivos) / impuesto actual sobre productos nocivos) * EPD}$$

Con este cálculo, se estimó la nueva base impositiva del impuesto sobre productos nocivos específica de cada producto, multiplicando la base imponible anterior de dicho impuesto por 1 + el cambio porcentual de la base impositiva del impuesto sobre productos nocivos. A continuación, se multiplicó la nueva base imponible del impuesto a la cerveza por el nuevo impuesto sobre productos nocivos, lo que dio lugar a los nuevos ingresos obtenidos para cada impuesto sobre productos nocivos, con un aumento de 5 puntos porcentuales en el impuesto sobre productos nocivos. Por último, el aumento de los ingresos por cada impuesto sobre productos nocivos (es decir, cerveza, cigarrillos, etc.) y cada categoría del impuesto sobre productos nocivos se calculó restando los ingresos totales originales por el impuesto sobre productos nocivos de los nuevos ingresos por dicho impuesto.

### **Limitaciones y supuestos**

Todos los datos utilizados en el modelo fueron objeto de una búsqueda exhaustiva mediante una revisión bibliográfica; sin embargo, debido a la falta de datos disponibles, se utilizaron muchos supuestos. A continuación, se describen los supuestos y las limitaciones del modelo no abordados anteriormente.

#### *Supuestos para la modelización de impuestos sobre productos nocivos*

Cuando no se dispuso de impuestos especiales en la bibliografía, se supuso que eran del 0 %. Además, tampoco se dispuso de los datos de ingresos correspondientes a productos con alcohol en Brasil, Chile, México y Perú. Por tanto, con arreglo al tamaño de la población y el PIB del país, se supuso que los ingresos eran similares a los de otros países de interés. Los datos de ingresos de Brasil, Chile, México y Perú fueron los de Uruguay. Sin embargo, para tener en cuenta la diferencia de población entre países, se tomó el ratio de la población total y se multiplicó por los ingresos (es decir, [población de Brasil/población de Uruguay]\* ingresos por impuesto sobre productos nocivos de Uruguay). Se eligieron incrementos de cinco puntos porcentuales del impuesto especial para su modelización en el caso de los productos nocivos porque representan aumentos de la tributación que, teóricamente, podrían considerarse plausibles porque se encuentran comprendidos en el intervalo de fluctuación tributaria entre los países del estudio.

Además, Brasil, Ecuador, Colombia, Perú, Uruguay y el Reino Unido carecían de un impuesto sobre los puros, mientras que Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú no contaban con un impuesto sobre la picadura de tabaco. En estos casos, se supuso que el impuesto sobre los puros o la picadura de tabaco eran los mismos que el impuesto sobre los cigarrillos. Los ingresos por tabaco en Brasil comprendían únicamente los obtenidos por cigarrillos, por lo que tales ingresos se multiplicaron por las tasas de consumo de puros y picadura de tabaco, respectivamente. La suma de estos valores se utilizó entonces como el ingreso total debido al tabaco.

No existían datos sobre la EPD en la bibliografía en muchos de los países del estudio, por lo que se formularon los supuestos que siguen. En primer lugar, todos los países del estudio utilizaron los datos de la EPD del Reino Unido para la cerveza, el vino y otras bebidas alcohólicas de mayor graduación. En segundo lugar, los países de renta alta utilizaron los datos de la EPD de Chile, y los países de renta media o media baja emplearon los datos de la EPD de Ecuador. Por último, mientras que los países del estudio, con ciertas excepciones, contaban con sus propios datos de la EPD del tabaco, Francia y España utilizaron los datos del Reino Unido. Las excepciones fueron Panamá, que utilizó la misma EPD que Uruguay, y Costa Rica que utilizó los datos de la EPD de Brasil. En este estudio también se supuso que la mayoría de las cervezas, los vinos y otras bebidas alcohólicas de mayor graduación contenían un 4,5 %, un 13 % y un 40 % de alcohol.

#### *Limitaciones para la modelización de los impuestos sobre productos nocivos*

La principal limitación es que los impuestos especiales actuales sobre productos nocivos se obtuvieron de numerosas fuentes, dando lugar a la carencia de datos cohesivos y a grandes supuestos respecto a la similitud en las EPD y los datos de ingresos e impuestos de países con falta de información. Además, los supuestos formulados respecto a países con ingresos o EPD similares a los de otros países con datos disponibles limitan la precisión del modelo, teniendo en cuenta que los datos de consumo y los impuestos en el país pueden variar. Además, el hecho de que países como Chile, México y Perú tengan impuestos sobre el azúcar, pero no se disponga de los datos de los ingresos, limita el conocimiento del impacto de tales impuestos en los ingresos. Otra limitación consiste en que la EPD del Reino Unido debía utilizarse para todos los productos con alcohol, a pesar de que el PIB y los niveles de renta son significativamente diferentes entre los países. Lo mismo ocurre en el caso del consumo de cigarrillos, puros y picadura de tabaco. La EPD de los productos del tabaco correspondió principalmente a los cigarrillos, lo que no proporciona una estimación exacta del efecto de elevar los impuestos sobre los puros y la picadura de tabaco.

## Apéndice 5: Indicadores demográficos y de salud

**Tabla 20: Indicadores demográficos y de salud**

		Población menor de 18 (en miles) <sup>1,5</sup>	Población, total <sup>2</sup>	Tasa inversa de dependencia de la población de más edad <sup>2</sup>	Tasa de dependencia inversa <sup>2</sup>	Crecimiento de la población <sup>2</sup>	Proporción de muertes causadas por enfermedades transmisibles, afecciones maternas y prenatales, y condiciones nutricionales <sup>2</sup>	Proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles <sup>2</sup>	AVAD perdidos por enfermedad <sup>4</sup>	Esperanza de vida, varones (al nacer) <sup>2</sup>	Esperanza de vida, mujeres (al nacer) <sup>2</sup>
ARGENTINA	2000	12 278	37 057 452	6,27	1,64	1,11	12,2	80,8	10.025	70,15	77,54
	2015	13 005,76	43 417 765	5,85	1,77	1,01	15,5	78,8	10.687	72,59	80,18
BRASIL	2000	59 214	175 287 587	12,8	1,84	1,45	17,4	70,3	50.343	66,25	73,97
	2015	58 432,68	205 962 108	8,73	2,28	0,85	13,8	74	51.397	71,64	78,93
CHILE	2000	5134	15 262 754	8,75	1,89	1,22	10,8	79,3	3.148	73,71	79,72
	2015	4397,65	17 762 681	6,6	2,2	0,84	7,5	85	3.933	76,71	81,74
COLOMBIA	2000	16 407	40 403 958	13,44	1,76	1,46	12,9	61,7	8.786	67,34	74,82
	2015	14 143,97	48 228.697	9,76	2,19	0,91	10,3	74,1	10.648	70,66	77,82
COSTA RICA	2000	1562	3 925 443	11,15	1,74	1,97	8,8	78,9	705	75,13	79,83
	2015	1307,54	4 807 852	7,73	2,2	1,05	6,5	83,1	935	77,23	82,11
ECUADOR	2000	5108	12 628 596	12,07	1,52	1,84	20,9	63,6	3.228	69,97	76,07
	2015	5587,75	16 144 368	9,59	1,8	1,51	14,7	72,5	3.492	73,4	78,9
MÉXICO	2000	38 933	101 719 673	12,04	1,54	1,4	17,7	70,6	22.346	71,95	76,77
	2015	42 245,07	125 890 949	10,19	1,95	1,33	9,7	79,7	26.853	74,52	79,37
PANAMÁ	2000	1062	3 030 347	11,32	1,67	1,97	19,5	69	670	72,64	77,69
	2015	1274,94	3 969 249	8,55	1,82	1,66	14,9	75,3	843	74,86	80,93
PERÚ	2000	10 219	25 914 879	12,44	1,55	1,37	31,5	58,7	7.229	67,97	73,18
	2015	10 417,09	31 376 671	9,56	1,88	1,29	20,7	68,8	6.981	72,13	77,43

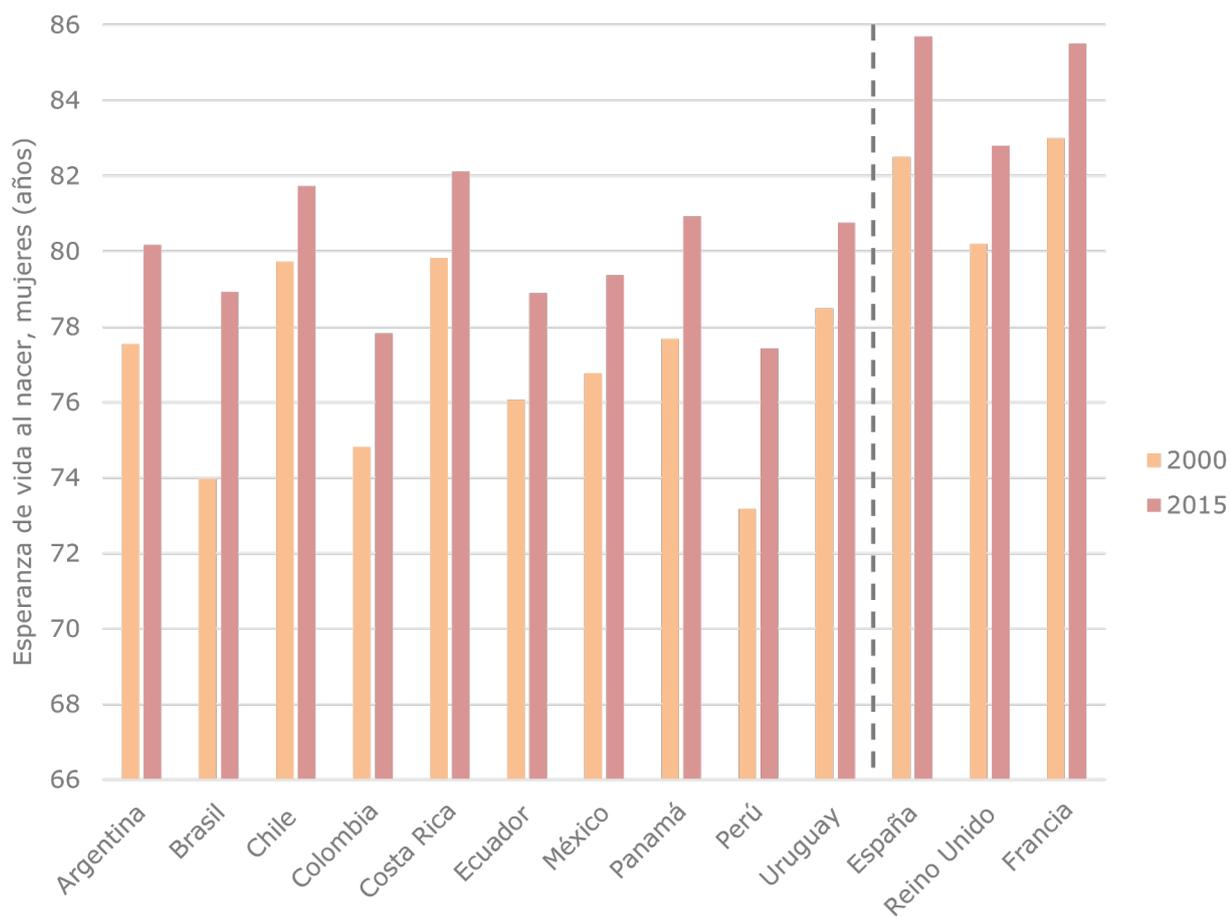
URUGUAY	2000	983	3 321 245	4,76	1,66	0,36	7,4	85,9	948	71,07	78,49
	2015	888,64	3 431 552	4,44	1,79	0,35	7,2	85,5	926	73,68	80,76
FRANCIA	2000	13 414	60 912 500	4,07	1,87	0,68	6,4	85,4	14.759	75,3	83
	2015	14 211,20	66 593 366	3,32	1,69	0,42	6	87,5	15.155	79,2	86
ESPAÑA	2000	7186	40 567 864	4,1	2,18	0,45	4,7	90,8	10.350	75,6	82,5
	2015	8119,44	46 444 832	3,51	1,96	-0,08	5,2	91,4	11.158	80,1	85,7
RU	2000	13 467	58 892 514	4,09	1,86	0,36	11,8	85	16.965	75,4	80,2
	2015	13 715,01	65 128 861	3,55	1,8	0,79	8	88,6	16.746	79,2	82,8
		Esperanza de vida saludable, varones (al nacer) <sup>3</sup>	Esperanza de vida saludable, varones (a los 60 años) <sup>3</sup>	Esperanza de vida saludable, mujeres (al nacer) <sup>3</sup>	Esperanza de vida saludable, mujeres (a los 60 años) <sup>3</sup>	Tasa de mortalidad infantil (fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos) <sup>2</sup>	Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) <sup>2</sup>	Tasa de mortalidad materna (muertes/100 000 nacidos vivos) <sup>2</sup>	Prevalencia del tabaquismo (% de adultos), varones <sup>2</sup>	Prevalencia del tabaquismo (% de adultos), mujeres <sup>2</sup>	
ARGENTINA	2000	63	13,9	68,4	17,7	17,3	11,2	60	45,3	37,8	
	2015	65,7	15,2	70,5	19	10,3	6,6	52	28,4	17	
BRASIL	2000	58,8	12,9	64,2	15,4	31,3	17,1	66	30,6	20,1	
	2015	63,1	15,1	68,4	17,7	14	8,2	44	18,4	10,5	
CHILE	2000	65,5	14,8	69,9	18,1	9,2	5,7	31	59,3	54	
	2015	67,7	16,3	71,4	19,2	7,3	5,4	22	42,5	35,1	
COLOMBIA	2000	60,2	14,1	66,8	16,2	21,2	13,7	97	27,4	13,1	
	2015	64,1	15,6	69,6	18,1	13,6	8,7	64	14,2	5	
COSTA RICA	2000	67,2	16,2	70,8	18,5	11,1	7,6	38	26,5	9,5	
	2015	68,9	17,9	72,5	19,9	7,9	6	25	17,7	6,5	
ECUADOR	2000	62,2	15,7	66,6	17,5	28,4	17,2	103	22,1	5,7	
	2015	65,8	16,8	69,5	18,6	18,3	11,5	64	12,7	2,1	
MÉXICO	2000	63,6	15,2	67,6	17,1	22,5	12,9	77	35,8	12,7	
	2015	65,5	16	69,4	17,8	12,9	7,8	38	22,1	7,1	
PANAMÁ	2000	65,4	16,5	69,7	18,8	21,9	15,2	82	25	5	
	2015	67,1	17,5	71,6	19,9	14,5	9,9	94	10,5	2,5	

PERÚ	2000	61,7	14,5	64,9	16,1	29,5	16	140	..	12,1
	2015	65,5	15,8	68,9	17,9	12,4	7,8	68	..	5
URUGUAY	2000	63,8	14	69,5	18,2	14,8	8,4	31	59,9	46,2
	2015	65,6	15,2	70,9	19,3	8	5,1	15	21,4	15,1
FRANCIA	2000	68	16,5	72,6	20,1	4,4	2,7	12	39,8	30,3
	2015	71,6	18,9	74,8	21,8	3,2	2,4	8	35,8	30
ESPAÑA	2000	68,3	16,4	72,9	19,7	4,3	2,8	5	47,3	32,1
	2015	71,9	18,4	75,2	21,6	2,8	2,1	5	32	27,5
RU	2000	67,4	15,6	70,4	18,1	5,5	3,8	12	38,9	37,5
	2015	70,7	18,1	72,7	19,9	3,7	2,7	9	25,6	20,7

**Notas:** Nota: La proporción de muertes causadas por enfermedades transmisibles, por enfermedades maternas y prenatales y por condiciones nutricionales (% del total), y la proporción de afecciones causadas por enfermedades no transmisibles no suman 100 porque excluyen la proporción de muertes causadas por lesiones (% del total).

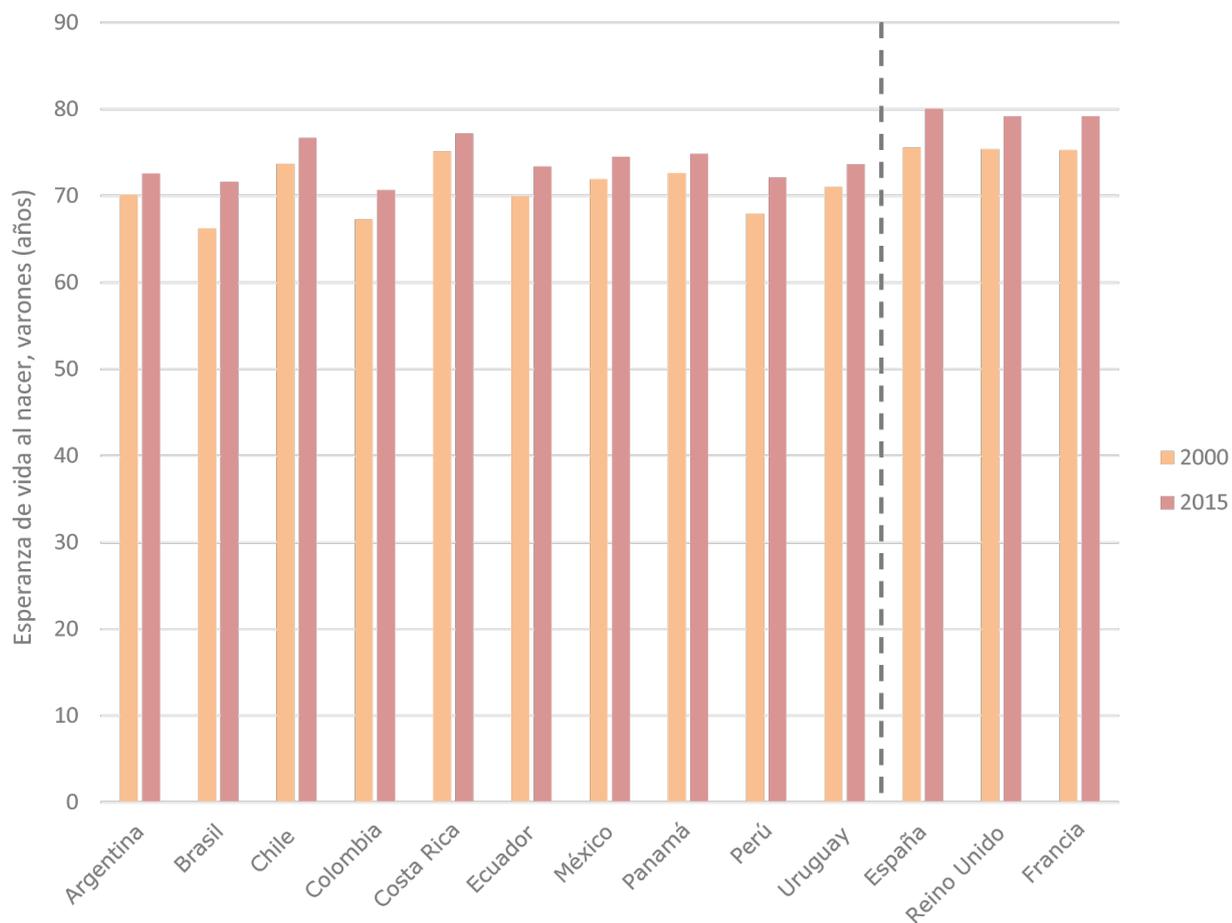
**Fuentes:** <sup>1</sup> UNICEF (2002), <sup>2</sup> Banco Mundial (2018c), <sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (2018c), <sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (2018d), <sup>5</sup> UNICEF (2016).

**Figura 37: Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)**



**Fuente:** Banco Mundial, 2018c.

**Figura 38: Esperanza de vida al nacer, varones (años)**



**Fuente:** Banco Mundial, 2018c.

## Apéndice 6: Elasticidad precio de la demanda utilizada para la modelización del IVA

Tabla 21: EPD del IVA (datos de respaldo para los países del estudio)

Fuente	Producto	Elasticidad	País/Región
<b>GALINDO Y COLS., 2015</b>	Gasolina	EPD a largo plazo: -0,31 EPD a corto plazo: -0,17	América Latina
<b>HUANG Y COLS., 2015</b>	Productos lácteos	-0,09	Argentina
<b>ALMENDAREZ-HERNÁNDEZ, 2013</b>	Agua para uso doméstico	-0,22 a -0,58	México
<b>SCHMIDT Y LIMA, 2004</b>	Electricidad	EPD a LP para: Sector residencial = -0,15 Sector industrial = -0,13	Brasil
<b>CHANG AND MARTINEZ-CHOMBO, 2003</b>		EPD a LP para: Sector residencial = -0,44 Sector industrial = -0,25	México
<b>BENAVENTE Y COLS., 2005</b>		EPD a CP para: Consumidores residenciales = -0,33 Consumidores comerciales = -0,19 EPD a LP para: Consumidores residenciales = -0,41 Consumidores comerciales = -0,21	Chile
<b>MADDOCK, CASTANO Y VELLA, 1992</b>		EPD a CP para consumidores residenciales: -0,17 a -0,47	Colombia
<b>JENKINS, 1977; SOURROUILLE, 1980</b>	Automóviles	-0,3 a -0,5	Argentina
<b>BAUMGARTEN, 1972</b>		-0,1 a -0,5	Brasil

**Tabla 22: EPD del IVA (datos de respaldo para los países de referencia)**

Fuente	Producto	Elasticidad	País/Región
<b>BOUAMRA-MECHEMACHE Y COLS., 2008</b>	Todos los productos lácteos	-0,57	Países de la UE
	Leche	-0,53	
	Productos lácteos frescos	-0,74	
	Mantequilla	-0,47	
	Queso	-0,60	
	Otros productos lácteos	-0,18	
<b>MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2004</b>	Leche y nata	-0,36	Gran Bretaña
	Queso	-0,35	
	Canales de carne	-0,69	
	Huevos	-0,28	
	Patatas	-0,12	
<b>GOBIERNO ESCOCÉS (2009)</b>	Hortalizas frescas	-0,66	
	Frutas	-0,29	
	Pan	-0,40	
<b>GREEN Y COLS., 2013</b>	Todos los grupos de alimentos combinados	-0,56	Países de renta alta
<b>SELVANATHAN Y SELVANATHAN, 1994</b>	Transporte privado	-0,5	RU
	Transporte público	-0,4	
	Comunicaciones	-0,1	

## Apéndice 7: Resultados de la modelización del IVA

Tabla 23: Modelización del IVA (EPD = 0)

	Ingresos corrientes por IVA (millones, USD)	EPD	Supuesto 1		Supuesto 2		Supuesto 3		Supuesto 4		Supuesto 5	
			Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)
<b>ARGENTINA</b>	36 789	0	38 523	1734	38 190	1401	38 103	1314	37 840	1051	38 625	1836
<b>BRASIL</b>	202 709	0	214 514	11 805	212 248	9539	211 652	8943	209 863	7154	214 246	11 537
<b>CHILE</b>	20 789	0	21 883	1094	21 883	1094	21 883	1094	21 883	1094	21 883	1094
<b>COLOMBIA</b>	13 950	0	14 677	727	14 537	587	14 501	551	14 391	441	16 623	2673
<b>COSTA RICA</b>	2499	0	2 689	190	2653	154	2643	144	2614	115	2814	315
<b>ECUADOR</b>	6352	0	6806	454	6806	454	6806	454	6806	454	6806	454
<b>MÉXICO</b>	42 419	0	45 070	2651	45 070	2651	45 070	2651	45 070	2651	45 070	2651
<b>PANAMÁ</b>	1516	0	1730	214	1689	173	1678	162	1646	130	1694	178
<b>PERÚ</b>	11 764	0	12 418	654	12 418	654	12 418	654	12 418	654	12 418	654
<b>URUGUAY</b>	4159	0	4346	187	4310	151	4301	142	4272	113	4605	446
<b>FRANCIA</b>	171 603	0	180 097	8494	178 467	6864	178 038	6435	176 751	5148	194 657	23 054
<b>ESPAÑA</b>	79 239	0	82 975	3736	82 258	3019	82 069	2830	81 503	2264	88 295	9056
<b>RU</b>	166 171	0	174 396	8225	172 818	6647	172 402	6231	171 156	4985	197 743	31 572

**Tabla 24: Modelización del IVA (EPD = límite inferior)**

	Ingresos corrientes por IVA (millones, USD)	EPD	Supuesto 1		Supuesto 2		Supuesto 3		Supuesto 4		Supuesto 5	
			Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)
<b>ARGENTINA</b>	36 789	-0,09	38 360	1571	38 058	1269	37 979	1190	37 741	952	38 451	1662
<b>BRASIL</b>	202 709	-0,09	213 389	10 680	211 339	8630	210 800	8091	209 182	6473	213 149	10 440
<b>CHILE</b>	20 789	-0,09	21 780	991	21 780	991	21 780	991	21 780	991	21 780	991
<b>COLOMBIA</b>	13 950	-0,09	14 608	658	14 482	532	14 448	498	14 349	399	16 300	2350
<b>COSTA RICA</b>	2499	-0,09	2671	172	2638	139	2629	130	2603	104	2781	282
<b>ECUADOR</b>	6352	-0,09	6762	410	6762	410	6762	410	6762	410	6762	410
<b>MÉXICO</b>	42 419	-0,09	44 817	2398	44 817	2398	44 817	2398	44 817	2398	44 817	2398
<b>PANAMÁ</b>	1516	-0,09	1708	192	1671	155	1662	146	1633	117	1676	160
<b>PERÚ</b>	11 764	-0,09	12 355	591	12 355	591	12 355	591	12 355	591	12 355	591
<b>URUGUAY</b>	4159	-0,09	4329	170	4296	137	4287	128	4262	103	4559	400
<b>FRANCIA</b>	171 603	-0,1	179 205	7602	177 746	6143	177 362	5759	176 211	4608	191 859	20 256
<b>ESPAÑA</b>	79 239	-0,1	82 583	3344	81 941	2702	81 772	2533	81 266	2027	87 233	7994
<b>RU</b>	166 171	-0,1	173 533	7362	172 120	5949	171 748	5577	170 633	4462	193 498	27 327

**Tabla 25: Modelización del IVA (EPD = límite superior)**

	Ingresos corrientes por IVA (millones, USD)	EPD	Supuesto 1		Supuesto 2		Supuesto 3		Supuesto 4		Supuesto 5	
			Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)	Ingresos procedentes del IVA (millones, USD), calculados utilizando el nuevo tipo del impuesto	Aumento de los ingresos debido al nuevo tipo del IVA (millones, USD)		
<b>ARGENTINA</b>	36 789	-0,58	37 470	681	37 339	550	37 305	516	37 201	412	37 507	718
<b>BRASIL</b>	202 709	-0,58	207 264	4555	206 390	3681	206 160	3451	205 470	2761	207 173	4464
<b>CHILE</b>	20 789	-0,58	21 215	426	21 215	426	21 215	426	21 215	426	21 215	426
<b>COLOMBIA</b>	13 950	-0,58	14 233	283	14 179	229	14 164	214	14 122	172	14 541	591
<b>COSTA RICA</b>	2499	-0,58	2570	71	2557	58	2553	54	2542	43	2603	104
<b>ECUADOR</b>	6352	-0,58	6524	172	6524	172	6524	172	6524	172	6524	172
<b>MÉXICO</b>	42 419	-0,58	43 436	1017	43 436	1017	43 436	1017	43436	1017	43 436	1017
<b>PANAMÁ</b>	1516	-0,58	1588	72	1574	58	1571	55	1560	44	1578	62
<b>PERÚ</b>	11 764	-0,58	12 017	253	12 017	253	12 017	253	12 017	253	12 017	253
<b>URUGUAY</b>	4159	-0,58	4233	74	4219	60	4215	56	4204	45	4305	146
<b>FRANCIA</b>	171 603	-0,74	173 497	1894	173 134	1531	173 038	1435	172 751	1148	173 950	2347
<b>ESPAÑA</b>	79 239	-0,74	80 079	840	79 917	678	79 875	636	79 748	509	80 437	1198
<b>RU</b>	166 171	-0,74	168 005	1834	167 653	1482	167 561	1390	167 283	1112	166 326	155

**Nota:** Cuando los ingresos obtenidos y el aumento son iguales en todos los supuestos es porque existe un único tipo, o el tipo no estándar es igual a cero. De cualquier modo, en estas situaciones se asigna una ponderación del 100 % al tipo estándar.

## **Apéndice 8: Resultados de la modelización del impuesto sobre productos nocivos**

Véase la página siguiente.

**Tabla 26: Supuesto 1 con un incremento de 5 puntos porcentuales en los impuestos sobre productos nocivos y una EPD = 0**

	Aumento de los ingresos debido al incremento del impuesto a la cerveza	Aumento de los ingresos debido al impuesto al vino	Aumento de los ingresos debido al impuesto a las bebidas alcohólicas de mayor graduación	Aumento total de los ingresos derivado de un incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto especial sobre el alcohol	Aumento de los ingresos debido al impuesto a los cigarrillos	Aumento de los ingresos debido al impuesto a los puros	Aumento de los ingresos debido al impuesto a la picadura de tabaco	Aumento total de los ingresos derivado de un incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto especial al tabaco
	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD
<b>ARGENTINA</b>	31,93	16,22	1,86	50,01	159,25	11,43	142,92	313,60
<b>BRASIL</b>	864,64	41,17	518,78	1424,59	180,78	3,62	66,68	251,08
<b>CHILE</b>	3,70	3,53	1,99	9,23	193,77	2,83	24,97	221,57
<b>COLOMBIA</b>	278,56	1,88	63,67	344,10	29,59	0,76	7,59	37,93
<b>COSTA RICA</b>	23,50	1,81	14,34	39,65	2,33	0,06	0,60	2,99
<b>ECUADOR</b>	34,10	0,15	4,89	39,13	10,02	0,26	2,57	12,85
<b>MÉXICO</b>	507,68	6,44	73,48	552,19	460,16	6,71	67,14	534,02
<b>PANAMÁ</b>	20,36	1,48	7,67	29,50	1,04	0,03	0,27	1,33
<b>PERÚ</b>	147,00	8,82	69,09	224,91	12,47	0,25	2,49	26,73
<b>URUGUAY</b>	50,94	31,27	1,17	83,38	17,61	0,45	6,50	24,56
<b>FRANCIA</b>	472,26	848,84	153,11	1523,12	1026,82	49,72	300,56	1377,10
<b>ESPAÑA</b>	494,05	137,32	130,16	761,53	606,60	50,21	191,15	847,96
<b>RU</b>	897,69	523,62	281,56	1702,87	2898,56	74,32	181,27	3154,16

**Fuente:** Cálculos de los autores utilizando datos de ingresos fiscales (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2018), consumo per cápita (tabla 19) y tipos impositivos actuales (tabla 13).

**Tabla 27: Supuesto 2 con un incremento de 5 puntos porcentuales en los impuestos sobre productos nocivos con EPD**

	Aumento de los ingresos debido al incremento del impuesto a la cerveza	Aumento de los ingresos debido al incremento del impuesto al vino	Aumento de los ingresos debido al incremento del impuesto a las bebidas alcohólicas de mayor graduación	Aumento total de los ingresos derivado de un incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto especial sobre el alcohol	Aumento de los ingresos debido al incremento del impuesto a los cigarrillos	Aumento de los ingresos debido al incremento del impuesto a los puros	Aumento de los ingresos debido al incremento del impuesto a la picadura de tabaco	Aumento total de los ingresos derivado de un incremento de 5 puntos porcentuales del impuesto especial al tabaco
	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD	Millones de USD
<b>ARGENTINA</b>	18,46	16,22	0,64	35,32	133,66	9,38	116,12	259,15
<b>BRASIL</b>	551,21	18,85	168,60	738,66	126,55	2,53	44,99	174,06
<b>CHILE</b>	2,27	1,53	0,72	4,52	144,04	2,15	19,01	165,20
<b>COLOMBIA</b>	172,53	0,89	24,38	197,80	2,02	0,05	0,52	2,59
<b>COSTA RICA</b>	13,28	0,60	2,72	16,60	1,67	0,05	0,43	2,14
<b>ECUADOR</b>	22,01	0,08	2,07	24,16	0,59	0,02	0,15	0,76
<b>MÉXICO</b>	332,67	2,94	30,06	330,27	377,12	5,62	56,20	438,93
<b>PANAMÁ</b>	11,50	0,46	1,46	13,42	0,67	0,02	0,17	0,85
<b>PERÚ</b>	97,27	8,82	69,09	175,18	1,66	0,03	0,33	13,55
<b>URUGUAY</b>	21,39	31,27	0,49	53,15	10,99	0,28	3,95	15,23
<b>FRANCIA</b>	265,71	343,53	59,18	717,34	395,20	16,70	113,34	525,24
<b>ESPAÑA</b>	273,24	137,32	43,29	453,86	233,60	13,19	71,21	318,00
<b>RU</b>	594,29	261,78	116,25	972,32	783,49	20,09	72,26	875,84

**Fuente:** Cálculos de los autores utilizando datos de ingresos fiscales (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2018), consumo per cápita (tabla 19) y tipos impositivos actuales (tabla 13).