



SERIE SALUD UNIVERSAL

ESPACIO FISCAL PARA LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Organización
Panamericana
de la Salud



OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Organización
Mundial de la Salud

ESPACIO FISCAL PARA LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Washington, D.C.
2018

Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe

ISBN: 978-92-75-320006

© **Organización Panamericana de la Salud 2018**

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

PREFACIO.....	v
RECONOCIMIENTOS	vii
RESUMEN EJECUTIVO	ix
Motivación	ix
Conceptos	x
Metodología.....	x
Resultados	xi
Conclusiones	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	5
1.1 Definición de espacio fiscal para la salud.....	5
1.2 Propiedades del espacio fiscal	8
1.3 Marco de análisis: componentes de un estudio de espacio fiscal	9
1.3.1 Componente 1: Justificación.....	10
1.3.2 Componente 2: Fuentes	11
1.3.3 Componente 3: Viabilidad	14
1.4 Tipología de estudio.....	16
1.4.1 Análisis del financiamiento.....	16
1.4.2 La aplicación de los recursos	17
CAPÍTULO 2: CONTEXTO ECONÓMICO Y SISTEMAS DE SALUD.....	19
2.1 Análisis macroeconómico.....	20
2.1.1 Crecimiento económico.....	20
2.1.2 Política fiscal y monetaria.....	22
2.1.3 Condiciones socioeconómicas.....	23
2.1.4 Economía y política.....	25
2.2 Finanzas públicas y gasto en salud.....	26
2.2.1 Déficit fiscal.....	26
2.2.2 Gasto público en salud.....	27
2.2.3 Gasto público en salud per cápita.....	29
2.2.4 Gasto de bolsillo en salud	30
2.3 Organización de los sistemas de salud.....	31
2.3.1 Recursos humanos y materiales.....	32
2.3.2 Aseguramiento y cobertura de salud	34
2.3.3 Resultados en salud	36

CAPÍTULO 3: FUENTES DE ESPACIO FISCAL.....	39
3.1 Fuente I: Recursos derivados del crecimiento económico.....	39
3.1.1 El crecimiento económico como condición	40
3.1.2 El crecimiento económico como fuente.....	40
3.1.3 Gasto público en salud y crecimiento económico.....	42
3.1.4 Crecimiento económico y contribuciones sociales.....	44
3.1.5 Resultados de los estudios	45
3.2 Fuente II: Repriorización para el sector de la salud.....	50
3.2.1 Gasto público sin deuda	51
3.2.2 Gasto social	52
3.2.3 Redistribución en los márgenes.....	53
3.2.4 Resultados de los estudios	53
3.3 Fuente III: Aumento de la recaudación tributaria	57
3.3.1 Recaudación tributaria	57
3.3.2 Recaudación fiscal por tipo de impuestos.....	58
3.3.3 Reducción de la economía informal	64
3.3.4 Aportes a la seguridad social	65
3.3.5 Impuestos específicos de salud	70
3.3.6 Reducción de los gastos tributarios	75
3.3.7 Otros impuestos	77
3.4 Fuente IV: Fuentes externas de financiamiento	78
3.4.1 Espacio fiscal a través del endeudamiento	78
3.4.2 Espacio fiscal por ayudas externas	82
3.5 Fuente V: Aumento en la eficiencia del gasto en salud.....	83
3.5.1 Medición de la eficiencia	85
3.5.2 La eficiencia del gasto en salud en la Región.....	86
 CAPÍTULO 4: ANÁLISIS POLÍTICO Y SOCIAL	 91
4.1 Aplicación del marco analítico regional	91
4.2 El análisis documental en Perú	92
4.3 Entrevistas a los agentes en Bolivia.....	93
4.4 Documental y encuestas online en Honduras	94
 CONCLUSIONES.....	 97
 BIBLIOGRAFÍA	 101

PREFACIO

La Estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud aprobada en octubre del 2014 en el 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), representa una síntesis de las mejores prácticas en la construcción y el fortalecimiento de los sistemas de salud en el mundo. Esta iniciativa se puede considerar un hito que se suma a los principios de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, que declara la salud como un derecho humano fundamental y a la declaración de Alma-Ata del año 1978 y su vocación de alcanzar la salud para todos.

Sin embargo, dadas las limitaciones de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de los países de las Américas ante las necesidades de salud de su población, el acceso universal a la salud y la cobertura universal son un objetivo aún por alcanzar.

Durante las últimas décadas, los Gobiernos han redoblado sus esfuerzos para extender la cobertura de salud a través de políticas que procuran la cobertura universal. En la Estrategia se definieron cuatro líneas estratégicas interrelacionadas que deben abordarse desde una perspectiva holística a la hora de reforzar o transformar los sistemas de salud de la Región. Estas líneas son las siguientes:

1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
4. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Salud universal) significa que todas las personas y comunidades puedan utilizar servicios de salud integrales y de calidad cuando los necesiten, a lo largo del curso de vida. Para lograr ambos objetivos, se requiere la definición e implementación de políticas y acciones, con un enfoque intersectorial, para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad. Además, al promover la salud y el bienestar, debe ponerse énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad.

La cobertura y el acceso universales son el fundamento de un sistema de salud equitativo y eficiente. La cobertura se construye a partir del acceso garantizado para la utilización de los servicios e implica que los mecanismos de financiamiento y de organización de los servicios deben ser suficientes para cubrir a toda la población. El acceso a la salud, por su parte, supone abordar los determinantes sociales y medioambientales de la salud para facilitar el pleno potencial de los individuos y asegurar un desarrollo humano sostenible.

Sin acceso universal, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Se requiere la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud, ya sean geográficas, culturales, lingüísticas o financieras, que existen por falta de servicios e intervenciones o debido al estigma y la discriminación. De este modo, los aspectos relativos al financiamiento de los sistemas de salud son clave para progresar hacia estos objetivos.

Eliminar el gasto de bolsillo, que empobrece o expone a los individuos y los hogares a gastos catastróficos y reemplazarlo por mecanismos mancomunados de prepago, financiados solidariamente

a través de impuestos e ingresos fiscales, contribuciones a la seguridad social u otros mecanismos, constituye una de las intervenciones específicas de financiamiento necesarias para aumentar el acceso a los servicios de salud de calidad y lograr impactos en los indicadores de salud. No obstante, también será fundamental para contribuir a luchar contra la pobreza y las inequidades, aumentar la productividad, aportar al crecimiento económico y alcanzar niveles más elevados de desarrollo humano y de bienestar social.

Los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud de 6% o más del producto interno bruto (PIB). Un mayor gasto en salud es una condición necesaria, aunque no suficiente, para combatir las inequidades y avanzar hacia la cobertura y el acceso universales. Se requiere también una mejor calidad del gasto que apunte a reducir las ineficiencias del sistema de salud. Por último, además de una mayor cantidad y calidad de gasto público en salud, este debe ser sostenible y fiscalmente responsable.

El concepto de espacio fiscal para la salud hace referencia a la capacidad de los gobiernos de proveer recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios. En cualquier análisis de espacio fiscal, por lo tanto, se intentan identificar las perspectivas de incremento del gasto en salud, a corto y mediano plazo, con el objetivo de dar respuesta a un conjunto de necesidades de salud claramente establecidas.

El compromiso político de avanzar hacia la salud universal debe ir acompañado de un compromiso fiscal consecuente. Sin embargo, se debe reconocer también que la salud no necesariamente es la única prioridad, ya que otros sectores sociales son también importantes (educación, infraestructura, vivienda, seguridad, etc.). Por ello, es fundamental desarrollar un diálogo social amplio que implique, en el ámbito del gobierno, al ministerio de hacienda o finanzas (además de otras instancias políticas de primer nivel) y a toda la sociedad, extendiendo la participación al mundo académico, las sociedades científicas, los sindicatos y corporaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.

Para que un diálogo social amplio de este tipo produzca los resultados esperados, debe asentarse en información transparente y detallada sobre el impacto de un mayor gasto público en salud en la extensión de la cobertura y el acceso.

Estos esfuerzos se enmarcan en un momento crucial en la Región de las Américas, en particular en los países de América Latina y el Caribe. Estos se encuentran en un proceso único de reformas de sus sistemas de salud y, por primera vez en la historia, han formalizado su intención de aumentar el gasto público en salud y poner decididamente rumbo a un acceso real y efectivo a la atención de salud a través de la estrategia de salud universal. Sin este logro básico de bienestar, no será posible avanzar en la cohesión social y el desarrollo social de los países de la Región.

Esta publicación reúne y sintetiza los trabajos producidos por la OPS sobre el tema de espacio fiscal para la salud universal en las Américas. A su vez se nutre del foro regional celebrado en Washington, D.C. los días 7 y 8 de diciembre de 2015. Con este documento, dirigido a los técnicos responsables de elaborar políticas, tomadores de decisión y autoridades, la OPS espera contribuir al análisis y reflexión en torno a las políticas de financiamiento de la salud en el camino hacia la Salud universal.

James Fitzgerald

Amalia Del Riego

RECONOCIMIENTOS

Los autores de este trabajo son los economistas Mauricio Matus-López, Consultor Internacional de la OPS y Profesor de la Universidad Pablo de Olavide de España y Camilo Cid-Pedraza, Asesor Regional en economía de la salud y financiamiento de la OPS en Washington D. C.

Esta publicación se basa en trabajos producidos por la OPS sobre el tema de espacio fiscal para la Salud universal en las Américas, que son los siguientes:

- Báscolo, E., Lagos F., Gómez L., Yavich N., Moscoso N., 2015. Estudio espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en países seleccionados y la sustentabilidad de la oferta de servicios en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Matus-López, M., y Prieto, L., 2015. Espacio Fiscal para Salud en Perú, Lima: Organización Panamericana de la Salud. Publicado un resumen actualizado en: Matus-López, M., Prieto, L., y Cid, C. 2016. Evaluación del Espacio Fiscal para la Salud en Perú. Revista Panamericana de la Salud, 40 (1): 64-69.
- Matus-López, M., y Valdés, W., 2016. Espacio Fiscal para Salud en Bolivia. Santa Cruz: Organización Panamericana de la Salud. Publicado un resumen actualizado en: Matus-López, M., Cansino, D., Cid, C., y Valdés, W., 2017. Evaluación del Espacio Fiscal para Salud en Bolivia. Revista Panamericana de la Salud. [En prensa].
- Prieto, L., y Montañez, V., 2016. Espacio Fiscal para Salud en Honduras, Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicado un resumen actualizado en: Prieto, L., Montañez, V., y Cid, C. 2017. Espacio Fiscal para Salud en Honduras. Revista Panamericana de la Salud. [En prensa].

Además, se nutre de aportes del foro realizado en Washington D.C. por la OPS, resumido en las siguientes publicaciones.

- OPS/OMS, 2015. Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas. Documento de trabajo, Washington D.C., diciembre de 2015.
- PAHO/WHO, 2015. Regional Forum. Universal health: An indispensable Investment for Sustainable Human Development. Report. December 7-8, 2015. PAHO/WHO Headquarters. Washington, D.C.

Este trabajo se realizó bajo la supervisión de James Fitzgerald, Director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y de Amalia Del Riego, Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso.

Valoramos especialmente la revisión y los aportes técnicos de los economistas Cristian Morales-Fuhrmann, Representante de la OPS en Cuba y Juan Pablo Pagano, Consultor Internacional de la OPS. También agradecemos a Rossana Quiñones, Consultora Internacional de la OPS y a América Valdés, Especialista en gestión del conocimiento y comunicación, quienes coordinaron el proceso editorial de esta publicación.

Este trabajo pretende aportar una mirada integral que acuñe y promueva nuevas discusiones y análisis que ayuden a la reflexión en torno a las políticas de financiamiento de la salud en el camino hacia la salud universal en la Región.



RESUMEN EJECUTIVO

Motivación

En la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Salud universal) aprobada en octubre del 2014 en el 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se definió el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud como la situación en que todas las personas y comunidades puedan utilizar servicios de salud integrales de calidad cuando los necesitan, a lo largo del curso de vida y sin dificultades financieras, para lograr la salud y el bienestar.

La cobertura y el acceso universales son el fundamento de un sistema de salud equitativo y eficiente. Para aumentar el acceso a los servicios de salud de calidad que se necesitan para impactar en los indicadores de salud, alcanzando niveles más elevados de desarrollo humano y de bienestar social, los mecanismos de financiamiento y de organización de los servicios deben ser suficientes para cubrir a toda la población, de forma que se elimine la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud y se proteja a los individuos del riesgo financiero. Así, los mecanismos actuales de financiamiento deben reemplazarse por nuevos recursos, enmarcados en sistemas de prepago mancomunados, financiados solidariamente a través de impuestos e ingresos fiscales o contribuciones a la seguridad social, entre otros.

Los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud de 6% o más del producto interno bruto (PIB) y este es el porcentaje que se establece como referencia para los países en la estrategia para la salud universal de la OPS. Un mayor gasto, sin embargo, es una condición necesaria, aunque no suficiente, para combatir las inequidades y avanzar hacia la salud universal. Además de mayores recursos, debe mejorar la calidad del gasto, con una reducción de las ineficiencias del sistema de salud. Asimismo, el aumento del gasto público en salud debe darse de forma sostenible y fiscalmente responsable.

En definitiva, se trata de entender la necesidad del aumento del espacio fiscal para la salud como una condición necesaria, pero enmarcada en un proyecto de transformación de los sistemas de salud. Estas transformaciones deben apuntar a la equidad y la eficiencia del gasto, crear o fortalecer sistemas integrales e integrados de salud, con un primer nivel de atención resolutivo y articulador de redes, basado en un enfoque de atención primaria de salud que brinda no solo servicios curativos, sino también de promoción y prevención en salud.

Conceptos

El compromiso político de avanzar hacia la salud universal debe ir acompañado de un compromiso fiscal consecuente. En este sentido, el concepto de espacio fiscal para la salud hace referencia a la capacidad de los Gobiernos de asignar recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud, sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios.

El espacio fiscal para la salud se centra en la capacidad y viabilidad de estas fuentes adicionales de financiamiento, pero no responde a todos los interrogantes y aspectos relacionados con el gasto en salud. En los casos en que el camino de transformación del sistema de salud se encuentra definido de antemano, o en proceso de definición, los estudios de espacio fiscal pueden adquirir una importancia crucial y responder de manera efectiva a la interrogante de si las intervenciones podrán ser financiadas de manera sostenible. El volumen de recursos necesarios para avanzar de forma efectiva hacia la salud universal dependerá de los costos de la atención, la infraestructura y los precios nacionales y, por lo tanto, pueden implicar esfuerzos diferentes entre países.

La economía de la Región se ha estancado en los últimos años, y existe cierta incertidumbre sobre el rumbo futuro. Además, los países no siempre siguen la recomendación de desarrollar una política fiscal anticíclica, y los Gobiernos enfrentan importantes presiones de contención del gasto público. En este contexto, y en caso de que no se retorne a las trayectorias de crecimiento económico anteriores que favorecen por sí mismas un aumento en la recaudación, se crea una tensión entre prioridades sociales que dificulta los esfuerzos para aumentar los presupuestos de salud.

Por otra parte, si bien el crecimiento económico afecta directa e indirectamente a los ingresos públicos con una correlación positiva, esta no es lineal o proporcional. Por ello, no es fácil predecir el gasto público solo considerando las proyecciones de crecimiento, lo que es una limitación en algunas metodologías de cuantificación del espacio fiscal.

Metodología

Un estudio de espacio fiscal consiste básicamente en un diagnóstico sobre las potenciales fuentes adicionales de recursos para el sistema de salud, evaluándolas en términos de cuantía y viabilidad. En este contexto, no se trata solo de buscar la forma de obtener más ingresos vía impuestos u otros medios, sino que la distribución del gasto y las mejoras organizacionales que conduzcan a una mayor equidad son igualmente importantes para el logro de la salud universal.

En esta publicación se compila la información de varios trabajos sobre espacio fiscal desarrollados por la OPS durante los últimos tres años (en concreto, un estudio regional de trece

países y otros tres estudios específicos de país referentes a Bolivia, Honduras y Perú), con la intención de contrastar y analizar sus resultados bajo un mismo marco de análisis. Además, se expande y actualiza la información de contexto de los países, incluyendo información al respecto de todos los países de América Latina y el Caribe, no solo de los países que específicamente forman parte de los estudios analizados. Así, el resultado final es una panorámica del estado actual en esta materia en relación con esta parte de la Región de las Américas.

En los trabajos analizados se realiza una revisión sistemática de la bibliografía disponible y se identifican características o condiciones específicas que se deben cumplir en la búsqueda de espacio fiscal. En este sentido, se definen cuatro aspectos importantes: sostenibilidad, justificación, adición de recursos y voluntad política y social.

El análisis se estructura en tres componentes. El primero hace referencia a los motivos por los cuales se requieren nuevos recursos para la salud. El segundo se centra en las potenciales fuentes de espacio fiscal, que son básicamente cinco: recursos resultantes del crecimiento económico, reasignación de presupuestos, aumento de la recaudación tributaria, mayor eficiencia del gasto público y fuentes externas. Por último, el tercer componente es la evaluación de la viabilidad político-social de las fuentes de financiamiento. En la mayoría de los casos la viabilidad depende de los planteamientos de los poderes políticos y el diálogo social. Estas cuestiones están en constante cambio y dependen de la legitimidad, transparencia y profundidad democrática del sistema político.

Resultados

El **crecimiento económico** es la fuente más estudiada de espacio fiscal. Al aumentar la recaudación fiscal, y de mantenerse la distribución del gasto público por sectores, aumentan los recursos económicos para la salud.

En el estudio para trece países analizado, referente al periodo entre el 2002 y el 2012, se constató que en la mayoría de los casos el gasto público en salud aumentó más que el PIB en términos porcentuales y per cápita, con Ecuador y Paraguay como los países en los que se produjo un mayor crecimiento.

Los resultados del estudio específico sobre Perú, por su parte, indican que un escenario optimista (alta elasticidad del gasto público en salud con respecto al PIB) este gasto podría aumentar hasta 4,23% del PIB en el 2020, mientras que en un escenario pesimista (elasticidad menor) podría disminuir. En la actualización con la información disponible de los últimos datos (posteriores al estudio) se observa una tendencia positiva, y el valor real del gasto público en salud para el 2014 (3,3% del PIB) se sitúa en valores por encima de lo previsto en el escenario optimista.

En el estudio para Bolivia, el crecimiento económico esperado debería estar asociado a mayores recursos para la salud. En el escenario más favorable, el gasto público en salud alcanzaría un nivel de 5,3% para el 2021, y en el peor de los casos llegaría a 4,8% del PIB. En lo que respecta a Honduras, los resultados son favorables para las contribuciones sociales como fuente de espacio fiscal derivada del crecimiento económico, ya que las elasticidades observadas son positivas en los escenarios neutro y optimista, sin embargo el efecto global de este escenario es moderado.

La **repriorización de salud** dentro del gasto público total en los países, si bien aparece como una fuente importante de espacio fiscal a *priori* (dada la baja priorización fiscal para la salud en la Región) se encuentra con la dificultad de la estructura poco flexible del gasto público en general, que disminuye su viabilidad.

En el estudio específico para Honduras, se observa que el aumento de la ayuda internacional ha disminuido la participación del gasto en salud en el presupuesto público, además de existir una mayor priorización de otros sectores, como defensa y seguridad, que deja poco margen para una repriorización de salud.

Para el caso de Perú, el problema de financiamiento del sector salud se encuentra más en la dimensión del total de los ingresos públicos que en la priorización en salud. Es decir, más en el volumen de la recaudación que en su distribución funcional.

En Bolivia, sin embargo, se observa una recaudación pública moderadamente alta, pero con una baja prioridad fiscal para la salud (11,8%), lo que da lugar a ganancias potenciales de espacio fiscal por esta vía, pero con el riesgo de crear problemas de financiamiento en otras áreas, como educación o los programas de lucha contra la pobreza.

Los **impuestos** son la fuente de espacio fiscal que presenta más desarrollo y oportunidades en los estudios que han servido de base para este documento. La evidencia para Perú favorece la ampliación de la carga tributaria progresiva relacionada con el ingreso (impuestos directos), pero sin excluir la posibilidad de aumentar la tributación asociada a la explotación de los recursos naturales. El mix de reformas que aumente la recaudación y modifique la balanza hacia los impuestos directos dependerá de las preferencias sociales y políticas.

En Bolivia parece existir, al igual que en el caso de Perú, margen para el aumento de la recaudación a través de impuestos directos, pero menos por impuestos que gravan el consumo (indirectos). El estudio específico para el país hace una aproximación del espacio fiscal que resultaría de reducir una cuarta parte la brecha impositiva sobre renta y beneficios con respecto a los países de la Región. El resultado sería de 0,4 puntos del PIB.

En Honduras, la reforma tributaria habría elevado en 0,5 puntos del PIB la recaudación de impuestos directos, y en 2,2 puntos del PIB la de impuestos indirectos. El estudio específico concluye que, debido a lo reciente de la última reforma, existe muy bajo margen para concebir que se realice un nuevo esfuerzo en este sentido.

El efecto de una **reducción de la economía informal** en la capacidad de recaudación (de mantenerse la actual distribución de recursos a salud dentro del Gasto Público Total), que es otra de las fuentes de espacio fiscal consideradas, sería de entre 0,15% y 0,47% del PIB en promedio en el conjunto de los países analizados en el estudio regional. Un margen que, al igual que los cálculos de aumento de alícuotas, está delimitado por distintos escenarios de mayor y menor impacto.

El **aumento de los impuestos específicos de salud**, como los que gravan el consumo de tabaco y alcohol, es otra posible fuente de espacio fiscal. En el caso del impuesto al tabaco en Bolivia y Perú parece factible, pero con un impacto de espacio fiscal en términos del PIB reducido. No obstante, hay que agregar los posibles ahorros futuros derivados de una esperada reducción en la utilización de los servicios de salud y una disminución de la mortalidad prematura (elementos no incluidos en el estudio). Estos recursos adicionales podrían dirigirse también de forma prioritaria al sector salud.

Por su parte, Perú es uno de los países con más alto consumo de alcohol del continente. En el 2013 se implementó un aumento del impuesto selectivo al consumo sobre cervezas, vinos y licores según el grado alcohólico, que deja cerrada por el momento la discusión al respecto. Por su parte, la última reforma tributaria en Honduras tuvo la misma implicancia para el impuesto a los alcoholes. La subida reciente de 15% a 18% excluyó la posibilidad de considerar un espacio fiscal en el corto plazo proveniente de nuevas modificaciones en este sentido.

El grueso de los **gastos tributarios** (reducciones de ingresos fiscales relacionadas con exenciones, reintegros, deducciones, etc.) en Honduras se produce casi en iguales proporciones en los impuestos sobre las ventas (29,5% del total) y los derechos de importación (28,2% del total). Un mínimo de decisión política para reducirlos podría aumentar la recaudación en más de un punto del PIB. El estudio específico de Perú estima un espacio fiscal de 0,48 puntos del PIB aproximadamente y que una reducción de, por ejemplo, el 10% de los gastos tributarios a la industria exportadora podría suponer un margen de espacio fiscal de entre 0,07% y 0,1% del PIB.

Las **fuentes externas** de financiación, en general, no se recomiendan como fuente de espacio fiscal, debido a su volatilidad y fragmentación. En Honduras se asocian con un *trade-off* entre ayuda externa y recursos propios, y la priorización de otros sectores, a los que se desplaza la asignación de fondos de impuestos generales, a raíz del aumento de la ayuda externa para el sector de la salud. Los nuevos recursos no han venido a aumentar el presupuesto, sino a liberar los existentes hacia otros sectores.

La **eficiencia** es una fuente particular de espacio fiscal. La cuantificación del nivel de eficiencia del gasto en salud es compleja y representa un área de investigación más amplia que sobrepasa el estudio delimitado del espacio fiscal. Sin embargo, en los estudios analizados, la eficiencia del gasto en salud con respecto a la esperanza de vida y los años de vida saludables es positiva para Perú. Así, en uno de los estudios se encuentra entre los cinco países en desarrollo más eficientes de un total de 80 estudiados entre el 2001 y el 2010. Considerando esto, y los rendimientos marginales decrecientes del gasto, se han estimado ganancias de 5% de eficiencia en el gasto, que para Perú representarían un espacio fiscal equivalente a 0,16% del PIB para el 2014.

Por su parte, Bolivia ocupa el lugar 28 en relación con la eficiencia en salud entre 45 países de ingreso medio-bajo considerados en un estudio, cifra que lo sitúa por detrás de los países latinoamericanos. En otro análisis se estima que una mejora de 5% de la eficiencia en el gasto público en salud, permaneciendo igual el resto de las condiciones, podría crear un espacio fiscal de la misma dimensión en el gasto público en salud, lo que equivaldría a aproximadamente 0,1% del PIB.

En estos últimos dos casos, los estudios de la OPS hacen especial mención a la necesidad de mejorar los mecanismos de pago y distribución del gasto público en salud y, particularmente, de acabar con las ineficiencias e inequidades que representan los seguros de salud establecidos como compartimentos estancos y sin canales de solidaridad. La fragmentación de los distintos seguros públicos y privados desaprovecha la eficiencia de las economías de escala y las ganancias de la mancomunidad del riesgo, a la vez que incrementa las asimetrías de información y favorece los procesos de selección de la población beneficiaria de acuerdo a riesgo de enfermar.

El **análisis de factibilidad político-social** está menos desarrollado en términos metodológicos. Las herramientas en algunos casos son útiles y ofrecen información valiosa, pero no alcanzan a abordar los riesgos y condiciones necesarias para que las posturas se transformen en acciones. Sin embargo, los métodos usados en los trabajos aquí considerados avanzan y es posible identificar rasgos comunes en el análisis político de los casos, como la preferencia por la ampliación de la base impositiva y la disposición generalizada a aumentar los impuestos a bienes dañinos para la salud.

Conclusiones

La creación de nuevos ingresos, con una mayor presión fiscal, por la vía de la recaudación de impuestos, además de aportar recursos, está correlacionada positivamente con mejores indicadores de salud, tal como demuestra la literatura científica. Además del nivel de recaudación, la estructura del sistema impositivo es clave en el objetivo de mejorar la equidad. Los sistemas basados principalmente en impuestos indirectos, como es el caso de la mayoría de los países de la Región, tienden a ser más regresivos, ya que representan una mayor carga sobre los hogares más pobres. Lo contrario ocurre en aquellos en los que tienen mayor peso los impuestos directos, principalmente sobre la renta o el patrimonio.



Relacionado con lo anterior, el aumento en la eficiencia de la recaudación hace referencia a evitar la evasión y la elusión impositivas, y fomentar la formalidad de las economías. En este punto, cabe llamar la atención sobre los gastos tributarios, tales como la aplicación de exenciones o reducciones extraordinarias de las normas generales de los impuestos. Muchas de estas excepciones se crearon en momentos específicos y con fines concretos, pero posteriormente no han vuelto a evaluarse.

Para impulsar el aumento del espacio fiscal se requiere desarrollar un diálogo social ampliado que involucre a todos los actores. Estas decisiones, que implican a los Estados, suelen ser de tipo político y se sustentan mayormente en argumentos técnicos. Existen varias modalidades de impulso de este tipo de diálogos, para los que además es un requisito fundamental contar con análisis técnicos.

En síntesis, los estudios de espacio fiscal que la OPS ha estado desarrollando muestran que, en general, en los países existen posibilidades de creación de espacio fiscal para la salud, pero que el crecimiento económico no es suficiente para generar estos recursos adicionales necesarios para dar respuesta a las necesidades de financiamiento.

Surge invariablemente la necesidad de recaudar más y de mejor forma los recursos fiscales. En la mayoría de los casos aparece la conveniencia de revisar los gastos tributarios para identificar las exenciones injustas o sin beneficios para los países. También existen argumentos y espacio para aumentar los impuestos de salud específicos (principalmente, sobre el alcohol y el tabaco); aunque la recaudación sea baja en estos casos, los ahorros previsible para el sistema pueden ser altos. Las medidas de mejora de la eficiencia deben acompañar a estos esfuerzos, con el impulso de los principios establecidos en la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Desde el punto de vista político, los créditos y las donaciones no son una fuente viable para los Gobiernos en el mediano y largo plazo.

Las condiciones políticas de los países no son menos importantes que el crecimiento económico, y muchas veces lo condicionan. Tanto la estrategia de transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal como la discusión de espacio fiscal para la salud pasan más por una decisión política que técnica. De hecho, los países con sistemas democráticos más desarrollados permiten una asignación social de los recursos más eficiente, donde la salud aparece como una necesidad prioritaria. Sin embargo, tampoco es posible tomar decisiones correctas sin la evidencia técnica disponible.

Finalmente, de las limitaciones de este estudio surgen perspectivas y la necesidad de seguir desarrollando una agenda de investigación que extienda el análisis de espacio fiscal tanto en términos geográficos (subregiones y países) como respecto de los aspectos que no se abordan en esta publicación y que pueden redundar en más fuentes potenciales de espacio fiscal, como son la eficiencia en la recaudación, las tasas diferenciales entre sectores de la economía y la eficiencia social del espacio fiscal en la perspectiva de salud universal y de los objetivos de desarrollo sostenible con vistas al 2030.



INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta publicación es analizar y divulgar los resultados de varios estudios de espacio fiscal realizados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el ámbito de la Región de las Américas, específicamente para América Latina y el Caribe.

El primero de estos estudios es un análisis regional que abarca trece países: Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Honduras, Guyana, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y Perú (Báscolo *et al.*, 2015). Los otros trabajos consisten en estudios específicos para países concretos e informes de discusiones o eventos sobre el tema organizados por la OPS. Uno de ellos es el estudio de las fuentes de espacio fiscal para la salud en Perú (Matus-López y Prieto, 2015), cuyos principales resultados fueron publicados también como artículo en la *Revista Panamericana de Salud Pública* (Matus-López, Prieto y Cid, 2016). En otro se abordó la situación específica del espacio fiscal para la salud en Honduras (Prieto y Montañez, 2016). Y el cuarto estudio correspondió a un análisis de espacio fiscal para la salud en Bolivia (Matus-López y Valdés, 2016). De forma similar al trabajo de Perú, un resumen de estos dos últimos estudios, actualizado, se está publicando en una serie especial sobre el tema de financiamiento y espacio fiscal para la salud universal en la *Revista Panamericana de Salud Pública* (Matus-López *et al.*, 2017) (Prieto, Montañez y Cid 2017).

Adicionalmente, esta publicación se hace eco de dos documentos de la OPS surgidos del foro regional “Salud universal: una inversión indispensable para el desarrollo humano sostenible”, realizado en Washington DC en diciembre del 2015. Estos son el documento conceptual del foro (OPS, 2015a) y el informe de resumen del encuentro (PAHO, 2016).

La información aportada por estos trabajos se ha enmarcado en una misma línea de investigación y marco de análisis, agregando, expandiendo y actualizando hasta donde es posible, los contextos

comparativos. Así, el resultado final es una panorámica del estado actual en esta materia para América Latina y el Caribe. Tiene, así, una triple utilidad. Por una parte, proporciona al lector poco avezado en estos temas una aproximación teórica al espacio fiscal aplicada al análisis de casos reales. Por otra parte, proporciona a los investigadores y responsables políticos una descripción de las metodologías empleadas hasta ahora, de las que se derivan reflexiones sobre cuestiones en las que es necesario mejorar o profundizar. Finalmente, también permite a los tomadores de decisiones entender de manera simple la complejidad del concepto de espacio fiscal y las diferentes alternativas que se ofrecen para aumentarlo con vistas a avanzar hacia la salud universal.

Para alcanzar estos objetivos, esta publicación se divide en cuatro capítulos. En el primero se ofrece un marco teórico basado en los conceptos de espacio fiscal propuestos en la literatura científica e institucional. Este marco determina las directrices metodológicas de los posteriores análisis.

En el segundo capítulo se analizan los contextos de estudio para América Latina y el Caribe, en sus aspectos macroeconómicos, de gasto en salud y de organización de los sistemas de salud.

En el tercer capítulo se entra de lleno en la aplicación metodológica del análisis de espacio fiscal para la salud. A partir de aquí, en el documento se analizan los resultados de la cuantificación de las fuentes de espacio fiscal en sus componentes y se reflexiona sobre ellos:

- a) Crecimiento económico.
- b) Repriorización para la salud.
- c) Aumento de la recaudación tributaria.
- d) Mejoras en la eficiencia del gasto en salud.
- e) Fuentes externas de financiamiento.

A esta revisión se agrega, en el cuarto capítulo, la descripción de cómo los estudios han enfrentado el análisis de factibilidad política y de diálogo social.

Por último, la publicación finaliza con las conclusiones generales de esta revisión, en las que se destacan los aprendizajes metodológicos y teóricos, y se proponen líneas de actuación que permitan ampliar y profundizar los estudios en esta materia para que sean un conocimiento robusto y útil en los procesos de reivindicación y diálogo social por el aumento de los recursos públicos para la salud.

Como se verá en las siguientes páginas, el estudio de espacio fiscal para la salud es amplio. Aborda el análisis económico, institucional, sanitario y político de diferentes países, lo que supone un desafío mayor para los investigadores por la necesidad de incorporar una visión multidisciplinar en cada uno de los aspectos considerados. Este desafío es también una limitación, pues la amplitud de los temas no permite una profundización en cada uno de ellos. Hay multitud de variables y complejidades relativas a cada fuente de nuevos recursos que muchas veces se dejan fuera del estudio. Sin embargo, precisamente esta amplitud es lo que da el valor añadido a los trabajos de espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe: proporcionan la suficiente transversalidad y distancia panorámica para contemplar con un mayor ángulo de análisis las posibilidades de aumentar los recursos a salud.

Una segunda desventaja es la enorme variedad y cantidad de información que estos trabajos requieren, y que impide que se disponga de la suficiente actualización que se desearía. En este sentido, la generación de información va relativamente rezagada con la velocidad a la que se producen los acontecimientos. El lado positivo es que esta misma revisión pone de relieve la necesidad de impulsar la producción de información con mayor periodicidad. Solo contando con ella se podrán tomar decisiones acertadas.

Con todo, el esfuerzo de esta publicación merece la pena. Se espera que sus resultados sean útiles en un momento crucial en la Región, en particular para los tomadores de decisión y los actores implicados en los procesos de transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. Estos se encuentran en un proceso único de reformas de sus sistemas de salud y, por primera vez en la historia, han formalizado su intención de aumentar el gasto público en salud y poner decididamente rumbo a un acceso real y efectivo a la atención de salud para sus ciudadanos. Sin este logro básico de bienestar, no será posible avanzar en la cohesión social y el desarrollo de los pueblos de los países de la Región de las Américas.

CAPÍTULO 1



MARCO TEÓRICO

1.1 Definición de espacio fiscal para la salud

Existe cierto consenso intuitivo en torno a lo que se entiende por espacio fiscal y espacio fiscal para la salud. No obstante, a la hora de concretar su definición aparecen distintos matices e incluso diferentes interpretaciones.

Los trabajos más citados, y considerados por casi todos los especialistas como el origen del concepto, son los de Heller (2005a; 2005b). Estos se realizaron en el marco de los programas de ayuda del Fondo Monetario Internacional (FMI), centrados en los países pobres y con vistas al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

No obstante, el concepto ha evolucionado, de la mano de este mismo autor y de otros muchos que se incorporaron a esta línea de estudio de la política fiscal. Así, más de una década después, se ha desarrollado un marco teórico y metodológico más completo. Han surgido interpretaciones nuevas y se ha extendido el estudio a países de ingreso medio e incluso a países desarrollados.

En este apartado se realiza una revisión de los aportes de los principales autores y las definiciones conceptuales en torno al espacio fiscal para la salud. Sobre ellas se basan las metodologías de cuantificación aplicadas y los resultados obtenidos.

Origen del concepto

La piedra angular de los estudios de espacio fiscal para la salud, como se avanzó antes, es el trabajo de Peter Heller, director del Departamento de Asuntos Fiscales del FMI, publicado en la serie Policy Discussion Papers de esta institución en el año 2005. En dicho documento, el autor abordó el

concepto de espacio fiscal de forma genérica, proponiendo una definición que se cita en casi la totalidad de los trabajos que le siguieron:

[El espacio fiscal] es la disponibilidad de espacio presupuestario que permite al Gobierno proveer los recursos para un propósito deseado, sin ningún perjuicio para la sustentabilidad de la posición financiera del Gobierno¹ (Heller, 2005a, 3).

Seguidamente, propuso tres fuentes de creación de espacio fiscal: en primer lugar, el aumento de impuestos; en segundo lugar, la repriorización del gasto en salud al interior de los presupuestos públicos; y, en tercer lugar, el aumento de ayudas externas para el financiamiento en salud. Estas fuentes se analizaron muy brevemente en su primer trabajo del 2005, con una discusión orientada a cómo los programas del FMI podrían favorecer la generación de estos recursos.

Ese mismo año, Heller volvió sobre el tema (Heller, 2005b). En esta ocasión agregó a la primera definición un segundo condicionante: además de mantener la sustentabilidad de las finanzas del Gobierno, el espacio fiscal debía mantener la estabilidad de la economía².

Asimismo, en dicho artículo agregó cuatro fuentes adicionales de creación de espacio fiscal: mejoras en la eficiencia de la gestión de los gobiernos, incremento de los créditos, expansión monetaria y políticas macroeconómicas sanas.

Sin embargo, no es sino hasta el año siguiente cuando Heller aplicó a situaciones concretas el concepto de espacio fiscal para la salud (Heller, 2006). Lo hizo nuevamente en el marco de los esfuerzos por cumplir los ODM, y basándose en las experiencias de Malawi, Zambia y Tanzania. Para ello, retomó la primera definición, que destaca la condición de sustentabilidad de la situación financiera de los Gobiernos, y agregó una nueva característica: los recursos deben ser adicionales a los existentes³. Asimismo, en relación con las fuentes, cambió la interpretación sobre las políticas macroeconómicas sanas, que abordó como un requisito y no como una fuente de espacio fiscal.

Años más tarde, Tandon y Cashin (2010) ampliaron, modelaron y aplicaron más extensivamente los estudios de espacio fiscal a países de ingresos medios-bajos y bajos. Estos autores adaptaron la definición tradicional de espacio fiscal para la salud, agregando la condición de que la priorización de un sector no dañe a otros esenciales:

El espacio fiscal específico para la salud se refiere a la habilidad de los Gobiernos para aumentar el gasto del sector sin dañar su solvencia de largo plazo o restringir el gasto en otros sectores necesitados para alcanzar otros objetivos de desarrollo (tales como otros ODM no sanitarios)”⁴ (Tandon y Cashin, 2010, 11).

1 “... is the availability of budgetary room that allows a government to provide resources for a desired purpose without any prejudice to the sustainability of a government’s financial position” (Heller, 2005a, 3).

2 “... room in a government’s budget that allows it to provide resources for a desired purpose without jeopardizing the sustainability of its financial position or the stability of the economy” (Heller, 2005b, 1).

3 “Fiscal space can be defined as the capacity of government to provide additional budgetary resources for a desired purpose without any prejudice to the sustainability of its financial position” (Heller, 2006, 75).

4 “... fiscal space specifically for health refers to the ability of governments to increase spending for the sector without jeopardizing the government’s long-term solvency or crowding out expenditure in other sectors needed to achieve other development objectives [such as some of the other non-health Millennium Development Goals (MDGs)]” (Tandon y Cashin, 2010, 11).

Los autores que han continuado trabajando en esta línea han considerado en su mayoría estas definiciones, con diversos matices, aunque no exclusivamente. Hay otras interpretaciones más amplias, principalmente sobre espacio fiscal genérico, como las que se comentan a continuación.

Evolución del concepto y otras interpretaciones

Entre estas otras interpretaciones, cabe destacar la que hacen dos economistas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), vinculando espacio fiscal y crisis económica. Estos autores abordaron el espacio fiscal como una herramienta frente a *shocks* externos (Jiménez y Fanelli, 2009) y, más tarde, expandieron esta interpretación a la política económica anticíclica en su conjunto (Fanelli y Jiménez, 2010). En ambos casos, se exime al concepto del condicionante de recursos adicionales, dando énfasis a la primera definición de Heller. Así, considera como parte del espacio fiscal la opción de reducir ingresos públicos para fomentar el consumo sin dañar las finanzas públicas. Una especie de ahorro o margen presupuestario que puede ser redirigido en su destino, o devuelto a los contribuyentes.

Otra variación interesante es la que relaciona gasto y deuda. Tempranamente, el FMI y el Banco Mundial (BM) realizaron esta conexión. Partiendo de la definición inicial de Heller, interpretan la solvencia fiscal como “la capacidad presente y futura de pagar el servicio de la deuda”⁵ (FMI y BM, 2006, 14).

En esta línea se desarrolla el trabajo de Ostry *et al.* (2010), realizado sobre países desarrollados. Según este autor, el espacio fiscal en estos países está definido como “la diferencia entre el actual nivel de deuda pública y el límite de deuda que en la historia del país implicó un ajuste fiscal”⁶ (Ostry *et al.*, 2010, 6).

Proponen que así, a través del análisis histórico de deuda y gasto fiscal, se puede establecer un nivel máximo de deuda, en proporción al PIB, que un país puede permitirse sin dañar su economía. El enfoque en este caso considera el endeudamiento como fuente principal de creación de recursos adicionales.

Dentro de esta interpretación se puede situar a Marcel (2014) en relación con el estudio del espacio fiscal en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), aunque agrega algunos aspectos nuevos. En este caso, en el marco de las respuestas a la gran recesión tras la crisis financiera del 2008, cambia la orientación del concepto desde la expansión del gasto hacia la compensación de las políticas de austeridad. Es decir, el espacio fiscal “ya no es buscado como un espacio para gastar, sino como un amortiguador para reducir el impacto de la consolidación fiscal”⁷ (Marcel, 2014, 9).

Estas acepciones, aunque interesantes, no se aplican a los estudios de espacio fiscal para la salud. En los trabajos que se analizan en esta publicación aparecen mencionadas en los marcos teóricos, pero finalmente se siguen las definiciones y fuentes de Heller (2006) y Tandon y Cashin (2010). El motivo es que, en estas otras interpretaciones, el término *espacio fiscal* tiene que ver más con una herramienta de solvencia fiscal, estrechamente vinculada a la deuda. No plantean una

5 “Fiscal space refers to a government’s ability to undertake spending without impairing its solvency, that is without impairing its present and future ability to service its debt” (FMI y BM, 2006).

6 “... fiscal space is the difference between the current level of public debt and the debt limit implied by the country’s historical record of fiscal adjustment” (Ostry *et al.*, 2010, 6).

7 “fiscal space is no longer sought as headroom to spend, but rather as a buffer to reduce the pain from fiscal consolidation” (Marcel, 2014, 9).

revisión de las fuentes de ingresos que permitan financiar un objetivo social sanitario determinado, sino una estimación de los márgenes de respuesta fiscal, con las estructuras actuales, en un contexto de restricciones presupuestarias.

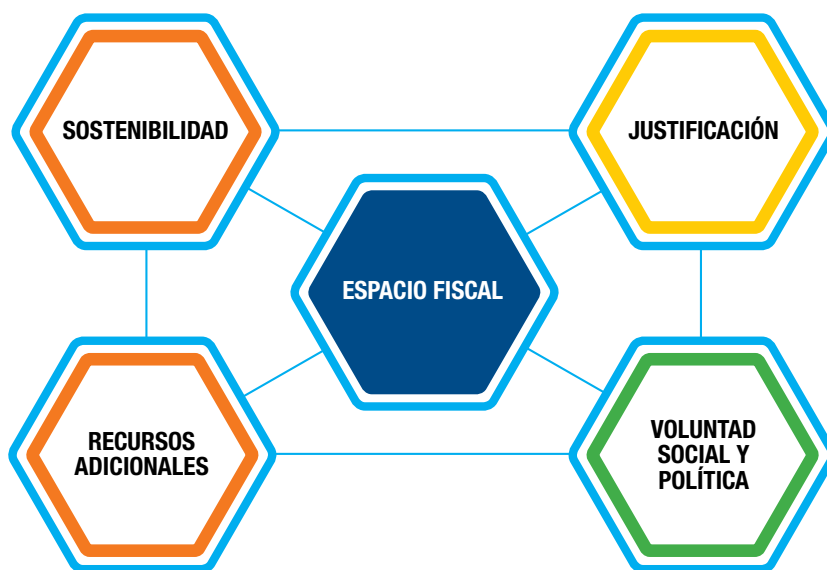
1.2 Propiedades del espacio fiscal

En los trabajos sobre el espacio fiscal para la salud se revisa la bibliografía existente para identificar características específicas de este concepto o condiciones sobre su aplicación. Como resultado, se definen cuatro propiedades que deben estar presentes en la consecución de un mayor espacio fiscal para la salud: sostenibilidad, justificación, adición de recursos y voluntad política y social (Figura 1).

En primer lugar, se reconoce el requisito básico de que la creación de espacio fiscal no dañe la *sostenibilidad* de las finanzas públicas ni de la economía. Esta exigencia es explícita en todas las definiciones de espacio fiscal, pero acepta diversas interpretaciones a la hora de concretarla. La más común es la comparativa internacional, que consiste en utilizar como referencia umbrales de gasto en salud de países con niveles similares de desarrollo y que mantengan tasas de crecimiento estable. Básicamente, la lógica que subyace a esta comparativa es que, si otros países de similar ingreso destinan un determinado porcentaje del PIB a salud y no se producen crisis en ellos, el resto de los países de ese nivel de ingreso podrían, en principio, igualar ese esfuerzo.

Un ejemplo aplicado de este criterio se encuentra en el trabajo de William y Hay (2005). Para estos autores, los países de ingreso bajo podrían establecer metas de gasto público en salud de al menos 2,5% del PIB, que es el resultado de aplicar la recaudación promedio de los Gobiernos de estos países (algo menos de 15% del PIB) y la proporción media de gasto público destinado a salud (en torno a 15% del presupuesto).

Figura 1. Propiedades del espacio fiscal



En segundo lugar, se requiere la existencia de una *justificación* que respalde la necesidad de más recursos. Es decir, no se crea espacio fiscal solo porque sea factible, sino porque existen uno o varios objetivos predefinidos que lo demandan. Este puede ser el financiamiento de un programa específico de salud, alcanzar el acceso universal efectivo a los servicios de salud, aumentar el gasto público en prestaciones de salud hasta un nivel mínimo o implementar una hoja de ruta específica hacia la salud universal.

La tercera característica o condición es la de contar con *recursos adicionales*. Este supuesto, si se considera de forma restringida, es uno de los más excluyentes, y por ello casi todos los autores son flexibles en cuanto a su interpretación. Por ejemplo, la redistribución del presupuesto público entre salud y educación no implica nuevos recursos, como tampoco la contracción del gasto público debido a una mayor eficiencia. Sin embargo, ambos liberan recursos que antes no estaban disponibles, y en cierta forma, son recursos adicionales que se pueden emplear. Así, esta característica queda definida por el hecho de ser recursos fiscales de los que no se disponía en el momento del análisis y que, de no mediar intervención, no se habrían generado (Tandon y Cashin, 2010).

Por último, se destaca la necesidad de una *viabilidad política y social* para su realización. Como señalan Gupta y Mondal (2013), la cobertura universal es más una cuestión política y legal que una cuestión técnica. Y esa cuestión política descansa sobre un respaldo social de los esfuerzos asociados (Durán-Valverde y Pacheco, 2012).

1.3 Marco de análisis: componentes de un estudio de espacio fiscal

Así como Heller es el principal autor en vincular salud y espacio fiscal, Tandon y Cashin (2010), economistas del BM, fueron los primeros en proponer un marco de análisis más completo a la vez que lo aplicaban a casos específicos. En concreto, estos autores propusieron un análisis de tres componentes (Figura 2).

Figura 2. Componentes del análisis de espacio fiscal para la salud



Fuente: Tandon y Cashin, 2010. Elaboración propia.

El primero de estos componentes hace referencia a los motivos por los cuales se requieren nuevos recursos para la salud. Pueden ser motivos relacionados con el financiamiento de programas, alcanzar un determinado nivel de gasto, asegurar la cobertura universal, etc. Cualquiera de ellos debe contar con el apoyo social y político que lo sitúen como una prioridad. El ejemplo más común son los gastos asociados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en cuyo ámbito de reflexión surgieron los primeros conceptos.

El segundo componente es el análisis de las fuentes potenciales de espacio fiscal. En esta publicación se abordan en el segundo capítulo, y son básicamente cinco: recursos por la vía del crecimiento económico, reasignación de presupuestos en favor del sector de la salud, aumento de la recaudación tributaria y de su eficiencia, mayor eficiencia del gasto público en salud y fuentes externas.

Por último, donde se encuentra más variedad de enfoques, es en el análisis de la viabilidad política y social de las fuentes. Es una tarea compleja, que en la mayoría de los casos se basa en opiniones, planteamientos políticos y diálogo social. Estas son cuestiones que están en constante cambio y que dependen de la legitimidad, la transparencia y la profundidad democrática del sistema político. En términos metodológicos, este último componente pone de relieve la necesidad de recurrir a análisis de economía política.

1.3.1 Componente 1: Justificación

La exposición de los motivos que respaldan la creación de espacio fiscal para la salud puede ser implícita o explícita. En el primer caso, la propia descripción de la situación de salud de los países, los problemas de cobertura, las desigualdades de acceso y resultados en salud o la falta de infraestructuras sanitarias revelan la necesidad de mayores recursos para el sector. Pero también existen argumentaciones explícitas, en las que se ofrece una cuantificación económica de gasto asociada a un objetivo concreto. En este caso, las justificaciones de creación de espacio fiscal para la salud pueden clasificarse en dos tipos: de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

De abajo hacia arriba

La justificación desde abajo hacia arriba consiste en determinar uno o más objetivos concretos de salud y luego estimar el costo de su implementación. Tal fue el caso, por ejemplo, de la reforma de las garantías explícitas de salud del 2004 del Gobierno chileno. En este caso, se realizó una selección y priorización de los problemas de salud, se estimaron sus prevalencias y, con base en ello, los costos asociados a los tratamientos. Este, junto a otros proyectos, sería financiado a través de mayores ingresos provenientes del crecimiento económico, reasignaciones presupuestarias y aumentos en impuestos específicos. Finalmente, se optó por incluirlo principalmente en los recursos recaudados a través de un aumento de la alícuota del impuesto al valor agregado (Paraje e Infante, 2015).

Otro ejemplo es la implementación de un programa de vacunación infantil, impulsado en varios países de la Región. A través de censos y padrones se dispone del número de individuos que constituyen la población objetivo, y mediante análisis de mercado, del costo unitario de las vacunas. Por último, al producto de ambos cabría agregar otros costos asociados, como la gestión e implementación del programa. El resultado arroja el total de recursos necesarios y este sirve de punto de partida para la búsqueda y cuantificación de espacio fiscal para la salud entre las distintas fuentes (Portnoy *et al.*, 2015).

La ventaja de esta orientación es que permite estimar aproximadamente cuánto dinero se necesita antes de analizar las fuentes de recursos. Incluso la incertidumbre sobre las diferencias entre la planificación y los escenarios reales puede gestionarse a través de herramientas de análisis específicas como el análisis de sensibilidad y por la vía de una implementación escalonada. El problema de esta metodología, por otra parte, es que es útil en intervenciones concretas, pero no tanto en relación con los objetivos amplios. Se puede cuantificar un plan de vacunación, pero no es tan fácil estimar los recursos para alcanzar la salud universal.

En este último caso, el objetivo de alcanzar la salud universal, se deben asumir supuestos que, de no cumplirse, pueden cambiar radicalmente los resultados. Por ejemplo, que las personas sin cobertura se comportarán igual a como lo hacen aquellos con cobertura, o que los costos medios de unos y otros no variarán significativamente. En estos casos, la cuantificación se torna más compleja y los valores escalan a dimensiones mucho mayores, por lo que normalmente se miden como porcentajes del PIB. En tales análisis se pueden simular los costos como una aproximación general, pero deben ser considerados y validados de acuerdo a comparativas internacionales o experiencias similares. Es decir, desde arriba hacia abajo.

De arriba hacia abajo

En la mayoría de los estudios de espacio fiscal para la salud se utiliza una orientación desde arriba hacia abajo, fundamentalmente por dos motivos. El primero es que los análisis de coberturas, desigualdades y resultados de salud para América Latina confirman que las necesidades distan de estar cubiertas. La cantidad de recursos necesaria para asegurar niveles básicos de acceso y atención van más allá de programas específicos y apuntan al fortalecimiento de todo el sector.

Un segundo motivo es que la comparación internacional permite identificar ciertos niveles de esfuerzo fiscal en salud, factibles de alcanzar. Estos se obtienen de dos formas. Por una parte, estableciendo como metas los promedios de países de similar ingreso (si el país en estudio se encuentra con niveles por debajo de este umbral) o realizando un análisis de países que han alcanzado el nivel o meta que se desea (William y Hay, 2005).

Esta orientación, de arriba hacia abajo, es la que ha guiado los estudios realizados por la OPS y cuyos resultados se recopilan en esta publicación. Aunque en los diagnósticos específicos de cada país se revelan las necesidades específicas de acceso y atención, la meta de espacio fiscal viene dada por un parámetro fijo. Este consiste en un nivel de gasto público en salud equivalente a 6% del PIB, que es un valor identificado y acordado por los Estados Miembros de la OPS como referencia útil para avanzar en el objetivo final de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud (OPS, 2014, 4).

1.3.2 Componente 2: Fuentes

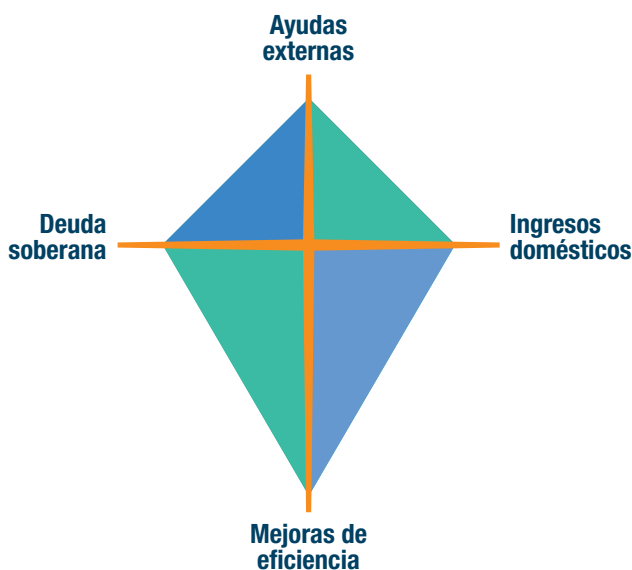
El segundo componente del marco teórico hace referencia al análisis de las fuentes de espacio fiscal para la salud. Este ha variado en el tiempo, según el autor y los criterios adoptados. No obstante, existe cierto consenso a la hora de identificarlas, y la mayor divergencia se presenta en la manera de clasificarlas.

Primeras propuestas

Como se ha expuesto al principio de este capítulo, desde el comienzo se han propuesto fuentes de creación de espacio fiscal para la salud. Heller (2005a) partió de la identificación de tres de ellas: a) aumento de impuestos, b) repriorización del gasto, y c) ayudas externas. Los trabajos que le siguieron, incluidos algunos del propio Heller (2006), fueron identificando y desagregando nuevas fuentes, incluyendo el crecimiento económico, que a veces como fuente y otras veces como condición básica.

Siguiendo esta misma línea, Okwero *et al.* (2010) propusieron un “diamante” del espacio fiscal, en el que se refleja la distribución de los recursos entre cuatro fuentes: las ayudas externas, los ingresos domésticos, la deuda soberana y las mejoras en la eficiencia (Figura 3). Esta clasificación responde a que, al igual que los trabajos de Heller, el espacio fiscal para la salud fue pensado principalmente en el ámbito de los países de ingresos bajos. De este modo, los recursos externos representan dos de los cuatro vértices, lo que refleja la incapacidad real de estas economías para recaudar por sí mismas los recursos necesarios.

Figura 3. Diamante del espacio fiscal



Fuente: Okwero *et al.*, 2010. Elaboración propia.

Por último, Tandon y Cashin (2010), al ampliar el análisis más allá de los países de ingresos bajos, proponen una clasificación más desagregada y con menor énfasis en los recursos externos, que es la visión que más desarrollo ha tenido en los trabajos de evaluación del espacio fiscal para la salud. Concretamente, proponen cuatro tipos de fuentes: a) condiciones macroeconómicas propicias, b) repriorización del gasto en salud, c) incremento en los recursos específicos para la salud, d) ayuda y créditos externos, y e) mejoras en la eficiencia del gasto en salud.

Las fuentes de espacio fiscal en los estudios de la OPS

Los estudios realizados por la OPS que sirven de base para esta publicación presentan varias clasificaciones a partir de las propuestas de Heller (2006), pero, siguiendo las aportaciones de autores posteriores, incorporan aportaciones y desagregaciones diferentes.

Como se puede ver en la Tabla 1, existen ciertas fuentes en cuya identificación coinciden todos los trabajos: el crecimiento económico, la repriorización del gasto de salud en el presupuesto general, la obtención de préstamos y ayuda externa, y las mejoras de eficiencia. Las diferencias se

Tabla 1. Fuentes de espacio fiscal según los autores de los estudios de la OPS

Báscolo <i>et al.</i> (2015) (13 países)	Matus-López y Prieto (2015) (Perú)	Prieto y Montañez (2016) (Honduras)	Matus-López y Valdés (2016) (Bolivia)
Condiciones macroeconómicas propicias o de crecimiento estable			
Repriorización del gasto en salud			
Nuevos ingresos tributarios y contribuciones sociales para salud			
Ingresos fiscales con o sin asignación específica	Aumentos de impuestos	Impuestos directos Impuestos indirectos	Impuestos generales
a. Alícuota de los impuestos al valor agregado, la renta societaria o la renta persona	Impuestos específicos de salud		
b. Gravámenes a la explotación de recursos naturales	Contribuciones sociales en salud		
c. Combate de la evasión			
d. Contribuciones obligatorias			
Ingresos fiscales con asignación específica	Reducción de gastos tributarios		Impuestos sobre recursos naturales
a. Sobre grandes empresas rentables			
b. Sobre servicios financieros y turismo			
c. Sobre bienes dañinos para la salud			
d. Aportes voluntarios o solidarios			
Ayuda externa y obtención de préstamos			
Mejoras en eficiencia			
Eficiencia en el gasto público			Eficiencia en gasto y recaudación (gastos tributarios y gasto público en salud)

Fuente. Elaboración propia.

producen principalmente en la forma de abordar el análisis de los recursos que han de provenir de una mayor recaudación. Los estudios específicos para países concretos difieren en el análisis de los impuestos directos e indirectos, y en la inclusión o no de algunos impuestos relevantes para cada caso; sin embargo, coinciden a grandes rasgos en las metodologías. En cambio, en el análisis regional, al abordar de forma conjunta a trece países, se aplicó una metodología diferente, que permite la comparación de los efectos de aumentos en las alícuotas de los principales impuestos.

De esta forma, de una manera u otra, los estudios señalados abordan todas las fuentes identificadas formalmente por la OPS (2015a). Siguiendo los elementos en común en estos trabajos, en la presente publicación se realiza un análisis agrupado en cinco fuentes de espacio fiscal para la salud:

- a) Crecimiento económico
- b) Repriorización del gasto
- c) Nuevos ingresos tributarios
- d) Mayor eficiencia del gasto en salud
- e) Recursos externos

Cabe señalar que los recursos obtenidos de cada fuente no se vinculan de la misma forma a su destino en salud. El mayor crecimiento económico supone un aumento directo del presupuesto para salud, como así también lo hace la repriorización de este sector en el presupuesto y las ganancias por mayor eficiencia del gasto público en salud. No obstante, los nuevos ingresos tributarios involucran una visión más amplia. Los resultados de mayor recaudación pueden ir dirigidos o no al sector salud. Por este motivo, en su cuantificación se suelen valorar de forma completa, pero deben ser considerados en la perspectiva de la prioridad que tenga el sector salud en la distribución de los recursos obtenidos.

1.3.3 Componente 3: Viabilidad

La viabilidad política y social de alcanzar un mayor espacio fiscal para la salud tiene que ver con la factibilidad de llevar a cabo las acciones necesarias para obtener los recursos de las fuentes que se han evaluado técnicamente y en las que se han identificado márgenes de ingresos o ahorros.

La implementación de estas fuentes no es neutra en términos económicos. Un alza de los impuestos específicos de salud afectará a las empresas que producen los bienes o los servicios afectados por estos gravámenes y quienes los consumen. Los aumentos en las contribuciones sociales, por su parte, afectarán a empleadores y empleados, según como se implementen y las elasticidades que presenten los actores relevantes frente a estas medidas. Y los impuestos al consumo tendrán un impacto regresivo en términos de distribución de la renta sobre el conjunto de la población.

Habrà más recelo al aumento de impuestos que a mejorar la eficiencia del gasto. También más intervención y presión de *lobby* cuando las medidas afecten a grupos organizados en torno a intereses de individuos/empresas que cuando afecten a grupos desorganizados; cuando estos tengan más poder que cuando tengan menos poder.

Por estos motivos, evaluar la viabilidad del espacio fiscal para la salud empieza por constatar que existe un consenso sobre la necesidad de obtener recursos adicionales. Y, si dicho consenso existe, por identificar cuáles fuentes son factibles de hacer realidad. Por ello, la transparencia en

el uso de los recursos y la legitimidad social de las instituciones involucradas juegan un papel tan relevante en esta tarea (Marcel, 2014).

Los trabajos de la OPS han propuesto tres enfoques metodológicos distintos para evaluar la factibilidad política y social: la metodología documental, las entrevistas y las encuestas, y el marco analítico.

Metodología documental

Este análisis se realiza a través de la búsqueda de documentación oficial sobre objetivos, acuerdos, agendas y consensos de los grupos políticos y sociales, así como de las metas explícitas del Gobierno (Matus-López y Prieto, 2015; Prieto y Montañez, 2016). Estos materiales se analizan con respecto a las distintas fuentes de espacio fiscal, según hagan mención positiva o negativa de ellas, o no las mencionen. Finalmente, los autores, con base en la interpretación de esos antecedentes, realizan una valoración de la aceptabilidad de cada fuente.

Entrevistas y encuestas

Este análisis consiste en recabar información directamente de grupos de interés para la toma de decisiones. Se realiza a través de entrevistas personales a representantes de partidos políticos, sindicatos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales, fundaciones, expertos y miembros del propio sector público (Matus-López y Valdés, 2016).

Otra opción es implementar una encuesta *on-line* para un grupo de actores relevantes, en la que se recaban opiniones, en una escala de muy factible a imposible, acerca de la viabilidad de cada una de las vías disponibles para crear espacio fiscal para la salud (Prieto y Montañez, 2016).

Ambos modelos permiten valorar, de acuerdo a las respuestas, cuáles son las fuentes de espacio fiscal más o menos factibles.

Propuesta de marco analítico

Consiste en aplicar un análisis de tres componentes, desde un enfoque de la economía política, en relación con las posibles medidas de creación de espacio fiscal (Báscolo *et al.*, 2015). El primero de estos componentes está constituido por la producción de *nuevos marcos institucionales*, o innovaciones de los arreglos institucionales, entendidos como el conjunto de normas formales e informales que regulan la conducta de los actores en un determinado contexto. En el sector público de salud, incluye desde la organización de la producción de servicios hasta la recaudación y la generación de recursos.

El segundo componente es el análisis de los actores involucrados, de acuerdo a tres aspectos: a) el tipo de actores involucrados, en función de los sectores de los que provengan; b) las relaciones entre ellos, según el gradiente de cooperación y alianza; y c) las capacidades técnicas y políticas para interpretar los desafíos y el liderazgo colectivo. Aquí debe entenderse a los actores como agentes que poseen una agenda, es decir, una posición respecto a cómo resolver el problema de cuál debe ser la respuesta del sistema de salud a las necesidades de la población, así como recursos que movilizar (ya sean financieros, políticos o simbólicos) en pos de la realización de esa agenda.

Por último, el tercer componente se denomina *disputas y conflictos*, y consiste en la caracterización de dichas situaciones entre los actores involucrados en los problemas de salud. En

este sentido, los conflictos centrales están referidos a las limitaciones del sistema para satisfacer las necesidades de salud, lo que da lugar a una tensión entre los actores y a que se creen situaciones de perdedores/ganadores directos que impidan el consenso en torno a objetivos superiores.

1.4 Tipología de estudio

Para finalizar este primer capítulo, es conveniente aclarar algunas cuestiones que surgen de las propias limitaciones de los estudios de espacio fiscal. Principalmente, las que relacionan recursos y distribución del gasto en salud.

1.4.1 Análisis del financiamiento

Una de las principales críticas que se plantean al análisis de espacio fiscal es que el objetivo de las políticas de salud es la mejora de la salud y que ello no necesariamente implica un aumento del financiamiento. En este sentido cabe considerar dos argumentos. Primero, que el análisis comparativo de las realidades internacionales muestra una relación positiva entre gasto e indicadores de salud. El segundo argumento es que el marco teórico de espacio fiscal aborda las fuentes de financiamiento, y no las de gestión y ejecución del gasto, que recae en otro tipo de análisis.

Este análisis tiene ciertas limitaciones que se establecen en la misma definición del marco teórico y que responden a los objetivos propuestos previamente, es decir, marcan lo que no pretende hacer. En relación con lo anterior, no busca analizar la distribución de los recursos entre niveles de atención o entre territorios, sino valorar a nivel macroeconómico y de forma aproximada si existe la posibilidad de recaudar o liberar recursos que pudiesen ir al sector salud. Su distribución es un análisis complementario que no se aborda en el estudio de espacio fiscal como tal.

De este modo, la forma de distribución, la concreción de los mecanismos de pago, las inflexibilidades presupuestarias, los cuellos de botella y demás obstáculos de gasto son parte de un proceso posterior o, si se quiere, anterior; pero científicamente diferente. Conceptualmente se deben separar ambos tipos de estudios, de gasto y de financiamiento, para poder coordinarlos de forma unificada y complementaria de cara a su aplicación práctica.

Evidentemente, todo esto está vinculado con la propia justificación de la necesidad de nuevos recursos, y de ahí la confusión. A modo de ejemplo, si la justificación de aumentar el gasto viene dada por el objetivo de asegurar el acceso al primer nivel de atención de salud a todas las personas, podría estimarse que, desde la situación actual hasta la deseada, se debe aumentar el gasto en tres puntos del PIB. Posteriormente, y existiendo la justificación del gasto, se realiza un análisis de espacio fiscal para la salud por fuente. Se estima dónde existe ese espacio fiscal y, más o menos, en qué dimensión se puede obtener. Asimismo, se valora la viabilidad política y social de cada una de las fuentes identificadas y se recomienda, con base en los resultados, cuáles utilizar. En el ejemplo, quizás solo bastará mantener la relación entre gasto público en salud y crecimiento económico, pero también puede resultar necesario recurrir a más fuentes.

En definitiva, retomando la definición conceptual, el estudio de espacio fiscal para la salud analiza la posibilidad de disponer de mayores recursos públicos para la salud sin dañar las finanzas públicas ni la estabilidad de la economía. Plantea la discusión sobre cuáles, entre todas las opciones estudiadas, son más convenientes para implementarlas, y en qué proporción.

1.4.2 La aplicación de los recursos

La ejecución de un mayor gasto público en salud es un tema diferente, aunque evidentemente relacionado. Por ejemplo, puede ser que no existan limitaciones por el lado de la capacidad de oferta del sistema de salud y que exista personal médico y de enfermería suficiente, pero que su distribución territorial no permita alcanzar el objetivo inicialmente planteado. En este sentido, el estudio de espacio fiscal para la salud solo evalúa la disponibilidad de recursos financieros, tomando en consideración los posibles obstáculos en la ejecución, como las rigideces presupuestarias, pero no entra en el terreno de si es posible o no aumentar el número de médicos o en cuantificar los incentivos económicos al salario para que el personal de salud acepte desplazarse a regiones con menos servicios.

El estudio del espacio fiscal tampoco entra en el análisis distributivo sobre cuánto de un recurso determinado se debe destinar a una región o a otra. Por ejemplo, un territorio puede presentar un perfil epidemiológico que requiera mayores atenciones de salud o atenciones más específicas, con mayor inversión y personal más especializado. Este análisis escapa al estudio de espacio fiscal para la salud, aunque puede ser previo, paralelo o posterior al análisis de las fuentes de financiación.

En definitiva, el espacio fiscal para la salud se centra en la capacidad y viabilidad de las fuentes de financiamiento, pero no responde a todos los interrogantes y aspectos relacionados con el gasto en salud. Es importante tener esto presente, puesto que los detractores de aumentar el gasto público utilizan normalmente estos argumentos para descartar de antemano los resultados que ofrecen los trabajos en este campo.

Sin embargo, en los casos en que el camino de transformación del sistema de salud se encuentra definido de antemano, o incluso en proceso de definición, los estudios de espacio fiscal pueden adquirir una importancia crucial en los procesos de planificación de los cambios y responder de manera efectiva a la interrogante de si las intervenciones podrán ser financiadas de manera sostenible. A la vez, permiten objetivar la discusión sobre cómo sostener el avance hacia la salud universal y, en la medida en que sus resultados se difunden y se hacen accesibles para diferentes grupos de actores y la población general, se fomenta la participación social y aumenta el grado de democratización del campo de la salud.

CAPÍTULO 2



CONTEXTO ECONÓMICO Y SISTEMAS DE SALUD

Los trabajos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre espacio fiscal para la salud han abordado un total de trece países de la Región: Barbados, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y Perú. Ocho de ellos son países de América del Sur; tres, de América Central, y dos, del Caribe (Figura 4). Todos fueron abordados en un mismo estudio (Báscolo *et al*, 2015), pero tres de ellos, además, tuvieron un análisis individual en estudios separados y posteriores: Perú (Matus-López y Prieto, 2015), Honduras (Prieto y Montañez, 2016) y Bolivia (Matus-López y Valdés, 2016)⁸.

En todos estos trabajos se incluyó una introducción o un diagnóstico sobre el contexto de los países en términos de evolución macroeconómica reciente, finanzas públicas y situación del sistema de salud. En este capítulo se retoman estos análisis, actualizándolos en los casos en que es posible y ampliándolos cuando la información disponible lo permite.

En el aspecto macroeconómico, en los estudios de espacio fiscal para la salud se analizó la evolución reciente del producto interno bruto (PIB), el nivel del PIB per cápita y, en algunos casos, resultados socioeconómicos en materia de pobreza y desempleo.

En el ámbito de las finanzas públicas, el énfasis estuvo puesto en la evolución y la dimensión del gasto público en salud. No obstante, también se prestó atención a la dimensión del gasto público total y el gasto público social.

Por último, en materia de sistemas de salud, los estudios abordaron la dotación de recursos humanos e infraestructura, el nivel de aseguramiento y cobertura y los principales resultados en salud.

8 Durante el desarrollo de este documento, se preparan dos estudios de EF de países para los casos de Suriname y Jamaica.

Figura 4. Países incluidos en estudios de espacio fiscal para la salud por OPS, 2016

*Países con estudios específicos. Fuente: Elaboración propia.

2.1 Análisis macroeconómico

2.1.1 Crecimiento económico

América Latina y el Caribe es una región de ingreso medio. Su PIB per cápita, se situó en 8 252 dólares en el 2016, lo que, en términos de poder adquisitivo (dólares internacionales según la paridad del poder adquisitivo), equivale a algo menos de un tercio del PIB per cápita de las economías avanzadas⁹ (FMI, 2017a). Además, el indicador presenta importantes variaciones entre países: sobrepasa 50% del PIB per cápita de las economías avanzadas en cinco economías, y cae por debajo de 20% en otras nueve. Por otra parte, quitando la excepción que constituye Haití, en situación extraordinaria de emergencia social y humanitaria, el valor más alto de PIB per cápita de la Región (Trinidad y Tabago) sextuplica el valor más bajo (Honduras) (Figura 5).

9 Conjunto de economías avanzadas según la clasificación del Fondo Monetario Internacional (FMI). Incluye los 39 países con mayor desarrollo en tres ámbitos: PIB per cápita, diversificación de exportaciones y grado de integración financiera. Está compuesto por 23 países de la Unión Europea, más Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón y otros 12 países. Más información en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/faq.htm#q4b>.

Figura 5. PIB per cápita en América Latina y el Caribe como porcentaje del PIB per cápita de las economías avanzadas (en dólares internacionales PPA), 2016



PPA: Paridad de poder adquisitivo. Fuente: FMI, 2017a. Elaboración propia.

Así, comparando la muestra de países sobre los que se han realizado estudios de espacio fiscal para la salud con la realidad general de América Latina y el Caribe, se puede concluir que la selección se ha centrado, en su mayoría, en países con ingresos por debajo de la media regional. Solo tres de los trece casos de estudio superan este umbral: Chile, Barbados y Costa Rica.

Como contrapartida, la mayoría de los países registraron tasas de crecimiento por encima de la media en la Región. Así, en diez de los trece países analizados, el crecimiento del PIB para el periodo 2006-2016 fue mayor que el promedio regional, y solo Brasil, Barbados y Jamaica mostraron un ritmo de crecimiento menor. Por este motivo, los estudios coinciden en que la mayoría de los países han gozado de un largo periodo de crecimiento económico. En algunos, incluso, es difícil identificar otro momento histórico en el que hayan coincidido, durante más de una década, estabilidad política y crecimiento económico.

En términos del PIB per cápita, destacaron particularmente Perú, Chile, Costa Rica y Colombia, con un elevado crecimiento en el periodo 2002-2013. A estos países se unieron Paraguay y Bolivia entre el 2006 y el 2016.

Sin embargo, junto a esta valoración positiva, se advierte del impacto, algo más tardío, de la crisis económica mundial. Si bien esta fue una de las pocas recesiones que afectó más a los países de ingreso alto que a los de ingreso medio, la lenta recuperación de los primeros se está produciendo paralelamente a una preocupante desaceleración de los segundos (CEPAL, 2016).

En el 2009, cuando el golpe económico fue mayor, el PIB promedio de las economías avanzadas retrocedió 3,4%, mientras que en América Latina y el Caribe cayó solo 1,8%. No obstante, después del 2010, los países de ingreso alto recuperaron un crecimiento constante, aunque fluctuante, desde un mínimo de 1,1% en el 2012 hasta un máximo de 2,1% en el 2015, mientras que América Latina y el Caribe se creció cada año menos que el anterior. Desde un 4,1% en 2011 hasta un retroceso medio de 1% en el 2016 (FMI, 2017a). De hecho, en el 2017 la economía regional mantendrá su crecimiento lento de 1,2% como promedio. Eso sí, una perspectiva de crecimiento distinta al registrado en los dos años anteriores (CEPAL, 2017).

En el caso de los países con estudios específicos sobre el espacio fiscal para la salud, el impacto del retroceso ha sido menor. Se aprecia una desaceleración, pero se mantiene el crecimiento. Bolivia mantuvo un ritmo anual de 5% hasta el 2014, año en el que comenzó una desaceleración que le llevó hasta 4,1% en el 2016. Honduras, desde el inicio de la crisis, solo ha superado la cifra de 4% en el 2012, por debajo de sus registros previos. Por último, Perú pasó de tasas de crecimiento superiores a 5% anual hasta el año 2013 a tasas por debajo de 3% el año siguiente.

En resumen, los resultados regionales de la última década son positivos, pese al estancamiento en los últimos años; no obstante, existe cierta incertidumbre sobre el rumbo futuro. En este sentido, los estudios específicos de espacio fiscal de Perú, Honduras y Bolivia reflejan con mayor detalle las respuestas de los Gobiernos, que explican, en parte, su menor desaceleración.

2.1.2 Política fiscal y monetaria

Si hay algo que caracteriza los análisis económicos de las finanzas públicas en la última década es el reflejo de un manejo certero y conservador de la deuda y del déficit. Los trabajos de espacio fiscal para la salud destacan los efectos de la disciplina fiscal en la mayoría de los países evaluados, que permitió que los Gobiernos enfrentaran la crisis del 2009 con una reserva de recursos fiscales y con una deuda pública controlada. A ello se sumó la condonación, en el 2005 y 2006, de la deuda a los países pobres cuya carga financiera era un fuerte obstáculo para crecer (*heavily indebted poor countries*). Bolivia y Honduras, entre otros, fueron países beneficiados por este programa (FMI, 2006).

En los análisis individuales para Perú, Bolivia y Honduras se aprecian con mayor detalle las situaciones, sus diferencias y las políticas aplicadas. Para comenzar, la situación de partida de estos tres países es algo distinta. Honduras es el país más pobre de la Región después de Haití, y Bolivia se sitúa solo dos puestos por encima. Mientras, Perú se ubica en la decimotercera posición. Así, el ingreso medio de este país es 78% mayor que el boliviano y más del doble que el hondureño.

Tampoco sus situaciones son del todo comparables. Bolivia cuenta con una fuente de recursos públicos proveniente de los hidrocarburos que representa más de una tercera parte de los ingresos del Estado. Ello le ha permitido mantener el crecimiento del gasto público, junto a un superávit fiscal, al menos hasta el 2013 (Matus-López y Valdés, 2016). Perú, en cambio, ha debido aplicar una

fuerte disciplina fiscal para sostener su superávit fiscal, que también acabó en el 2013 (Matus-López y Prieto, 2015). Por otra parte, Honduras es el más dependiente de los tres, ya que solo las remesas del exterior representan más de 15% del PIB, a lo que se suma la importancia de la exportación de café y textiles (Prieto y Montañez, 2016).

De una u otra forma, Perú y Bolivia han aplicado políticas fiscales y monetarias expansivas, pero ambos con instrumentos e implicaciones muy diferentes. Bolivia aprovechó el superávit fiscal previo para desarrollar una política contracíclica de expansión del gasto público, que se financió con un importante ahorro previo de reservas internacionales. Una parte de este gasto estuvo destinada a la construcción de nuevos hospitales. Paralelamente, se llevó a cabo una expansión monetaria a base de créditos a la producción y bajada de tipos de interés. Perú, por su parte, impulsó la demanda agregada a través de una reducción de los impuestos a la renta personal y de sociedades, orientada a reavivar el consumo, lo que implicó la necesidad de controlar el gasto público. Paralelamente, se impulsó una bajada de tipos de interés orientada a incentivar la inversión. Mientras, Honduras llegó al momento de la crisis con escaso superávit fiscal y las cuentas menos saneadas, lo que obligó al país a aumentar la deuda pública y, posteriormente, aplicar medidas de consolidación fiscal impulsadas por el FMI. No obstante, en los tres casos, el resultado fue un mayor déficit fiscal en el 2016. En Bolivia superó 6,5% del PIB; en Perú, 2%, y en Honduras, algo menos de 1,5%.

Esta situación revela un problema político-fiscal a la hora de analizar el espacio fiscal para la salud. El momento es complejo, ya que los países no siempre siguen la recomendación de desarrollar una política fiscal anticíclica y las finanzas públicas están siendo presionadas para contener el gasto. De no recuperarse sendas de crecimiento y mayor recaudación por actividad económica, la disputa en la asignación de recursos entre sectores hará más difícil los esfuerzos por aumentar el presupuesto en salud. Esto muestra el límite que tiene el crecimiento económico en el aumento del espacio fiscal y la necesidad de apuntar a fuentes menos dependientes del ciclo económico.

2.1.3 Condiciones socioeconómicas

Además del crecimiento económico, en los estudios realizados se analizaron otras variables complementarias que dan cuenta de forma más amplia del bienestar social de la población, como el índice de desarrollo humano (IDH), las tasas de pobreza o los indicadores de empleo, además de los propios de salud. En algunos casos se incorporaron estos análisis desde la perspectiva de la situación y el contexto nacional, y en otros desde un enfoque de los determinantes sociales de salud. El indicador más utilizado, en este sentido, es el IDH, tanto en su clasificación agregada como en el análisis de sus componentes: salud, educación e ingreso; en algún caso, también se evalúa el IDH corregido por desigualdad (PNUD, 2016).

El IDH se clasifica en cuatro grupos, desde muy alto a bajo. Casi toda América del Sur tiene un IDH alto, con excepción de Bolivia, Paraguay y Guyana, que tienen niveles medios, y Argentina y Chile, clasificados como países de IDH muy alto. En cambio, Centroamérica está compuesto mayoritariamente por países de IDH medio, como Nicaragua y Honduras. Y el Caribe muestra una amplia variabilidad, con países de índice alto, como Cuba, hasta Haití, el único país del continente con IDH bajo (Figura 6).

Figura 6. Grupo de índice de desarrollo humano (IDH) por países en América Latina y el Caribe, 2016



Fuente: PNUD, 2016. Elaboración propia.

Así, a grandes rasgos, y con la excepción de Haití, los indicadores regionales se encuentran en estándares medio-altos. Esto es algo que viene dado por la amplitud de la escala, que está condicionada a la baja por los niveles del continente africano y por las características conservadoras de los componentes del IDH, como son la tasa de alfabetización y la esperanza de vida al nacer.

Junto al IDH, otro indicador utilizado en el análisis sociodemográfico fue la tasa de pobreza nacional. Esta permite evaluar la evolución de la proporción de personas u hogares que en cada país son pobres, pero, en cambio, no permite hacer comparaciones internacionales. El motivo es que cada país establece sus criterios de pobreza con respecto a un umbral monetario, que se calcula como el necesario para adquirir una canasta básica determinada en cada contexto, por lo que los umbrales cambian de un país a otro.

Una segunda debilidad de este indicador es que dicho umbral monetario no se ajusta por el crecimiento económico, como la tasa de pobreza de los países ricos (calculada en proporción al ingreso mediano), sino por el nivel de precios. Así, en una economía con relativo control inflacionario, las actualizaciones de los requisitos monetarios para no ser considerado pobre no guardan relación con la evolución de la economía.

Considerando esto, la evolución del indicador de pobreza nacional en Perú y Bolivia es francamente positivo. Más allá del sesgo de la medición, los porcentajes de pobres han caído significativamente. En poco más de una década, Perú redujo la tasa de pobreza en más de la mitad, desde 55% a menos de 25%. A su vez, Bolivia pasó de tasas superiores a 60% a algo menos de 40%.

No ocurre lo mismo con Honduras. Luego de lograr una reducción de las tasas de pobreza de más de 65% en el 2003 a poco menos de 60% en el 2007, y mantenerlas en este nivel hasta el 2009, volvieron a crecer hasta 66,5% en el 2012. A partir de entonces se aprecia cierta recuperación, pero aún por encima de los niveles alcanzados hace una década.

La participación en el mercado de trabajo juega un rol fundamental en la caída de las tasas de pobreza. Cuantas más personas perciban una retribución salarial, más ingreso habrá en los hogares, así como mayores opciones de superar el umbral monetario de las canastas básicas. En este sentido, los mercados de trabajo peruano y boliviano gozaron de un dinamismo favorable. En el primer caso, las tasas de actividad se mantuvieron por encima de 70% casi toda la década, superando 74% en algunos años, mientras que la tasa de desempleo (urbana) se mantuvo por debajo del 6%, e incluso cayó por debajo de 5% entre el 2012 y el 2015. Por su parte, Bolivia registró tasas de actividad por encima de 60% para el mismo periodo, y tasas de desempleo (urbano) que pasaron de 8% en el 2006, a menos de 4,5% a partir del 2009.

Los resultados de Honduras, de nuevo, no son tan alentadores. En la última década, la tasa de actividad ha estado por debajo de 55%, y la tasa de desempleo ha alcanzado 7,3%. Así, aunque los valores mostraron una tendencia positiva, parecen ser insuficientes para cerrar las brechas sociales.

2.1.4 Economía y política

De una u otra forma, a veces de manera tangencial y otras de manera directa, los trabajos abordan la situación política de los países estudiados. Normalmente se hace una rápida mención a las condiciones favorables de este milenio, con regímenes democráticos, transiciones por la vía de elecciones, etc. Esta condición no es menos importante que el crecimiento económico, y muchas veces lo condiciona. Como señalan Gupta y Mondal (2013) y Durán-Valverde y Pacheco (2012), tanto la cobertura universal como la discusión sobre el espacio fiscal para la salud pasan más por una decisión política que técnica. El motivo es que los Estados con sistemas democráticos transparentes permiten una asignación social de los recursos más eficiente (Marcel, 2014) y, en este sentido, la salud se posiciona como una necesidad prioritaria.

A nivel regional, fueron pocas las excepciones de fortalecimiento democrático, algo que contrasta con la realidad política de la segunda mitad del siglo pasado. En los trabajos específicos se valora esta situación.

Perú ha venido alternando el poder entre distintas opciones políticas, con una participación en las elecciones superior a 80%. Estos cambios se han producido sin modificar radicalmente su modelo económico y se han mantenido las finanzas públicas saneadas, a la vez que se ha reducido el peso de la deuda externa.

Por su parte, Bolivia goza de uno de los periodos más largos de estabilidad democrática. Un mismo partido gobernante y un mismo presidente que ha sido reelegido democráticamente durante los últimos diez años, con una participación superior a 87%.

No obstante, la situación política en Honduras se ha visto afectada por la destitución y expulsión del expresidente Manuel Zelaya en el 2009, en plena crisis económica, y la desafección ciudadana que llevó a una participación en las últimas elecciones de apenas 61%.

Así, en la mayoría de los países se vive mejor que a fines del siglo pasado, aunque la variabilidad regional es amplia y en unos se han constatado mejores resultados que en otros. Algunos países han logrado mantener la estabilidad económica junto con la estabilidad política, lo que ha permitido mejorar las condiciones de vida, sobre todo de los más pobres. Otros han sido menos estables, económica y políticamente, y ya acabando la segunda década del milenio muestran resultados poco alentadores.

Son muchos los desafíos sociales que enfrentan estos países, en un contexto económico que también es complejo. La desaceleración de los años recientes ha venido a cuestionar los alentadores análisis de la última década. Parecía que la Región superaba la gran recesión del 2009, pero, pasados casi diez años del gran golpe, el bajo dinamismo internacional ha terminado afectando a los países latinoamericanos. Afortunadamente, las proyecciones de crecimiento son positivas para el 2018 y los años siguientes, aunque siguen estando sujetas a que no vuelva a producirse una recesión en las economías avanzadas.

2.2 Finanzas públicas y gasto en salud

2.2.1 Déficit fiscal

América Latina y el Caribe han tenido históricamente balances fiscales negativos, pero en el quinquenio anterior a la crisis del 2009 los déficits se mantuvieron bajos. Así, en este periodo los valores promedio regionales no sobrepasaron 1,1% del PIB y llegaron incluso a 0,8% del PIB en el 2008.

Lamentablemente, la crisis volvió a elevar estos déficits públicos por encima de 3% del PIB. Luego de un leve descenso en el 2010 y el 2011, y en parte debido las políticas económicas contracíclicas, este indicador escaló hasta 5% en el 2014, 7% en el 2015 y 6,2% en el 2016 (FMI, 2017a). Las peores situaciones se registraron en Venezuela, Brasil, Ecuador, Costa Rica y Argentina, entre otros. Sufrieron un golpe menos duro Chile Colombia y Honduras. Incluso algunos países han logrado que el déficit no llegue a 2%, como es el caso de Perú, Paraguay y Guatemala.

Los presupuestos públicos se construyen sobre las proyecciones de crecimiento, por lo que, cuando una crisis golpea la economía de forma imprevista, los márgenes de maniobra son escasos. Además de existir cierta capacidad de reacción, los Gobiernos, la mayoría de las veces, implementan políticas que o bien aumentan el gasto, o bien reducen impuestos. Esto explica el comportamiento del déficit público en la Región. Es decir, las autoridades económicas reaccionaron activamente durante los primeros dos o tres años de la crisis, pero, pasado más de un quinquenio, los recursos del Estado han comenzado a agotarse.

Una de las mayores debilidades de los Gobiernos latinoamericanos para mantener los niveles de gasto es que la capacidad recaudatoria de impuestos es baja. En un estudio comparativo de la OCDE se muestra que dicha capacidad sobrepasa 34% del PIB en las economías avanzadas, mientras que en América Latina y el Caribe solo llega a 21% del PIB (OCDE, 2015a; 2017).

Destacan entre los Gobiernos con mayores ingresos Brasil y Argentina, que superan 30% del PIB. Por el contrario, más de la mitad no alcanzan 20% del PIB. Entre los países con estudio de la OPS sobre espacio fiscal, Perú y Honduras apenas superan a 18% del PIB. Bolivia, en cambio, gracias a los recursos que extrae el Estado de la explotación de los hidrocarburos, alcanzó a 27% del PIB. No obstante, si se excluye esta fuente, los recursos fiscales del país solo serían de 19% del PIB aproximadamente (Matus-López y Valdés, 2016).

La situación descrita supone una clara dificultad para cumplir con una de las condiciones que se exigen en relación con el espacio fiscal para la salud: aumentar el gasto público sin dañar las finanzas del Estado. Es relativamente difícil mantener las cuentas saneadas si las previsiones de crecimiento económico no se cumplen.

Esta es la realidad actual de la mayor parte de las arcas públicas en América Latina y el Caribe. No obstante, las proyecciones de crecimiento son alentadoras. De acuerdo al FMI (2017a), estos países volverán a alcanzar tasas de crecimiento anuales superiores a 2% a partir del 2018. Brasil se aproximará a este umbral, y Argentina llegará a 3% de variación anual a mitad del quinquenio 2015-2020. Perú sobrepasará 3,5%, al igual que Bolivia, y Honduras incluso lo puede superar.

Por este motivo, la discusión sobre el espacio fiscal para la salud se vuelve tan relevante. Si se cumplen al menos en parte las proyecciones, aumentarán los recursos públicos, por lo que será un momento crucial si se quieren priorizar las necesidades de salud.

2.2.2 Gasto público en salud

Cuatro de los países analizados tienen un gasto en salud (público y privado) por encima de 9% del PIB: Paraguay, Costa Rica, Ecuador y Nicaragua. Por el contrario, otros tres, Perú, Jamaica y Guyana, no superan 6% del PIB. No obstante, este es el gasto total, y la composición entre gasto público en salud y gasto privado en salud difiere significativamente de un país a otro. En Paraguay, el gasto privado representa 54,1% del gasto total de salud, mientras que en Colombia apenas alcanza 24,8%. Este último país, junto a Bolivia y Costa Rica, son los que tienen un mayor peso del gasto público en salud en el gasto total de salud.

En términos del PIB, el gasto público en salud solo supera el umbral de 6% del PIB que la OPS ha establecido como referencia en casos puntuales, como Costa Rica, Cuba y Uruguay. Le siguen Colombia y Nicaragua, que superan 5% del PIB, pero en la mayoría de los países este valor cae por debajo de 4% del PIB (Figura 7).

En la interpretación de este indicador conviene tener en cuenta qué se entiende por gasto público en salud. Este incluye todos los gastos financiados mediante fuentes públicas y obligatorias de recursos, lo que quiere decir que a los presupuestos del Gobierno se suman los gastos de salud de los organismos paraestatales o las donaciones externas que reciben estas agencias y los pagos de seguridad social de salud obligatorios.

Figura 7. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2014

Fuente: OMS, 2017a. Elaboración propia.

Por ejemplo, en el caso de Chile, las personas trabajadoras cotizan obligatoriamente 7% del salario a salud (con un tope). Sin embargo, el cotizante puede decidir salir del fondo mancomunado público y solidario, representado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y destinar estos recursos y otros adicionales a las administradoras privadas, conocidas como instituciones de salud previsional (ISAPRE), que a su vez cobran primas ajustadas a riesgo y suelen contratar únicamente prestadores privados. En este caso, estos recursos no se consideran gasto público en salud en este tipo de estudios.

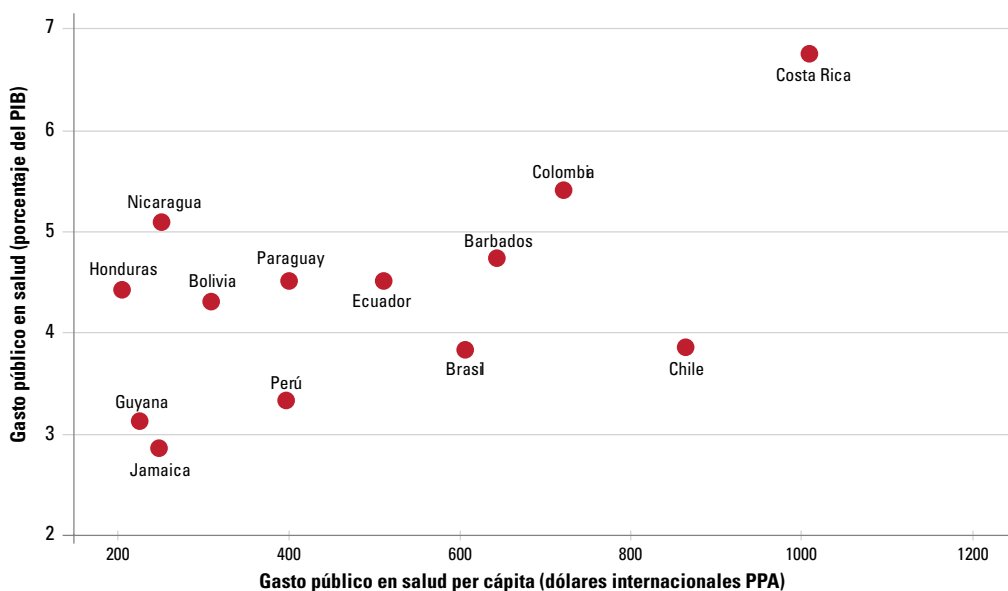
Algo intermedio ocurre en Perú y Honduras, donde las personas trabajadoras o las empresas cotizan a uno o varios seguros de salud públicos, y las que no tienen ingresos quedan cubiertas por la red pública (o no cubiertas). Esto hace que se suela hablar de dos subsectores: seguridad social en salud y sector público (Prieto y Montañez, 2016). Para el caso de los análisis de espacio fiscal para la salud, la meta de 6% del PIB considera la suma de todas las fuentes públicas (obligatorias) de recursos, las de seguridad social y las provenientes de impuestos generales.

Finalmente, en los casos en los que los sistemas de salud presentan casi únicamente o en proporciones muy altas financiamiento público de un solo tipo, como Cuba, Costa Rica o Uruguay, la identificación de este gasto resulta más fácil y transparente.

2.2.3 Gasto público en salud per cápita

Como se ha visto anteriormente, existe una alta variabilidad relativa en los niveles de ingreso per cápita de los países. De ahí, que un gasto público en salud de 5% del PIB en un país rico pueda implicar un gasto per cápita mayor que 6% en otro país más pobre (Gráfico 1).

Gráfico 1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto público en salud per cápita (dólares internacionales PPA), 2014



PPA: paridad de poder adquisitivo. Fuente: OMS (2017a).

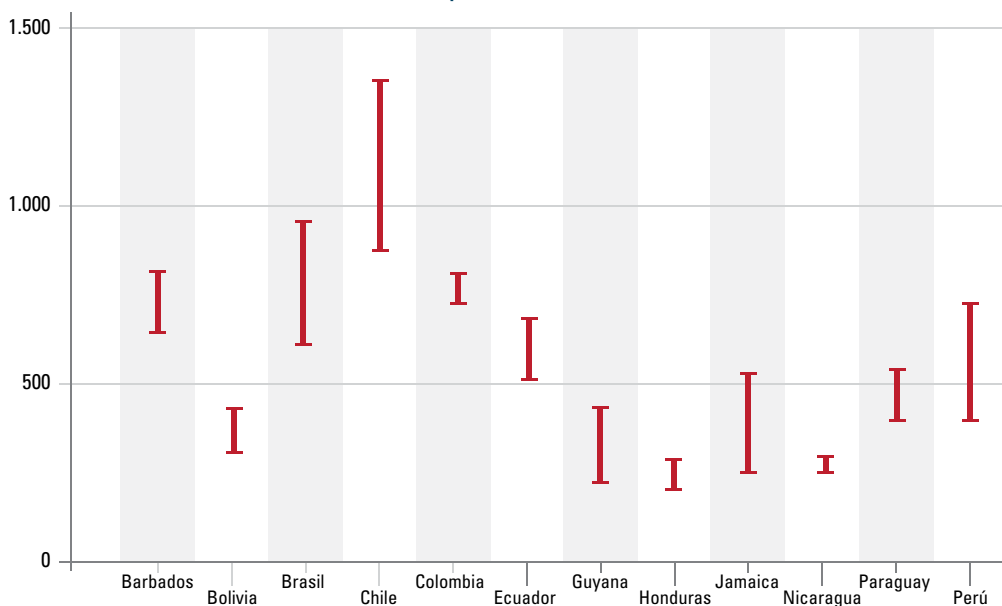
Como se puede apreciar, Chile y Brasil tienen casi el mismo gasto público en salud en proporción al PIB, algo menos de 4%. Esto implica, no obstante, que en términos per cápita el gasto del primero es 42,6% más alto que en el segundo. Asimismo, pese a que Honduras y Bolivia tienen un gasto público en salud mucho más alto que Chile en proporción al PIB (4,42% y 4,31%, respectivamente), sus gastos per cápita en salud son 77% y 64%, respectivamente, más bajos con respecto a ese mismo país.

Esta situación hace que algunos expertos señalen que la meta de un gasto público en proporción al PIB puede no ser suficiente para recaudar los recursos que permitan el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Savedoff, 2007). Si bien esto es cierto, la meta de 6% de la OPS se ha establecido como un nivel mínimo de referencia en el proceso de avanzar hacia la salud universal y cuenta además con respaldo en la literatura internacional (Xu *et al.*, 2010). Algunos países quedarán más cerca y otros más lejos, pero sin duda todos se aproximarán algo más.

Un ejercicio que devela esta situación es el que se realiza suponiendo que todos los países de la Región tuviesen un gasto público en salud de 6% del PIB, algo que permite comparar lo que implicaría en términos de recursos per cápita (Gráfico 2). Los resultados muestran que este logro haría que, por ejemplo, Jamaica eleve su gasto per cápita por encima del nivel que actualmente tiene

Ecuador y que Perú se ubicara casi al mismo nivel que tiene hoy Colombia. Sin embargo, en el caso de Bolivia solo se traduciría en elevar su gasto público en salud per cápita algo por encima del actual nivel de Paraguay.

Gráfico 2. Gasto público en salud per cápita en 2014 (nivel inferior) y calculado como 6% del PIB (nivel superior) (dólares internacionales, PPA)



PPA: paridad de poder adquisitivo. Fuente: OMS, 2017a. Elaboración propia.

Esta es una cuestión que debe tenerse en consideración cuando se evalúa la meta de un gasto público en salud de 6% del PIB acordada en el marco de la OPS (OPS, 2014). Es decir, que el volumen de recursos necesarios para avanzar efectivamente hacia la salud universal dependerá de los costos de atención, infraestructura y precios nacionales y, por lo tanto, puede implicar esfuerzos diferentes entre países.

2.2.4 Gasto de bolsillo en salud

El gasto de bolsillo es el pago directo en el momento de utilizar los servicios que realizan los hogares por atención de salud; junto a las primas pagadas a los seguros privados, es el principal componente del gasto privado.

Este tipo de gasto es uno de los principales determinantes de inequidad, ya que la atención responde a la capacidad de pago. Este concepto se relaciona directamente con el nivel de protección financiera que se garantiza a los hogares. Así, se habla de gastos catastróficos en salud cuando los hogares deben dedicar una proporción muy alta de sus presupuestos para pagar directamente (de bolsillo) por los servicios. También se encuentra en la literatura la referencia a gastos empobrecedores, refiriéndose a aquella situación en la que este rubro de gasto representa la diferencia entre situarse por encima o por debajo de la línea de pobreza en cada contexto (Xu *et al.*, 2003; van Doorslaer *et al.*, 2006; Flores *et al.*, 2008).

Para tener una idea, el gasto de bolsillo representa en promedio 17,1% del gasto total en salud en Europa. En la Región de las Américas, este alcanza 32% (OPS/OMS, 2017), muy por encima de 15%-20% que se suele citar como umbral de referencia para asegurar un nivel deseado de protección financiera a la población (Xu *et al.*, 2010; OMS, 2010). Entre los países analizados, Paraguay, Ecuador y Honduras tienen los niveles más altos de gasto de bolsillo, de entre 40% y 50% del gasto en salud. Más aún, en los dos primeros este gasto es mayor que el gasto público en salud, y en el tercero casi lo iguala. Solo Colombia registra un nivel de gasto de bolsillo por debajo de 20%, seguido de Costa Rica. En el resto de los países, este componente supera la cuarta parte de todo el gasto en salud (Figura 8).

Figura 8. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud, 2014



Fuente: OMS, 2017a. Elaboración propia.

2.3 Organización de los sistemas de salud

Los sistemas de salud determinan en forma significativa los resultados sanitarios. La relación entre preferencias y estructuras no es lineal ni directa, aunque se suele argumentar que los niveles de acceso y el peso del componente público y privado responden a cuestiones culturales. Por ejemplo, que las poblaciones de algunos países valoran la libertad de elección en los prestadores y las aseguradoras más que el fortalecimiento de un sistema público jerarquizado de provisión. O que

en otros países en los que culturalmente la solidaridad tiene un rol preponderante en las políticas se aboga por sistemas de financiamiento mancomunados y una amplia red pública. No obstante, lo cierto es que la mayor parte de las veces estos estereotipos nacen a partir de la situación real, no de la deseada. Se basan en una lógica que respalda que lo que se tiene es lo que se quiere.

La relación, como se ha dicho, no es lineal ni unidireccional. Es evidente que, en los regímenes democráticos, las decisiones de las instituciones públicas que construyen, reforman y mantienen los sistemas de salud deberían ser el resultado de las directrices políticas de quienes representan. No obstante, los fallos en el sistema político, la carencia de recursos y las inflexibilidades en el legado histórico del sistema hacen que las decisiones no siempre respondan a las preferencias sociales.

En este sentido, el legado histórico juega un rol particular en América Latina y el Caribe. Los países de la Región tienen un pasado reciente caracterizado por pocos recursos y, en ocasiones, falta de estabilidad democrática. El legado de estas situaciones está llevando a que, en las últimas décadas, la fricción de la realidad con las preferencias sociales desencadene en una sucesión de reformas de los sistemas de salud latinoamericanos.

En el análisis de espacio fiscal para la salud este hecho es muy relevante, ya que las estructuras deben ser relativizadas de cara a alcanzar el objetivo de salud universal. En muchos países, estas deberán cambiar a medio o incluso largo plazo. Por lo tanto, para el análisis, los obstáculos derivados de estas estructuras no pueden considerarse inalterables.

A escala regional, la descripción de los sistemas de salud se llevó a cabo a través de tres análisis: recursos humanos, físicos y financieros en salud; nivel de cobertura de servicios; y resultados en salud (Báscolo *et al.*, 2015). En los estudios particulares de Perú (Matus-López y Prieto, 2015), Bolivia (Matus-López y Valdés, 2016) y Honduras (Prieto y Montañez, 2016), se profundizó algo más en la estructura y la organización de los sistemas de salud.

2.3.1 Recursos humanos y materiales

El diagnóstico general es que los países de la Región registran un déficit de médicos, enfermeras y demás personal sanitario. En las economías avanzadas, la densidad de médicos por cada mil habitantes ronda un valor de cuatro. En la Región de América Latina y el Caribe, en cambio, solo Uruguay y Argentina se aproximan a estos niveles, con la excepción de Cuba, que los supera largamente (Figura 9).

La mayoría de los países de la Región no alcanzan el nivel de dos médicos por mil habitantes, como es el caso de Chile, Brasil, Ecuador y Colombia, entre otros. Más atrás, con un indicador por debajo del valor de uno, se encuentran Suriname, Nicaragua y Guatemala, y cierran la lista, con valores que no alcanzan a un médico por cada dos mil habitantes, Bolivia, Guyana, Honduras y Haití.

En el análisis particular de Perú se aprecia un aumento del número de médicos. Entre el 2000 y el 2013 estos pasaron de 1,15 a 2,14 por cada mil habitantes, lo que representó un aumento de más de 80%. Sin embargo, se mantienen fuertes diferencias entre departamentos, con territorios donde hay menos de un médico por cada dos mil habitantes y otros, como la capital, con 3,8 por cada mil habitantes, ocho veces más (Matus-López y Prieto, 2015). La tendencia es positiva también en Bolivia, donde el número de médicos ha ido lentamente en aumento, desde un histórico 0,3 profesionales por cada mil habitantes hasta 0,47 en el 2010 (Matus-López y Valdés, 2016).

En Honduras, los resultados siguen siendo positivos, pero de forma menos clara. A falta de datos agregados, el número de médicos en el sistema público de salud (SESAL) aumentó entre el 2009 y el 2015. No obstante, el número implica una densidad de solo 0,1 médicos por cada mil habitantes (Prieto y Montañez, 2016). Y, aunque se debe considerar que a esa cifra hay que agregar los profesionales fuera de este sistema, parece poco probable que los resultados sean significativamente mejores.

Figura 9. Médicos por cada mil habitantes en América Latina y el Caribe, 2014 o último año disponible



La cifra de médicos incluye a los especialistas, los generalistas y los practicantes. Fuente: OMS, 2017a. Elaboración propia.

En relación con la infraestructura, la mayoría de los países registran un bajo número de establecimientos de salud en proporción a la población. En promedio, existen algo más de 3,5 centros por cada 100 000 habitantes, con diferencias notables en la calidad, el tamaño y el tipo de centros.

En el estudio de Perú se identificaron más de 18 000 centros de salud, lo que resulta en una densidad muy por encima de la media regional. No obstante, más de la mitad (52%) corresponden al sector privado, de los que 6 000 son consultas de especialistas privados. Asimismo, de los centros públicos, casi 7 000 corresponden a puestos o postas de salud, con escaso personal e infraestructura. Por el contrario, en Honduras solo se tienen contabilizados los centros de la red pública de servicios

de salud (SESAL), con apenas 1722 establecimientos en todo el país, de los que más de mil son centros de salud rural, escasamente equipados.

Como se puede ver, las estadísticas por habitante con difíciles de comparar y las dotaciones de profesionales e infraestructura varían notablemente según qué o cuáles se consideren. Aun así, considerando el número de profesionales de la salud, parece lógico concluir que existe una escasez de infraestructuras con respecto a las poblaciones de cada país.

2.3.2 Aseguramiento y cobertura de salud

Una evaluación reciente muestra importantes avances en la Región en materia de cobertura de salud, al menos de forma nominal (Dmytraczenko y Almeida, 2015). Sin embargo, esta se ofrece a través de un entramado de seguros públicos y privados que no siempre garantiza un acceso efectivo.

Sistemas de aseguramiento

Una de las características más paradigmáticas de la Región es la existencia de múltiples seguros, que conviven con un alto porcentaje de la población no asegurada. Más aún, suele ser común la existencia de segmentación dentro del propio sector público, con una red financiada con cotizaciones de los ingresos del trabajo y con acceso limitado a los cotizantes y sus derechohabientes, y otra red, financiada principalmente con impuestos generales, para quienes no tienen ingresos laborales. El resultado es un sistema segmentado y fragmentado, ineficiente e intrínsecamente inequitativo con respecto al objetivo de alcanzar un acceso universal a la salud (OPS/OMS, 2017).

De acuerdo a este diagnóstico, son pocos los países que tienen un sistema de financiamiento y aseguramiento integrados (Atun *et al.*, 2015; Bossert *et al.*, 2014; Mesa-Lago, 2009; Cruces, 2006). Así, según los estudios citados, solo los sistemas de salud de Brasil y Costa Rica pueden clasificarse como sistemas integrados. El primero, a través del Sistema Único de Salud (SUS), financiado íntegramente con recursos fiscales, y el segundo, financiado con un fondo solidario público y único de cotizaciones sociales e impuestos generales. En este grupo también se encuentra Cuba, con su sistema de salud único, integrado y gratuito, financiado con recursos fiscales.

Con este mismo criterio, se puede citar a continuación a Chile y Colombia. Los dos han logrado homogeneizar el acceso en relación con determinados problemas de salud, tanto para los beneficiarios del sistema privado como del sistema público. No obstante, estos sistemas no terminan de estar integrados y el acceso a los servicios fuera de estos conjuntos de beneficios es desigual y depende del seguro a través del que se realice.

En el caso de Uruguay se ha consolidado el acceso a un conjunto amplio servicios relacionados con problemas específicos de salud para prácticamente todos los grupos de beneficiarios, que se financia solidariamente con contribuciones e impuestos generales. Así, en este país, el Sistema Nacional Integrado de Salud ofrece un conjunto de beneficios tanto para la red pública no contributiva como para la red pública contributiva.

Más atrás en lo que respecta a integración parecen encontrarse Argentina, México y Perú, entre otros. En el estudio específico de Perú se confirma esta estructura (Matus-López, 2016). Cerca de dos terceras partes de la población de este país están cubiertas por dos tipos de seguros públicos: el seguro público contributivo (EsSalud) y el Seguro Integral de Salud (SIS). El primero,

que da cabida a 25% de la población, se financia con las contribuciones sociales, y el segundo, con 39% de la población, se financia principalmente con aportes fiscales. Ambos disponen de redes y establecimientos no complementarios, centros de atención primaria paralelos y subsidios cruzados de uno a otro. Más aún, contabilizando otros tipos de seguros (privados, profesionales, etc.), aún se tiene que, cerca del 22% de la población peruana no reconoce estar cubierta por ningún seguro de salud.

Por último, los menores niveles de integración se pueden encontrar en los casos de Guatemala, Bolivia y Honduras. En el estudio específico de Bolivia se identificaron más de una veintena de seguros públicos y privados, y, aun así, más de 60% de la población no se encuentra afiliada a ninguno. Las distintas fragmentaciones públicas pasan por cajas profesionales, seguros universitarios, policiales y militares, y la Caja Nacional de Salud (la más importante). Sin embargo, al ser un modelo basado en cotizaciones, las altas tasas de informalidad laboral del país excluyen de la cobertura a más de la mitad de la población (Matus-López y Valdés, 2016).

En el caso de Honduras, la división se repite. Cerca de 20% tiene acceso a esquemas contributivos; otro 3%, a seguros privados; una parte menor, a los seguros de las fuerzas armadas; y el resto, a la red pública de salud (Prieto y Montañez, 2016). No obstante, en relación con este último grupo, se estima que solo 40% tiene realmente acceso a la red (Bermúdez-Madriz *et al.*, 2011), en parte porque esta no asegura un plan de beneficios.

Cobertura efectiva

Los intentos por medir la cobertura real o efectiva son complejos, ya que parten de la necesidad de conocer la demanda potencial o la tasa de prevalencia de un problema de salud para contrastarla con las atenciones realmente ofrecidas. Otra opción, menos efectiva y más subjetiva, es preguntarles a las personas, en encuestas nacionales, si tuvieron algún problema de salud y si accedieron a la atención profesional que necesitaban (Báscolo *et al.*, 2015).

En materia de enfermedades transmisibles, se puede contrastar la cobertura (para menores de un año) de las vacunas contra la tuberculosis y la incidencia de esta enfermedad. Los resultados de vacunación son positivos, y esta alcanza a más de 90% en casi todos los países de América Latina y el Caribe (debe tenerse presente que, en principio, la vacunación es obligatoria). No obstante, cuando se analiza la incidencia, se encuentra que las variaciones son mucho mayores: desde menos de 20 casos por cada 100 000 habitantes en Chile y Costa Rica hasta casi 115 en Bolivia¹⁰ (OMS, 2017b).

El perfil epidemiológico tiene mucho que ver con la cobertura real y revela la dificultad de su medición. Así, cuando se analiza la cobertura para enfermedades no transmisibles, el orden cambia. Por ejemplo, casi todos los países tienen disponibilidad de test de diabetes, pero los porcentajes de personas con glucosa elevada en sangre por edad van de 6,6 en Bolivia a 11,4 en Chile¹¹ (OMS, 2017a).

10 Cifras para el año 2016. La cifra incluye la incidencia de tuberculosis y pacientes afectados por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

11 Se considera que hay elevada glucosa en sangre con valores en sangre ≥ 7 mmol/L o si se está recibiendo medicación por este problema. Estimación bruta.

Con todo, es difícil conocer el acceso real. Las estadísticas que intentan medirlo se basan principalmente en encuestas, en las que se pregunta al entrevistado si ha tenido un problema de salud y si ha asistido a atención profesional o no, y por qué. Los resúmenes regionales muestran que cerca de 30% de las personas en América Latina y el Caribe no accedió al sistema por motivos económicos, y que otro 21% no lo hizo por causas geográficas (OPS, 2014).

Lo cierto es que, con todo, parece que queda un largo camino para lograr que el acceso nominal se transforme en acceso efectivo, y que, más allá de las distintas necesidades de cada población, esta acceda a la atención de calidad que requiere en cada momento.

2.3.3 Resultados en salud

El indicador más utilizado a la hora de medir resultados en salud es la esperanza de vida al nacer. El aumento de este indicador se asocia a la salud porque implica, esencialmente, que los niños menores de 5 años mueren menos que antes y viven hasta la vejez, a la vez que los adultos de edad mediana, que antes morían, también vivirán más tiempo (Deaton, 2015). Aunque los determinantes sociales de la salud, como el nivel de ingreso o la educación, son muy importantes a la hora de explicar el valor de este indicador, también es cierto que el acceso y la calidad de la atención de los sistemas de salud son determinantes en relación con su evolución.

En todos los estudios de espacio fiscal para la salud se analizó la esperanza de vida al nacer, y los resultados se caracterizaron por dos aspectos: la tendencia positiva de las últimas décadas, por un lado, y los niveles elevados en muchos de los países latinoamericanos, por otro. Así, en la actualidad destaca Chile, con un valor de 81,6 años de vida, pero le siguen, con más de 79 años de promedio, Cuba y Costa Rica. Más atrás, la mayoría (diez países) presenta resultados que van de los 74 a los 78 años de vida. En la parte baja, con valores por debajo del umbral inferior de ese grupo, se sitúan República Dominicana, Honduras, Guatemala y Bolivia (en ese mismo orden), y cierra el listado Haití, en situación de emergencia social, con 62,8 años de promedio de esperanza de vida al nacer (OMS, 2017a).

Otros indicadores que muestran resultados positivos son los relativos a la salud infantil y a la salud materna. La tasa de mortalidad infantil ronda la cifra de 30 por mil nacidos vivos solo en Bolivia y Guyana (y se eleva significativamente en Haití), mientras que cae por debajo de 10 por mil nacidos vivos en Cuba, Uruguay, Costa Rica y Chile. Asimismo, la tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos sobrepasa el valor de 200 en Bolivia, Guyana y Haití, mientras que en Uruguay muestra niveles similares a Europa, y en Chile, Costa Rica, Granada y Barbados, no supera la cifra de 30 (Figura 10).

Finalmente, cabe considerar los distintos perfiles epidemiológicos, según el peso de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, entre los países de la Región. Las segundas representan más de 75% de las muertes en Chile, Argentina, Uruguay, Costa Rica, Nicaragua, México, Cuba y Jamaica, entre otros países, mientras que este grupo de causas de muerte representa entre 64% y 75% las muertes en el resto (la mayoría). En el otro extremo están una vez más los países con peores resultados en salud, en los que las enfermedades transmisibles representan cerca de 40% de las muertes. Tal es el caso de Bolivia, Honduras, Nicaragua y Haití.

Figura 10. Tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe, 2013 o último año disponible



Fuente: OMS, 2017a. Elaboración propia.

Así, se conforma una agrupación de países en los que coinciden los niveles de ingreso y los mejores resultados. Lo cierto es que gran parte de los países latinoamericanos no ha alcanzado dichos niveles de desarrollo en salud, y parece evidente la necesidad de aumentar los recursos para mejorar el acceso, la cobertura real y, en definitiva, unas condiciones más justas de acceso a la atención de calidad en salud. Se lograría así mejorar los indicadores de salud y disminuir las inequidades en este ámbito, lo que supondría avanzar decididamente hacia la salud universal.

CAPÍTULO 3



FUENTES DE ESPACIO FISCAL

La clasificación de las fuentes de espacio fiscal para la salud varía según el autor y el criterio adoptado para diferenciarlas. No obstante, la identificación de dichas fuentes es muy similar, y esta puede agruparse en cinco grandes categorías: a) incremento de los recursos por mayor crecimiento económico, b) mayor priorización del sector de la salud en relación con otras partidas de gasto, c) aumento de la recaudación por la vía de impuestos y contribuciones, d) ayudas y créditos externos, y e) mejoras de la eficiencia en el gasto.

En este capítulo se revisan los estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tanto el regional como los específicos para Bolivia, Perú y Honduras, en lo referente a la cuantificación de las fuentes de espacio fiscal.

3.1 Fuente I: Recursos derivados del crecimiento económico

Esta es la fuente más estudiada para la creación de espacio fiscal. Su lógica se basa en que, si se mantiene el crecimiento económico, aumenta la recaudación fiscal y, de paso, de mantenerse la distribución del gasto público por sectores, aumentan los recursos económicos para la salud.

En torno a esta idea se plantea una discusión, que ya aparece en los primeros trabajos de Heller: ¿es el crecimiento económico una condición o una fuente? La pregunta surge porque la propia definición de espacio fiscal incluye el requisito de que los nuevos recursos no desestabilicen la economía. Si bien esta es una cuestión conceptual, condiciona las metodologías de cuantificación. Así, si es solo condición necesaria, se debe evaluar su continuidad, pero si se considera una fuente es posible cuantificarla.

Lo cierto es que las respuestas que parece haberse dado en los estudios empíricos es pragmática y doble: por una parte, es recomendable analizar el contexto macroeconómico de crecimiento y, por otra parte, cuantificar los nuevos recursos que se generan para la salud si el crecimiento se produce.

3.1.1 El crecimiento económico como condición

Si se considera el crecimiento como condición, el enfoque dado al espacio fiscal en las economías avanzadas es descriptivo (Marcel, 2014). En este caso, la cuantificación se centra en dimensionar la capacidad de endeudamiento de los países ricos. Para ello, y a través de un análisis histórico, determina los niveles o umbrales en que el exceso de deuda obligó en el pasado a implementar reformas y políticas de estabilización económica.

Este cálculo puede llevarse a cabo a través de análisis cuantitativos de deuda, déficit fiscal y crecimiento económico. No obstante, siempre quedará al arbitrio de los investigadores la consideración o no, y la asignación de una importancia mayor o menor, de las características particulares del momento y del país, como los *shocks* externos, los eventos políticos, los cambios en la estructura productiva, los aumentos o disminuciones en el capital social, etc. Así, las propias interpretaciones de los economistas pueden determinar o crear un juicio sobre la relación entre las fuentes de espacio fiscal y la desestabilización económica (o desequilibrio de las finanzas públicas). Más aún cuando los efectos de algunas medidas pueden no ser inmediatos.

El *continuum* es relativo. Para algunos economistas, cualquier intervención pública desestabiliza los mercados y, por lo tanto, los esfuerzos de aumentar los ingresos fiscales dan lugar a incentivos perversos para la inversión. Para otros, donde suelen estar la mayoría de los economistas de la salud, las propias imperfecciones de los mercados obligan a la intervención pública, precisamente para mantener el crecimiento económico. Ello sin contar con las posiciones políticas o ideológicas de los propios analistas.

Al final, los estudios que tratan de determinar el momento en que la recaudación de nuevos recursos a través de las fuentes de espacio fiscal genera desequilibrios es más una cuestión interpretativa que técnica, condicionada por las particularidades del país y el momento histórico.

3.1.2 El crecimiento económico como fuente

En cuanto al crecimiento como fuente, los trabajos empíricos son más claros que los teóricos. De una forma u otra, la proyección futura con base en el comportamiento pasado confirma que el aumento del producto interno bruto (PIB) está relacionado con el aumento de los ingresos públicos y, por lo tanto, manteniendo igual el resto de las condiciones, posiblemente mayores recursos para la salud.

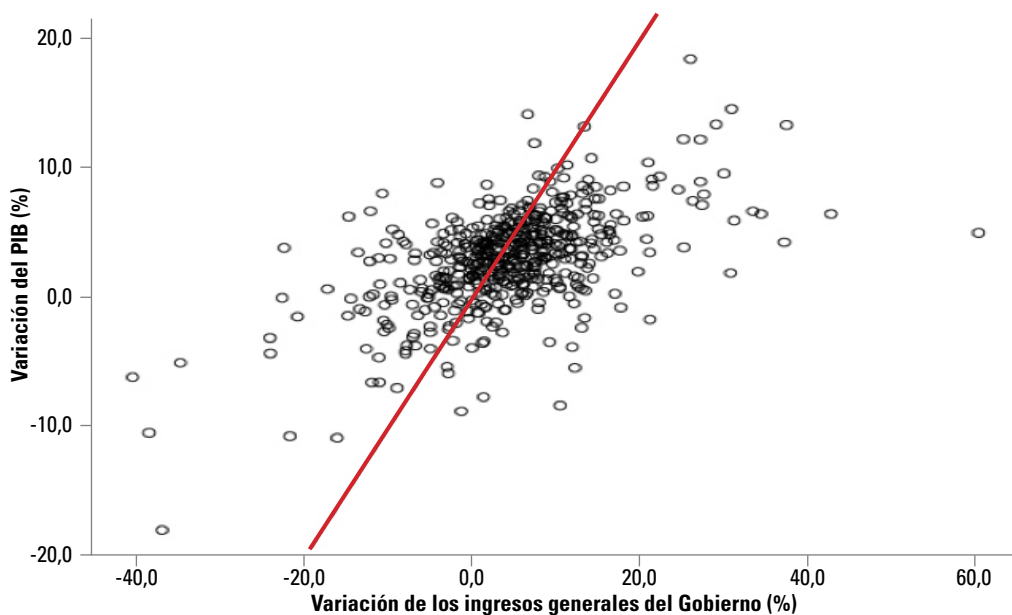
El razonamiento es simple y se basa en la propia medición del PIB. El mayor crecimiento económico, medido como aumento del valor agregado, del consumo o del ingreso, da lugar a una mayor recaudación por impuestos a la renta, contribuciones sociales de la población trabajadora, impuestos indirectos, etc. Más producción, más creación de valor o más transacciones repercuten en los sistemas impositivos directa e indirectamente. Dicho en palabras muy simples, si la economía crece en términos reales, deberían aumentar también los ingresos públicos, de modo que la capacidad del gasto público para adquirir bienes y servicios sería mayor.

Es cierto que hay determinadas actividades que se contabilizan como crecimiento económico y que pueden no estar asociadas a aumentos en los ingresos públicos. Pero también es muy poco probable que tengan el suficiente peso en la economía de un país como para llegar a distorsionar significativamente la relación entre crecimiento económico e ingresos públicos. No obstante, este tipo de actividades ponen la atención sobre la necesidad de considerar que no todo el crecimiento económico se traduce en mayores recursos para el Estado. Más concretamente, que el aumento del

ingreso público y, por lo tanto, del gasto público total, no necesariamente será igual al aumento del PIB. Los canales de crecimiento y las estructuras impositivas de cada país, entre otras variables, determinarán las relaciones entre estos dos componentes.

La propia evidencia histórica demuestra lo que se acaba de afirmar. En el Gráfico 3 se presenta la variación del PIB y de los ingresos públicos para los 32 países de América Latina y el Caribe entre el 2001 y el 2016. Cada punto refleja un año y un país, lo que arroja un total de 512 observaciones. En este gráfico se puede apreciar que existe una relación positiva entre ambas variables, de forma que la nube de puntos se distribuye de izquierda a derecha y de abajo hacia arriba: a mayores aumentos del PIB, mayores aumentos de los ingresos públicos. No obstante, esta relación dista de ser equivalente, y las variaciones del PIB son menores que las de los ingresos. El eje del PIB se presenta en un rango de variación porcentual menor (entre -20 y 20), mientras que el del ingreso se presenta en un rango de variación porcentual mayor (entre -40 y 60).

Gráfico 3. Variaciones anuales de los ingresos generales del Gobierno y del producto interno bruto (PIB) en América Latina y el Caribe, 2001-2016



Fuente: BM (2017).

La línea diagonal del gráfico representa una variación idéntica del PIB y de los ingresos en términos porcentuales anuales. Si bien cruza la nube de puntos, lo hace más pegada a su parte izquierda, mostrando así que la mayoría de las observaciones representan mayores variaciones de los ingresos que del PIB, es decir, que la variabilidad de los ingresos públicos es mayor.

En definitiva, el crecimiento económico afecta directa e indirectamente a los ingresos públicos, en una correlación positiva pero no lineal. Por este motivo, no es fácil predecir el gasto público solo considerando las proyecciones de crecimiento, lo que representa una limitación para las metodologías de cuantificación del espacio fiscal.

3.1.3 Gasto público en salud y crecimiento económico

Cuando se analiza el espacio fiscal específicamente para el sector de la salud, entra en juego una nueva variable, que es la relación entre el gasto público en salud y el gasto público total, denominada habitualmente *prioridad fiscal en salud*. Es decir, representa la distribución funcional de este último y la importancia relativa de salud en relación con ese gasto total, que a su vez representa la capacidad fiscal del país. Si se mantiene esta proporción y el gasto público total crece al menos al mismo ritmo que el PIB, aumentan los recursos para el sector; más aún, si el crecimiento de este gasto es mayor que el del PIB, entonces la relación entre el gasto público en salud y el PIB también aumenta.

Con base en estos conceptos, los estudios empíricos valoran qué parte del espacio fiscal se deriva únicamente del crecimiento económico. Uno de los primeros trabajos en aplicar una estimación cuantitativa para la salud fue el de Sharma (2015). Esta metodología consta de tres pasos: determinar la relación histórica entre el gasto público en salud y el PIB, realizar un análisis de sensibilidad de esta relación y proyectar el gasto público en salud en distintos escenarios de acuerdo a las previsiones de crecimiento futuro.

Relación histórica entre el gasto público en salud y el PIB

En primer lugar, se analiza el comportamiento del gasto público en salud y del PIB, en términos reales, en el periodo mínimo de una década. Esto está condicionado normalmente por la disponibilidad de series largas de dicho gasto. Partiendo de ambas series, gasto público en salud y PIB, se calcula la elasticidad del primero (ϵ), es decir, cuánto varía el gasto público en salud en términos porcentuales cuando el PIB varía en 1%. La fórmula es la siguiente (GPS, gasto público en salud):

$$\epsilon = \frac{\Delta GPS / GPS}{\Delta PIB / PIB} = \frac{(GPS_{t+1} - GPS_t) / GPS_t}{(PIB_{t+1} - PIB_t) / PIB_t}$$

Según como se comporten ambas variables, la elasticidad puede tomar valores desde cero a infinito (en valor absoluto)¹². En este sentido, cuanto mayor sea el valor, más elástica es la relación entre las dos variables (Figura 11).

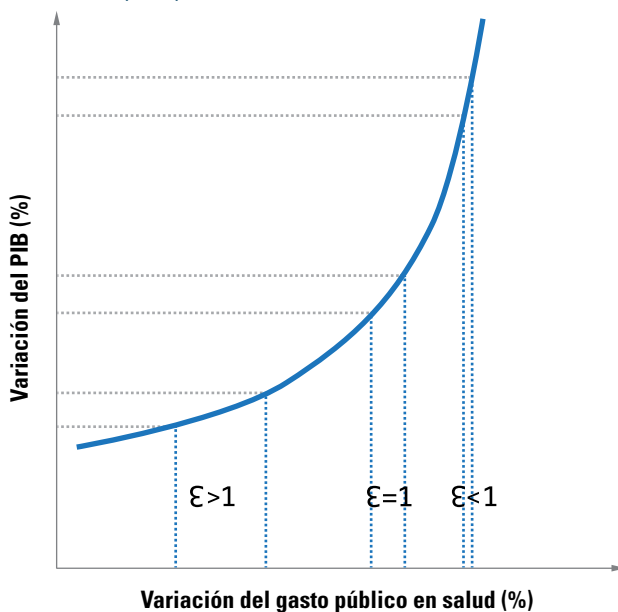
Una elasticidad mayor de 1 implica un aumento o disminución del gasto público en salud proporcionalmente mayor que el aumento o disminución del PIB, mientras que un valor menor de 1, un aumento o disminución del gasto público en salud proporcionalmente menor que el aumento o disminución del PIB. Una elasticidad de 1 es, por lo tanto, un aumento o disminución porcentualmente igual en ambas variables.

Análisis de sensibilidad de las elasticidades

Una vez calculada la elasticidad, se realiza un análisis de sensibilidad de este parámetro de manera que se puedan obtener al menos dos escenarios alternativos respecto del gasto público en salud como porcentaje del PIB: uno optimista y otro pesimista.

¹² Por convención la elasticidad se expresa en valor absoluto. Sin embargo, el cálculo puede ser negativo, por ejemplo, en este caso, cuando el PIB crece, pero el gasto en salud no crece menos, si no que directamente decrece.

Figura 11. Elasticidad del gasto público en salud con respecto al producto interno bruto (PIB)



Fuente: Elaboración propia.

En este momento se pueden adoptar distintos criterios. Una opción es no considerar valores que puedan ser el resultado de comportamientos extraordinarios en una o ambas variables y que, por uno u otro motivo, hayan sido excepcionalmente altos o bajos. Normalmente están relacionados con shocks externos, como, por ejemplo, la realización de una inversión en infraestructuras o una compra de equipamiento especializado que no se volverá a producir en el medio plazo. Tomar en consideración este gasto excepcional elevaría extraordinariamente la variación del gasto público en salud y rompería cualquier relación con la evolución del PIB, y no parece correcto asumir que ese incremento se deba a mayores recursos públicos por crecimiento económico.

Por el contrario, normalmente la recuperación de una crisis económica coyuntural es acelerada. Tras una caída del PIB, el repunte suele ser significativamente más rápido que el crecimiento previo a la crisis, sin que aumente en la misma proporción el gasto público en salud, lo que hará caer el indicador en cuestión. O bien, durante la caída del PIB es posible que, para conservar el nivel de gasto público en salud sobre el PIB, se haya recurrido puntualmente a otras fuentes o a una repriorización en el gasto público total.

Una segunda opción es eliminar los valores que excedan el rango intercuartílico o que se ubiquen por debajo o por encima de una o dos desviaciones estándar, consideradas como variación normal. En definitiva, la decisión es arbitraria y depende del autor de cada estudio. No obstante, siempre se trata de crear escenarios alternativos con una base real, partiendo de criterios explícitos y homogéneos en cada trabajo.

Proyecciones de gasto

Con base en cada resultado del análisis de sensibilidad (normal, pesimista y optimista), se construyen escenarios futuros. Para ello, se proyecta el gasto público en salud con respecto a las estimaciones de

crecimiento del PIB, obtenidas de fuentes nacionales, como los institutos nacionales de estadística, los ministerios de economía o los bancos centrales, o de fuentes internacionales, como las del Fondo Monetario Internacional (FMI). Las fuentes nacionales tienden a hacer proyecciones de periodos cortos (uno o dos años), mientras que el FMI hace proyecciones con un horizonte mayor (cinco años).

Cuando las diferencias en las fuentes se consideran importantes, puede trabajarse con medias en los años coincidentes. En los casos en que se desea hacer una proyección aún más larga de cinco años, se puede utilizar el crecimiento promedio de la economía en los últimos años o del histórico disponible.

Finalmente, habría que calcular las variaciones incrementales del gasto público en salud en el horizonte estudiado, coincidente con la disponibilidad de estimaciones futuras del PIB, y valorar el aumento de dicho gasto en porcentaje del PIB.

3.1.4 Crecimiento económico y contribuciones sociales

Una cuestión metodológica que surge de cuantificar el espacio fiscal para la salud de acuerdo con el crecimiento económico es si se debe evaluar separadamente la relación entre el PIB y el gasto público en salud según el tipo de ingreso. Este enfoque consiste esencialmente en separar el gasto en salud derivado de los ingresos generales del Estado y el gasto en salud financiado con contribuciones sociales. Este aspecto es relevante, porque el comportamiento de cada tipo de gasto con respecto al PIB puede ser diferente y tener efectos de distinto alcance, sobre todo en sistemas de salud segmentados.

Por ejemplo, un crecimiento económico que se traduce en un aumento de los salarios reales puede contribuir a financiar la salud de las personas beneficiarias del seguro contributivo, pero no dotar de recursos al resto del sistema público. Asimismo, un crecimiento económico basado en mayores beneficios empresariales podría estar favoreciendo la recaudación del impuesto sobre la renta, con un efecto positivo para los que dependen de la red pública general pero no para quienes pagan contribuciones.

En el estudio regional de trece países se realizó un análisis histórico de este tipo, por país y por fuente (gastos en salud financiados con impuestos y recursos naturales, y gastos de la seguridad social en salud). Los resultados mostraron que, en la mayoría de los casos, el crecimiento del gasto público en salud dependía en más de 50% del aumento de los recursos fiscales, incluso compensando caídas en las contribuciones sociales (Báscolo *et al.*, 2015). Esta cuestión también fue planteada y llevada a la práctica para proyectar el espacio fiscal en el caso de Honduras (Prieto y Montañez, 2016). Los resultados, como se verá en el siguiente apartado, muestran comportamientos diferentes según el tipo de gasto.

Esta cuestión metodológica plantea otra discusión que normalmente en los trabajos de espacio fiscal no se aborda, y que no solo afecta a esta fuente de espacio fiscal que se viene describiendo, el crecimiento económico, sino naturalmente a toda la recaudación impositiva. La pregunta es la siguiente: ¿cómo se distribuye el aumento del gasto público en salud hasta la meta de 6% del PIB en sistemas nacionales de salud con aseguramiento público fragmentado? ¿Se debe priorizar el aumento del gasto público no contributivo?

Hay evidencia a favor de una respuesta positiva, pero existen algunas cuestiones que se deben considerar en relación con este planteamiento. En primer lugar, no debe perderse de vista que tras la meta de un determinado nivel de gasto público en salud está el objetivo de lograr un mayor acceso y cobertura universales de salud. Por otra parte, encontramos que estos países cuentan con un elevado porcentaje de personas que no están cubiertas por ningún tipo de seguro. En este sentido, puede ocurrir que el gasto público en salud crezca sin que aumente la cobertura, como, por ejemplo, con un aumento de salarios de los trabajadores formales que ya contribuyen a la seguridad social de salud.

Estos argumentos recuerdan que el estudio del espacio fiscal consiste en un diagnóstico de las fuentes de nuevos recursos, es decir, un trabajo de valoración de potenciales financiamientos, pero que no da respuesta a todas estas interrogantes, que van más allá. La distribución del gasto y las mejoras organizacionales en favor de una mayor equidad son igualmente importantes para el logro de la salud universal. En este sentido, cobra sentido el aporte de este tipo de nuevo conocimiento para alimentar un debate que pertenece eminentemente a la esfera política. Una contribución que apunta a democratizar el debate en la medida en que se difunden los resultados a actores y públicos que no son expertos.

3.1.5 Resultados de los estudios

El análisis regional

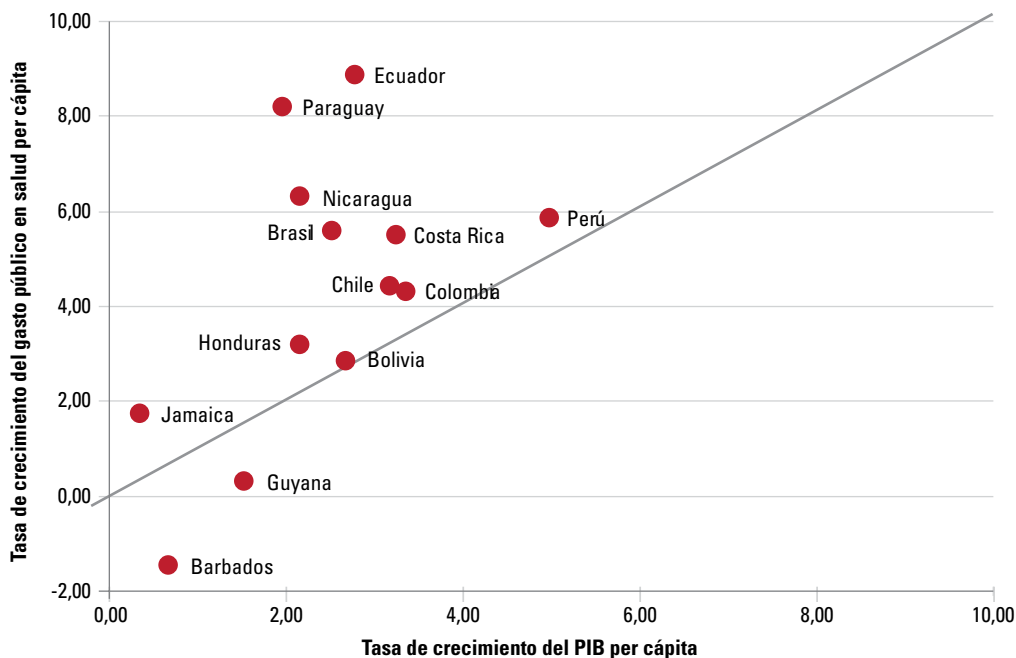
En el estudio para los trece países de América Latina y el Caribe, se realizó un análisis histórico de la relación entre el PIB y el gasto público en salud, medidos en términos per cápita. Para ello se consideraron dos años, 2002 y 2012, y se calculó la elasticidad arco en cada país. Como se puede ver en el Gráfico 4, los resultados fueron positivos en casi todos los casos, con la excepción de Guyana y Barbados. En la mayoría de los países, el gasto público en salud aumentó más que el PIB, en términos porcentuales y por persona; Ecuador y Paraguay fueron los que mostraron mayor elasticidad. Esto quiere decir que, en los países estudiados, el aumento del gasto público en salud per cápita fue mayor que el aumento del PIB per cápita, algo que se ha visto favorecido por la desaceleración del crecimiento poblacional.

Estos datos no son neutros, ya que esconden una advertencia: en las próximas décadas la población tendrá un perfil demográfico más envejecido y, posiblemente, mayor demanda de servicios y mayor costo per cápita (Saad, 2011). De esta forma, si se mantiene el crecimiento económico, se puede esperar que el gasto en salud por persona aumente a una tasa mayor que el ingreso medio, aunque posiblemente, por lo anteriormente comentado, también la demanda de servicios de salud por persona. Esto tampoco quiere decir que se alcance un gasto público en salud de 6% del PIB, pero sí que los recursos disponibles per cápita pueden ser mayores.

Perú, variabilidad en un entorno de crecimiento

Las condiciones económicas de Perú han sido favorables en la última década, con una de las mayores tasas medias de crecimiento de América del Sur: cerca de 5% anual en promedio. Tanto es así, que fue uno de los pocos países que no registró tasas negativas durante la crisis del 2009.

Gráfico 4. Variaciones anuales promedio del gasto público en salud y del PIB, ambos per cápita en países seleccionados. 2002-2012 (dólares internacionales PPA)



PPA: paridad de poder adquisitivo. Fuente: Báscolo et al., 2015.

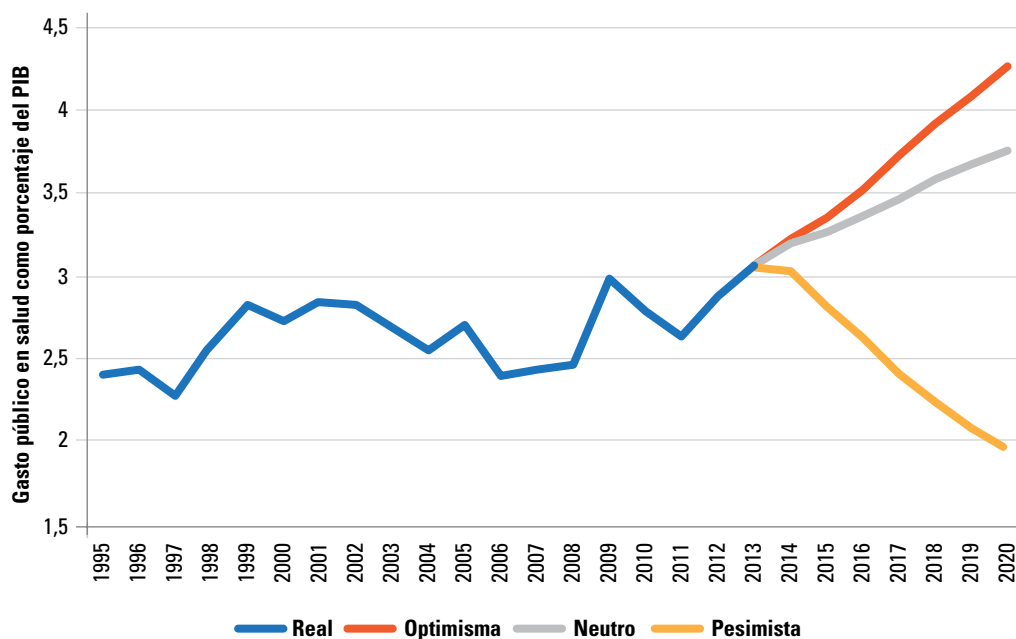
Este favorable entorno macroeconómico no se tradujo en un mayor gasto público en salud, que apenas superó el 3% del PIB en tres de los últimos diez años. Así, el análisis de ambas variables, gasto público en salud y PIB, muestra incrementos reales pequeños del primero y aumentos importantes del segundo.

El año 2009 tuvo un comportamiento diferente. El crecimiento del gasto público en salud sobrepasó significativamente al del PIB, con una elasticidad de más de 20 puntos. El motivo es que la crisis que se produjo ese año fue violenta e inesperada. No fue una desaceleración, sino un golpe económico que se extendió a nivel mundial en menos de un semestre y que produjo un desfase entre planificación/presupuesto y gasto. La ejecución del gasto público en salud ese año respondió a las expectativas de crecimiento realizadas el año anterior, muy superiores a las que finalmente se produjeron. Así, cuando el PIB se ralentizó, la razón gasto público en salud/PIB aumentó.

Tomando en consideración estas evoluciones, se proyectaron tres escenarios. El primero, denominado optimista, consideró que los impactos extraordinarios positivos (altas elasticidades) se repetirían en el tiempo. Es decir, que se producirían esfuerzos extraordinarios en el futuro para aumentar el gasto público en salud más que el PIB. En el escenario pesimista se excluyeron los dos valores de elasticidades más altos. Con ello se supuso que el comportamiento futuro del gasto público en salud será más o menos el mismo que se ha observado durante los últimos años. Finalmente, se utilizó un escenario neutro, que se basó en comportamientos pasados, utilizado en un estudio anterior de espacio fiscal (USAID, 2014).

Las elasticidades que surgieron de estos tres escenarios estuvieron en un rango desde 0,54 en el escenario pesimista a 2,06 en el optimista, pasando por 1,62 en el neutro (Matus-López y Prieto, 2015). Esto quiere decir que el gasto público en salud como porcentaje del PIB podría aumentar en los dos escenarios más favorables, mientras que podría disminuir (elasticidad menor a uno) en el menos favorable (pesimista). En términos de espacio fiscal, y con base en el crecimiento esperado para 2015-2020, tales resultados se traducen en que el gasto público en salud podría aumentar, en el mejor de los casos, hasta 4,23% del PIB, o llegar a 3,73% del PIB en un escenario intermedio. Pero no se descarta la posibilidad de que pueda caer, como muestra el escenario pesimista (Gráfico 5).

Gráfico 5. Gasto público en salud, real y proyectado en los escenarios optimista, neutro y pesimista, en Perú. 1995-2020



Fuente: Elaboración propia y OMS, 2017a.

Los resultados para Perú deben interpretarse basándose en la amplitud de los resultados de las elasticidades, que hace que la del escenario optimista cuadruple la del pesimista. Un rango bastante amplio que responde a dos características de las series de datos utilizadas para su cálculo: la influencia de los impulsos puntuales, pero exógenos al gasto público en salud, y la variabilidad del gasto público en salud de año en año.

Así, no parece demasiado probable que el gasto público en salud como porcentaje del PIB se reduzca, más aún cuando la actualización de los últimos datos disponibles, y posteriores al estudio, muestran una tendencia creciente y sitúan el valor real del gasto público en salud para 2014 en 3,3% del PIB, un valor por encima del previsto en el escenario optimista. No obstante, junto a esta apreciación positiva, cabe destacar que, si se mantuviera de forma constante un crecimiento económico como el ocurrido en Perú en la historia reciente (escenario optimista), en siete años solo se crecería poco más de un punto porcentual, por lo que se seguiría estando lejos de la meta de 6%.

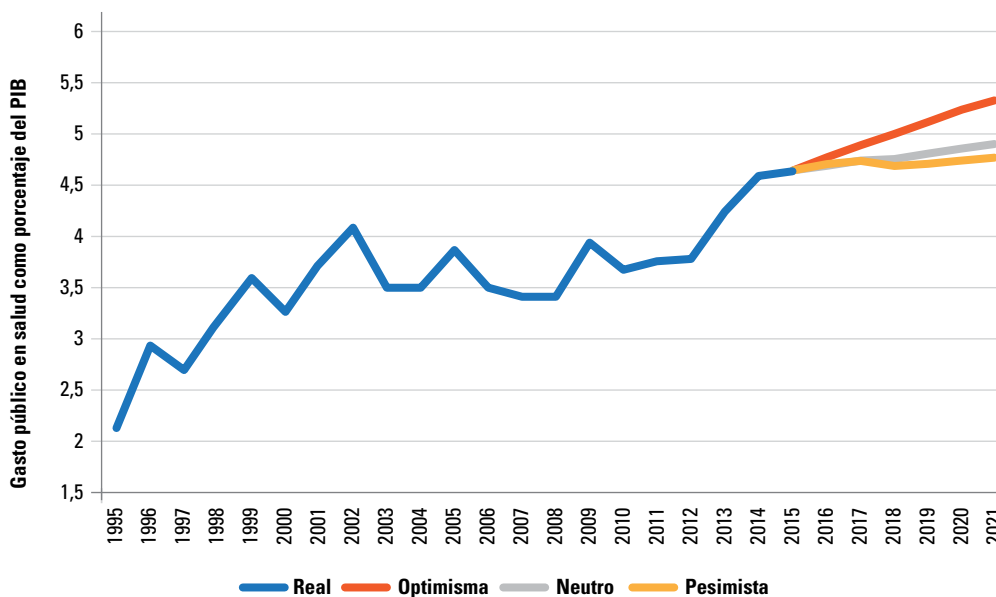
Bolivia, crecimiento sostenido del gasto

Bolivia es otro de los países que ha mostrado un dinamismo económico destacado en la Región. A la estabilidad política de la última década se unió un crecimiento económico que pasó de menos de 1% anual a fin del siglo pasado a niveles cercanos a 5% anual a partir del 2005. Esto permitió elevar su ingreso medio, aumentar las tasas de educación, reducir los niveles de pobreza e incrementar el gasto en salud.

Desde que existen registros, el gasto público en salud del país fluctuó principalmente entre 2% y 4% del PIB. Sin embargo, a partir del año 2010 fue adquiriendo mayor importancia, hasta alcanzar 4,57% del PIB en el 2014. Así, es uno de los pocos países que muestran una tendencia clara a lograr la meta de 6% del PIB. Este comportamiento también se refleja en la distribución de las variaciones del gasto público en salud y del PIB. Ambas series forman una nube de puntos con una clara tendencia positiva, exceptuando el año 1999, cuando la variación del gasto público en salud fue significativamente mayor a la del PIB debido a una desaceleración rápida e imprevista de este último.

Siguiendo la misma metodología que en el caso anterior, se establecieron tres posibles escenarios. Uno optimista, basado en la elasticidad media para el periodo 2006-2014, que es una serie de clara tendencia positiva. Un escenario pesimista, en el que se utilizó toda la serie disponible, eliminando los tres valores más altos. Y un escenario intermedio, en el que se eliminaron los valores más altos y los más bajos. Los resultados se actualizaron en una publicación reciente, utilizando los últimos valores disponibles de las series hasta el 2014 (Matus-López *et al.*, 2017), y daban cuenta de las siguientes elasticidades: 1,63 en el escenario optimista, 1,16 en el pesimista y 1,25 del escenario neutro. Como se puede ver, todas en favor del crecimiento de la relación gasto público en salud/PIB (Gráfico 6).

Gráfico 6. Gasto público en salud. real y proyectado en los escenarios optimista, neutro y pesimista en Bolivia, 1995-2021



Fuente: Elaboración propia y OMS, 2017a.

De esta forma, los resultados en términos de espacio fiscal fueron claramente favorables para Bolivia. Todos los escenarios mostraron elasticidades positivas y mayores que uno, favorables para el aumento del gasto público en salud, lo que implica que el crecimiento económico esperado debería estar asociado a mayores recursos en salud. Si se cumplen las proyecciones del FMI (2017a), esta tendencia se mantendría al menos hasta el 2021. En el escenario más favorable el gasto público en salud alcanzaría un nivel de 5,3% al final del periodo, y en el peor de los escenarios llegaría a 4,8% del PIB; en el escenario el intermedio se quedaría en 4,9%. Todos estos valores estarían en línea hacia la meta de 6% del PIB.

Honduras, contribuciones y gasto público

El caso de Honduras es distinto. En el estudio realizado se utiliza la misma metodología que en los dos casos anteriores, pero diferenciando por tipo de gasto en salud: gasto público-público (red financiada con ingresos fiscales) y gasto público en seguridad social de salud (red financiada vía contribuciones).

Lo primero que se aprecia es que el gasto público en salud, de forma agregada, muestra valores por debajo de 3% del PIB hasta antes del año 2000, para luego adoptar una tendencia creciente la mayoría de los años que le ha permitido alcanzar 4,4% del PIB en el 2014. De este gasto, 24,7% corresponde a gasto de la seguridad social y el resto, 75,3%, a gasto público-público. Lo interesante de este trabajo es que cuando se contrastan las variaciones de ambas series con el crecimiento del PIB se identifican comportamientos de diferentes magnitudes.

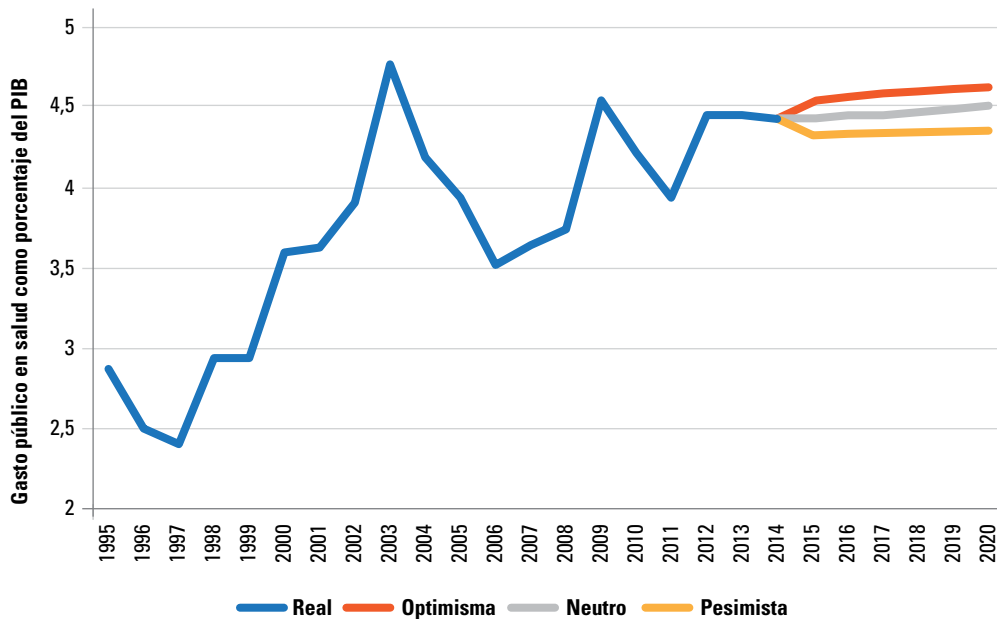
En términos agregados, el gasto público en salud de Honduras muestra una elasticidad de 1,07 con respecto al PIB. No obstante, la elasticidad del gasto en el sistema de contribuciones fue de 1,98, mientras que la del gasto público-público cayó por debajo de la unidad, hasta 0,89. Es decir, esta parte del gasto público en salud crece menos que el PIB y, por lo tanto, va perdiendo peso relativo en el tiempo.

Al igual que en los trabajos anteriores, se propusieron tres escenarios, pero aplicados no solo al gasto público en salud agregado, sino también a cada componente del gasto. Los escenarios se construyeron de acuerdo a criterios que tomaban en cuenta la dispersión. Así, en el escenario optimista se eliminaron las elasticidades que quedaban por debajo de la elasticidad promedio menos una desviación estándar; en el escenario pesimista se eliminaron las elasticidades que sobrepasaban la elasticidad promedio más una desviación estándar; y en el neutro se eliminaron unas y otras.

Los resultados correspondientes al gasto público en salud agregado mostraron un aumento hasta 4,6% del PIB en el escenario optimista y hasta 4,5% en el escenario neutro. No obstante, en el pesimista se producía una reducción hasta 4,4% del PIB (Gráfico 7).

En el análisis de los componentes de gasto se aprecia que el causante de los bajos niveles y de la mayor parte de los comportamientos negativos de las variaciones se produce en el gasto público-público. En este componente, la elasticidad con el PIB solo es mayor a uno en el escenario optimista (1,86). En el neutro la elasticidad es menor que uno (0,96), y en el pesimista llega a ser negativa (-0,03) antes de aplicar el valor absoluto. Esto es, en el último escenario, el gasto público en salud disminuye incluso creciendo el PIB.

Los resultados son notablemente más favorables en el caso del sistema de las contribuciones sociales. Los valores son mayores que uno en el escenario neutro y optimista (1,34 y 2,57, respectivamente), y en el pesimista se sitúan por debajo de la unidad, pero sin llegar a ser negativos (0,78).

Gráfico 7. Gasto público en salud, real y proyectado en los escenarios optimista, neutro y pesimista en Honduras, 1995-2020

Fuente: Elaboración propia y OMS, 2017a.

Dicho de otro modo, en los escenarios optimistas, el crecimiento económico es fuente de espacio fiscal en ambos componentes, pero en el neutro este proporciona recursos adicionales en términos del PIB solo por la vía de la seguridad social en salud; por la parte del gasto público-público no genera espacio fiscal. En los escenarios pesimistas, no solo no aumenta el gasto público en salud en términos del PIB, sino que en su componente público proveniente de impuestos generales podría disminuir en términos absolutos.

Resulta esperable que el gasto en contribuciones aumente con el crecimiento económico. Sea cual sea la característica del crecimiento, este suele ir aparejado en mayor o menor grado al crecimiento del empleo y de la masa bruta salarial, que es la base de las cotizaciones para la salud. Esto es algo que no ocurre en el gasto público proveniente de los impuestos generales, más sujeto a las inercias históricas, la voluntad política y las prioridades establecidas cada año en los presupuestos.

3.2 Fuente II: Repriorización para el sector salud

Una mayor priorización en salud se define como el aumento del peso de los recursos destinados al sector de la salud en el presupuesto público, es decir, el porcentaje del gasto público en salud sobre el gasto público total. Siendo este el indicador base, hay que tener en cuenta que no todos los componentes del gasto público total tienen la misma flexibilidad. De hecho, algunas partidas presupuestarias son prácticamente rígidas, como, por ejemplo, el pago de la deuda. Y en casi todos los sectores existen fuertes rigideces en relación con una posible baja en el presupuesto, como se verá en un apartado posterior.

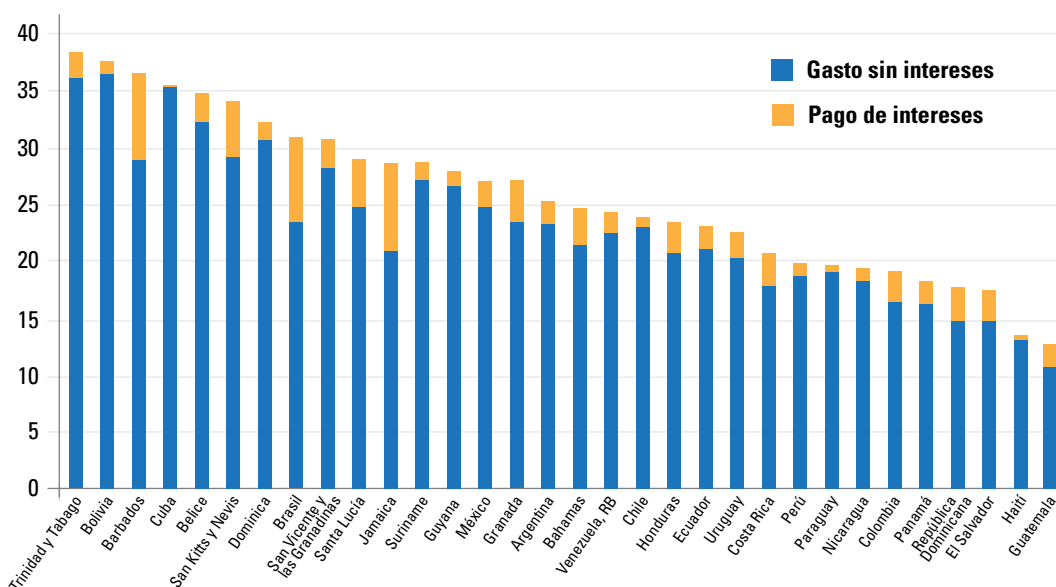
Relacionado con lo que se acaba de decir, algunos autores aconsejan utilizar otros indicadores de gasto, como el gasto sin contar el pago de la deuda, o el gasto público social. Este último está compuesto por los gastos en protección social, educación, vivienda y salud, a los que se añaden los correspondientes a actividades recreativas y protección del medio ambiente.

3.2.1 Gasto público sin deuda

El peso del servicio de la deuda en los países de América Latina y el Caribe ha disminuido en las últimas décadas. Unas finanzas públicas mejor gestionadas y las condonaciones a los países más pobres explican esta tendencia.

En el 2015, el pago de intereses de la deuda pública en la Región representaba 2,5% del PIB, esto es, cerca de 10% del gasto público total, y mostraba una tendencia al alza por dos motivos: la deuda en el Caribe y la situación especial de Brasil. En el Caribe, el pago de la deuda alcanzó en promedio 3,3% del PIB, mientras que Brasil, inmerso en una aguda crisis política y financiera, elevó sus obligaciones de pago por la deuda hasta 7,3% del PIB, un nivel que solo alcanzan dos países caribeños: Jamaica (7,8%) y Barbados (7,5%). En los países continentales los valores son más bien bajos y ninguno llega a 3% del PIB. Colombia, Costa Rica, Honduras y República Dominicana encabezan la lista con un mayor peso del pago de intereses; la cierran Chile y Paraguay, con niveles por debajo de 1% (Gráfico 8).

Gráfico 8. Gasto público sin el pago del servicio de deuda y gasto público en el pago de intereses de deuda, como porcentajes del PIB, en América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL, 2016.

Esta realidad lleva a que la mayor parte de los estudios utilicen como indicador de priorización el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, sin recurrir a descontar el servicio de deuda. El impacto de descomponer el gasto solo es importante en algunos países, como en el caso

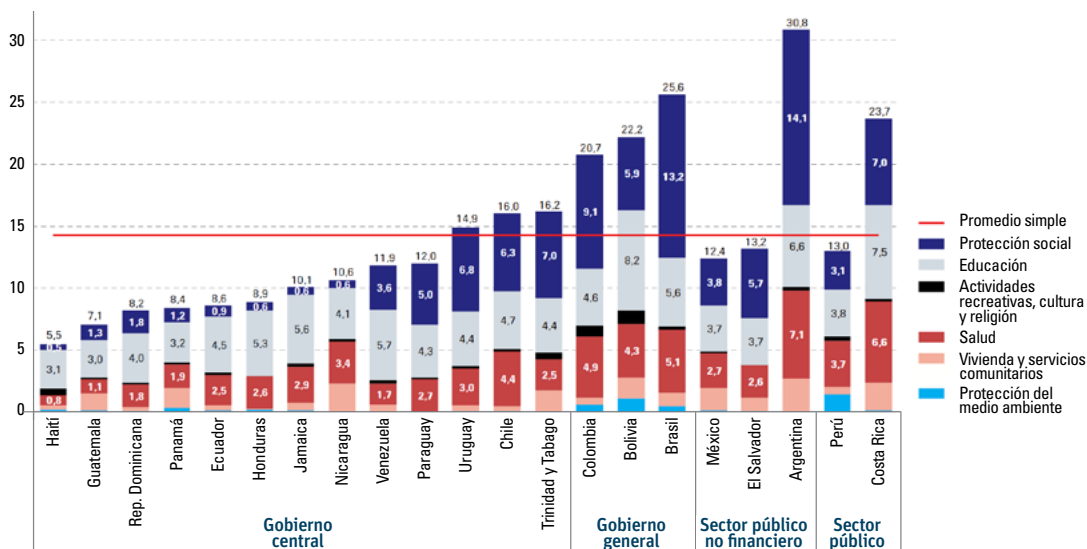
de Brasil; en cualquier caso, no es determinante en aquellos en los que se han desarrollado estudios específicos de espacio fiscal.

3.2.2 Gasto social

A comienzos de siglo, el gasto social del sector público en América Latina y el Caribe representaba 45,2% del gasto público total, el equivalente de 11% del PIB. Quince años después aumentó hasta 51,9% del gasto público total, o 14,5% del PIB (CEPAL, 2017). Sus principales componentes son el gasto en protección social (34,4% del gasto social), seguido de educación (31,7%), salud (23,4%) y vivienda (6,8%).

La variabilidad del gasto social entre países es incluso mayor que la del gasto público total. Alcanzó los mayores valores en Argentina (30,8% del PIB) y Brasil (25,6% del PIB), y registró los más bajos en Haití (5,5% del PIB) y Guatemala (7,1% del PIB) (Gráfico 9).

Gráfico 9. Distribución del gasto social del sector público por funciones en América Latina y el Caribe, 2015 o año más cercano (porcentajes del PIB)



Fuente: CEPAL, 2017.

La distribución entre componentes por países también difiere. Aunque en la mayoría de ellos el gasto en protección social es el principal destino de los recursos, no ocurre lo mismo entre los más pobres. En estos, la educación es el sector más importante.

Aunque los análisis de gasto social son útiles para tener una visión general del nivel de prioridad en salud, este no suele utilizarse como indicador para el estudio del espacio fiscal para la salud. El motivo es que no existe una argumentación suficiente que excluya a priori los conceptos de gasto que no son parte del gasto social. Por ejemplo, se excluye el presupuesto de defensa, que podría estar sujeto a una decisión de pérdida de peso proporcional en los presupuestos en favor del gasto en salud.

3.2.3 Redistribución en los márgenes

Como señala Heller (2005b), es muy difícil redistribuir gastos, por dos motivos. En primer lugar, siempre es delicado disminuir el presupuesto en algunos sectores. Por ejemplo, es complejo tomar la decisión de reducir el gasto en educación primaria para aumentar el gasto en atención médica especializada. Más aún, puede que haya más acuerdo social en mantener un piso básico de atención en salud y destinar los incrementos a mayor inversión en educación. Ninguno de estos análisis es suficientemente claro y los valores sociales juegan un papel determinante la elección de un camino u otro.

En segundo lugar, entre 80% y 95% de los presupuestos públicos presentan inflexibilidades (Cetrángolo y Jiménez, 2009), y esto es así porque la mayor parte del gasto va a retribuciones y empleo en los servicios públicos. Así, las medidas de reducción del gasto de un sector en favor de otro afectan directamente a los trabajadores del sector perjudicado, por lo que tendrán la oposición de los sindicatos y los movimientos sociales, y difícilmente serán viables políticamente. Por ejemplo, aunque se aumente el gasto en salud, es difícil que tenga una repercusión y apoyo social si para ello se despiden profesores y se cierran escuelas. Salvo una emergencia nacional, nada de esto es posible ni deseable.

Así las cosas, la redistribución se analiza considerando dos cuestiones. La primera es que, si se va a aumentar el presupuesto en salud, hay sectores que son socialmente más sensibles que otros. Posiblemente sea más aceptable reducir gastos en defensa que en educación. Para ello, un primer diagnóstico debe respaldar la hipótesis de que el país destina proporcionalmente menos recursos a salud que otros de la misma región o mismo nivel de ingreso. Algunos indicadores utilizados habitualmente con este fin son el promedio regional, el promedio para países con similar nivel de ingreso per cápita o un estándar discrecional. En los estudios de espacio fiscal se suele utilizar un valor de 15% del gasto público total, obtenido como una aproximación del promedio mundial (15,5% en 2014) (OMS, 2017a).

La segunda cuestión que se toma en consideración es que es más factible aplicar estas redistribuciones sobre los márgenes de crecimiento presupuestario que sobre los históricos (Marcel, 2014). Es decir, sobre los incrementos marginales anuales de presupuesto, y no sobre los montos brutos. En este caso, se debe suponer una política de repriorización, explícita o implícita, y contener las presiones de aumento del gasto de otros sectores. Por ejemplo, es posible aumentar la prioridad fiscal de salud en un contexto de aumento del espacio fiscal y de conflicto “controlado”, sobre todo si se parte de una situación de expansión económica en la que todos los sectores aumentan su espacio fiscal, pero la salud más que los otros.

3.2.4 Resultados de los estudios

El peso del gasto en salud en los presupuestos públicos, la prioridad fiscal otorgada a la salud, es muy distinto según el país que se considere. Supera una quinta parte en Costa Rica y Uruguay, y pasa el umbral de referencia de 15% en Colombia, Cuba, Chile, Honduras y Perú, entre otros (Figura 12). Sin embargo, en la mayoría de los países de la Región el gasto en salud está por debajo de esas cifras y representa menos de una séptima parte del presupuesto público total. Países como Panamá, Paraguay, Bolivia, México y Ecuador, entre otros, se sitúan entre 10% y 15%. Finalmente, ocho países cierran este listado con menos de 7% del presupuesto público destinado a salud: Argentina (6,9%), Brasil (6,1%) y Venezuela (5,8%). Estos dos últimos, en niveles cercanos a los de Haití (6,1%).

El análisis realizado para Honduras es esencialmente descriptivo. En comparación con el grupo de países de ingreso medio-bajo, muestra valores relativos de gasto público en salud por encima del promedio, y alcanza 15,4% del gasto total en el 2014. Sin embargo, desde el año 2003 los recursos destinados al sector salud vienen perdiendo peso en el gasto público total.

Dos razones parecen estar detrás de esta tendencia negativa: un *trade-off* entre ayuda externa y recursos propios, y la priorización de otros sectores. En relación con el primer punto, el análisis específico para el país señala que el aumento de la ayuda externa para salud ha desplazado la asignación de fondos procedentes de impuestos generales para este ámbito. Los nuevos recursos no han venido a aumentar el presupuesto, sino a liberar los existentes hacia otros sectores.

En cuanto al segundo punto, ha existido una priorización del gasto en defensa e interior. La explicación es que la lucha contra la violencia urbana y la delincuencia se ha configurado como una bandera de lucha del Gobierno. El objetivo es que Honduras, que registra 90,4 homicidios al año por cada mil personas (Naciones Unidas, 2013), deje de ser el país con más muertes violentas del continente.

El resultado es negativo para salud. Al menos en el medio plazo, existe poco margen para re priorizar el gasto en este sector, sobre el gasto que ya se realiza en otros. Se torna fundamental, al menos, mantener el peso proporcional del sector (Prieto y Montañez, 2016).

Figura 12. Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total en América Latina y el Caribe, 2014

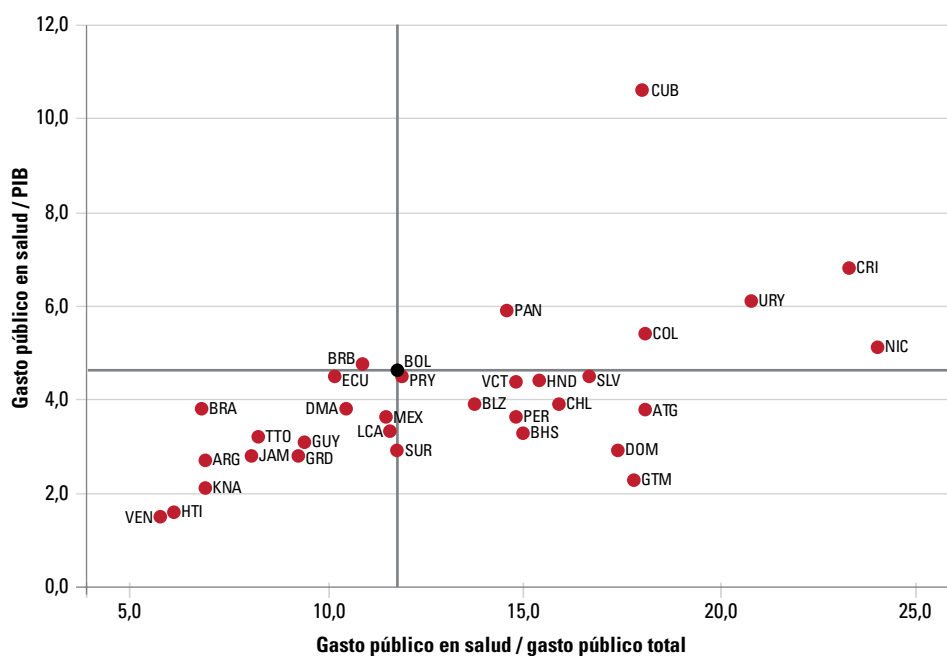


Fuente: OMS, 2017a. Elaboración propia.

En Perú, el gasto público en salud representó 15% del gasto público total en el 2014, y el país se situaba por encima de la media regional y de la media de los países de ingreso medio-alto al que pertenece. Este dato parece indicar que el problema de financiamiento del sector se encuentra más en la dimensión del total de ingresos públicos que en la priorización en salud. Es decir, más en el volumen de la recaudación que en su distribución funcional. Por lo tanto, y al menos en el medio plazo, no parece existir demasiado margen para aumentar el gasto público en salud en términos del PIB. Aunque algunos puntos se pueden ganar dando mayor prioridad al sector en los incrementos de recaudación interanual, es esta recaudación total la que puede aproximar potencialmente más el gasto público en salud a la meta de 6% del PIB.

La situación es algo distinta en Bolivia. Este país tiene un gasto público en salud de 11,8% del gasto público total. Con ello, se ubica por debajo de la mayoría de los países latinoamericanos. La recaudación pública es moderadamente alta, lo que se traduce en que, en términos del PIB, el gasto público en salud es mayor que en otras economías de similar ingreso. Pero, en términos del gasto público total, se encuentra por detrás de países con menor recaudación relativa, como Perú o República Dominicana (Gráfico 10).

Gráfico 10. Gasto público en salud como porcentaje del PIB y como parte del gasto público total en América Latina y el Caribe, 2014 (eje: Bolivia)



Fuente: Basado en Matus-López y Werner, 2016, actualizado con OMS, 2017a.

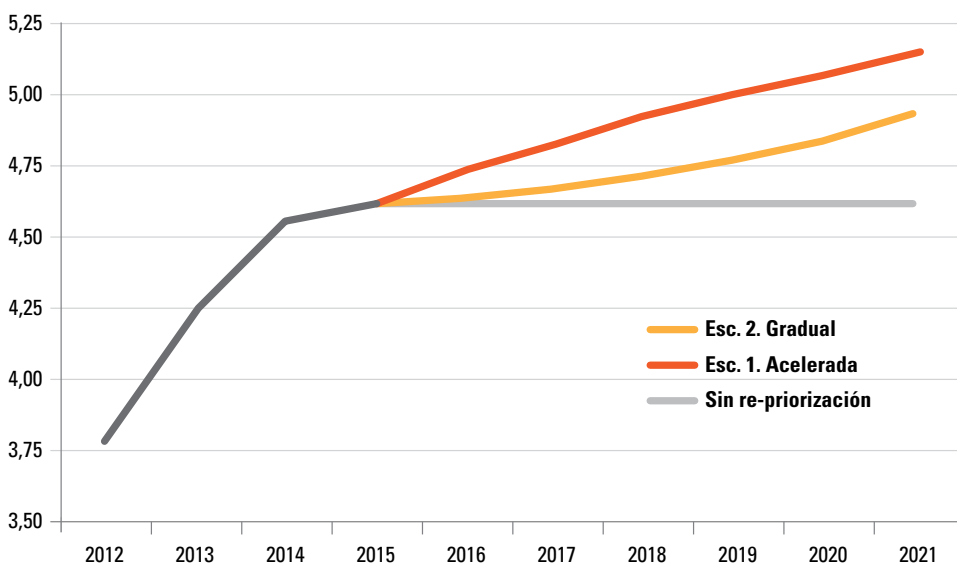
El problema de repriorizar en Bolivia es que, como señala Heller (2006), en los países de ingreso bajo y medio-bajo, aumentar los ingresos de salud por la vía de re-priorizar puede causar problemas de financiamiento para otras necesidades básicas, como la educación o los programas de lucha contra la pobreza. De hecho, si se analizan los gastos en educación, se tiene que Bolivia destina 16,8% de los gastos públicos a este sector, uno de los porcentajes más altos de la Región

(BM, 2017). Es decir, al menos en esta etapa de desarrollo, el país claramente ha priorizado el gasto en educación sobre el gasto en salud, en términos relativos.

No obstante, este comportamiento parece estar cambiando. Entre el 2015 y el 2016 el Gobierno dio a conocer un plan nacional de inversiones en salud. El objetivo de esta planificación es construir 40 hospitales en el país, con un costo total de 1900 millones de dólares. Aunque siempre se pueden suprimir gastos menos esenciales que el de salud, el margen del presupuesto público es limitado; no obstante, parece factible suponer que las inversiones anunciadas demandarán en el futuro un mayor gasto corriente para operar los hospitales.

En el trabajo específico de espacio fiscal para Bolivia se realizó una simulación en la que el gasto público en salud iba aumentando dentro del gasto público total hasta alcanzar 15,1%, que es el promedio latinoamericano; es decir, con aumentos de participación en los márgenes de mayor recaudación que se generan por el crecimiento económico. Se simularon dos escenarios para este ajuste. En el escenario 1 se asumía que se aplica este porcentaje al incremento del gasto público total de forma inmediata, y el escenario 2 se avanza de forma gradual y constante hasta alcanzar esta participación en el 2021 (Gráfico 11). Los resultados mostraron que en el primer caso, de cumplirse las proyecciones de crecimiento, el gasto público en salud podría aumentar 0,6 puntos del PIB hasta el 2021, y que en el segundo escenario solo aumentaría 0,34% del PIB.

Gráfico 11. Evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB en Bolivia según varios escenarios de repriorización, 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con base en Matus-López y Werner, 2016.

Estos datos confirman la evidencia internacional acerca de que esta fuente de creación de espacio fiscal es limitada por su estructura poco flexible y porque, aun limitándose a actuar sobre los marginales, la decisión de disminuir el peso de un sector en beneficio de otro es política y socialmente compleja.

3.3 Fuente III: Aumento de la recaudación tributaria

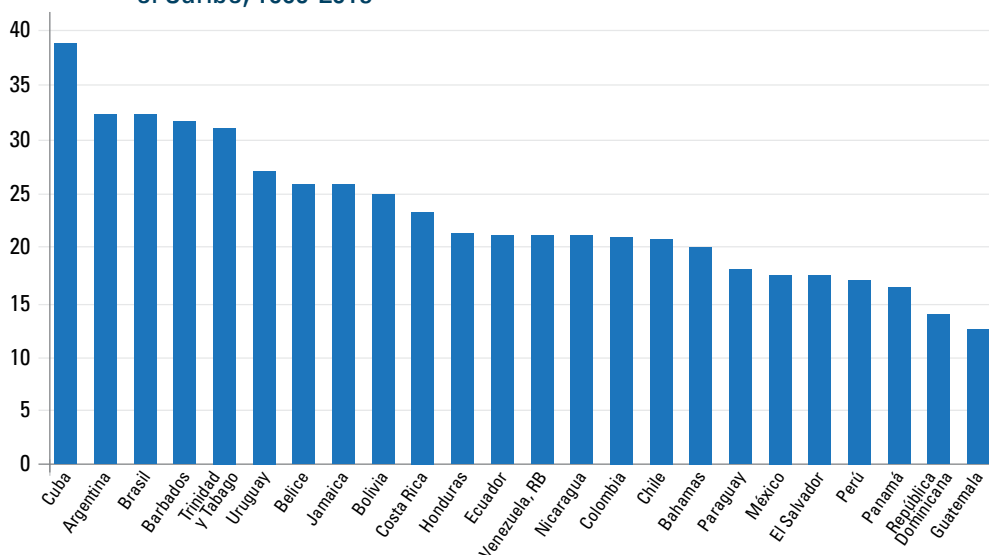
El aumento de la recaudación tributaria es la fuente que presenta mayor desarrollo en los estudios realizados y, por tanto, a la que se va a dedicar más espacio en este capítulo. A continuación, se incluyen análisis sobre la recaudación total, por tipo de impuestos, de impuestos relacionados con la salud, de contribuciones sociales y de gastos tributarios, entre otros. En cada uno de los apartados se presentan los resultados de los países, en lugar de ofrecer un resumen al final, como se ha hecho en la exposición sobre las dos fuentes anteriores.

3.3.1 Recaudación tributaria

El primer y más básico diagnóstico de recaudación tributaria en América Latina y el Caribe muestra una conclusión rotunda: la región tiene una baja recaudación tributaria en proporción a su producción. Así, mientras que en el 2015 la media de recaudación en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se situó en 33,8% del PIB, y en la Unión Europea (28 países) en 39,9%, en América Latina y el Caribe apenas alcanzó 21,8% (OCDE, 2017). Como aspecto positivo, no obstante, cabe destacar que la tendencia histórica reciente de la Región es favorable, ya que en 1990 esta recaudación apenas llegaba a 15,8% del PIB (en la OCDE, en ese mismo periodo, ya superaba 32%).

Al igual que todos los análisis por países, las diferencias nacionales en la Región son relevantes. Aunque en la mayoría de los países las recaudaciones tributarias se sitúan en torno a 25% del PIB, en algunos, como Brasil, Barbados y Argentina, se aproximan a los niveles de la OCDE. Por el contrario, algunos otros, como República Dominicana y Guatemala, no alcanzaron siquiera a recaudar 15% del PIB (Gráfico 12).

Gráfico 12. Ingresos tributarios como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe, 1990-2015



Fuente: OCDE, 2017. Elaboración propia.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, dos de los países que cuentan con estudios específicos son países de baja recaudación, Perú y Honduras, que rondan 18% del PIB. No es tan

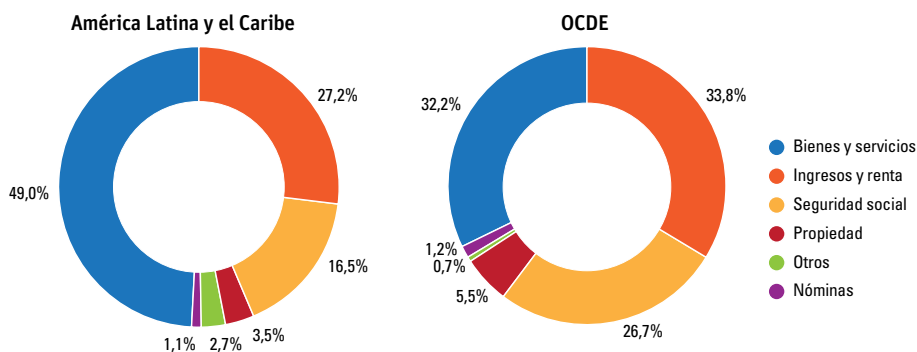
clara esta situación en el tercer caso estudiado, Bolivia, cuya recaudación llega a 25% del PIB, con la particularidad de que, si se consideran las tasas sobre los hidrocarburos (véase la discusión sobre este punto más adelante), se aproxima a una recaudación tributaria cercana a 30% del PIB.

3.3.2 Recaudación fiscal por tipo de impuestos

La comparación de las recaudaciones, en proporción al PIB, por tipos de impuestos con respecto a los promedios de la OCDE muestra de dónde provienen en la actualidad los mayores y menores ingresos tributarios. Las brechas más amplias se producen en los impuestos a los ingresos y beneficios, así como la recaudación de la seguridad social. En el primer caso, en América Latina y el Caribe se recauda 6,2% del PIB, mientras que en la OCDE se alcanza 9,1% del PIB; en el segundo caso, las recaudaciones son de 3,8% del PIB y 9,1% del PIB, respectivamente. Algo similar ocurre con los que gravan al patrimonio: 0,8% del PIB en América Latina y el Caribe, y 1,9% en la OCDE. En cambio, los impuestos que gravan los bienes y servicios tienen algo más de peso en América Latina y el Caribe que en la OCDE: 11,2% del PIB y 11% del PIB, respectivamente. Completan la recaudación los impuestos sobre nóminas y los otros impuestos.

Si este análisis se realiza comparando el peso relativo de cada tipo de impuesto en relación con el total recaudado, las diferencias son más evidentes. América Latina y el Caribe presenta una estructura tributaria notablemente más regresiva. El peso de la recaudación recae principalmente en el consumo de bienes y servicios, y menos en los impuestos a ingresos y beneficios. Los primeros produjeron 22% más de ingresos que los segundos en el 2015. En cambio, en la OCDE, para el mismo periodo, la recaudación de los impuestos sobre bienes y servicios fue 18% menor que la correspondiente a beneficios, renta y patrimonio (Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución de los ingresos tributarios (porcentaje) en América Latina y el Caribe y la OCDE, 2015



Fuente: OCDE, 2017.

Análisis regional

En el análisis regional de trece países se estimó cuál sería el aumento de la recaudación derivado de un incremento en las alícuotas de tres impuestos: el del valor agregado, el de la renta societaria y el de la renta personal. Se dispuso de información para nueve de los trece países, los cuales se clasificaron en tres categorías: a) países con alta probabilidad de aumentar las tasas si las alícuotas

de los impuestos están por debajo de la media de la Región; b) países con baja probabilidad de aumentar las tasas si las alícuotas están por encima del promedio de la OCDE; y c) países con probabilidad media de aumentar las tasas si se encuentran con valores intermedios en relación con los dos grupos anteriores. Para todos estos países se simularon hasta cuatro escenarios dentro de su categoría (Tabla 2).

Tabla 2. Escenarios de aumento de alícuotas en los impuestos en América Latina y el Caribe

Escenario	Probabilidad de aumento de alícuotas		
	Alta	Media	Baja
1	100% de la brecha entre el valor actual de la alícuota y el promedio de América Latina y el Caribe	100% de la brecha entre el valor actual de la alícuota y el promedio de la OCDE	Aumento de 1 punto
2	50% de la brecha entre el valor actual de la alícuota y el promedio de América Latina y el Caribe	50% de la brecha entre el valor actual de la alícuota y el promedio de la OCDE	Aumento de 2 puntos
3*	100% de la brecha entre el valor actual de la alícuota y el promedio de la OCDE	--	--
4*	50% de la brecha entre el valor actual de la alícuota y el promedio de la OCDE	--	--

*Sólo si la alícuota media del impuesto en ALC es menor que en la OCDE. Fuente: Báscolo et al., 2015.

El espacio fiscal se calculó como la variación de la alícuota de cada impuesto, multiplicado por la productividad del mismo, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\Delta R_T = \Delta t_T \cdot PR_T$$

En la fórmula anterior, ΔR_T es la variación de la recaudación (en porcentaje del PIB) del impuesto T ; Δt_T es el valor del incremento en la alícuota del impuesto T , y PR_T es la productividad del impuesto T . Esta última se define como el cociente entre la recaudación (como porcentaje del PIB) y el valor de la alícuota.

En el caso del impuesto a la renta personal, se cuenta con dos alícuotas (mínima y máxima). Por este motivo, se definió un valor medio hipotético (t_{med}), como sigue:

$$t_{med} = t_{min} \left(\frac{I_{min}}{I_{max}} \right) + t_{max} \left(1 - \frac{I_{min}}{I_{max}} \right)$$

En la fórmula anterior, t_{min} es la alícuota marginal mínima, t_{max} es la alícuota marginal máxima, I_{min} es el nivel mínimo de ingresos a partir del cual se aplica la alícuota mínima (en porcentaje del

PBI per cápita) y I_{max} es el nivel mínimo de ingresos a partir del cual se aplica la alícuota máxima (en porcentaje del PBI per cápita).

Finalmente, se asumió que el peso del gasto público en salud se mantenía en proporción al gasto público total, de manera que no existe priorización. Así, los resultados muestran los rangos en que, según los escenarios, se movería el espacio fiscal para la salud de acuerdo a cada impuesto (Tabla 3).

Tabla 3. Espacio fiscal para la salud como porcentaje del PIB desagregado según el impuesto, 2010/2011

Países	Impuesto al valor agregado		Impuesto a la renta de las sociedades		Impuesto a la renta personal		Total de la suma de las medias
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	
Bolivia	0,013	0,119	0,007	0,018	n/d	n/d	0,08
Brasil	0,024	0,061	0,009	0,018	0,001	0,078	0,10
Colombia	0,014	0,081	0,003	0,029	0,021	0,052	0,10
Costa Rica	0,029	0,265	0,005	0,024	0,005	0,029	0,18
Chile	0,087	0,183	0,023	0,136	0,004	0,009	0,22
Ecuador	0,015	0,194	0,014	0,088	0,000	0,000	0,16
Jamaica	0,003	0,042	0,004	0,031	0,002	0,027	0,05
Nicaragua	0,076	0,286	n/d	n/d	0,069	0,241	0,34
Perú	0,007	0,014	0,004	0,019	0,008	0,031	0,04
Promedio	0,030	0,138	0,009	0,045	0,014	0,058	0,15

n/d: No disponible Fuente: Báscolo et al., 2015. Elaboración propia.

Estos resultados muestran que el mayor impacto del alza combinada de impuestos se produciría en Nicaragua, con la creación de un espacio fiscal para la salud de 0,34 puntos del PIB, seguido de Chile con 0,22 puntos del PIB y Costa Rica con 0,18 puntos del PIB. Por tipo de impuesto, el que ofrece un mayor margen es, en promedio, el del valor agregado, seguido del impuesto a la renta. Esta lógica se reproduce en casi todos los países y escenarios, con excepción de Perú, Colombia y Brasil en alguno de sus escenarios.

Esta es una característica común en la valoración de los impuestos. En general, la recaudación es más simple y mayor a través de aumentos del impuesto del valor agregado. Los incrementos en los impuestos a la renta afectan a menores cantidades totales y suelen sufrir de mayor evasión. Sin embargo, la diferencia entre un tipo de impuesto y otro no es neutra para la salud. La imposición directa (renta) parece ser más adecuada cuando se valoran los resultados en términos sanitarios.

Diversos estudios han demostrado algunos aspectos relevantes sobre esta cuestión (Moreno-Serra y Smith, 2012; Reeves *et al.*, 2015). La primera es que se necesita tener una recaudación interna suficiente para alcanzar y mantener la cobertura universal en salud. En segundo lugar, que los impuestos directos sobre beneficios y ganancias de capital parecen favorecer la cobertura universal,

a la vez que no dañan los resultados en salud. Como contrapartida, que los impuestos al consumo están relacionados con peores resultados en salud.

En otras palabras, los impuestos progresivos parecen ir en consonancia con la meta de alcanzar la cobertura universal, sin dañar el propio objetivo de este fin: mejorar la salud de las personas (Yates, 2015). Por lo tanto, aunque es más eficiente y sus resultados recaudatorios pueden ser mayores, el financiamiento a través de impuestos al consumo puede ser contraproducente para los objetivos sanitarios que se pretenden alcanzar con el alza de impuestos.

El caso de Perú

Como se ha visto al comienzo de este análisis, Perú tiene una recaudación tributaria menor que el promedio de América Latina y el Caribe, y muy por detrás del nivel promedio de los países de la OCDE. Más aún, es el cuarto país de la Región que menos impuestos recauda, solo por delante de Panamá, República Dominicana y Guatemala (OCDE, 2015a; 2017) (Tabla 4).

Tabla 4. Recaudación de impuestos como porcentaje del PIB, según las principales partidas, en Perú, América Latina y el Caribe y la OCDE, 2015

	Renta y beneficios	Bienes y servicios	Seguridad social	Patrimonio	Nómina	Otros
América Latina y el Caribe	6,2	11,2	3,8	0,8	0,2	0,6
OCDE	11,5	11,0	9,1	1,9	0,4	0,2
Perú	6,2	8,2	2,1	0,4	0,0	0,2

Fuente: OCDE, 2017.

Su estructura impositiva tiene el mismo perfil general que la de la Región, con mayores impuestos a bienes y servicios que a renta e ingresos (SUNAT, 2015), pero con algunas particularidades. La primera es que mientras que la recaudación sobre renta e ingresos es similar a la media regional, la del consumo cae incluso por debajo. Una de las explicaciones dadas a este comportamiento es que el impuesto sobre la renta tiene una base tributaria relativamente estrecha (Arias, 2016). La segunda diferencia es que la recaudación por contribuciones sociales en Perú es menos de una cuarta parte de la de los países ricos, e incluso menor que la del promedio regional.

Sin embargo, la evolución de la recaudación por tipo de impuesto muestra un pequeño incremento del peso de los impuestos directos (MEF, 2015). Así, la recaudación sobre el impuesto a la renta aumentó 1,3% entre 2010 y 2014, con una fuerte caída (4,5 puntos) en la categoría que grava los ingresos de las empresas y personas que desarrollan actividades empresariales. Mientras, los impuestos de la tercera categoría, que grava los ingresos de los trabajadores dependientes, aumentaron desde 8,8% a 10,4% del total. Por el contrario, los impuestos a la producción y el consumo pasaron de 43,5% a 40,2% de la recaudación total.

Aun así, los niveles absolutos siguen presentando, desde una perspectiva internacional, un desequilibrio hacia la imposición indirecta, por lo que dejan algo más de margen en la tributación directa. Cuantificar este margen es una cuestión compleja, puesto que depende de una decisión política y debe basarse en una evaluación técnica de impacto. No obstante, una meta conservadora

puede ser la de reducir la brecha impositiva con los países de la OCDE en una cuarta parte en los próximos cinco años. Esto significaría llevar los impuestos directos hasta 8,3% del PIB, un esfuerzo que podría generar un espacio fiscal de hasta un punto del PIB.

Qué impuestos directos aumentar y en qué proporción es también una decisión difícil. Como se ha visto, la evidencia en el ámbito de la salud aboga por ampliar la carga tributaria progresiva sobre el ingreso (Moreno-Serra y Smith, 2012; Reeves *et al.*, 2015; Yates, 2015) y no excluir la posibilidad de aumentar la tributación sobre los recursos naturales (Durán-Valverde y Pacheco, 2012). El mix de reformas que aumente la recaudación y modifique la balanza hacia los impuestos directos dependerá de las preferencias sociales y políticas.

El caso de Bolivia

La primera cuestión que surge al revisar el análisis de los ingresos tributarios en Bolivia es si se deben incluir o no los ingresos provenientes de las tasas a los hidrocarburos. En el último estudio de la OCDE, referente al 2015, no se consideró este tipo de ingresos, mientras que el año anterior sí se hizo. De esta forma, la recaudación tributaria se redujo desde 27,6% del PIB a 24,7% del PIB entre un año y otro. El impacto es importante, y cuando se consideran estos recursos el país se sitúa como el cuarto a nivel regional con más ingresos tributarios en términos del PIB, solo por detrás de Brasil, Argentina y Barbados (OCDE, 2015a).

El aspecto positivo es que, se consideren o no estos ingresos, la recaudación total se situó por encima del promedio regional y, además, su tendencia es positiva: los datos oficiales muestran que no ha parado de crecer (MEFP, 2016). En el año 2000 era de 6 900 millones de bolivianos. En cinco años, había aumentado a casi el doble: 12 300 millones de bolivianos. A partir de entonces los aumentos se aceleraron, y en los siguientes diez años se cuadruplicaron, hasta 49 700 millones en el 2014. En el 2015 mostraron un leve retroceso debido a la desaceleración internacional, pero aun así su monto fue 46 900 millones de bolivianos¹³.

En cuanto a su composición (sin contar hidrocarburos), Bolivia presenta un patrón similar al de la Región, aunque con mayor recaudación (Tabla 5), con una presencia proporcional más fuerte de impuestos sobre bienes y servicios que de impuestos sobre renta y beneficios. Por cada boliviano recaudado por los primeros se recauda menos de 50 céntimos por los segundos.

Tabla 5. Recaudación de impuestos como porcentaje del PIB, según las principales partidas, en Bolivia, América Latina y el Caribe y la OCDE, 2015

	Renta y beneficios	Bienes y servicios	Seguridad social	Patrimonio	Nómina	Otros
América Latina y el Caribe	6,2	11,2	3,8	0,8	0,2	0,6
OCDE	11,5	11,0	9,1	1,9	0,4	0,2
Bolivia	7,5	15,2	2,0	1,0	0	0,0

Fuente: OCDE, 2017.

13 Si al ingreso tributario de 49.700 millones de bolivianos del 2014, según fuentes nacionales, se le suman los 15.600 millones de impuestos directos a hidrocarburos estimados para ese año (también según fuentes nacionales), el ingreso fiscal se eleva hasta 26,4% del PIB, que es la cifra ofrecida por la OCDE para ese ejercicio.

El análisis de las fuentes oficiales nacionales ofrece más información sobre la distribución por tipo de impuesto. De acuerdo al MEFP (2016), la recaudación total descansa primordialmente en los impuestos al valor agregado sobre bienes y servicios, incluidos tanto el mercado interno como el externo. Separados, se ubican por detrás de la recaudación de los impuestos a los beneficios (utilidades) de las empresas, con 27,4%. El impuesto al valor agregado en el mercado interno representa 23,5% del total, y en el mercado externo, 22,3%. Le sigue la recaudación por el régimen complementario del impuesto del valor agregado, con 1% del total. Por último, el impuesto a las transacciones aporta 9,2%, y los impuestos al consumo específicos (ICE), 6,1%.

En una comparativa internacional, parece existir, al igual que en el caso de Perú, un margen en la recaudación de los impuestos directos y menos en los que gravan el consumo. El informe específico para el país hace una aproximación del espacio fiscal que resultaría de reducir una cuarta parte la brecha impositiva sobre renta y beneficios respecto de los países de la Región. El resultado sería de 0,4 puntos del PIB.

El caso de Honduras

El análisis regional identifica a Honduras como un país con una recaudación impositiva media, 21,2% del PIB en el 2015, algo por detrás de Bolivia y levemente por debajo del promedio de América Latina y el Caribe. No obstante, su evolución ha sido positiva. En 2011 los ingresos fiscales representaban el 17,5% del PIB y desde entonces no han parado de crecer.

La composición por tipo de impuesto muestra, al igual que los casos anteriores, el perfil medio de la Región: impuestos sobre bienes y servicios al nivel de los países de la OCDE, pero casi la mitad de la recaudación por la vía de impuestos sobre renta, beneficios y patrimonio; asimismo, las contribuciones sociales apenas alcanzan a una tercera parte de las de estos países. El nivel es bajo en estas fuentes de ingreso, incluso menor que la media de América Latina y el Caribe (Tabla 6).

No obstante, estos resultados son particulares. Están afectados, y se verán afectados en el futuro inmediato, por las consecuencias de una reforma tributaria aprobada en el 2013 y que comenzó a implementarse en el 2014.

Tabla 6. Recaudación de impuestos como porcentaje del PIB, según las principales partidas, en Honduras, América Latina y el Caribe y la OCDE, 2015

	Renta y beneficios	Bienes y servicios	Seguridad social	Patrimonio	Nómina	Otros
América Latina y el Caribe	6,2	11,2	3,8	0,8	0,2	0,6
OCDE	11,5	11,0	9,1	1,9	0,4	0,2
Honduras	5,6	11,6	3,0	0,5	0,0	0,6

Fuente: OCDE, 2017.

Esta reforma creó un impuesto mínimo de 1,5% de las rentas brutas, restableció la aportación solidaria de 5% en las rentas altas, estableció 10% de impuestos a los dividendos, y la misma tasa a las plusvalías del valor de propiedades inmuebles. Por último, redujo los gastos tributarios y las franquicias aduaneras relacionados con la importación. En materia de impuestos indirectos, aumentó

el impuesto sobre las ventas de 12% a 15% y los de bebidas alcohólicas, cervezas, cigarrillos y billetes de primera clase en avión de 15% a 18%. Además, elevó los impuestos sobre la importación de petróleo y derivados.

El impacto no se aprecia en los datos de la OCDE, en parte porque sus resultados para el 2015 se construyen a partir de estimaciones. No obstante, en las estadísticas oficiales de Honduras y en las del FMI sí se aprecia un incremento importante de la recaudación impositiva, que pasa de 15,7% a 18,3% del PIB entre el 2013 y el 2014 (FMI, 2016). De esta manera, la reforma tributaria habría elevado en 0,5 puntos del PIB la recaudación de impuestos directos, y en 2,2 puntos del PIB la de impuestos indirectos, lo que refuerza la estructura previa en la composición de los tributos.

El estudio específico de Honduras concluye que, debido a lo reciente de la última reforma, existe muy bajo margen para concebir que se realice un nuevo esfuerzo en este sentido. Por lo tanto, no lleva a cabo una cuantificación de escenarios del espacio fiscal que podría representar esta fuente.

3.3.3 Reducción de la economía informal

Una de las principales causas de la baja recaudación fiscal en América Latina y el Caribe es el tamaño de la economía informal. Las actividades desarrolladas fuera del marco legal no contribuyen con el pago de impuestos sobre la renta, sobre los beneficios y sobre el consumo y no realizan contribuciones sociales.

Las estimaciones del FMI para la Región han situado a América Latina y el Caribe, junto al África subsahariana, como los dos territorios con mayor economía informal, con dimensiones superiores a 40% del PIB en el periodo 1991-1999, y cercanas a este umbral en 2009-2010 y 2010-2014. En sentido positivo, la tendencia ha sido decreciente y en este último periodo ha caído por debajo de esta cifra. No obstante, el ritmo ha sido lento y por primera vez el tamaño de la economía informal en América Latina y el Caribe es mayor que en el África subsahariana (FMI, 2017b).

Una de las estimaciones más conocidas, con desegregación nacional, retrata la situación de 29 países de la Región a principios de los años 2000 (Vuletin, 2008). Entonces, el promedio situaba el tamaño de la economía informal en 38,5% del PIB. Los valores más altos estaban en Nicaragua y Paraguay, con niveles por encima de 60% del PIB, y en Ecuador y Honduras, por encima de 50% del PIB. Los países menos afectados por este problema eran Bahamas, en el Caribe, con 15,9% del PIB, y México y Brasil en Latinoamérica, con cifras por encima de 28%.

Un informe más reciente realiza una estimación para 162 países entre 1999 y el 2007 (Schneider, Buehn y Montenegro, 2010). En este caso, la economía informal muestra una tendencia decreciente en la mayoría de los países de la Región. Aparecen con peores indicadores, en términos del PIB de 2007, Bolivia (63,5%), Haití (57,1%), Perú (53,7%) y Guatemala (47,9%), y entre los mejor situados, Chile (18,5%) y Costa Rica (24%).

Esta situación lleva décadas siendo un lastre para las finanzas públicas y generando incentivos perversos en la economía. Pese al conocimiento de que los impuestos indirectos acentúan la desigualdad, son muchos los Gobiernos que los aumentan cuando se necesitan más recursos. La razón es más o menos simple: son más fáciles de recaudar y menos susceptibles de evasión. Al afectar a una gran masa de transacciones, un aumento pequeño en las alícuotas se traduce en importantes recursos adicionales.

El estudio regional de espacio fiscal realizó una estimación del impacto de una reducción de la economía informal en la capacidad de recaudación, de forma similar a como se hizo con las alícuotas de impuestos. Se clasificaron los países en tres grupos según el tamaño de la economía informal (en términos del PIB) y el nivel de pérdida relativa de ingresos públicos derivados de ella: a) pérdida alta, mayor al promedio de América Latina y el Caribe; b) pérdida moderada, menor al promedio de América Latina y el Caribe, pero mayor que el promedio de la OCDE; y c) pérdida baja, menor al promedio de los países de la OCDE. Luego, se proyectaron hasta cuatro escenarios para cada grupo, como sigue:

Tabla 7. Escenarios alternativos de reducción de las pérdidas de ingresos públicos derivadas de la economía informal

Escenario	Pérdida de ingresos públicos derivada de la economía informal		
	Alta	Media	Baja
1	100% de la brecha con el promedio de América Latina y el Caribe	100% de la brecha con el promedio de la OCDE	Reducción del 5% de la economía informal
2	50% de la brecha con el promedio de América Latina y el Caribe	50% de la brecha con el promedio de la OCDE	Reducción del 10% de la economía informal
3	100% de la brecha con el promedio de la OCDE	--	--
4	50% de la brecha con el promedio de la OCDE	--	--

Fuente: Báscolo et al., 2015.

Los resultados mostraron que, de mantenerse la actual distribución de recursos para la salud dentro del gasto público total, se produciría un espacio fiscal para la salud de entre 0,15% del PIB y 0,47% del PIB en promedio. Un margen, que, al igual que en los cálculos de aumento de alícuotas, está delimitado por los escenarios de mayor y menor impacto (Tabla 8).

Tabla 8. Máximos y mínimos de espacio fiscal para la salud como porcentaje del PIB por reducción de la economía informal, 2010/2011

	Bolivia	Brasil	Colombia	Costa Rica	Chile	Ecuador	Jamaica	Nicaragua	Perú	Media
Mínimo	0,181	0,483	0,25	0,051	0,045	0,09	0,104	0,052	0,139	0,155
Máximo	0,679	0,951	0,51	0,102	0,089	0,179	0,203	0,929	0,624	0,474

Fuente: Báscolo et al., 2015.

3.3.4 Aportes a la seguridad social

Las contribuciones a la seguridad social son pagos obligatorios realizados al Estado por los trabajadores o los empleadores, que confieren derechos a estos trabajadores (y sus dependientes o familiares) para recibir beneficios sociales futuros, como el seguro de desempleo, el seguro de accidentes, pensiones y reembolsos de atención médica, entre otros (OCDE, 2010; OCDE, 2016).

Pocos estudios incluyen dentro de la evaluación del espacio fiscal para la salud esta fuente. Esto se debe a que en algunos países estos fondos financian salud y en otros no. Los países que han recurrido a estos recursos para financiar la salud, principalmente economías avanzadas, han optado por un único fondo universal, financiado con impuestos generales y en algunos casos, complementariamente, con aportes solidarios de cotizaciones sociales (MSSI, 2014).

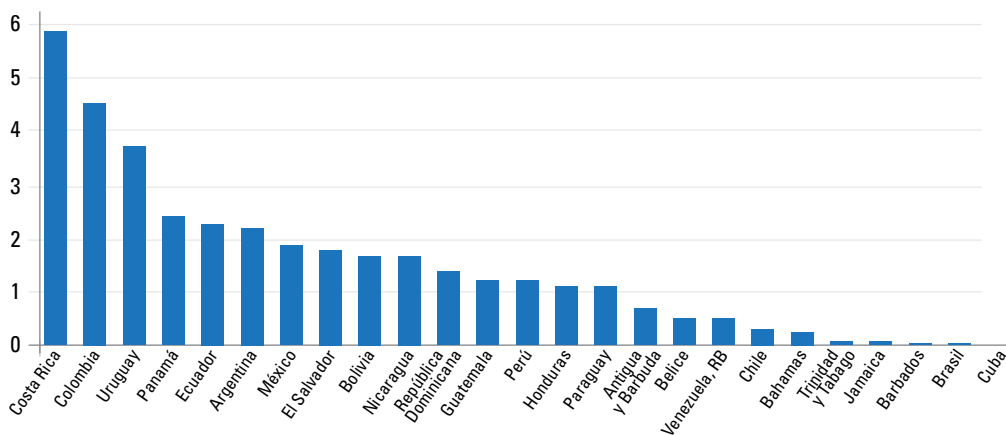
Segmentación e informalidad en América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe la constante es distinta de la que se acaba de apuntar. En la mayoría de los países, los sistemas de salud están segmentados en aseguramiento y financiamiento. En los sistemas de aseguramiento conviven los seguros privados, los seguros públicos con contribuciones sociales y el seguro público de fondos generales (público-público). Es decir, existen seguros públicos financiados con impuestos generales, por una parte, y otros seguros, públicos y privados, financiados con contribuciones sociales, por otra.

Esta situación hace que las contribuciones sociales sean, en América Latina y el Caribe, una de las fuentes más complejas de análisis de espacio fiscal. La segmentación en el financiamiento del aseguramiento deriva en que, aunque se genere espacio fiscal por esta vía, puede no implicar avances hacia la salud universal. Sin la existencia de canales de solidaridad entre los seguros y sin subsidios cruzados de sanos a enfermos, de jóvenes a adultos mayores, de ricos y pobres, el aumento de un estanco o seguro no mejora necesariamente la cobertura de salud ni el acceso a los servicios de salud.

Los datos de la OMS muestran el limitado tamaño de los fondos de la seguridad social destinados a salud, asociados a la escasa capacidad recaudatoria de las contribuciones sociales. En promedio, el tamaño de dichos fondos asciende a 1,44% del PIB, lo que representa una tercera parte del gasto público en salud del 2014 (Gráfico 14).

Gráfico 14. Contribuciones sociales a la salud como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe, 2014



Fuente: OMS 2017a. Elaboración propia.

Destacan en la parte alta de esta distribución Costa Rica, con un tamaño de los fondos de la seguridad social destinados a salud equivalente a 5,82% del PIB, seguido de Colombia, con 4,51%

del PIB, y Uruguay, con 3,68% del PIB. Luego, la mayor parte de los países cae por debajo del 2% del PIB, y más de una tercera parte, por debajo de 1%. Cierran la lista Brasil y Cuba, en los que la seguridad social de salud se ha unificado en un único fondo solidario, a imagen de la mayoría de las economías avanzadas.

Así, a la hora de analizar esta fuente de espacio fiscal conviene tener en cuenta dos puntos: el limitado volumen de ella en la mayoría de los países, y las desigualdades que originan los sistemas segmentados de aseguramiento.

El caso peruano

Existen dos fuentes de estadísticas de aseguramiento en salud en Perú: el registro de la propia Superintendencia de Salud y la encuesta ENAHO de autorrespuesta. Los resultados de ambas varían de manera importante, por dos motivos: por una parte, los propios sesgos de cada método de recabar información (registros y entrevistas muestrales, respectivamente); por otra, que el Gobierno ha impulsado un programa de aseguramiento público automático que aumenta las cifras aun cuando la persona beneficiaria no reconozca tener un seguro.

Así, de acuerdo a los registros oficiales, 29 millones de personas, de los 31 millones estimados como población nacional, cuentan con algún tipo de seguro de salud. No obstante, cuando se pregunta a las personas, solo 23,8 millones reconoce tenerlo, lo que sitúa la población sin cobertura entre 7% y 25%.

La otra cuestión es que esta cobertura se encuentra altamente segmentada en seguros o estancos (Francke, 2013). En el país coexisten más de cuarenta seguros, y entre ellos son mayoritarios dos seguros públicos (SUSALUD, 2017): el Seguro Integral de Salud (SIS), financiado principalmente con impuestos generales, y EsSalud, financiado por las contribuciones que las empresas hacen por sus trabajadores. De acuerdo a la encuesta ENAHO, en el primero se encontraban cerca de 14 millones de personas, y en el segundo, más de 8 millones. En los registros de EsSalud se contabilizan 16,4 millones en el primero y 9,8 millones en el segundo.

Sea cual sea el dato que se utilice, se tiene una afiliación baja por contribuciones sociales. Perú cuenta con una población por encima de los 31 millones de habitantes, de los que más de 23 millones se encuentran en edad de trabajar. Las estadísticas oficiales, además, señalan que el 70% de esta población se encuentra activa, y que casi 16 millones están ocupados en el mercado de trabajo (INE, 2017). Sin embargo, solo el 60% de este número figura como cotizante de EsSalud, y si se suman todos los otros seguros no se supera el 80% del potencial de cotización. Este simple diagnóstico trae a la discusión nuevamente un problema tratado en los apartados anteriores: el mercado laboral informal.

Aunque la tendencia histórica es positiva, Perú sigue registrando una tasa de informalidad significativamente alta. Si se considera toda la población ocupada, se tiene que en 2012 el 74,3% de los empleos eran informales; si solo se refiere al empleo no agropecuario, esta tasa alcanza el 66,7% (INEI, 2014). Los datos concuerdan con las estadísticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que estimaba en 68,8% el empleo informal no agrícola en el país en 2013. Es una de las cifras más altas de la Región, que golpea particularmente a las mujeres. Solo Guatemala y Honduras registraron peores valores (OIT, 2014; 2015).

Es difícil reducir la informalidad, pero es totalmente necesario. Para tener una idea del volumen de recursos que se pierde, se estima que, si se redujera en dos terceras partes la informalidad,

excluyendo el sector agrícola, se podría generar un espacio fiscal de 1,5 puntos del PIB. Esto cubriría la mitad de la brecha necesaria para alcanzar la meta de gasto público en salud del 6% del PIB.

En el estudio específico del país se proyectaron escenarios más conservadores, basados en la evolución reciente de la informalidad. Los datos de los últimos años señalan que esta se redujo a una tasa promedio de 1,2% anual hasta 2012. Un supuesto no demasiado ambicioso es que esta velocidad de reducción se prolongó hasta 2014 y que luego aumentó: en un escenario, al 2,1% anual, y en otro, al 3,5% anual. Estos escenarios implicarían un resultado de entre un 8,69% y 13,98% adicional acumulado en el 2020. En términos de espacio fiscal equivaldría, manteniendo igual el resto de las condiciones, a entre 0,17 y 0,28 puntos adicionales del PIB en ingresos fiscales.

Aun considerando la limitación de que la seguridad social contributiva de salud funciona como compartimento estanco, estos escenarios suponen la formalización de trabajadores. Es decir, personas que actualmente están utilizando los servicios del SIS, y que, teniendo la capacidad de cotizar, no lo hacen. Así, el aumento de espacio fiscal por esta vía podría suponer, además, una reducción del gasto del SIS por la vía de menos personas afiliadas a este seguro. Este *trade-off* entre un seguro y otro no fue considerado en el estudio de país.

Eso sí, se deja claro que la salud universal pasa por acabar con la inequidad que supone esta fragmentación. Un aumento de contribuciones debe ser considerado espacio fiscal por al menos dos motivos. En primer lugar, el volumen de recursos que puede generar es demasiado grande para ignorarlo. En segundo lugar, la evidencia internacional apunta precisamente a la necesidad de ampliar la base de financiamiento en salud (Titelman, Cetrángolo y Acosta, 2015). Debe comprenderse que los gastos en salud van a aumentar inevitablemente en el Perú y en América Latina y el Caribe por la vía de costos de tratamientos, tecnologías médicas y transición demográfica (Cotlear, 2011), y a ello solo se podrá hacer frente con un modelo de financiamiento solidario, amplio y eficiente en la distribución de los riesgos, que incorpore fondos mancomunados y posiblemente contribuciones sociales.

El caso boliviano

El sistema de aseguramiento de Bolivia está también segmentado, y en el 2014 se identificaban una veintena de seguros de salud entre públicos y privados. El más importante es la Caja Nacional de Salud, un seguro público financiado con las contribuciones de los empleadores y que cubre a más de tres millones de bolivianos, dos tercios de toda la población afiliada.

Pese a esta amplia variedad de seguros, en total existían unos seis millones de personas que no estaban afiliadas a ninguno de ellos, y cuya atención de salud descansaba en los servicios que le pudiera brindar el sistema público-público de salud. Una vez más, al analizar las estadísticas de mercado de trabajo y de afiliación, se desvela el mismo problema que en Perú: una alta proporción de la población que está ocupada trabaja en el mercado informal, sin cotizaciones ni pagos destinados a salud.

Aunque la formalización del mercado de trabajo ha ido mejorando, Bolivia sigue registrando una tasa de informalidad significativamente alta (Schneider, Buehn y Montenegro, 2010). Si se considera toda la población ocupada, se tiene que en torno a 75% de los empleos en el 2013 se desarrollaron en el sector informal (Vargas y Garriga, 2015). Los datos concuerdan con las estadísticas de la OIT, que situaban en 75,1% el empleo informal no agrícola del país (OIT, 2016), la cifra más alta de la Región.

El tamaño de la informalidad se aprecia en otros indicadores nacionales. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística boliviano, apenas 1,9 millones de personas eran asalariadas en el 2014, cuando el mercado de trabajo cuenta con una población en edad de trabajar de más de 8 millones de personas (INE, 2016). Resulta difícil concebir que el resto de los ocupados sean autónomos o empresarios; más bien, se asume que existe un elevado porcentaje de asalariados en el mercado informal.

Una vez más, en la estimación de espacio fiscal se consideraron ciertos supuestos discrecionales. En las economías con bajo nivel de informalidad, las tasas de asalariados alcanzan entre 60% y 80% de la población ocupada (Eurostat, 2016). En Bolivia, los casi dos millones de trabajadores registrados como asalariados podrían, en el mejor de los casos, representar entre 45% y 50% de la población ocupada no agrícola. Así, un esfuerzo que reduzca la informalidad en diez puntos porcentuales podría elevar entre 15,6% y 24,4% las afiliaciones. Manteniendo la cotización promedio, supondría entre 0,22% y 0,34% del PIB de ingresos adicionales.

Recientemente, las autoridades están dando pasos hacia la unificación de un seguro universal. En una reciente modificación permiten a las personas afiliadas a la Caja Nacional de Salud, o a otro seguro, desafiliarse y unirse al sistema nacional público-público, que, en definitiva, es un fondo mancomunado de impuestos generales y cotizaciones. Como era de esperar, el movimiento ha sido percibido negativamente por la institucionalidad de las cajas de seguro, que han respondido con una serie de huelgas y su oposición a la reforma.

El caso hondureño

En Honduras solo 20% de la población cuenta con seguridad social, con una cobertura del sector privado de apenas 3%. Así, casi todo el peso recae en la red pública financiada con impuestos.

El administrador de la seguridad social pública para salud es el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que declara contar con 616 000 cotizantes y 1,5 millones de beneficiarios en el 2014. Su financiamiento principal son las cotizaciones, pero recibe, además, aportes de los impuestos generales.

La baja cifra de afiliación responde, una vez más, a los altos niveles de informalidad laboral. De acuerdo a la misma fuente utilizada en los otros dos países analizados, Honduras presenta la tercera tasa más alta de informalidad, que afecta a 73,4% del total de trabajadores no agrícolas. Esta cifra se manifiesta, como en los casos anteriores, como el mayor escollo para avanzar en el desarrollo de esta fuente de espacio fiscal.

Las contribuciones, de acuerdo a la ley marco de protección social, se enfocan en dos regímenes: el de invalidez, vejez y muerte, que ahora pasó a ser el régimen del seguro de previsión social (RPS); y el de enfermedad y maternidad, que con la nueva ley es parte del régimen del seguro de atención de la salud (SAS).

Los dos regímenes están asociados al salario y se dividen entre los empleadores y trabajadores, con topes máximos de aportes. Basándose en esta estructura, el estudio específico para este país simuló tres escenarios comparativos en el nuevo marco legislativo: uno en el que el techo máximo aumenta proporcionalmente en el tiempo; otro en el que aumenta la formalización de los trabajadores de 2,4% a 4,1% anual; y un tercer escenario que supone un aumento de cotizantes que permitiría alcanzar un espacio fiscal de 1% del PIB.

Los resultados revelan que la principal limitante para generar más recursos en el ámbito de la seguridad social del país, considerando la base actual de cotizantes y la informalidad, está en el techo de las aportaciones. El escenario en el que este techo se modifica podría crear un espacio fiscal para la salud de 2,7 puntos del PIB, mientras que la formalización, a la velocidad considerada, apenas daría lugar a un espacio fiscal de 0,24 puntos. De hecho, para llegar hasta un punto del PIB, los cotizantes deberían aumentar a una tasa de 8,7% anual en el horizonte del 2020.

No obstante, en el estudio se recalca que aumentar la recaudación a través de las contribuciones solo beneficia al grupo poblacional cubierto por ese sistema, salvo que se estime el impacto cruzado sobre los aportes estatales y sobre la liberación de recursos en el sector público.

3.3.5 Impuestos específicos de salud

Los conocidos como *impuestos al pecado* (*sin-taxes* en inglés) hacen referencia a los impuestos específicos que gravan los productos dañinos para la salud (Tandon y Cashin, 2010; Gupta y Mondal, 2013; Sharma, 2015). Los más extendidos y aceptados son los que se cargan sobre el tabaco y los alcoholes. Sin embargo, están comenzando a implementarse impuestos sobre productos con alto contenido en azúcares, como las bebidas azucaradas.

En el ámbito del espacio fiscal para la salud, estos impuestos tienen dos características que los hacen relevantes. La primera es que el desincentivo en el consumo de estos productos mejora la salud de las personas, lo que se traduce en ahorros futuros de atención sanitaria. Por ejemplo, la revisión sistemática de los estudios que evalúan los impactos del alza de impuestos al tabaco confirma que dicho aumento reduce el consumo de estos productos, particularmente entre los más jóvenes (Hoffman y Tan, 2015). Si, además, se considera que cada año mueren cerca de siete millones de personas en el mundo por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, se tiene que el costo anual podría alcanzar más de un billón de dólares en atención sanitaria y pérdida de productividad a escala mundial (OMS, 2017c).

La segunda característica que hace relevante este tipo de gravámenes es que, al ser impuestos muy relacionados con los objetivos de salud, las autoridades del sector pueden jugar un rol determinante en su subida y en la distribución de los recursos.

Impuestos al tabaco

América Latina y el Caribe presentan un alto consumo de tabaco. Sus tasas de prevalencia son elevadas, con un fuerte crecimiento entre las mujeres. Pese a la reciente implementación de políticas antitabaco en la mayoría de los países, las tasas impositivas continúan estando entre las más bajas. Solo Chile y Cuba tienen tasas de impuestos al tabaco en línea con las economías avanzadas. La mayor parte del continente tiene tasas por debajo de 75% del precio, y varios de ellos por debajo de 50%. Incluso algunos países, en su mayoría caribeños, no superan 25% del precio (Figura 13) (OPS, 2013).

Figura 13. Estado de los impuestos al tabaco como porcentajes sobre el precio final en la Región de las Américas, 2014.



Fuente: OPS, 2013. Elaboración propia.

Bolivia

Bolivia se encuentra entre los países que aplican tasas por debajo de 50% del precio. De acuerdo a los datos de la OMS, el impuesto al tabaco representa tan solo 42,9% del precio de la marca más vendida (OMS, 2015a). Muy lejos de las tasas de 75%-85% de los países europeos y varios de la Región.

Para tener una idea comparativa con otros países, se puede tomar como referencia la cajetilla más fumada en el país. Con un precio aproximado de 1,45 dólares, es casi 60% más barata que en Argentina y Uruguay, y más de 75% que en España. En términos de poder adquisitivo, el precio es la mitad del de Chile o Ecuador (OMS, 2015a).

Se podría considerar como espacio fiscal la recaudación de mayores impuestos, así como los ahorros en tratamientos derivados del menor consumo inducido por este impuesto, e incluso las ganancias en productividad relacionadas con las mejores condiciones de vida. Sobre estos dos últimos beneficios resulta difícil realizar una simulación, pero existen algunos datos que permiten dimensionar cuánto cuesta el consumo de tabaco para la economía y para el sector de la salud. En primer lugar, se estima que en Bolivia 2555 personas mueren anualmente por causas asociadas

directamente al consumo de tabaco, cifra que se eleva a 4448 muertes anuales si se consideran las causas indirectas. En segundo lugar, se estima que el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco es de 1400 millones de bolivianos al año, lo que representa 0,8% del PIB y 13,5% del gasto total en salud (IECS, 2014).

Por otra parte, a nivel mundial se estima que el aumento del precio del tabaco reduce su consumo. Un impuesto que eleva 10% del precio puede reducir el consumo entre 2,3% y 3,7% (Hoffman y Tan, 2015). Dado el bajo precio en Bolivia, la elasticidad del consumo de tabaco es significativamente mayor, y ese mismo aumento del impuesto reduciría el consumo en 8,5% (Alcaraz, 2006). Cabe considerar que este cálculo, el último disponible, es de hace una década. Es posible que, dado el crecimiento económico del país, y siguiendo la evidencia internacional, dicha elasticidad haya disminuido. En cualquier caso, las estimaciones realizadas con base en esta información señalaron que el aumento de impuestos de 5%, 10% y 20% del precio del tabaco produciría una recaudación 12%, 22,6% y 39,4% mayor, respectivamente; entre 0,013% y 0,042% del PIB (Alcaraz, 2006).

Considerando los cálculos anteriores, el aumento de los impuestos al tabaco en Bolivia parece factible, pero el impacto de espacio fiscal en términos del PIB, reducido. No obstante, hay que agregar los posibles ahorros futuros por menor demanda de atención, la menor pérdida de vidas humanas y la posibilidad de que estos recursos adicionales se dirijan prioritariamente a salud.

Perú

En Perú, el impuesto sobre la cajetilla más vendida alcanza a 37,8% del precio, lo que sitúa al país en este aspecto incluso por debajo de Bolivia, uno de los menores de toda la Región. En este caso, se realizó una cuantificación directa vinculada al aumento de los impuestos, dejando como estimación cualitativa las ganancias por ahorro de gastos futuros.

Para comenzar, la elasticidad del precio de consumo de tabaco en el país se encuentra por debajo de la de Bolivia, pero por encima de la media mundial (Hoffman y Tan, 2015). La evidencia nacional muestra que un aumento de 10% del precio de la cajetilla de cigarrillos reduciría la demanda en 6,9% (Sandoval, 2011). Además, se tiene que la recaudación del impuesto al tabaco en 2013 se situó aproximadamente en 326 millones de nuevos soles (COLAT, 2014). Así, un incremento de impuestos que eleve en un plazo de cinco años el precio del tabaco hasta el nivel promedio de América Latina podría generar un espacio fiscal de 95,4 millones de nuevos soles.

Una vez más, la dimensión es reducida en términos del PIB (0,02%), pero, al igual que en el caso anterior, hay que considerar los beneficios a la salud y la reducción de atenciones futuras, así como la posibilidad de orientar este espacio fiscal prioritariamente a salud.

Honduras

Por último, en Honduras el impuesto sobre la cajetilla más vendida era todavía menor que en Perú: 36,8% del precio final. Además de algunos países caribeños, solo Guyana y Paraguay tienen tasas menores.

Información adicional señala que el tabaco ocasiona 1546 muertes anuales en el país y que el costo anual del tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaco asciende a 1238 millones

de lempiras, equivalentes a cerca de 0,28% del PIB del país. Una cifra notablemente mayor que los 641 millones que se recaudan por el concepto de impuestos sobre este producto (IECS, 2014), pese a que la reforma tributaria del 2014 elevó los impuestos al tabaco de 15% a 18%, con lo que se esperaba aumentar la recaudación entre 15 y 19 millones de lempiras (en función de la elasticidad de la demanda).

El estudio específico de espacio fiscal para este país no estimó la recaudación por esta fuente. El motivo es que la reforma tributaria es demasiado reciente y no se espera, por lo tanto, nuevos aumentos impositivos en los próximos años.

Impuestos a los alcoholes

El segundo impuesto específico más extendido es el que grava las bebidas alcohólicas. Al igual que el tabaco, tiene la doble vertiente de recaudación y ahorro de costos de atención futuros por las enfermedades relacionadas.

La OMS estima que al año se producen unos 3,3 millones de muertes por consumo nocivo de alcohol, y que este es responsable de más de 200 enfermedades y trastornos (OMS, 2015b). Asimismo, se estima que la carga económica de sus efectos negativos equivale a 1% de PIB en países de ingresos medios y altos (OPS, 2015b).

En América Latina y el Caribe, el consumo de alcohol es alto. Encabezado por Granada, Santa Lucía y Chile, con 12, 10 y 9,6 litros de alcohol puro per cápita al año¹⁴, respectivamente. Los países con menor consumo son El Salvador (3,5 litros), Guatemala (3,8 litros) y Honduras (4 litros) (OMS, 2015b)

Bolivia

El consumo de alcohol en Bolivia alcanza un promedio de 5,9 litros per cápita, cerca de la mitad de la distribución regional.

Un análisis detallado de los impuestos específicos a los principales productos alcohólicos muestra un aumento en todos ellos. No obstante, este incremento es nominal. En términos reales, descontando la inflación promedio, se tiene que en realidad el impuesto se ha reducido en la chicha de maíz, los vinos, el ron, el vodka y el whisky, y solo ha aumentado en las cervezas (5,4% entre el 2005 y el 2015). Este último aumento se debe a que el Gobierno implementó un Fondo Pro-Leche en el 2011, que se financia con cargo a los impuestos específicos de la cerveza. Este fondo ha logrado recaudar cerca de 50 millones de bolivianos en el 2015, algo que ha sido posible gracias a que el impuesto alcanza a 27% del precio final (impuesto al valor agregado de 13% más un impuesto específico de 3,5 bolivianos por litro).

Una revisión sistemática de la literatura, que se analizó más de mil estimaciones sobre el impacto del aumento del precio en el consumo de alcohol, concluyó que la elasticidad más baja es la de la cerveza, con un valor cercano a $-0,46$, seguida del vino, con $-0,69$, y los licores, con $-0,8$ (Wagenaar *et al.*, 2009). Esto quiere decir que un impuesto que aumente 10% el precio de la cerveza reducirá el consumo en 4,6%, mientras que la recaudación se incrementaría en torno a 5%.

14 En mayores de 15 años.

En Bolivia no existe un desglose de la recaudación de impuestos por tipo de alcohol, ni siquiera uno desagregado por tipo de impuesto especial. Sin embargo, se sabe que el total asciende a cerca de 2% del total de la recaudación del Estado (entre 0,6% y 0,7 % del PIB). Esta dimensión limita esta fuente de espacio fiscal, ya que, si se asume que solo una parte de esta recaudación corresponde a alcoholes y que, en promedio, se puede considerar una elasticidad de $-0,65$, un aumento de 20% del precio por impuestos elevaría la recaudación apenas unas centésimas porcentuales del PIB.

Por lo tanto, el estudio específico de espacio fiscal para este país concluyó que, dados los actuales niveles de impuestos y la elasticidad aproximada, un alza impositiva de los alcoholes tendría un impacto reducido en términos de recaudación. Pero, en cambio, podría tener un impacto relevante en la reducción del gasto por el tratamiento de enfermedades relacionadas con su consumo.

Perú

Perú, por su parte, es uno de los países con alto consumo de alcohol del continente, con 8,1 litros per cápita anual. En el 2013 se produjo un aumento del impuesto selectivo al consumo de cervezas, vinos y licores según el grado alcohólico. Este se fijó como un impuesto de monto fijo por litro, más una tasa según el valor de los vinos y los licores, y un porcentaje por sistema de venta al público en el caso de las cervezas. Este cambio dejó de momento cerrada la discusión, motivo por el cual el estudio específico de espacio fiscal no lo consideró como una nueva fuente de recursos factible.

Honduras

La última reforma tributaria en Honduras, como ya se vio en el análisis de impuestos al tabaco, tuvo la misma implicancia para el impuesto a los alcoholes. Su alza reciente de 15% a 18% excluyó la posibilidad de considerar un espacio fiscal en el corto plazo proveniente de nuevas modificaciones en este ámbito.

Otros impuestos

Aún son pocos los países que están implementando otros impuestos específicos de salud. Un caso relevante es Honduras, que aplica, desde el año 2014, un impuesto a las bebidas gaseosas de 0,6414 lempiras por cada mil litros y que proporciona unos ingresos que alcanzaron al 0,18% del PIB en el año 2015. Si se considera el crecimiento histórico de las ventas, el estudio específico de espacio fiscal para este país estima que se podría recaudar hasta un punto del PIB en el horizonte 2020. Asimismo, si se aumenta la tasa del impuesto 10%, el espacio fiscal generado sería de 0,072% del PIB (Prieto y Montañez, 2016).

Así, las conclusiones del resto de los impuestos específicos analizados se extienden a este sobre las bebidas gaseosas. Los incrementos marginales impositivos generan muy poco espacio fiscal por la vía recaudatoria, pero podrían tener un impacto relevante a través de la liberación de recursos de atención médica, derivado del desincentivo al consumo de estos productos. Así que, desde un punto de vista de salud pública, podría convenir desincentivar su consumo, y para ello los impuestos son un mecanismo eficaz.

3.3.6 Reducción de los gastos tributarios

Las normas tributarias generales no son de cumplimiento para todos. Los Gobiernos aprueban excepciones, reintegros, deducciones, diferenciales de tasas y otras medidas de los que se pueden beneficiar distintas actividades, rubros o entidades con el fin de facilitar la consecución de determinados objetivos estratégicos. Este conjunto de excepciones es lo que se conoce como gasto tributario (*tax expenditures*).

Los gastos tributarios son ingresos no realizados. Funcionan como una subvención, pero en lugar de recaudar y repartir, se deja de cobrar a quien se desea beneficiar. Normalmente son regresivos, pues afectan a grandes empresas y sectores, y merman la capacidad de recaudar ingresos que podrían destinarse a la población más vulnerable.

La literatura científica es crítica con los gastos tributarios de forma general, por varios motivos. En primer lugar, muchas de las exenciones crean más distorsiones en la asignación de recursos y costos que incentivos positivos. En segundo lugar, algunas de ellas se concedieron cuando las economías sufrían momentos de crisis o cuando determinados sectores pasaron por momentos deprimidos o estaban en fase de desarrollo, pero, una vez acabada la crisis o desarrollada la industria, no se revocaron. En tercer lugar, una de las mayores razones en su contra es que algunos beneficios carecen de transparencia democrática, ya sea porque se otorgaron en momentos de dictaduras o porque se negociaron a espaldas de la opinión pública (Marcel, 2014). Así, los gastos tributarios, en lugar de crear incentivos favorables para la economía, pueden ser solo intervenciones de transferencia de rentas (*rent seeking*).

Las mediciones de los gastos tributarios permiten estimar cuantitativamente la magnitud de la erosión de las bases imponibles y el costo de oportunidad que esto representa en términos de ingresos públicos. Sin embargo, uno de los principales problemas a la hora de llevar a cabo esta valoración es que la comparación directa internacional no es factible. Así, como señala la OCDE en un estudio comparativo internacional, la definición de gastos tributarios es más o menos la misma en términos generales, pero la concreción y el criterio de exclusión/inclusión de beneficios fiscales varía según los criterios nacionales (OCDE, 2010). De hecho, Canadá y Reino Unido declaran gastos tributarios de 5,1% y 4,9% del PIB, respectivamente, mientras que Alemania y Holanda solo 0,26% y 1,06% del PIB, respectivamente.

La comparación internacional de Villela, Lemgruber y Jorratt (2010) abarca a siete países hasta el año 2009 y, al igual que la de la OCDE, advierte de la existencia de diferencias en los criterios nacionales. Considerando esta advertencia, este trabajo indica que los gastos tributarios eran en el 2007 de 8,4% del PIB en Guatemala y de 5,48% del PIB en México, los dos países donde presentaban una mayor envergadura. Les seguían Chile (3,96% del PIB del 2009), Colombia (3,52% del PIB del 2007), Brasil (3,2% en el 2009), Argentina (2,08% en el 2009) y Perú (1,81% en el 2009).

En cuanto a los principales tipos de impuestos, el más importante era el impuesto a la renta, que agrupaba entre 40% (Brasil) y 85% (Chile) del total de los gastos tributarios. Argentina representaba una excepción, pues en este país los beneficios se otorgaban principalmente a través del impuesto al valor agregado (52% de los gastos tributarios).

Una actualización de estas estimaciones hasta el 2013, en la que se incluye a Bolivia, muestra que, salvo en este último, casi en ninguno de los países con información tiene existe una tendencia clara de reducción de los gastos tributarios (Tabla 9).

Tabla 9. Gastos tributarios en América Latina como porcentaje del PIB, 2005-2013

País	2005	2011	2012	2013
Argentina	2,21	2,46	2,59	2,45
Brasil	1,69	2,8	3,32	-
Chile	4,38	5,04	4,46	4,71
Colombia	3,70	-	-	-
Guatemala	8,40	-	-	-
México	6,32	3,87	3,82	-
Perú	2,07	2,04	1,94	-
Bolivia	2,70	1	1,2	1,3

Fuente: Villela, Lemgruber y Jorratt, 2010; MEFP, 2014; Trigueros, 2014; SIICL, 2014; MECON, 2016. Con base en informes oficiales de los países. Elaboración propia.

Honduras

En Honduras, los gastos tributarios se sitúan entre 4,2% y 6% del PIB para el periodo 2002-2007. La variabilidad se debe a que la cifra más baja corresponde a la información de la Dirección Ejecutiva de Ingresos de Honduras (DEI), citada en el estudio de Escobar (2010), mientras que la segunda es una aproximación del propio autor, en la que se incluyen algunos beneficios fiscales que no se consideraron en la fuente oficial, como las exoneraciones aduaneras de empresas exportadoras.

Siguiendo los datos oficiales, el grueso de los gastos tributarios se produce casi en iguales proporciones en los impuestos sobre las ventas (29,5% del total) y los derechos de importación (28,2% del total). De acuerdo a Escobar (2010), un mínimo de decisión política podría aumentar la recaudación en más de un punto del PIB. Sin embargo, este diagnóstico ha quedado obsoleto, ya que, como se ha señalado en apartados anteriores, en el 2014 el país acometió una fuerte reforma tributaria que, entre otras cosas, eliminó algunas de estas exoneraciones.

Perú

En Perú se dispone de un informe de la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT), que abarca del 2009 al 2012 (SUNAT, 2012) y permite actualizar los datos de Villela, Lemgruber y Jorratt (2010). El resultado muestra que los gastos tributarios registraron algunos vaivenes, pero que se han mantenido en torno a 2% del PIB.

Lo interesante de estos informes es que presentan una desagregación importante de los gastos tributarios. Así, en los últimos datos disponibles se revela que una tercera parte de estos son de aplicación general (33,1% del total). Le siguen las ayudas al sector agropecuario (18,8%), las exenciones relacionadas con la educación (11,69%) y los beneficios a la intermediación financiera, muy similares en volumen a los de educación (11,4%).

Tal distribución refleja la complejidad de revisar y analizar las ventajas de remover o reducir algunos tipos de gastos tributarios en favor de la salud. Por ejemplo, resulta a priori contraproducente quitar los gastos tributarios en sectores como la educación y la salud (0,2% del total) y cultura y deporte (0,38%). Pero posiblemente sea factible revisar los de la industria financiera o los que favorecen la explotación de hidrocarburos y la minería (3,3%).

Para estimar de cuánto espacio fiscal se dispone por esta fuente, se deben someter los gastos tributarios a un escrutinio público con validez social (Marcel, 2014). No todas las excepciones tributarias son negativas y algunas de ellas pueden estar totalmente justificadas. Lo principal en esta cuestión es, precisamente, saber hasta qué punto son justificables tales excepciones y, cuando lo son, cuál es su prioridad en comparación con salud.

Finalmente, considerando los gastos tributarios del 2012, equivalentes a 1,94% del PIB, y su reducción gradual en una cuarta parte en los próximos cinco años, el estudio específico de Perú estima un espacio fiscal de 0,48 puntos del PIB aproximadamente (Matus-López y Prieto, 2015).

Bolivia

En el caso de Bolivia, la información es más o menos la misma que la disponible para Perú, basada en los informes del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas para 2011-2013. Como se vio en la Tabla 9, estos muestran una tendencia decreciente, hasta situarse en 1,3% del PIB. En el último año, su composición recaía principalmente en el impuesto al valor agregado (74,6% de los gastos tributarios), seguido del impuesto a los beneficios (utilidades) de las empresas (9,5%) y de los impuestos a las transacciones (3,8%).

Esta misma fuente agrupa los gastos tributarios en tres categorías: fomento de la inversión (69,3% del total), provisión de bienes y servicios (28,3%) y donaciones (0,8%). Los destinados al fomento de la inversión alcanzan a 0,9% del PIB y benefician principalmente al sector exportador, con 49,4% del total. Estos se canalizan a través de la devolución del valor de los impuestos pagados por estas empresas por la adquisición de insumos y servicios para productos destinados al mercado internacional. Les siguen los beneficios que favorecen a la industria para la importación de productos químicos, fundición de hierro, acero, etc., con 9% del total, y la compra de máquinas y aparatos eléctricos en la provisión pública (7,2%). Finalmente, educación, sociedad civil y fundaciones sin ánimo de lucro también se benefician de gastos tributarios, así como una parte del sector de los hidrocarburos (1,9% del total), entre otros.

El estudio específico para este país señala que el espacio fiscal por esta fuente podría alcanzar un total de 1,3% del PIB, aunque estima que su dimensión debe ser menor debido a que no es factible ni conveniente eliminar parte de este gasto tributario. Así, si se siguen las directrices del ministerio y se propone una reducción, por ejemplo, de 10% de los gastos tributarios a la industria exportadora, se podría estimar un margen de espacio fiscal de 0,07% a 0,1% del PIB.

3.3.7 Otros impuestos

Existen una serie de impuestos que poco a poco van ganando terreno en el ámbito fiscal, como los que graban las transacciones financieras o los destinados a proteger el medio ambiente. Sin

embargo, en este apartado se incluye un tipo de impuesto que resulta relevante para una gran parte de los países latinoamericanos: los que gravan los recursos naturales. En particular, los mineros y los hidrocarburos.

Señalados en la literatura, han tenido escaso desarrollo en los trabajos empíricos de espacio fiscal (Durán-Valverde y Pacheco, 2012), pero, en este caso, resultan extremadamente relevantes para el estudio específico de Bolivia. Así, en el 2014 los ingresos derivados de los hidrocarburos alcanzaron en este país los 27 526 millones de bolivianos, lo que representa aproximadamente 42% de la recaudación total del Estado (64 452 millones de bolivianos). Solo el impuesto directo a los hidrocarburos representó 15 602 millones de bolivianos, 27% del total de los ingresos tributarios (57 724 millones).

Con la implementación de este impuesto directo estos recursos aumentaron 198% entre el 2004 y el 2005. Solo con la crisis de 2009-2010 se frenó su crecimiento, pero a partir de entonces ha vuelto a aumentar. Este tributo es una clara fuente de espacio fiscal y posiblemente continúe generando recursos para el gasto público y de salud. No obstante, presenta dos inconvenientes. El primero es que su flujo está sujeto a las variaciones internacionales del precio de las materias primas, por lo que resulta complejo vincular el gasto corriente a esta fuente de financiamiento. En segundo lugar, es difícil saber hasta dónde se pueden aumentar los impuestos. La legislación y la imposición sobre la explotación de hidrocarburos y combustibles tienen distintos componentes y criterios que hacen poco comparables los distintos regímenes fiscales. Parece que en el caso de Bolivia estos impuestos se ubican un tanto por encima de la media latinoamericana (MEFP, 2014; UNASUR, 2013), pero por debajo de los existentes en algunos países asiáticos (PwC, 2012; Mintz y Chen, 2012; Sunley, Baunsgaard y Simard, 2002).

Por todo esto, el estudio específico del país concluye que los recursos provenientes de los hidrocarburos pueden facilitar enormemente la meta del gasto público en salud de 6% del PIB. Solo el impuesto directo a los hidrocarburos alcanzó en el 2014 6,8% del PIB. Bastaría un aumento de menos de 10% sobre la recaudación de este impuesto para aumentar el gasto público en salud en más de medio punto del PIB y dejar a Bolivia muy cerca de la meta.

3.4 Fuente IV: Fuentes externas de financiamiento

Las fuentes externas de espacio fiscal para la salud son aquellas que provienen del exterior por la vía de ayudas al desarrollo y cooperación, así como la deuda contraída con instituciones multilaterales, como el Banco Mundial, o con instituciones financieras internacionales (Heller, 2005a; Tandon y Cashin, 2010; Gupta y Mondal, 2013).

3.4.1 Espacio fiscal a través del endeudamiento

El endeudamiento ha sido una fuente de financiación de los países, sobre todo cuando no se dispone en un momento dado de los recursos necesarios para realizar una inversión relevante, como la construcción de hospitales, carreteras, vías férreas, etc.

Existen dos razonamientos lógicos que fundamentan este tipo de decisiones. El primero, de tipo económico-racional, supone que los frutos del gasto que conlleva el endeudamiento serán mayores que los intereses que se pagarán por el crédito. Por ejemplo, la construcción de puertos debería elevar el volumen de comercio internacional y la actividad interna, de manera que los ingresos públicos se verían incrementados por mayor recaudación de aranceles e impuestos a la actividad.

La otra lógica, social-racional, asume el costo de la inversión como una necesidad. Los efectos de esta pueden mejorar o no la recaudación futura del Estado para hacer frente al pago de la deuda contraída, pero esto no es determinante en la decisión. Se recurre al endeudamiento porque no existen los recursos internos en el presente para solventar un gasto o una inversión ineludible.

Esta fuente de espacio fiscal para la salud presenta tres argumentos en su contra. El primero de ellos es que los países pobres no tienen acceso a los mercados internacionales de crédito y, cuando lo tienen, sus tasas de interés/riesgo son muy elevadas, de modo que ahogan la posibilidad de que las inversiones sean rentables a partir de los retornos.

El segundo argumento en contra del endeudamiento es que es difícil conocer o estimar el retorno de una inversión en salud. Se pueden intuir los efectos beneficiosos, como la mejora del nivel de salud y la mayor esperanza de vida, que a su vez podrían transformarse en mayor capital humano que eleve la productividad del trabajo. Esto llevaría a aumentos en la capacidad productiva del país, mayores inversiones y, en definitiva, mayor recaudación pública que pague la deuda inicial. Pero nada de esto se puede estimar con relativa certeza. Son demasiados los factores nacionales e internacionales que pueden influir en este círculo virtuoso y, posiblemente, largos los plazos en que se materialicen. Mientras, el pago de intereses de la deuda inicial podría estar pesando de tal forma que contraiga el gasto corriente y la inversión pública y, en definitiva, sea contraproducente en relación con el objetivo inicial.

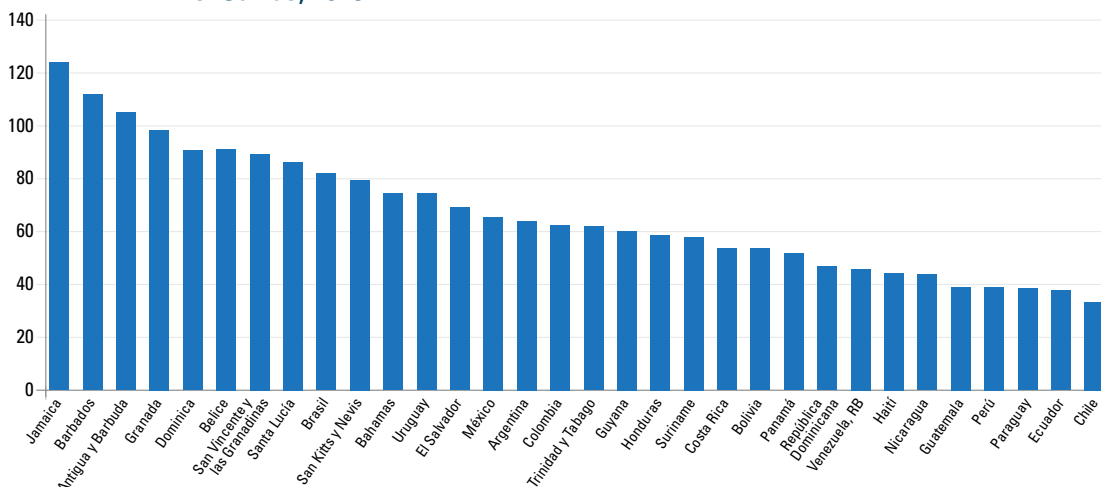
La tercera dificultad tiene que ver con el desarrollo histórico de la deuda en la Región. América Latina sufrió en las décadas pasadas un alto endeudamiento, que obligó incluso a la intervención pública y al rescate de los entes financieros por parte del Estado. Esto produjo una de las crisis más importantes de la historia continental, con duros impactos en las condiciones de vida y un aumento de la pobreza. Aunque ha pasado el tiempo, el recuerdo sigue vivo y los políticos y las autoridades económicas son poco proclives a aceptar el endeudamiento como fuente, salvo excepciones muy justificadas.

La deuda en la Región

Actualmente América Latina y el Caribe registra bajos niveles de endeudamiento público en comparación con el escenario internacional. En la mayoría de los casos las obligaciones del Estado no superan 60% del PIB, y en algunos ni siquiera alcanzan a 25% del PIB, como ocurre, por ejemplo, en Chile, Perú y Ecuador (FMI, 2017a) (Gráfico 15). Esta situación es el resultado de un fuerte proceso de desendeudamiento, que se alcanzó por dos vías. Por una parte, a través de un fuerte control de las finanzas públicas y, particularmente, sobre la gradualidad en el crecimiento del gasto público y las necesidades de financiamiento externo. La deuda se ha reducido en términos relativos, aunque no nominales. Los montos contratados han aumentado en la mayoría de los países, y su menor peso

se debe a que dicha contratación ha sido significativamente más lenta que el crecimiento económico y a que los presupuestos públicos han estado enfocados a mantener un equilibrio entre gastos e ingresos públicos.

Gráfico 15. Deuda bruta del Gobierno como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: FMI, 2017a.

La otra intervención que ha favorecido la reducción de la deuda son los programas de condonación de los organismos internacionales (FMI, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) respecto de los países más pobres, como fue el caso de Bolivia, Honduras y Nicaragua en los años 2005 y 2006.

Perú

Perú es uno de los países en los que la deuda bruta ha mostrado una reducción importante en los últimos años. En el 2009, las consecuencias de la crisis comenzaron a hacerse visibles en los países desarrollados, que elevaron sus niveles de deuda por encima de 40% del PIB. No obstante, en Perú no superó 30% del PIB, e incluso continuó su descenso hasta situarse en 20,6% del PIB en el 2014. Aunque el año siguiente mostró un incremento, sus niveles aún están por debajo de los del comienzo de la presente década.

En este caso concreto, la estabilidad fiscal se ha visto reforzada por la aprobación de la ley de fortalecimiento de la transparencia y responsabilidad fiscal del 2013 (Ley 399), que vino a ofrecer más información y confianza en el manejo del gasto público. Aunque también fue de gran importancia para este resultado el periodo de bonanza económica precedente, favorecido por el aumento del precio de las materias primas y, particularmente, de la minería previo a la crisis.

En la actualidad, la calificación internacional de la deuda peruana goza de mejoras en las distintas clasificaciones. En el 2017 alcanzó las calificaciones de A3 en Moody's y de estable (BBB+) en Fitch y Standard and Poor's (Expansión, 2017), lo que, en comparación con el 2003, representa una recalificación al alza de cinco niveles. No obstante, con todo lo positivo que conlleva esta

situación, se debe considerar que la deuda peruana se encuentra en niveles medios de confianza, a más de seis niveles de distancia de las calificaciones AA de las economías avanzadas. El motivo es que, pese a los buenos resultados y la mejor gestión, Perú sigue siendo vulnerable a cambios en el entorno y a circunstancias económicas exteriores.

El estudio sobre espacio fiscal concluye que el país está en condiciones de endeudarse para ampliar el espacio fiscal para la salud, siempre que la economía siga un ciclo ascendente y las condiciones externas no empeoren significativamente. Pero esto no elimina el problema de la transferencia de recursos e intereses. El adelantar en el tiempo los recursos que se recaudan, principalmente por la vía de impuestos, tiene un costo en intereses y, si los resultados de la inversión en salud no se traducen en mejoras de productividad y producción, se estará asumiendo un costo neto para el Estado. Es decir, se estará tomando una decisión con base social-racional.

Así planteado, la decisión es política. La justificación del endeudamiento descansa en la valoración de considerar las necesidades relacionadas con la salud universal como una prioridad de tipo urgente, más que una necesidad que pueda ser abordada de forma pausada en el medio y largo plazo. El margen dependerá del costo económico que la decisión política estime como aceptable, y estará dado por la tasa de interés del endeudamiento a cada nivel de deuda.

Bolivia

El análisis de Bolivia es similar, aunque con niveles iniciales más altos de deuda bruta y una reducción más acentuada. Hasta antes de los programas de condonación, el país registraba niveles de endeudamiento superiores a 80% del PIB. Una situación que, unida al bajo nivel de ingresos, mantenía al país en una trampa de la pobreza de la que era difícil salir. La condonación y la disciplina fiscal, unidas al crecimiento económico, hicieron que a partir del 2005 este indicador cayera desde 80,4% hasta 35,7% del PIB en el 2011.

En un país tan dependiente de los recursos naturales, el crecimiento de los precios de las materias primas previo a la crisis fortaleció las reservas internacionales, que pasaron de 853 millones de dólares en el 2002 hasta 3177 millones de dólares en el 2005. La política tributaria y productiva, unida a la nacionalización y la reforma tributaria de los hidrocarburos, permitió mantener esta tendencia y aumentar las reservas internacionales hasta los 15122 millones de dólares en el 2014. Tal fortaleza se vio reflejada en las calificaciones de deuda de las principales agencias internacionales.

En el 2015, las consecuencias tardías de la crisis elevaron la deuda pública boliviana hasta 40,6% del PIB, lo que afectó de forma desigual a las calificaciones de riesgo. Moody's mantuvo la calificación de deuda en Ba3; Fitch la rebajó un nivel en el 2016 (BB-) y Standard and Poor's la ha degradado en cinco niveles con respecto a tres años atrás (CCC en el 2016, riesgo sustancial).

Se puede concluir que el país tiene un margen para el endeudamiento, pero las calificaciones internacionales y las tasas de interés asociadas siguen siendo significativamente peores que las de las economías avanzadas. Es decir, el crédito para Bolivia sigue siendo relativamente caro.

Por este motivo, y por la experiencia histórica, las autoridades económicas son reacias a recurrir a esta fuente de financiación. Las últimas decisiones de endeudamiento, como la construcción de hospitales, han estado guiadas por el principio antes anunciado: inversión en infraestructuras y no

financiamiento del gasto corriente. Así las cosas, al igual que en el caso peruano, para el futuro inmediato se descartó esta fuente de espacio fiscal.

Honduras

Honduras fue otro país que se vio beneficiado de la condonación de deuda. Esta alcanzó al 70% del PIB en 2003 y cayó, gracias a esta intervención, a 40,3% en 2006. Un posterior manejo positivo y el propio alivio de la carga de la deuda ayudó a seguir reduciéndola hasta el 22,9% en 2008. Sin embargo, a partir de entonces ha vuelto a incrementarse, y en 2015 llegó al 46,1% del PIB, por encima de los niveles de 2006.

Las calificaciones de riesgo también reflejan esta situación. Moddy's mantiene la deuda hondureña como altamente especulativa (B2), al igual que Standard and Poor's (B+). Como aspecto positivo, se puede señalar que ambas empresas prevén proyecciones favorables en los próximos años.

Por estos motivos, el estudio específico coincide con las conclusiones de los dos estudios anteriores. Es decir, no descarta el endeudamiento para la obtención de recursos destinados a la salud, pero lo condiciona a la realización de gastos de inversión (construcción de hospitales e infraestructuras), no de gasto corriente (salarios, retribuciones y compra de insumos). Aun así, llama la atención sobre los riesgos asociados a esta fuente.

3.4.2 Espacio fiscal por ayudas externas

Casi todos los estudios empíricos desaconsejan esta fuente de espacio fiscal para la salud (Gupta y Mondal, 2013; Sharma, 2015). Solo Heller (2005a) la mantiene como una fuente necesaria en los países de bajo ingreso, ya que pueden estar sufriendo la trampa de la pobreza y son incapaces de salir de ella sin la ayuda externa. Los motivos de la mayoritaria oposición a esta fuente son la variabilidad e incertidumbre de los flujos (Ravishankar *et al.*, 2009; Birger *et al.*, 2015; Bulír y Hamann, 2007), que puede dañar la planificación del desarrollo del sector, desnivelar la red de atención y generar incentivos perversos para las administraciones.

El fenómeno quedó demostrado durante la última crisis. El impacto en los países ricos contrajo los fondos destinados para la ayuda al desarrollo, y se dio la paradoja de que cuando más se necesitan los recursos, menos se reciben. En 1980, la ayuda al desarrollo era 0,3% del ingreso bruto mundial. Durante la crisis del año 2000 se redujo hasta 0,14% y, luego de repuntar hasta 0,2% antes del 2009, cayó al 0,17% en el 2012. Dos años más tarde volvió a los niveles de comienzos de esta década (BM, 2017).

En América Latina y el Caribe, el peso de la ayuda externa que se destina a salud es bajo, y muy variado según el país. En promedio, apenas representa 0,2% del gasto total en salud regional. Sin embargo, resulta relevante en Haití, en situación de crisis humanitaria, que depende de la ayuda externa para el financiamiento del 32,7% de su gasto total en salud. Le siguen Belice (11,4%), Honduras (7,8%), Guyana (7,3%), Santa Lucía (6,7%) y Nicaragua (5,5%). En el resto de los países esta fuente cae por debajo de 5%, como es el caso de Bolivia (3,2%) y Perú (0,74%) (OMS, 2017a).

En el caso de Perú, los flujos fluctuaron abruptamente durante todo el periodo para el que se dispone de información, y cuando más se necesitaban, al inicio de la crisis, descendieron. Luego registraron una recuperación en el 2012, aunque volvió a caer en los últimos dos años. Estas

fluctuaciones y el crecimiento económico de la última década se tradujeron en que el peso de las ayudas externas en el financiamiento de salud en Perú representara en el 2014 tan solo 0,74% del gasto total en salud (BM, 2017).

Similar es la situación de Bolivia. En el análisis desde el 2001 se aprecia esta fluctuación en los contratos de ayudas externas firmados por el Gobierno. Solo en una década cayó tres veces: en el 2004, 25,9%; en el 2006, 55,5%, y nuevamente, en el 2010, 28,1%. (MEFP, 2011)

De acuerdo a la OMS (2017a), Bolivia ha seguido un patrón descendente en la recepción de ayudas externas para la salud. En el 2004 estas llegaron a alcanzar hasta 12% del gasto en salud del país. A partir de entonces han disminuido y en el 2014, último año disponible, representaban 3,2% del gasto. Esta evolución se debe en parte a que, como señala el Ministerio de Planificación y Desarrollo (MPD, 2013), el país ha pasado a tener un ingreso per cápita superior a tres mil dólares en el 2014, por lo que se aleja del grupo de países prioritarios en el destino de las ayudas de los países ricos (BM, 2017).

En suma, tanto en Perú como en Bolivia, por las dimensiones y la volatilidad de los flujos, no parece aconsejable considerar las ayudas externas como fuente de espacio fiscal para la salud. Sin embargo, se recomienda buscar mecanismos de estabilización de estos recursos y favorecer que su destino sean infraestructuras sostenibles, estudiadas y planificadas con la autoridad sanitaria competente.

Por último, el caso de Honduras tiene una lectura diferente. Aquí, las fuentes externas representaron 7,8% del gasto total en salud en el 2014. Más aún, en el estudio específico para este país se detectó una relación negativa entre los flujos externos y la asignación del Gobierno central a salud (Prieto y Montañez, 2016). Pese a ello, en este caso se recomienda considerar esta fuente de recursos mediante su canalización a través de las instituciones públicas, haciéndola compatible con la planificación nacional y, sobre todo, controlando los efectos negativos que podría tener sobre posibles disminuciones del aporte estatal. Así y todo, su impacto sería limitado, y generaría un espacio fiscal aproximado de 0,15 puntos del PIB en el 2020.

3.5 Fuente V: Aumento en la eficiencia del gasto en salud

Esta es una fuente particular de espacio fiscal. No consiste en la generación de nuevos ingresos, sino en la liberación de parte de los ya utilizados. Surge, en definitiva, de realizar los mismos servicios y prestaciones de salud, pero con menos recursos.

La cuantificación del nivel de eficiencia del gasto en salud es compleja y compromete un área de investigación más amplia que sobrepasa el estudio delimitado del espacio fiscal. Los análisis comparativos sobre la eficiencia de los sistemas nacionales de salud son abundantes, aunque con resultados disímiles, la mayor parte de las veces circunscritos a los países ricos. Estos muestran que, efectivamente, un mayor gasto público en salud mejora los indicadores de salud, e incluso que este gasto es más efectivo cuando su recaudación se basa en impuestos directos o mecanismos de riesgo compartido (Moreno-Serra y Smith, 2012; Bokhari, Gai y Gottret, 2007).

En un intento de concretar cómo mejorar la eficiencia, la OMS (2010) identificó los principales problemas de los sistemas de salud. El primero de ellos es el gasto innecesario en medicamentos.

Por un lado, la medicación correcta, y más eficiente, representa un ahorro importante de gastos, sin mermar la salud de las personas. Se proponen tres intervenciones públicas esenciales: evitar la sobremedicación, eliminar los medicamentos de mala calidad o efecto, y promover los medicamentos genéricos.

Un segundo problema es la mejora de la productividad y la eficiencia de los recursos humanos a través de la eficiente distribución territorial y por especialidades, así como mejores condiciones laborales, motivaciones y carga de trabajo. Unos recursos humanos escasamente motivados, mal remunerados y sin incentivos para la búsqueda de mejoras difícilmente propondrán o realizarán acciones destinadas a ganar en eficiencia.

El tercer grupo de problemas tiene que ver con la oferta de servicios. Se necesita una evaluación continua de prácticas y procedimientos médicos que desvele los protocolos más eficientes, con la suficiente flexibilidad para casos especiales, además de analizar la distribución y los niveles de complejidad de los establecimientos de salud. Las infraestructuras se construyen en distintos periodos históricos, y mientras los perfiles demográficos y epidemiológicos cambian, estas perduran. Es complejo ajustar la oferta a estos cambios, pero debe hacerse un esfuerzo de evaluación de necesidades, mejorando el acceso de las personas que lo necesitan y aprovechando al máximo la capacidad y el equipamiento de los centros. También se incluye en este punto aplicar controles que reduzcan las infecciones intrahospitalarias, que aumentan notablemente las necesidades de atención de los ya ingresados.

Según el estudio de OMS (2010), las mejoras de eficiencia en estos aspectos podrían llegar a representar desde 20% a 40% del gasto en salud. En un país promedio, con un gasto público en salud de 3,5% del PIB, implicaría un espacio fiscal de entre siete décimas y casi un punto y medio del PIB.

Estudios asociados a la estrategia de salud universal (Cid *et al.*, 2016) muestran también que una de las principales fuentes de eficiencia en la organización de servicios es el cambio del eje de hospital céntrico al de redes integradas de servicios de salud centrados en el primer nivel, que se desarrolla a su vez con una estrategia de atención primaria de salud que prevenga, promueva la salud, resuelva enfermedades evitando hospitalizaciones y articule la integración hacia niveles de mayor complejidad.

En este contexto, no centrado tanto en la atención, sino en el financiamiento, se deben implementar formas de distribución del gasto en salud asociadas a las complejidades y las necesidades. Es necesario avanzar desde presupuestos históricos a presupuestos según necesidades. En la atención primaria existen herramientas de capitación ajustadas, que permiten aproximar el gasto a las necesidades de cada territorio. Asimismo, en la financiación hospitalaria existen mecanismos de pago que involucran la complejidad diagnóstica de cada centro. Este acercamiento a la financiación basada en necesidades es fundamental para generar incentivos de mejora en el gasto.

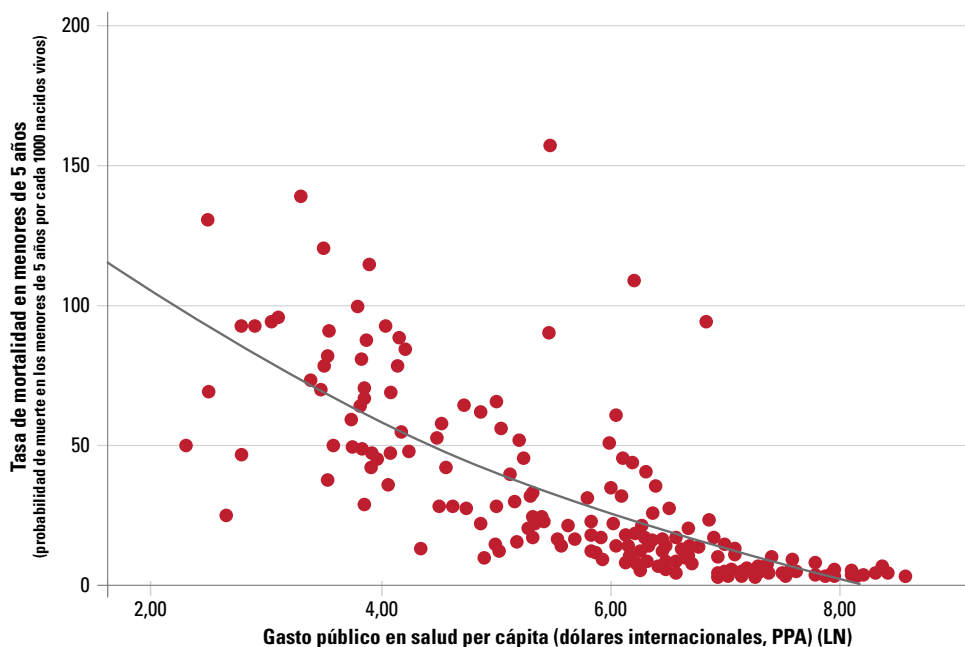
Por último, en el plano concreto del espacio fiscal, es posible incluir dentro de los esfuerzos asociados con la eficiencia aquellos que van más allá del sector salud, como, por ejemplo, el esfuerzo de eficiencia en la recaudación por parte de los ministerios de finanzas o hacienda.

3.5.1 Medición de la eficiencia

Existen varias aproximaciones a la medición del nivel de eficiencia en el gasto público en salud. Una de ellas es contrastar este en términos del PIB o en términos per cápita con los principales resultados en salud, como, por ejemplo, con la esperanza de vida o con la mortalidad infantil, incluso con aspectos de morbilidad (Cid *et al.*, 2016; OCDE, 2015b; Aísa, Clemente y Pueyo, 2014; Nixon y Ulman, 2006).

A nivel mundial, existe una relación más o menos clara entre ambas variables: a mayor gasto, mejores resultados a nivel global (Gráfico 16). Esta relación tiene una pendiente más inclinada en los países con bajos niveles de ingreso y menos pronunciada en los de niveles altos, lo que confirma los rendimientos marginales decrecientes del gasto. Es decir, que las primeras inversiones en salud tienen un impacto mayor que las inversiones posteriores. Asimismo, presenta cierta dispersión difícil de explicar en los niveles de menos ingresos, quizás como muestra de las grandes diferencias de resultados en la ejecución del gasto de los países más pobres, o bien por sus propias características epidemiológicas, culturales y geográficas.

Gráfico 16. Gasto público en salud per cápita y mortalidad en menores de 5 años en el mundo, 2014



Fuente: OMS, 2017a. Elaboración propia.

Lo cierto es que estos análisis no captan el resto de los factores o determinantes sociales de salud, que, sin estar relacionados con el gasto público en salud, pueden estar afectando los resultados. Por ejemplo, mejores condiciones de alimentación, educación o clima pueden extender la esperanza de vida en un país con menor gasto público en salud que en otro que invierte más en salud.

Así, una segunda metodología consiste en utilizar un amplio conjunto de resultados de salud, no solo referidos al estado de salud de las personas, sino también a la producción de servicios, como hospitalizaciones, partos y consultas médicas, entre otros. Para ello se utilizan principalmente dos técnicas: los análisis envolventes de datos (*data envelopment analysis, DEA*) (González, Cárcaba y Ventura, 2010) y los modelos de frontera estocástica (*stochastic frontier model, SFM*) (Grigoli y Kapsoli, 2013).

Pero, aun así, persiste el problema de comparar países de distinto nivel de ingreso. Una solución es incluir los incrementos marginales decrecientes, a través del supuesto de que la frontera de posibilidades de producción de salud es una función convexa. Es decir, que a medida que aumenta el gasto disminuyen las potenciales ganancias de eficiencia (Kumbhakar, 2010).

Estos estudios fueron utilizados en algunos análisis específicos de espacio fiscal para la salud.

3.5.2 La eficiencia del gasto en salud en la Región

El análisis de espacio fiscal regional contrastó la financiación en salud (en términos de gasto per cápita) con la cobertura y los resultados de salud (ambos para enfermedades transmisibles, no transmisibles, lesiones y salud materno-infantil).

Con base en el gasto público en salud, se identificaron dos grandes grupos: uno compuesto por Barbados, Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica, que exhiben un gasto per cápita relativamente alto, y otro compuesto por los ocho países restantes (Bolivia, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y Perú), con un gasto en salud relativamente bajo (Báscolo, *et al.* 2015). El primer grupo presenta un nivel medio-alto de cobertura de servicios, y entre ellos Chile es el país con los índices más altos. Junto a Costa Rica, presentan los mejores resultados de salud, aunque este último muestra una cobertura relativamente baja en comparación con el gasto público.

Los otros dos, Brasil y Barbados, tienen un desempeño distinto. El primero tiene el patrón de transición de los países en desarrollo, en el que las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil se contraen, pero aumenta la importancia de las enfermedades no transmisibles. Barbados, en cambio, tiene un perfil con mayor presencia de enfermedades transmisibles, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Entre los países con bajo gasto en salud la cobertura es notablemente menor y los resultados en salud presentan significativas diferencias entre unos y otros. Bolivia es el país con la cobertura más baja, junto a Guyana, pero sus resultados en salud son notablemente mejores. Ciertamente es que los perfiles epidemiológicos son distintos, como, por ejemplo, en la prevalencia de enfermedades transmisibles, como la infección por VIH. Así, al interior del grupo, Jamaica y Perú son los países con las mejores condiciones de salud.

Haciendo un resumen de los recursos, la cobertura y los resultados en salud, el trabajo regional clasificó a los países en cuatro grupos (Tabla 10). En la parte de arriba en la tabla aparecen Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua, seguido de un segundo grupo compuesto por Ecuador, Paraguay y Perú. Un tercer grupo, más eficiente, con Barbados, Jamaica y Costa Rica, y un cuarto grupo, en lo alto de esta clasificación, con Colombia, Chile y Brasil.

Tabla 10. Eficiencia: recursos y desempeño por eje sanitario por país, 2014

País	Recursos	Cobertura				Resultados de Salud			
		Enfermedades transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Materno -infantil	Enfermedades transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Materno-infantil
Bolivia	--	-	-	--	-	/	/	/	--
Guyana	-	+	+	/	-	/	--	--	--
Honduras	--	-	/	/	/	-	/	/	-
Nicaragua	--	/	+	/	/	/	-	/	-
Ecuador	-	-	/	+	/	/	/	--	/
Paraguay	-	/	-	/	/	/	/	-	-
Perú	-	/	-	-	/	/	++	/	/
Barbados	++	+	+	/	/	/	-	++	+
Costa Rica	++	/	+	/	/	++	+	+	++
Jamaica	-	-	/	-	/	/	-	+	+
Brasil	+	/	+	/	/	+	/	-	+
Chile	+	+	+	/	+	++	+	+	++
Colombia	+	/	+	/	+	+	++	/	+

Categorías de desempeño: bueno, lejos del promedio (++); bueno (+); bajo (-); bajo, lejos del promedio (--).
Fuente: Báscolo et al., 2015.



Honduras

En los estudios de espacio fiscal no se suele cuantificar cuánto puede ser la ganancia por eficiencia. Tal es el caso de Honduras, en el que se aborda esta fuente de espacio fiscal desde un análisis puramente cualitativo.

Así, se destaca la política social focalizada, que busca construir un piso básico de protección social y que, para ello, dispone de un fondo de solidaridad y protección social para la reducción de la pobreza, que entre sus objetivos incluye el aumento de la eficiencia del gasto en salud. Para ello propone el manejo conjunto de los recursos destinados a programas sociales, lo que aumentaría y mancomunaría su financiamiento y su gestión. En este marco, el estudio específico para el país destaca como posible fuente de recursos la implementación de redes integradas de salud, con énfasis en la atención primaria.

Perú

Tanto en los casos de análisis DAE como SFM, Perú obtiene resultados positivos. En el estudio de González, Cárcaba y Ventura (2010) se contrastó la eficiencia del gasto en salud con respecto a la esperanza de vida y los años de vida saludables. El país registró un índice de 0,95, muy por encima de los países de ingreso medio-alto (0,83) y casi al nivel de los países de alto ingreso (0,96). En tanto, en el estudio de Grigoli y Kapsoli (2013), Perú se encuentra entre los cinco más eficientes de un total de 80 países en desarrollo estudiados entre el 2001 y el 2010.

Aunque positivos, conviene tomar los resultados con cautela. En un resumen de rankings de eficiencia, la posición del país varía entre el puesto 57 y el puesto 119, de acuerdo al indicador y la metodología empleados. Considerando estos datos, y los rendimientos marginales decrecientes del gasto, Kumbhakar (2010) estimó cuántos recursos se pueden liberar si se logran ganancias de 5% de eficiencia en el gasto, y para Perú el resultado sería un espacio fiscal equivalente a 0,16% del PIB para el 2014.

Bolivia

Bolivia sale peor ubicada en las comparaciones internacionales. En un análisis DEA¹⁵ aplicado a 165 países, ocupa el lugar 28 de nivel de eficiencia en salud entre los 45 países de ingreso medio-bajo considerados (González, Cárcaba y Ventura, 2010). Es decir, algo por encima del promedio de su grupo, pero por detrás de los países latinoamericanos.

En tanto, en otro análisis de SFM para 80 países emergentes y en desarrollo, que mide las potenciales ganancias de eficiencia de los sistemas de salud, Bolivia ocupa el lugar 40, con un indicador de 0,94 (Grigoli y Kapsoli, 2013). Un valor levemente por encima del promedio, con un máximo de 0,98 (Papua Nueva Guinea) y un mínimo de 0,81 (Sierra Leona).

Los resultados de Kumbhakar (2010) para Bolivia, por su parte, revelan que una mejora de 5% de la eficiencia en el gasto público en salud, permaneciendo igual el resto de las condiciones, podría crear un espacio fiscal de la misma dimensión en el gasto público en salud, lo que, en términos del PIB, equivaldría a aproximadamente 0,1%.

15 Se aplicó un análisis refinado basado en el DEA denominado *value efficiency analysis* (VEA).

En estos últimos dos casos se hace especial mención a la necesidad de mejorar los mecanismos de pago y distribución del gasto público en salud y, particularmente, de acabar con las ineficiencias e inequidades de los seguros de salud establecidos como compartimentos estancos, sin canales de solidaridad. La fragmentación de los distintos seguros públicos y privados desaprovecha la eficiencia de las economías de escala y las ganancias de la mancomunidad del riesgo (*risk-pooling*), a la vez que incrementa las asimetrías de información y favorece la selección de la población beneficiaria en base a riesgo de padecer enfermedades. La existencia de una veintena de seguros de salud conviviendo con un importante porcentaje de población sin asegurar es una evidente ineficiencia en la organización del sistema.

Cualquiera que sea el foco del análisis, la cobertura universal pasa necesariamente por la solidaridad entre quienes tienen mayores ingresos y quienes tienen menos ingresos, entre quienes están más sanos y quienes están más enfermos, porque simplemente gran parte de la población no tiene ingresos suficientes para hacer frente a los costos de la atención que necesitan (Maeda, Araujo y Cashin, 2014).

CAPÍTULO 4



ANÁLISIS POLÍTICO Y SOCIAL

Los estudios de espacio fiscal para la salud tienen un fuerte componente de análisis macroeconómico, de finanzas públicas, y como se ha visto, de análisis técnico de las principales fuentes. Sin embargo, el análisis de factibilidad político y social está escasamente desarrollado. Existen algunos intentos metodológicos, como se ha comentado en la exposición del marco teórico, cuando se trata la situación específica de un país. No obstante, incluso en estos casos, las metodologías están lejos de abordar las problemáticas desde un análisis de ciencia política. Se quedan, la mayoría de las veces, en análisis documental, entrevistas y encuestas.

Aunque estas herramientas son útiles y proporcionan información valiosa, revelan las posturas oficiales de instituciones y personas, y no alcanzan a abordar los riesgos y las condiciones necesarias para que estas posturas se transformen en acciones. Asimismo, las posiciones de algunos actores no se captan con estas metodologías, debido a que no expresan sus intereses cuando están en contraposición con los intereses de la mayoría social. La relevancia y el poder de influencia de algunos de estos grupos puede ser determinante a la hora de ejecutar las medidas que generen espacio fiscal para la salud, y bloquear o favorecer unas fuentes u otras. (Clements, Coady, y Gupta, 2012).

4.1 Aplicación del marco analítico regional

En el estudio regional se aplicó un marco analítico basado en tres dimensiones: instituciones, actores y disputas, y cinco medidas de creación de espacio fiscal para la salud: aumento de los recursos, priorización de la salud, reducción de la fragmentación de los sistemas, mejora de los mecanismos de regulación y la orientación a la atención primaria de salud (Tabla 11).

Tabla 11. Tabla de dimensiones de creación de espacio fiscal y economía política

Creación de espacio fiscal	Marco Institucional	Actores	Disputas
Aumento de recursos fiscales (gasto público en salud) y gasto mancomunado	Mayor capacidad fiscal. Cambios de la estructura impositiva y formalización de la economía	Contribuyentes y beneficiarios Actores políticos.	Capacidad redistributiva de riquezas e ingresos
Priorizar el gasto público en salud en el marco de las políticas sociales	Fortalecimiento de la salud en las políticas sociales		
Reducción de la segmentación y la fragmentación a través de la integración de las aseguradoras	Mecanismos de aseguramiento, riesgos y recursos de diferentes fuentes	Contribuyentes y beneficiarios	Equidad/inequidad en las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud
Mejora de los mecanismos de regulación y los incentivos para una mayor eficiencia en la provisión de servicios	Mecanismos de transferencias hacia proveedores (presupuestarios, contratos asistenciales)	Financiadores y proveedores de servicios de salud.	Regulación e incentivos frente a la autonomía en la provisión de servicios de salud
Orientar un sistema de servicios de salud basados en la atención primaria	Fortalecimiento del primer nivel de atención con un rol de coordinación del sistema de servicios de salud	Profesionales especialistas, equipos de atención primaria y movimientos sociales	Regulación, coordinación y poder relativo al interior del sistema de servicios de salud

Fuente: *Báscolo et al., 2015.*

Los resultados no se concretaron por país, sino de forma general. Plantean así la relevancia de los principales actores, aunque dejan sin desarrollar, por la naturaleza propia del estudio, el detalle de las realidades concretas de cada país y cada momento político.

4.2 El análisis documental en Perú

El estudio de espacio fiscal para la salud relativo a Perú fue uno de los primeros en los que se intentaba realizar un análisis de factibilidad política y social sobre las conclusiones técnicas de la generación de recursos nuevos. Para ello se llevó a cabo una revisión de los acuerdos y las políticas oficiales

relacionados con las fuentes de espacio fiscal para la salud. Los documentos más importantes fueron el Acuerdo de Partidos Políticos (APP) del 2006, la política de Acceso Universal en Salud (AUS) del 2009, los doce lineamientos del Consejo Nacional de Salud del 2013, los objetivos del Plan Bicentenario 2021 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En el ámbito de la política fiscal, el documento base fue el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) del Ministerio de Economía y Finanzas, entre otros.

Con base en el análisis de estos acuerdos y documentos, se clasificaron las fuentes de espacio fiscal en cuatro categorías de aceptación: alta, media, baja y nula. La clasificación estuvo a cargo de una experta local. En este sentido, se consideró que una fuente de espacio fiscal tiene una alta aceptación si fue mencionada positivamente y específicamente en acuerdos y políticas concretas. Se consideró de aceptación media si habían sido discutidas oficialmente, sin llegar a implementarse, o se habían implementado fallidamente. Se clasificaron de baja aceptación aquellas fuentes que se mencionaron muy superficialmente, pero sin llegar a ser discutidas de manera oficial. Por último, cuando las fuentes no estaban en acuerdos ni políticas, ya que habían sido descartas previamente, se consideró que la factibilidad de la fuente es nula.

Los resultados mostraron una aceptación alta en generar recursos para la salud a través del crecimiento económico. También hubo un consenso alto en aumentar la recaudación de impuestos a la renta a través de la ampliación de la base tributaria, pero no del alza de las tasas, que solo logra un consenso medio. También fue alta la aceptación de la idea de aumentar los impuestos al tabaco y todos los esfuerzos que mejoren la eficiencia del gasto en salud.

Entre las fuentes de aceptación media, junto al alza de tasas de impuesto a la renta se situaron la reducción de los gastos tributarios, la repriorización del gasto en salud sobre los incrementos interanuales del presupuesto y la reducción de la informalidad.

Por último, gozaron de aceptación baja el aumento de los impuestos a los beneficios empresariales, el redirigir recursos de otros sectores a salud y la elevación de las contribuciones sociales a la seguridad social para salud. Por otra parte, la financiación externa por ayuda o créditos, así como la emisión inorgánica controlada de dinero o de deuda, no tuvieron ninguna aceptación.

4.3 Entrevistas a los agentes en Bolivia

En el estudio específico de Bolivia, el análisis político y social se realizó a través de veinte entrevistas y encuestas a representantes institucionales, políticos y sociales. Los participantes procedían del Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Planificación del Desarrollo, la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, la Caja Nacional de Salud, la bancada en la Asamblea Legislativa de Unidad Nacional (UN) y del Movimiento al Socialismo (MAS), el Colegio Médico, la Confederación Sindical Única de Trabajadores, fundaciones y expertos nacionales, entre otros.

La muestra fue diseñada por un experto local, que realizó el trabajo de campo entre junio y julio del 2016. El 80% (n = 16) correspondieron a entrevistas presenciales, con una duración aproximada de 30-40 minutos, y un total de 20 preguntas abiertas y cerradas. En el resto de los casos (20%, n=4), se remitió un cuestionario con las mismas preguntas, que fue recibido y cumplimentado con posterioridad. Este fue el caso de las bancadas de UN y MAS.

En la encuesta se utilizaron preguntas abiertas y cerradas. En las cerradas se utilizó una escala Lickert, de grado de acuerdo/desacuerdo, para distintas medidas y fuentes de financiamiento, tomando el valor 1 si se estaba en total desacuerdo, y el valor 10 si se estaba en total acuerdo.

Los resultados mostraron mayor apoyo al espacio fiscal para la salud generado por el crecimiento económico y la mejora de la eficiencia del gasto en salud. Sin embargo, también alcanzaron niveles de apoyo relativamente altos el aumento de los impuestos a las personas más ricas, el de impuestos a las bebidas alcohólicas importadas y la reducción de los gastos tributarios. Por otra parte, las menos factibles fueron la emisión inorgánica (ninguna factibilidad), el endeudamiento público y el aumento de las contribuciones sociales por parte del trabajador o del empleador (bajo acuerdo).

4.4 Documental y encuestas *online* en Honduras

En el estudio específico de Honduras se utilizó un mix de análisis documental y encuestas *online*. De manera similar al caso peruano, se identificaron acuerdos y documentos que traten explícitamente alguna de las fuentes de espacio fiscal, tales como los lineamientos estratégicos de Visión de País 2010-2038 y el Plan Nación 2010-2020, que fueron aprobados en el año 2010, y el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018, entre otros.

Asimismo, se aplicó una encuesta a actores claves en el proceso de formación de las políticas, como son los actores públicos, la cooperación, la industria, la sociedad civil, los sindicatos, los medios de comunicación y otros, según los temas en discusión, como pueden ser los partidos políticos y los grupos religiosos. La encuesta se realizó online y se envió a 32 actores en una primera instancia, además de a los asistentes de un taller de presentación de resultados preliminares. En total se obtuvieron once respuestas.



Aunque la representación de la muestra fue baja, y posiblemente sesgada hacia quienes tienen más interés en la temática, sus resultados confirmaron algunas de las conclusiones ya obtenidas en el análisis documental. Así, se confirma el acuerdo con el crecimiento económico como fuente de espacio fiscal, así como la dificultad de aumentar la prioridad de la salud en la asignación de nuevos recursos. Esto parece ser así debido a que seguridad e interior parecen gozar de prioridad en la planificación de medio plazo.

En cuanto a la generación de nuevos ingresos públicos, la opinión mayoritaria de las personas encuestadas fue negativa a aumentar las tasas, más aún cuando la última reforma tributaria es tan reciente. Tampoco tuvieron apoyo, el aumento de contribuciones sociales a salud ni la solicitud de créditos.

Por el contrario, gozaron de más aceptación el aumento de la base tributaria a través de un mayor control de la evasión, el financiamiento de los impuestos específicos de salud (aumentar los existentes o crear uno para las comidas procesadas) y recibir ayuda externa.



CONCLUSIONES

El surgimiento del concepto de espacio fiscal y su vínculo con la salud ocurre a propósito de los esfuerzos por cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y tomando como referencia las experiencias de los países en desarrollo. El concepto destaca la condición de sustentabilidad de la posición financiera de los Gobiernos, en procesos en los que se necesita contar recursos adicionales a los existentes para destinarlos a la salud.

El espacio fiscal para la salud se centra en la capacidad y viabilidad de las fuentes de financiamiento, pero no responde a todos los interrogantes y aspectos relacionados con el gasto en salud. Sin embargo, en los casos en que el camino de transformación del sistema de salud se encuentra definido de antemano, o incluso en proceso de definición, los estudios de espacio fiscal pueden adquirir una importancia crucial en la planificación de los cambios y responder, de manera efectiva, a la interrogante de si las intervenciones podrán ser financiadas de forma sostenible.

Las fuentes de espacio fiscal que se han identificado son las siguientes: a) creación de las condiciones macroeconómicas propicias; b) una mayor priorización para la salud; c) creación de nuevos ingresos fiscales y mayor presión fiscal; d) aumento en la eficiencia de la recaudación; e) ayuda externa en forma de préstamos y donaciones para el sector de la salud, y f) aumento en la eficiencia de los gastos de salud existentes.

El crecimiento económico, la fuente de espacio fiscal más directa y más genérica de todas, que se asienta en el supuesto de estabilidad económica, consiste en crear espacio fiscal a través del crecimiento del PIB y el consiguiente incremento en los ingresos del Estado. Una mayor priorización para la salud, por su parte, supone el incremento del gasto público en salud a expensas de reducirlo en otros sectores, como defensa o relaciones exteriores.

El crecimiento económico es fuente de espacio fiscal en los estudios, pero en algunos escenarios solo genera recursos adicionales en términos del PIB por la vía de la seguridad social en salud. Así, resulta esperable que el gasto en contribuciones aumente con el crecimiento económico, pues, sea cual sea la característica del crecimiento, este suele llevar aparejado en mayor o menor grado un aumento del empleo, debido a la mayor masa bruta salarial. Esto no ocurre tan directamente en el gasto proveniente de ingreso fiscal, más sujeto a las inercias históricas, a la voluntad política y a las prioridades presupuestarias.

El marco analítico de la OPS presenta dos formas de abordar el desafío: una, como un incremento del peso del gasto en salud en relación con el gasto público social o el gasto público total; otra, como el aumento en conjunto del gasto público social. En este último caso se busca evitar una competencia del gasto en salud con otras partidas que son complementarias para un “abordaje intersectorial” de la salud universal.

La creación de nuevos ingresos, con una mayor presión fiscal, por la vía de la recaudación de impuestos, además de aportar recursos, está correlacionada positivamente con mejores indicadores de salud, tal como demuestra la literatura científica. Además del nivel de recaudación, la estructura del sistema impositivo es clave en el objetivo de mejorar la equidad. Los sistemas basados principalmente en impuestos indirectos, como es el caso de los existentes en la mayoría de los países de la Región, tienden a ser más regresivos, ya que representan una mayor carga sobre los hogares más pobres. Lo contrario ocurre en aquellos en los que tienen mayor peso los impuestos directos, principalmente sobre la renta o el patrimonio.

Relacionado con lo anterior, el aumento en la eficiencia de la recaudación hace referencia a evitar la evasión y la elusión impositivas, y fomentar la formalidad de las economías. En este punto, cabe llamar la atención sobre el gasto tributario, compuesto por aspectos como la aplicación de exenciones o reducciones extraordinarias de las normas generales de los impuestos, que concurren cuando un agente, sector o tipo de ingreso se desvía de la norma general y accede a un derecho concreto que le permite pagar menos impuestos que el resto de las actividades o rentas similares. Muchas de estas excepciones se crearon en momentos específicos y con fines concretos, pero posteriormente no ha vuelto a evaluarse su pertinencia.

Por último, la ayuda externa con préstamos y donaciones específicas para la salud se refiere a dos mecanismos: el endeudamiento y las donaciones. Respecto del primero cabe destacar, de acuerdo con la bibliografía científica, sus implicaciones macroeconómicas; del segundo, su volatilidad y fragmentación.

Para impulsar el aumento del espacio fiscal se requiere desarrollar un diálogo social ampliado que involucre a todos los actores. Estas decisiones, que implican a los Estados, suelen ser de tipo político y se sustentan mayormente en argumentos técnicos. Existen varias modalidades de impulso de este tipo de diálogos, para los que además es un requisito fundamental contar con análisis técnicos.

Los estudios de espacio fiscal que ha estado desarrollando la OPS, uno regional para trece países y tres específicos para Perú, Honduras y Bolivia, muestran lo siguiente:

- En general, en los países existe espacio fiscal para la salud, y el crecimiento económico no es suficiente para ocupar ese espacio y dar respuesta a la necesidad de financiamiento.
- Es necesario recaudar más y de mejor manera los recursos fiscales.
- Es conveniente revisar los gastos tributarios para identificar las exenciones injustas o sin beneficios para los países.
- Existen argumentos y espacio para aumentar los impuestos de salud específicos (principalmente, sobre el alcohol y el tabaco). Aunque la recaudación sea baja en estos casos, los ahorros previsibles para el sistema pueden ser altos.
- Desde el punto de vista político, los créditos y las donaciones no son una fuente viable para los Gobiernos en el mediano y largo plazo.
- Las medidas de mejora de la eficiencia deben acompañar a estos esfuerzos, con el impulso de los principios establecidos en la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Las condiciones políticas de los países no son menos importantes que el crecimiento económico, y muchas veces lo condicionan. Tanto la estrategia de cambio del sistema hacia la salud universal como la discusión de espacio fiscal para la salud pasan más por una decisión política que técnica. De hecho, los países con sistemas democráticos más desarrollados permiten una asignación social de recursos más eficiente, donde la salud aparece como una necesidad prioritaria. Sin embargo, tampoco es posible tomar decisiones correctas sin la evidencia técnica disponible. Este libro ha pretendido aportar a ambos componentes de la cuestión.

Finalmente, de las limitaciones de este estudio surgen perspectivas y necesidad de seguir desarrollando una agenda de investigación que extienda el análisis de espacio fiscal tanto en términos geográficos (subregiones y países) como respecto de los aspectos que no se abordan en esta publicación y que pueden redundar en más fuentes potenciales de espacio fiscal, como los siguientes:

- Eficiencia de la recaudación para la mitigación de la evasión y la elusión aumentando el esfuerzo fiscal en la búsqueda de espacio fiscal para la salud a partir de mayor eficiencia.
- Análisis diferenciado de las tasas efectivas de recaudación por industrias. Los países, por razones técnicas y de posición de grupos de poder, presentan tasas impositivas efectivas diferenciadas por sector económico. Si bien muchas veces los marcos de los modelos prevalentes de desarrollo los justifican, hay casos menos claros y difíciles de justificar, como la menor carga impositiva para el sector financiero, en particular el bancario, pero también para ciertas áreas de la economía de servicios.
- Estudios que abran hacia la posibilidad de presentar opciones de optimización de eficiencia social en función de grandes objetivos de desarrollo, como la salud universal o los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incorporando la complejidad del conjunto de los sectores sociales que requieren mejoras en la realización de nuevas líneas de producción de conocimiento en este ámbito.



BIBLIOGRAFÍA

- Aísa, R., Clemente, J., y Pueyo, F. 2014. The influence of (public) health expenditure on longevity. *International Journal of Public Health*, 59 (5), 867-875.
- Alcaraz, V., 2006. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Unidos: Bolivia. Washington DC: Organización Mundial de la Salud.
- Arias, L., 2016. Política tributaria para el 2011-2016. Lima: INDE Consultores y CIES.
- Atun, R., Andrade, L., Monteiro, O., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., *et al.*, 2015. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385 (9974), 1230-1247.
- Báscolo, E., coord., 2015. Estudio EF para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en países seleccionados y la sustentabilidad de la oferta de servicios en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Bermúdez-Madriz, J., Sáenz, M., Muíser, J., y Acosta, M., 2011. Sistema de Salud de Honduras. *Salud Pública de México*, 53, 209-219.
- Birger, M., Dieleman, J., Murray, C. J. L., Haakenstad, A., Graves, C., Johnson, E., *et al.*, 2015. Financing global health 2014: Shifts in funding as the MDG era closes. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation.
- [BM] Banco Mundial, 2017. Indicadores de Desarrollo Mundial. [En línea]. Disponible en: <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=indicadores-del-desarrollo-mundial> [Último acceso: 1/7/2017].

- Bokhari, F., Gai, Y., y Gottret, P., 2007. Government health expenditures and health outcomes. *Health Economics*, 16(3), 257-273.
- Bossert, T., Blanchet, N., Pinto, D., Cali, J., y Pérez, R., 2014. Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America. Washington, DC: Inter-American Development Bank. Technical Note IDB-TN-585. Disponible en: <http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/38336354.pdf>.
- Bulír, A., y Hamann, A., 2007. Volatility of development aid: An update. *IMF Staff Papers*, 54 (4), 727-739.
- [CEPAL] Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2016. Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- [CEPAL] Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017. Panorama Social de América Latina 2016. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cetrángolo, O., y Jiménez, J., 2009. Rigideces y espacios fiscales en América Latina. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cid, C., Báscolo, E., Morales, C., 2016. La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas. *Salud Pública de México*, 58 (5), 493-503.
- Clements, B., Coady, D. y Gupta, S., 2012. The economics of public health care reform in advanced and emerging economies. Washington: International Monetary Fund.
- [COLAT] Comisión Nacional Permanente de Lucha Antitabáquica, 2014. Perú: Tributación sobre productos del tabaco. Panorama general y propuesta de reforma. Ottawa: International Development Research Centre.
- Cotlear, D., 2011. Population aging: Is Latin America ready?. Washington DC: Banco Mundial.
- Cruces, G. 2006. Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe; 14 y 15 de noviembre del 2006; Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cruces2.pdf>
- Deaton, A., 2015. El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Dmytraczenko, T., y Almeida, G., 2015. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries. Washington, DC: World Bank.
- Doorslaer, E. van, O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., *et al.*, 2006. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household survey data. *The Lancet*, 368 (9544), 1357-1364.
- Durán-Valverde, F., y Pacheco, J., 2012. Fiscal space and the extension of social protection: lessons learnt from developing countries. Geneva: International Labour Office. ESS Paper Series SECSOC, 33.
- Escobar, L., 2010. Honduras: EF para la inversión social y productiva. Tegucigalpa: PNUD-Honduras.

- Eurostat, 2016. Employment and unemployment. Labour Force Survey Database. [En línea]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/lfs/data/database> [Último acceso: 10/6/2016].
- Expansión, 2017. Rating: Calificación de la deuda de los países. [En línea]. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/ratings> [Último acceso: 20/7/2017].
- Fanelli, J., y Jiménez, J., 2010. Volatilidad macroeconómica y EF en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*, 6, 157-181.
- Flores, G., Krishnakumar, J., O'Donnell, O., y van Doorslaer, E. van, 2008. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Economics*, 17, 1393-1412.
- [FMI] Fondo Monetario Internacional, 2006. Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative and Multilateral Debt Relief Initiative (MDRI). Status of Implementation. Disponible en: <https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2006/082106.pdf>
- [FMI] Fondo Monetario Internacional, 2016. Government Finance Statistics Yearbook. Washington DC: International Monetary Fund.
- [FMI] Fondo Monetario Internacional, 2017a. World Economic Outlook [En línea]. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/01/weodata/index.aspx> [Último acceso: 1/6/2017].
- [FMI] Fondo Monetario Internacional, 2017b. Sub-Saharan Africa Restarting the Growth Engine. Washington DC: International Monetary Fund.
- [FMI y BM] Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial, 2006. Fiscal policy for growth and development: An interim report. Washington: World Bank. DC2006-0003.
- Francke, P., 2013. Perú: El sistema integral de salud y los nuevos retos para la cobertura universal. Washington, DC: Banco Mundial.
- González, E., Cárcaba, A., y Ventura, J., 2010. Value efficiency analysis of health systems: Does public financing play a role?. *Journal of Public Health*, 18 (4), 337-350.
- Grigoli, F., y Kapsoli, J., 2013. Waste not, want not: The efficiency of health expenditure in emerging and developing economies. Washington, DC: International Monetary Fund. IMF Working Papers, WP/13/187.
- Gupta, I., y Mondal, S., 2013. Fiscal space for health spending in Southeast Asia. *Journal of Health Care Finance*, 39 (4), 68-82.
- Heller, P., 2005a. Understanding Fiscal Space. Washington: International Monetary Fund (IMF). IMF Policy Discussion Paper, Issue PDP/05/4.
- Heller, P., 2005b. Back to Basics. Fiscal Space: What It Is and How to Get It. *Finance and Development*, 42 (2).
- Heller, P., 2006. The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. *Health Policy and Planning*, 21 (2), 75-79.
- Hoffman, S., y Tan, C., 2015. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health*, 15, 744.

- [IECS] Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2014. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en América Latina. Por países. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.
- [INE] Estado Plurinacional de Bolivia, Instituto Nacional de Estadística, 2016. Información estadística. [En línea]. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo> [Último acceso: 01/06/2016].
- [INE] República del Perú, Instituto Nacional de Estadísticas, 2017. Estadísticas. [En línea]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/> [Último acceso: 7/20/2017].
- [INEI] República del Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014. Producción y empleo informal en el Perú: Cuenta satélite de la economía informal 2007-2012. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Jiménez, J., y Fanelli, J., 2009. Crisis, volatilidad, ciclo y política fiscal en América Latina. Montevideo: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Kumbhakar, S., 2010. Efficiency and productivity of world health systems: Where does your country stand?. *Applied Economics*, 42 (13), 1641-1659.
- Maeda, A., Araujo, E., y Cashin, C., 2014. UHC Lessons in Health Financing. En: *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development*. Washington DC: World Bank, 23-28.
- Marcel, M., 2014. Budgeting for fiscal space and government performance beyond the great recession. *OCDE Journal on Budgeting*, 13 (2), 9-47.
- Matus-López, M., 2016. Equidad de la atención en salud en Perú. Lima: Organización Panamericana de la Salud. [En prensa].
- Matus-López, M., Cansino, D., Cid, C., y Valdés, W., 2017. Evaluación del Espacio Fiscal para Salud en Bolivia. *Revista Panamericana de la Salud*. [En prensa].
- Matus-López, M., y Prieto, L., 2015. Espacio fiscal para salud en Perú. Lima: Organización Panamericana de la Salud.
- Matus-López, M., Prieto, L. y Cid, C., 2016. Espacio fiscal para salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40 (1), 64-69.
- Matus-López, M., y Valdés, W., 2016. Espacio Fiscal para salud en Bolivia. Santa Cruz: Organización Panamericana de la Salud.
- [MECON] República Argentina, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Dirección Nacional de Investigaciones y Análisis Fiscal, Secretaría de Hacienda, 2016. Estimación de los Gastos Tributarios en la República Argentina para los años 2013 a 2015.
- [MEF] República del Perú, Ministerio de Economía y Finanzas, 2015. Marco Macroeconómico Multianual 2016-2018 revisado. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- [MEFP] Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2014. Tributación sobre Industria Extractiva en Bolivia. Lima: s.n.
- [MEFP] Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2016. *Boletín de ingresos y gastos tributarios*, 5.

- [MEFP] Ministerio de Economía y Finanzas, 2011. 2001-2010, Financiamiento externo en cifras. Convenios de Financiamiento Externo Suscritos, s.l.: s.n.
- Mesa-Lago, C., 2009. Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Políticas Sociales CEPAL, 150. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6156-efectos-la-crisis-global-la-seguridad-social-salud-pensiones-america-latina>.
- Mintz, J., y Chen D., 2012. Capturing economic rents from resources through royalties and taxes. SPP Research Papers, 5 (39). Disponible en: <http://www.eisourcebook.org/cms/Canada,%20Capturing%20Economic%20Rents%20from%20Resources%20through%20Royalties%20y%20Taxes.pdf>.
- Moreno-Serra, R., y Smith, P., 2012. Does progress towards universal health coverage improve population health?. *The Lancet*, 380, 917-923.
- [MPD] Ministerio de Planificación y Desarrollo, 2013. La cooperación internacional en Bolivia 2013, La Paz: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.
- [MSSI] Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Naciones Unidas, 2013. Global Study on Homicide. Trends, Contexts and Data, Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Nixon, J., y Ulmann, P. 2006. The relationship between health care expenditure and health outcomes: Evidence and caveats for a causal link. *The European Journal of Health Economics*, 7 (1), 7-18.
- [OCDE] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2010. Tax expenditures in OCDE countries. Paris: OCDE Publishing.
- [OCDE] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2015a. Revenue Statistics in Latin America and the Caribbean: 1990-2013. Paris: OCDE Publishing.
- [OCDE] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2015b. Health at a Glance 2015. Paris: OCDE Publishing.
- [OCDE] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2016. Social-Security Contributions. [En línea]. Disponible en: <https://data.OCDE.org/tax/social-security-contributions.htm> [Último acceso: 20/5/2016].
- [OCDE] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2017. Revenue Statistics in Latin America and the Caribbean: 1990-2015, Paris: OCDE Publishing.
- [OIT] Organización Internacional del Trabajo, 2014. Panorama laboral temático. Transición a la formalidad en América Latina. Lima: Organización Internacional del Trabajo.
- [OIT] Organización Internacional del Trabajo, 2015. ILOSTAT Database. [En línea]. [Último acceso: 21/5/2016].

- [OIT] Organización Internacional del Trabajo OIT, 2016. Women and men in the informal economy - Statistical picture. [En línea]. Disponible en: http://laborsta.ilo.org/informal_economy_E.html [Último acceso: 21/7/2016].
- Okwero, P., Tandon, A., Sparkes, S., McLaughlin, J., Hoogeveen, J. G., 2010. Fiscal Space for Health in Uganda. Washington: World Bank. World Bank Working Paper, 186.
- [OMS] Organización Mundial de la Salud, 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- [OMS] Organización Mundial de la Salud, 2015a. Report on the Global Tobacco Epidemic. Luxemburgo: World Health Organization.
- [OMS] Organización Mundial de la Salud, 2015b. Alcohol. Nota descriptiva N°349. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> [Último acceso: 23/8/2017].
- [OMS] Organización Mundial de la Salud, 2017a. Global Health Observatory data repository. Health financing. [En línea]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en> [Último acceso: 7/7/2017].
- [OMS] Organización Mundial de la Salud, 2017b. Tuberculosis country profiles [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/> [Último acceso: 10/10/2017].
- [OMS] Organización Mundial de la Salud, 2017c. El control del tabaco puede ahorrar miles de millones de dólares y salvar millones de vidas. [En línea]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12888%3Atoabacco-control-save-billions-dollars-millions-lives&Itemid=1926&lang=es [Último acceso: 25/7/2017].
- [OPS] Organización Panamericana de la Salud, 2013. Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- [OPS] Organización Panamericana de la Salud, 2014. Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- [OPS] Organización Panamericana de la Salud, 2015a. Espacio Fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- [OPS] Organización Panamericana de la Salud, 2015b. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- [PAHO] Pan American Health Organization. 2016. Regional Forum. Universal health: An indispensable Investment for Sustainable Human Development. Report. December 7-8, 2015. PAHO/WHO Headquarters. Washington, DC.
- [OPS/OMS] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2017. Salud en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

- Ostry, J., Ghosh, A., Kim, J., y Qureshi, M., 2010. Fiscal Space. Washington: International Monetary Fund (IMF). IMF Staff Position Paper, SPN/10/11.
- Paraje, G., e Infante, A., 2015. La Reforma AUGE 10 Años Después. s.l.: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- [PNUD] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016. Informe sobre Desarrollo Humano 2016 Desarrollo humano para todas las personas. Nueva York: Naciones Unidas.
- Prieto, L., y Montañez, V., 2016. Espacio fiscal para salud en Honduras. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Prieto, L., Montañez, V., y Cid, C. 2017. Espacio Fiscal para Salud en Honduras. Revista Panamericana de la Salud. [En prensa].
- Portnoy, A., Ozawa, S., Grewal, S., Norman, B. A., Rajgopal, J., Gorham, K. M., *et al.*, 2015. Costs of vaccine programs across 94 low- and middle-income countries. *Vaccine*, 33, 99-108.
- [PwC] PriceWaterhouseCooper, 2012. Corporate income taxes, mining royalties and other mining taxes. A summary of rates and rules in selected countries. Disponible en: <https://www.pwc.com/gx/en/energy-utilities-mining/publications/pdf/pwc-gx-miining-taxes-and-royalties.pdf>.
- Ravishankar, N., Gubbins, P., Cooley, R. J., Leach-Kemon, K., Michaud, C. M., Jamison, D. T., *et al.*, 2009. Financing of global health: Tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet*, 373 (9681), 2113-2124.
- Reeves, A., Gourtsoyannis, Y., Basu, S., McCoy, D., McKee, M., Stuckler, D., 2015. Financing universal health coverage-effects of alternative tax structures on public health systems: Cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 386 (9990), 274-280.
- Saad, P., 2011. Demographic trends in Latin America and the Caribbean. En: Population aging: Is Latin America ready?. Washington, DC: World Bank, 43-77.
- Sandoval, R., 2011. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Lima: Organización Panamericana de la Salud.
- Savedoff, W., 2007. What Should A Country Spend On Health Care? *Health Affairs*, 26 (4), 962-970.
- Schneider, F., Buehn A., Montenegro, C, 2010. Shadow Economies all over the World: New Estimates for 162 Countries from 1999 to 2007. Washington: The World Bank. Policy Research Working Paper 5336.
- Sharma, J., 2015. An assessment of fiscal space for health in Bhutan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31 (3), 296-308.
- [SIICL] Gobierno de Chile, Servicio de Impuestos Internos, 2014. Gasto Tributario 2013-2015. Santiago de Chile: Servicio de Impuestos Internos.
- [SUNAT] República del Perú, Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria, 2012. Informe de gastos Tributarios 2012. Lima: Gerencia de Estudios Tributarios, Intendencia Nacional de Estudios Tributarios y Planeamiento.

- [SUNAT] República del Perú, Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria, 2015. Estadísticas y estudios. Notas tributarias. [En línea]. Disponible en: <http://bit.ly/104Lj9R> [Último acceso: 26/9/2015].
- Sunley, E. M., Baunsgaard, T., y Simard, D., 2002. Revenue from the Oil and Gas Sector: Issues and Country Experience. Banco Mundial. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTTPA/Resources/SunleyPaper.pdf>
- [SUSALUD] República del Perú, Superintendencia Nacional de Salud, 2017. Boletín estadístico. IV Trimestre de 2016. Lima: Superintendencia Nacional de Salud.
- Tandon, A., y Cashin, C., 2010. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. World Bank. HNP Discussion Paper.
- Titelman, D., Cetrángolo, O. y Acosta, O., 2015. Universal health coverage in Latin American countries: How to improve solidarity-based schemes. *The Lancet*, 285 (9975), 1359-1363.
- Trigueros, M., 2014. Gastos tributarios en América Latina: 2008-2012, Ciudad de Panamá: Centro Interamericano de Administraciones Tributarias.
- [UNASUR] Unión de Naciones Sudamericanas, 2013. Recursos naturales en UNASUR. Situación y tendencias para una agenda de desarrollo regional. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/3116-recursos-naturales-en-unasur-situacion-y-tendencias-para-una-agenda-de-desarrollo>
- [USAID] Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2014. La Reforma del Financiamiento en Salud. El espacio fiscal para salud en el Perú 2015-2017. s.l.: s.n.
- Vargas, M., y Garriga, S., 2015. Explaining Inequality and Poverty Reduction in Bolivia. Washington: International Monetary Fund. IMF Working Paper, WP/15/265.
- Villela, L., Lemgruber, A. y Jorratt, M., 2010. Gastos tributarios: La reforma pendiente. *Trimestre Fiscal*, 92, 79*119.
- Vuletin, G., 2008. What is the size of the pie? Measuring the informal economy in Latin America and the Caribbean. *Money Affairs*, 21 (2), 161-192.
- Wagenaar, A., Salois, M., y Komro, K., 2009. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104, 179-190.
- William, G., y Hay, R., 2005. Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector. Paris: World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. y Murray, C., 2003. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362, 111-117.
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, Ch., Kutzin, J. y Evans, D., 2010. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. Geneva: World Health Organization. World Health Report, Background Paper, 19. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>.
- Yates, R., 2015. Universal health coverage: Progressive taxes are key. *The Lancet*, 386 (9990), 227-229.

“Los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud de 6% o más del producto interno bruto (PIB). Un mayor gasto en salud es una condición necesaria, aunque no suficiente, para combatir las inequidades y avanzar hacia la cobertura y el acceso universales. Se requiere también una mejor calidad del gasto que apunte a reducir las ineficiencias del sistema de salud. Por último, además de una mayor cantidad y calidad de gasto público en salud, este debe ser sostenible y fiscalmente responsable”.

“El concepto de espacio fiscal para la salud hace referencia a la capacidad de los gobiernos de proveer recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios. En cualquier análisis de espacio fiscal, por lo tanto, se intentan identificar las perspectivas de incremento del gasto en salud, a corto y mediano plazo, con el objetivo de dar respuesta a un conjunto de necesidades de salud claramente establecidas”.

“Esta publicación reúne y sintetiza los trabajos producidos por la OPS sobre el tema de espacio fiscal para la salud universal en las Américas. A su vez se nutre del foro regional celebrado en Washington, D.C. los días 7 y 8 de diciembre de 2015. Con este documento, dirigido a los técnicos responsables de elaborar políticas, tomadores de decisión y autoridades, la OPS espera contribuir al análisis y reflexión en torno a las políticas de financiamiento de la salud en el camino hacia la salud universal”.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

