



Salud universal

Acceso y cobertura para todos

Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas

Documento de Trabajo
Organización Panamericana de la Salud (Washington D.C.)

Diciembre de 2015



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Contenidos

I. Introducción	1
II. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe: Marco Analítico	4
1. Introducción	4
2. Marco analítico y conceptual de las opciones de política.....	4
2.1 <i>Creación de condiciones macroeconómicas propicias</i>	4
2.2 <i>Una mayor priorización para la salud</i>	5
2.3 Creación de nuevos ingresos fiscales a través de una mayor presión fiscal.....	5
2.4 <i>Aumento en la eficiencia de la recaudación</i>	6
2.5 <i>Ayuda externa con préstamos y donaciones específicas para el sector salud</i>	6
2.6 <i>Aumento en la eficiencia de los gastos de salud existentes</i>	7
3. Consideraciones de implementación	7
III. Espacio fiscal y diálogo social ampliado	9
1. Introducción	9
2. Marco teórico	9
2.1 <i>Aumento de recursos fiscales</i>	10
2.2 <i>Priorización del gasto público en salud (GPS)</i>	10
2.3 <i>Mayor eficiencia y equidad en el aseguramiento y políticas de inclusión social en la lucha contra la pobreza</i>	11
2.4 <i>Mejora en la capacidad de compra</i>	11
2.5 <i>Desarrollo de sistemas estructurados en RISS/APS</i>	12
3. Recomendaciones de política.....	12
IV. Crecimiento económico y prioridad fiscal como fuentes de creación de espacio fiscal para la Salud Universal	14
1. Introducción	14
2. Problema y causas subyacentes	14
3. Marco analítico.....	15
4. Estudio y agrupación de los países.....	16
5. Metodología de análisis.....	16
6. Resultados y análisis.....	16
7. Análisis y recomendaciones de política.....	19
V. Cambios en la estructura impositiva y formalización de la economía como fuentes de creación de espacio fiscal para la Salud universal	21
1. Situación en América Latina y el Caribe	21
2. Metodología de análisis.....	22
3. Opciones de política	23
4. Conclusiones.....	24

VI. Financiamiento externo para el sector salud en América Latina y el Caribe	26
1. El financiamiento externo como fuente de espacio fiscal	26
2. La ayuda económica externa en América Latina y el Caribe	26
3. Reflexiones sobre la ayuda externa como fuente de espacio fiscal	28

Lista de Cuadros y Gráficos

Cuadro IV.1: Efectos del crecimiento sobre el GPS y sobre el nivel de GPT y GPST	18
Cuadro VI.1: Fondos externos no reembolsables para salud. Impacto en la reducción de la brecha respecto al umbral del 6% del PIB. Valores promedio (no ponderados) 1995 – 2013.....	27
Gráfico IV.1: Panel de la evolución del GPS y el PIB por país en el período 1995-2014.....	17
Gráfico VI.1: Recursos externos no reembolsables para salud, como porcentaje del gasto total en salud	28

I. Introducción

Espacio Fiscal (EF) hace referencia a la disponibilidad de recursos para financiar un incremento en el gasto público sin comprometer la sustentabilidad de la posición financiera del gobierno o la estabilidad de la economía (Heller 2005). También se define como la brecha entre el nivel actual de gasto y el nivel de gasto máximo que un gobierno puede asumir (FMI y BM 2006). En salud el concepto ha sido fuertemente incorporado, de modo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), han señalado que para alcanzar el objetivo de cobertura universal, es necesario buscar nuevas fuentes de financiamiento. Los países miembros de la OPS acordaron alcanzar un 6% del PIB como una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (OPS 2014).

El desarrollo de EF depende de aspectos específicos de cada país (Heller 2006) y esta especificidad pasa por los juicios de valor al identificar objetivos y mecanismos que permitan avanzar en el desarrollo económico y social (Bauer et al. 2010). A su vez, la generación de EF pretende cubrir una necesidad relevante, como lo es la ampliación de la cobertura y el acceso a la salud, la necesidad de enfrentar el mayor gasto que se deriva del proceso de envejecimiento de la población, la implementación de nuevos programas de salud, la reducción del gasto de bolsillo y la mejora de la calidad de la atención, entre otros.

Un concepto central de la definición de EF es la generación de nuevos recursos. No se trata de formas de aumentar el superávit fiscal sino de evaluar nuevas fuentes de las cuales obtener financiamiento. El propio Heller (2006) precisa que se refiere a la capacidad de los gobiernos de generar *recursos adicionales* a los ya existentes. Esta característica diferencia el EF de otros conceptos meramente presupuestarios. Tandon y Cashin (2010) confirman que EF se centra en los *caminos* para generar un volumen de recursos fiscales que en el momento no se disponen y que no se espera que se generen en una situación de *status-quo*.

La voluntad política y la democracia juegan un papel esencial en la creación de EF (Durán-Valverde y Pacheco 2012). El canal entre necesidad social, decisión política y generación de EF pasa por el nivel de transparencia y justificación en el uso de recursos (Marcel 2014). Así lo

demuestra Stucker et al. (2010), que correlaciona la profundidad del sistema democrático con la recaudación de impuestos y el mayor gasto público en salud. En esta misma línea Clements et al (2012) concluye que el consenso político es una característica común a los países exitosos en materia de mejora de las condiciones y gasto público en salud. La evidencia confirma lo que apuntan Gupta y Mondal (2013) sobre el hecho que la cobertura universal en salud es más una cuestión política que una cuestión técnica. El EF es el camino para conseguir este objetivo, pero la justificación inicial del mismo pasa por una decisión política, que a su vez está determinada por la profundidad de la democracia de cada país.

En este documento se presentan los resúmenes de una serie de *policy brief*, sobre la necesidad de generar espacio fiscal para salud en la región de las Américas. De este modo, cada capítulo del texto constituye el resumen de uno de ellos. Se abordan cinco temas inspirados en el análisis general de 14 países seleccionados de América Latina y el Caribe. El primero de ellos presenta el marco analítico de discusión del tema de espacio fiscal y sus fuentes. El segundo, convoca y argumenta a favor de la implementación de un diálogo social ampliado para la toma de decisiones de aumento del financiamiento público en salud. El tercero, se ocupa del análisis del crecimiento económico y prioridad fiscal como fuentes de creación de espacio fiscal con datos concretos del conjunto de países escogidos. El cuarto *policy brief* aquí resumido, discute sobre la estructura impositiva y la formalización de la economía, como fuentes de creación de espacio fiscal. Finalmente el capítulo 5, resume el documento dedicado al financiamiento externo como fuente de espacio fiscal en los países escogidos.

La evidencia internacional y la serie de análisis que aquí se presenta, muestra que existe la posibilidad técnica de generar espacio fiscal, por lo que la responsabilidad recae en la voluntad política de hacerlo. También aparece como conveniente, diversificar las fuentes de su creación para asegurar la sostenibilidad, dado que las medidas diversificadas permiten mantener las condiciones de sustentabilidad de la economía y conservación del equilibrio fiscal. Por otra parte, parece aconsejable movilizar fuentes de tipo endógeno más que exógeno y contar con recursos domésticos impositivos y no impositivos más que recursos externos como ayudas y créditos, debido a que los flujos externos suelen adolecer de alta volatilidad y la deuda adicional puede desestabilizar la balanza fiscal y no ser sustentable en el largo plazo. Existen algunos mecanismos que se repiten en casi todas las conclusiones de

los estudios y también en este: el aumento de los impuestos, la revisión de los gastos tributarios, el aumento o creación de impuestos sobre productos nocivos a la salud, la mayor eficiencia del gasto público y la mejor administración de los impuestos.

Referencias

- Bauer, A., Bloom, D., Finlay, J., y Sevilla, J. (2010). Global crisis and fiscal space for social protection. En A. Bauer, y M. Thant (Eds.), *Poverty and sustainable development in Asia: Impacts and responses to the global economic crisis* (pp. 257-274). Metro Manila, Philippines: Asian Development Bank. Disponible en: <http://bit.ly/1VazihX>
- Clements, B. J., Coady, D., y Gupta, S. (Eds.). (2012). *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*. Washington: International Monetary Fund. Disponible en: <http://bit.ly/1NMhmtg>
- Durán-Valverde, F., y Pacheco, J. F. (2012). Fiscal space and the extension of social protection. lessons learnt from developing countries. *ESS Paper Series SECSOC*, 33. Disponible en: <http://bit.ly/1iM3tAd>
- Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial (2006). Fiscal policy for growth and development: An interim report. DC2006-0003. Development Committee. Disponible en: <http://bit.ly/1O0dirb>
- 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. (2005). Back to Basics: Fiscal Space: What it Is and How to Get it. *Finance and Development*, 42(2). International Monetary Fund. Disponible en: <http://bit.ly/1LNx528>
- Heller, P. S. (2006). The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. *Health Policy and Planning*, 21(2), 75-79. doi:10.1093/heapol/czj013
- Marcel, M. (2014). Budgeting for fiscal space and government performance beyond the great recession. *OECD Journal on Budgeting*, 13(2), 9-47. doi:10.1787/budget-13-5jz2jw9t0pd3
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *World health report. Health systems financing: the path to universal coverage*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://bit.ly/1jt45Xr> [Fecha de consulta: 01/09/2015]
- Organización Panamericana de la Salud (2014) *Resolución CD53. R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53ª Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Disponible en: <http://bit.ly/1KzWv7n>
- Stuckler, D., Feigl, AB., Basu, S. y Mckee, M. (2010). *The political economy of universal health coverage*. Background paper for the global symposium on health systems research. Montreux, Switzerland, 16 al 19 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://bit.ly/1PdfVEL>
- Tandon, A., y Cashin, C. (2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. Washington: World Bank. Disponible en: <http://bit.ly/1Pt6AH>.

II. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe: Marco Analítico

1. Introducción

Los avances en salud registrados en las últimas dos décadas en América Latina y el Caribe (ALC) requieren de acciones específicas y articuladas que busquen mejorar los sistemas de salud en el marco de las políticas sociales de los países. El crecimiento económico de por sí no garantiza la extensión de los derechos sociales a las poblaciones más vulnerables ni la reducción de las inequidades que aún persisten.

En este sentido, la Estrategia regional para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (en adelante Salud Universal) logra un abordaje integrador que considera las diferentes dimensiones relacionadas con el sistema sanitario. En particular, el aumento y la mejora del financiamiento tienen un rol crucial que influye sobre el resto de las líneas estratégicas de la resolución.

En este documento se procura profundizar sobre cuáles son las fuentes potenciales de creación de espacio fiscal para la salud que podrían ser consideradas en las opciones de política, como medio para sostener los avances en la región.

2. Marco analítico y conceptual de las opciones de política

En la última década se ha reconocido y ponderado la necesidad de revertir los bajos e insuficientes recursos públicos invertidos en el sistema de salud, y por lo tanto la urgencia de aumentar el compromiso fiscal de los gobiernos para asignar recursos al sector salud, bajo la denominación de mayor "espacio fiscal". A fin de superar las limitaciones del sistema de salud para dar respuesta a las necesidades de la población, diversos trabajos (Durairaj y Evans, 2010; OPS, 2010) apelan tanto a la exploración de posibles fuentes de generación de nuevos ingresos al sector salud como a la mejora en la eficiencia del sistema.

Con el propósito de contribuir al desarrollo de un marco analítico, se presentan las fuentes potenciales de creación de espacio fiscal utilizadas por la literatura especializada.

2.1 Creación de condiciones macroeconómicas propicias

El crecimiento económico puede traducirse en un incremento en los ingresos del gobierno. Sin embargo, una asociación directa entre el producto interno bruto (PIB) y los recursos

fiscales encierra una sobre simplificación: diferentes modelos de crecimiento y desarrollo ofrecen oportunidades diferentes de creación de espacio fiscal para la salud. De allí que sea necesario explorar las dimensiones más relevantes que median entre crecimiento económico y capacidad de los países para aumentar el gasto público en salud.

2.2 Una mayor priorización para la salud

Existen diferentes concepciones sobre cómo medir la prioridad fiscal para la salud. Una primera perspectiva enfatiza una mirada de priorización en términos competitivos al interior del gasto público o del gasto social. En esta línea, una mayor priorización para la salud representa un aumento de la participación del gasto del sector en relación al gasto público social o al gasto público total. Una segunda perspectiva ubica al gasto en salud como parte del gasto público social, en el entendido de que el mismo representa también un esfuerzo en la dirección de la inclusión social y de que ubicar el gasto en salud compitiendo con otros sectores sociales subestima el necesario abordaje intersectorial de la Salud Universal.

2.3 Creación de nuevos ingresos fiscales a través de una mayor presión fiscal

La baja presión fiscal de los países de ALC puede ser considerada como una ventana de oportunidad. Las estrategias en este sentido incluyen modalidades con y sin asignación específica al sector salud, tales como las siguientes:

Cambios en impuestos generales: representan una de las principales fuentes para los países de ALC. Implican revisar el diseño tributario de los impuestos existentes (IVA, impuestos a la renta y a las empresas, etc.), considerar la aplicación de nuevos impuestos y mejorar la recaudación en general.

Generación de nuevos impuestos sobre un grupo específico de empresas o ciertas actividades: la alta concentración económica en muchos países de la región facilita la opción de aplicar impuestos especiales sobre grandes empresas. Otra opción sería gravar actividades específicas --como el turismo o el sector financiero-- que pueden representar fuentes importantes de recursos.

Impuestos sobre bienes específicos: en los países de ALC los impuestos que afectan a “bienes dañinos”, tales como alcohol, grasas saturadas o tabaco, muestran una imposición muy por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el

Desarrollo Económicos (OCDE). Incluso si su recaudación no se destina al sector salud, la reducción en el consumo de estos productos puede bajar la demanda de servicios de salud.

Recursos relacionados con la explotación de recursos naturales: el acervo de recursos naturales de los países representa una condición estratégica en términos económicos, y con efectos importantes en la capacidad fiscal de los países. Este tipo de impuestos puede representar una oportunidad de apropiación de rentas extraordinarias en momentos de aumento de sus precios, lo cual también significa un reto a la sustentabilidad en contextos internacionales desfavorables.

Aportes de la seguridad social al sector salud: en algunos países la seguridad social es un subsector consolidado con larga trayectoria dentro del sistema de salud, mientras que en otros con bajos niveles de gasto público en salud, se carece de estas fuentes posibles de espacio fiscal. Además, también es preciso reconocer los potenciales riesgos asociados con la segmentación del sistema de salud derivada de los diferentes tipos de cobertura (Titelman et al., 2014; Cotlear et al., 2014).

2.4 Aumento en la eficiencia de la recaudación

La reducción de la corrupción y de la evasión o elusión impositiva representan una importante fuente de espacio fiscal. Sin embargo, la eficiencia en la recaudación está asociada al nivel de formalidad de las economías. La magnitud de la economía informal puede afectar no solo el monto recaudado, sino también la composición entre diferentes tipos de impuestos. En contextos de difícil fiscalización, la aplicación de impuestos regresivos de fácil recaudación (como los impuestos sobre las ventas) prevalecerá en desmedro de impuestos progresivos más difíciles de controlar (como el impuesto a la renta personal).

2.5 Ayuda externa con préstamos y donaciones específicas para el sector salud

Un mecanismo de ayuda externa son los préstamos. Si bien este tipo de mecanismo representa un apoyo indispensable a la hora de realizar proyectos de inversión en infraestructura, es necesario ponderar la sustentabilidad de los gastos corrientes futuros asociados con el funcionamiento de tales servicios a través de recursos fiscales internos. Asimismo, el nivel de endeudamiento exterior de un país tiene implicancias macroeconómicas que se deben considerar.

Otro mecanismo son las donaciones, cuyos efectos pueden resultar complejos, y hasta contradictorios, en relación con el avance hacia la Salud Universal. Primero, estos desembolsos pueden presentar un alto grado de volatilidad que compromete la continuidad de muchos proyectos financiados por esta vía. Segundo, la gestión de dichos fondos suele darse de una manera fragmentada, involucrando a múltiples instituciones en un proceso que puede resultar ineficiente, y también generar problemas de coordinación entre las autoridades sanitarias y dichos organismos. Tercero, a veces estos fondos en la realidad operan desplazando al financiamiento interno y manteniendo inalterados los niveles de gasto total --y hasta compitiendo por los mismos recursos.

2.6 Aumento en la eficiencia de los gastos de salud existentes

El Informe sobre la salud en el mundo 2010 (OMS, 2010) reconoce que la reducción de los niveles de ineficiencia en los sistemas de salud es una estrategia fundamental e inevitable en el camino hacia la cobertura universal y la creación de espacio fiscal en cualquier país. Las principales áreas de ineficiencia que identifica el informe corresponden a recursos humanos, medicamentos y servicios de salud. Para los países de ALC, en el marco de una transición demográfica y epidemiológica, el modelo de atención medicalizado y organizado en base a la atención curativa y hospitalaria representa una fuente clave de ineficiencia. Mejorar la eficiencia de los sistemas de salud requiere un marco de fortalecimiento de las funciones de rectoría por parte de las autoridades sanitarias.

Con respecto al financiamiento, la prevalencia de la segmentación del aseguramiento, la utilización de mecanismos de pago basados en presupuestos históricos, así como la fragmentación de los servicios, agregan también problemas de eficiencia. Avanzar hacia formas más integradas de mancomunación solidaria de fondos para la salud y hacia mecanismos de pago estratégicos constituye una fuente potencial importante de generación de espacio fiscal.

3. Consideraciones de implementación

Avanzar requiere esfuerzos políticos e institucionales. Impulsar estos cambios implicará en muchos casos la ocurrencia de conflictos entre diferentes actores, que necesitará un análisis de la economía política que subyace a los mismos. Gestionar los conflictos y las tensiones emergentes a partir de un diálogo social ampliado permitirá articular una constelación de

actores con capacidades técnicas para producir nuevos mecanismos organizacionales e institucionales, y con capacidad política con suficiente soporte de legitimidad social, profesional y técnica.

Referencias

- Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul FM, et al. (2014). Overcoming social segregation in health care in Latin America, *The Lancet* 385(9974) pp.1248-59; Disponible en línea [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61647-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61647-0/abstract)
- Durairaj, V. y Evans, D. B. (2010). Fiscal space for health in resource - poor countries, Geneva, WHO, World Health Report 2010, Background Paper No. 41.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal, Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). "La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas", Washington, D.C.: OPS.
- Titelman D., Cetrángolo O., Acosta O. (2014) Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes, *The Lancet* 385(9975) pp. 1359-63. Disponible en línea [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61780-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61780-3/abstract)

III. Espacio fiscal y diálogo social ampliado

1. Introducción

Este documento tiene el propósito contribuir al desarrollo de una estrategia de "diálogo social ampliado" para implementar espacio fiscal en el avance hacia el acceso y la cobertura en salud en los países de América Latina y el Caribe (ALC). El principal aporte de este tipo de iniciativa es promover los necesarios procesos de interacción y participación social con (y entre) diferentes actores de influencia en la producción de nuevos acuerdos institucionales.

En el marco de la Estrategia regional para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud (en adelante Salud Universal) (OPS-OMS, 2014), se busca fortalecer el rol de la autoridad sanitaria de los países y revertir la debilidad del Estado a la hora de definir las "reglas de juego"; cambiar el modelo de organización y atención (Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS) con el objetivo principal de combatir las barreras de acceso que puedan existir; atacar un financiamiento público insuficiente y la inequidad en el modelo de aseguramiento y asignación de recursos, y mejorar la coordinación de las políticas de salud con el resto de las políticas sociales.

2. Marco teórico

Un marco para el análisis del desarrollo de dialogo social ampliado en este campo debe considerar lo siguiente:

Innovaciones en los arreglos institucionales: diferentes vías de creación de espacio fiscal en la dirección de la Salud Universal implican diferentes tipos de innovaciones en los arreglos institucionales relacionados con la organización de la producción de servicios, las modalidades de aseguramiento y transferencia de recursos, y aquellos vinculados con las fuentes de origen, recaudación y generación de recursos para la salud

Actores: se debe distinguir entre actores del sector salud, de las áreas de finanzas y de otros sectores o áreas sociales, identificando sus intereses, concepciones y posiciones. Analizar sus capacidades técnicas y políticas es indispensable.

Disputas y conflictos: avanzar en la dirección de la Salud Universal presenta un carácter conflictivo y político, donde algunos sectores pueden sentirse amenazados en la defensa de

sus intereses. Es necesario analizar la economía política de estos procesos y las posibles tensiones que puedan surgir. Como parte de los insumos que se podrían considerar a la hora de contribuir a un diálogo social ampliado en la creación de espacio fiscal, se pueden reconocer diferentes actividades, tales como estudios sobre evaluación, debates, foros y agenda de trabajos y difusión.

Cada una de las fuentes de creación de espacio fiscal debe ubicarse al interior del campo institucional del sector salud, lo que permite contextualizar el tipo de arreglos institucionales, actores y disputas que conforman el problema de la economía política. Aquí se discuten de manera resumida:

2.1 Aumento de recursos fiscales

Es una de las principales fuentes de creación de espacio fiscal a través de cambios en la estructura impositiva, la obtención de mayores recursos provenientes de la seguridad social y las mejoras en la recaudación. A veces, estos cambios suponen decisiones legislativas en cuyo seno existen presiones de diferentes actores y las chances de realizar reformas impositivas dependen del modo en que el sistema político procesa la capacidad relativa de influencia de los diferentes grupos. En los casos donde las mejoras suponen exclusivamente decisiones del poder ejecutivo, es preciso considerar la gobernabilidad y la legitimidad de los gobiernos.

2.2 Priorización del gasto público en salud (GPS)

Al evaluar los alcances y parámetros de esta fuente de espacio fiscal, se pueden utilizar distintos criterios. Un primer criterio se circunscribe a los aumentos de la participación del GPS en relación al gasto total en salud (GTS). Según otro criterio, la mayor priorización del GPS es concebida como parte de la expansión del GTS, en el entendido de que los países que experimentan mayores crecimientos del GTS sobre el producto interno bruto (PIB) y sobre el gasto público total presentan mejores condiciones para lograr aumentos del GPS.

Dado que en general los procesos de toma de decisión asociados con la generación de mayores recursos parecen restringidos a actores vinculados con las finanzas públicas, es indispensable cambiar el enfoque de modo que incluya una comunidad más abarcadora. En este sentido, se requiere una mayor integración e interacciones sociales entre el sector

salud y áreas como vivienda, alimentación, educación, seguridad, trabajo y medioambiente. El liderazgo colectivo de las políticas sociales es un componente clave.

2.3 Mayor eficiencia y equidad en el aseguramiento y políticas de inclusión social en la lucha contra la pobreza

Combatir la segmentación y fragmentación representa una fuente del espacio fiscal. La multiplicidad de organizaciones de aseguramiento sin un marco de regulación y compensación de riesgos y recursos presenta problemas relacionados con la eficiencia y con la equidad. Por lo tanto, la influencia que tiene la seguridad social sanitaria en la segmentación requiere cambios en su normativa, a la vez que la integración o coordinación entre esta y el resto de los esquemas públicos implica crear mecanismos de regulación y homogenización de las normas de cobertura, hasta la integración de los recursos financieros.

Un elemento a considerar es el posicionamiento de los profesionales y de corporaciones privadas y proveedores con fines de lucro, que pueden mostrarse resistentes al cambio. Sin embargo, se debe remarcar que la reducción de la segmentación mejora no solo la equidad, sino también la eficiencia del sistema de financiamiento y sus efectos positivos afectan a toda la sociedad civil, con y sin fines de lucro.

2.4 Mejora en la capacidad de compra

Fortalecer la regulación y la estructura de incentivos a los proveedores permite aumentar la eficiencia de los servicios de salud y por ende representa otra fuente de espacio fiscal. El abanico de instrumentos incluye modificaciones en los mecanismos de pago orientadas a transferir recursos asociados con mejoras en el desempeño de los servicios y la introducción de sistemas de medición del case-mix, lo cual introduce normas de servicios en modalidades de pago por caso o resultado.

Las dificultades políticas de este tipo de innovaciones se relacionan con la capacidad de rectoría del Estado. Un conflicto crítico tiene que ver con la tensión latente entre regulación y autonomía profesional. En este sentido, la herramienta del diálogo social ampliado puede contribuir a una mayor transparencia en las dimensiones de desempeño y sus indicadores.

2.5 Desarrollo de sistemas estructurados en RISS/APS

El desarrollo de sistemas estructurados no solo implica fortalecer el primer nivel de atención, sino también modificar los mecanismos de coordinación entre organizaciones y niveles de atención. Si bien se esperan mejoras en términos de eficiencia, hacen falta mayores recursos fiscales asociados con la incorporación y/o fortalecimiento de los servicios necesarios.

En muchos países estos cambios llevarán a disputas entre grupos de profesionales y entre profesionales y actores políticos. En tales casos, un diálogo social ampliado sería una estrategia para llevar a cabo un debate constructivo e innovador, incorporando el análisis de experiencias internacionales, la sistematización de alternativas y pilotos de distinta magnitud en regiones o naciones.

3. Recomendaciones de política

Con respecto al alcance del diálogo, el mismo debería trascender a los actores del sector salud para incluir otros sectores sociales que influyen sobre los DSS, así como sectores de la sociedad civil y de áreas económico-financieras vinculadas con la recaudación y asignación de recursos a salud.

A su vez, los argumentos para la creación de espacio fiscal deben tener coherencia para integrarlos al resto de las dimensiones incluidas en la Estrategia regional de Salud Universal. Las intervenciones con una mirada parcial representan un seguro factor de fracaso.

Las estrategias deben ser flexibles y adecuadas a la trayectoria económica e institucional de cada escenario. Las medidas variarán dependiendo del sistema de salud, la estructura productiva y la capacidad fiscal disponible en cada país. Unos pocos países de la región exhiben oportunidades de incrementar sus recursos fiscales en el corto plazo.

Los recursos y procesos de producción institucional deben ser sustentables. Algunas fuentes de financiamiento son menos sustentables, incluida la ayuda externa o los gravámenes a la explotación de recursos naturales. Además, la sustentabilidad del “proceso” trasciende el análisis de la capacidad de financiamiento y de las necesidades de servicios.

Avanzar en la dirección de la Salud Universal absorbe un tiempo considerable. El análisis de este trabajo se basa en datos de una década que ha sido especialmente beneficiosa en

términos económicos para gran parte de los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, los desafíos de creación de espacio fiscal requieren esfuerzos continuos que hacen necesaria la exploración y la profundización de estudios prospectivos al respecto.

Se debe reforzar la concepción de la salud como derecho social y asumir la política de salud como una política social dirigida a reducir las desigualdades e inequidades. Hay que tomar en cuenta que casi todos los países estudiados presentan sistemas de recaudación regresivos, y que no alcanzan el umbral mínimo de recursos públicos para la salud del 6% del PIB presente en la Estrategia regional.

Con respecto a la eficiencia de los sistemas sanitarios, en el estudio de enfermedades no transmisibles se pudo observar una baja correlación entre cobertura y resultados de salud. Es probable que esta relación esté influenciada por la eficiencia en la organización del sistema (su desempeño), por la existencia de barreras al acceso y por los hábitos de vida de la población. La incorporación de líneas posibles para mejorar la efectividad y eficiencia de los servicios de salud como parte de la agenda de diálogo social ampliado permitirá también incluir criterios de evaluación que deberían servir a su vez como mecanismo de rendición de cuentas.

Referencias

Organización Panamericana de la Salud (2014) *Resolución CD53. R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53ª Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Disponible en: <http://bit.ly/1KzWv7n>

IV. Crecimiento económico y prioridad fiscal como fuentes de creación de espacio fiscal para la Salud Universal

1. Introducción

La relación entre condiciones económicas, prioridad fiscal hacia políticas sociales y evolución del gasto público en salud (GPS) ha tenido diferentes comportamientos en distintas décadas y orientaciones políticas de los gobiernos de turno en los países de América Latina y el Caribe (ALC).

Durante la década de 1980, en ALC se produjo un deterioro generalizado del gasto social tanto en términos absolutos como en relación al gasto público total (GPT), reflejo de su instrumentación como herramienta de ajuste fiscal (Almeida, 2002). En la siguiente década, el gasto en servicios de salud presentó cierta continuidad con el período anterior, mostrando incluso una profundización de tales tendencias. En los 20 años posteriores a 1980, el financiamiento privado fue siempre superior al público. En el caso de los países de la Unión Europea, en cambio, durante los años noventa la evolución de las fuentes de fondos fue contraria a la experimentada en ALC, con una creciente importancia del componente público de financiamiento sectorial y con valores cercanos al 80% del total en la segunda mitad de la década (Almeida, 2002).

La década iniciada en el 2000 ofreció condiciones económicas favorables a los países de ALC, con enormes avances en la movilización de recursos por parte de los gobiernos y una clara diferenciación respecto a las orientaciones políticas de la década previa. En la mayoría de los países de la región, tal reversión favoreció el crecimiento sostenido del gasto total en salud (GTS), así como del financiamiento público de este sector (GHED-WHO, 2015). No obstante, los esfuerzos fiscales no han sido aún suficientes para avanzar significativamente en la dirección del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (en adelante Salud Universal) (OPS/OMS, 2014).

2. Problema y causas subyacentes

La distancia entre el nivel de GPS y algunos umbrales de referencia asociados a las necesidades de financiamiento público permite estimar los desafíos pendientes para mejorar el espacio fiscal en salud. En general, se usan dos tipos de umbrales para calcular la

brecha de recursos necesarios: un valor de GPS como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y un valor de GPS per cápita.

Con respecto al GPS expresado como porcentaje del PIB de cada país, dicho indicador muestra un crecimiento en todos los países seleccionados para el presente estudio. Sin embargo, el único país que supera el umbral de referencia de 6% del PIB mencionado en la estrategia regional de Salud Universal (OPS/OMS, 2014) es Costa Rica --para el resto, el aumento del GPS como porcentaje del PIB requerido para superar dicho umbral varía entre 16% y 92%.

Al enfocar el valor del GPS per cápita en dos momentos (1995 y 2013), también se observa un crecimiento del indicador para todos los países. No obstante, si se toma como umbral de referencia al GPS per cápita promedio de los países que alcanzan indicadores de resultados y recursos invertidos compatibles con los esperables al implementar una estrategia de Salud Universal, todos los países se encuentran por debajo del mismo y con una brecha creciente en el período.

3. Marco analítico

Dirigido a la creación de espacio fiscal destinada a estrategias de Salud Universal, este trabajo procura determinar en qué medida el crecimiento económico y la prioridad política de los gobiernos hacia políticas sociales tienen influencia sobre la expansión del GPS. Las dimensiones consideradas en este análisis comprenden la evolución del financiamiento público visto como variable dependiente de la evolución general del crecimiento económico de los países y de la prioridad fiscal social asignada por los gobiernos.

El financiamiento público es analizado utilizando el GPS per cápita, con fondos provenientes de aportes obligatorios de impuestos y contribuciones a la seguridad social. El crecimiento económico es evaluado a través del crecimiento del PIB per cápita. La prioridad fiscal social es medida en términos de la evolución del gasto público social total (GPST) y el gasto público total (GPT).

El análisis de la influencia de la evolución del PIB per cápita sobre el GPS per cápita se mide a través de la elasticidad de ambas variables. La influencia de la prioridad fiscal sobre el GPS incorpora dos mediciones de elasticidades: la elasticidad entre el crecimiento del PIB per

cápita sobre la evolución del GPT y el GPST, y la elasticidad entre ambas variables y el GPS per cápita.

4. Estudio y agrupación de los países

Este trabajo se basa en un estudio de 14 países: Argentina, Barbados, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y Perú. Si bien el análisis se realiza para cada país, dada la heterogeneidad de los mismos el procedimiento puede beneficiarse si se realiza agrupando a los países según criterios económicos.

Con esta idea, se formaron cuatro grupos de países. Un primer grupo está conformado por países de ingresos medios altos: Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica. El segundo grupo está integrado por países de bajos ingresos: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Un tercer grupo comprende a países de la Región Andina: Colombia, Ecuador y Perú --si bien tienen diferentes valores de PIB, su nivel es intermedio entre los países con ingresos medios altos y los países con ingresos bajos. Por último, el agrupamiento de Barbados, Guyana (Sudamérica) y Jamaica tiene como único criterio su pertenencia al Caribe.

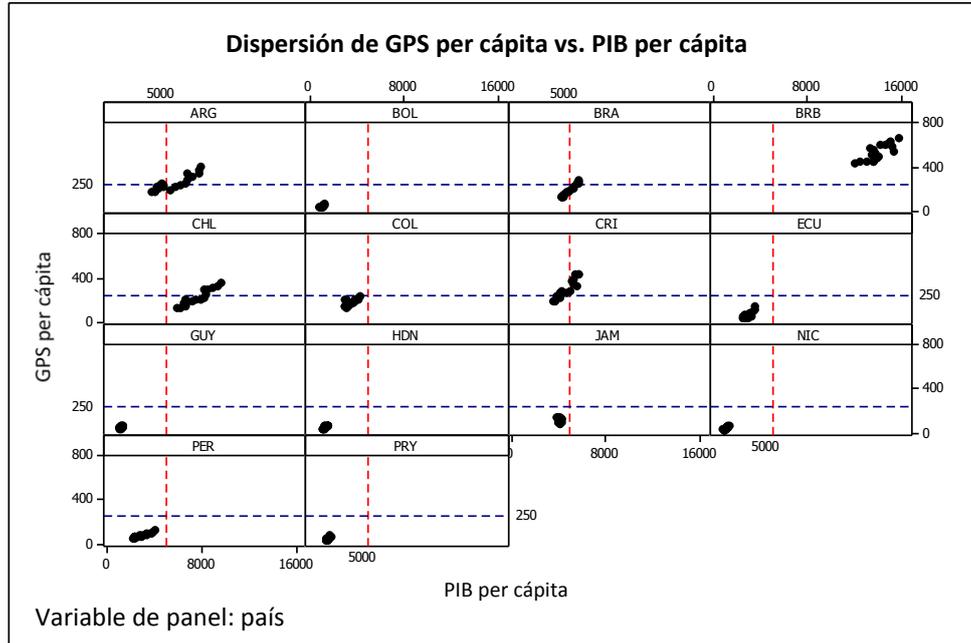
5. Metodología de análisis

Se utilizan gráficos de dispersión a fin de visualizar la evolución de las variables y su relación funcional. La tasa de crecimiento se calcula mediante modelos log-lineales, considerando a cada una de las variables como regresadas en función del tiempo. Para analizar la relación entre dimensiones, se miden las elasticidades entre las variables que serán estudiadas y la significación de sus parámetros, a través de la utilización de modelos log-lineales. Los modelos se aplican en forma individual a cada país, una medida global y por grupo de país.

6. Resultados y análisis

Si bien existe una clara relación entre los niveles de PIB per cápita y GPS per cápita, es posible reconocer diferentes trayectorias, con mayor o menor influencia de la evolución del PIB sobre el GPS. En el Gráfico IV.1 se pueden distinguir no solo las trayectorias de cada caso, sino también su ubicación en cuadrantes, lo cual permite identificar y ubicar a los países en función de diferentes niveles de PIB y GPS.

Gráfico IV.1: Panel de la evolución del GPS y el PIB por país en el período 1995-2014



Fuente: Elaborado por los autores

Para el grupo de países de ingresos medios altos, el punto final de la serie alcanza niveles comprendidos en el cuarto cuadrante (mayores niveles de PIB y GPS). El alcance de los cambios es muy relevante, considerando que el punto de partida de casi todos los casos (excepto Chile) es el primer cuadrante (menores niveles de PIB y GPS). El grupo de países de bajos niveles de PIB tienen una escasa trayectoria: en todos los casos se ubican y permanecen en el primer cuadrante. Los países del grupo andino tienen una evolución que se inicia desde el primer cuadrante, con una trayectoria más importante que el grupo anterior. Por último, el grupo de países del Caribe se caracteriza por su heterogeneidad. Barbados tiene valores de PIB y GPS con niveles ubicados en el cuarto cuadrante en todo el período estudiado. Jamaica muestra una escasa trayectoria en el primer cuadrante y Guyana tiene un comportamiento centrado en la parte inferior del primer cuadrante, con bajos niveles de PIB y GPS.

Cuadro IV.1: Efectos del crecimiento sobre el GPS y sobre el nivel de GPT y GPST

País	Elasticidades				
	Crecimiento económico y gasto público en salud	Crecimiento económico y prioridad fiscal		Prioridad fiscal y gasto público en salud	
		GPS pc vs PIB pc	GPT pc vs PIB pc	GPST pc vs PIB pc	GPS pc vs GPT pc
Argentina	0,872	1,47	1,3	0,885	0,588
Barbados	0,414	1,71	Sin datos	0,77	Sin datos
Bolivia	1,71	1,79	1,60	0,945	0,638
Brasil	2,45	1,13	2,03	1,93	1,11
Chile	2,03	1,14	1,11	1,65	1,68
Colombia	1,01	1,28	1,7	0,834	0,721
Costa Rica	1,73	1,14	1,60	1,44	1,04
Ecuador	3,28	3,39	4,03	0,947	0,707
Guyana	1,04	1,21	Sin datos	0,169	Sin datos
Honduras	2,15	1,19	3,38	0,944	0,71
Jamaica	-1,71	0,376	-0,345	0,111	Sin datos
Nicaragua	1,93	0,595	3,35	2,16	0,489
Paraguay	2,51	1,66	3,46	1,44	1,03
Perú	1,13	1,03	1,02	1,05	0,913
Indicador grupal	1,03	1,06	1,32	0,893	0,771

Fuente: Elaborado por los autores

Al analizar las elasticidades del crecimiento económico y la prioridad fiscal para el aumento del GPS, en el grupo de países con mayores niveles de PIB per cápita puede decirse que la evolución del PIB per cápita ha sido una importante fuente de espacio fiscal para la salud, con una elasticidad del GPS per cápita respecto del PIB per cápita próxima a 2 --con la única excepción de Argentina (cuadro IV.1). Por otro lado, tanto el GPT como el GPST tuvieron elasticidades superiores a la unidad respecto al PIB en el período analizado.

En el grupo de países con menores niveles de PIB per cápita, la evolución del PIB también ha sido una importante fuente de espacio fiscal para la salud, con una elasticidad de GPS per cápita respecto del PIB per cápita próxima a 2. La elasticidad del GPT per cápita respecto del PIB per cápita fue superior a la unidad --con la excepción de Nicaragua.

Dentro del grupo de países con niveles de PIB per cápita intermedios, tanto Colombia como Perú tienen elasticidades unitarias o levemente superiores a la unidad al analizar la evolución del GPS, GPT y GPST per cápita con respecto al PIB per cápita. Esto indica que los

niveles de gasto en cada una de esas partidas estuvieron estrechamente determinados por la evolución del PIB. Ecuador tiene un comportamiento diferenciado, con elasticidades superiores a 3 en cada caso (mayor a 4 en el caso del GPST).

Los países del Caribe muestran comportamientos disímiles. En Guyana el GPS per cápita y el GPT per cápita tuvieron una evolución levemente positiva, aunque con escasa correlación entre sí. En el caso de Jamaica, el GPT per cápita tuvo una baja elasticidad respecto al PIB per cápita, mientras que el GPS per cápita tuvo (así como el GPST per cápita) un comportamiento con elasticidad negativa. En Barbados el GPS per cápita tuvo una baja elasticidad respecto al PIB per cápita así como al GPT. Sin embargo, y a diferencia del GPS per cápita, el GPT per cápita tuvo una elasticidad de 1,7 durante el período analizado, materializando un comportamiento fuertemente positivo.

7. Análisis y recomendaciones de política

Con respecto al crecimiento económico con prioridad fiscal hacia políticas sociales como soporte para avanzar hacia la Salud Universal, esta proposición sustituye una perspectiva de prioridad fiscal concebida en términos de puja distributiva con otras políticas sociales por una concepción en donde los esfuerzos asignados al sector salud están conducidos por el desarrollo de sistemas de protección social realizado por los Estados. La prioridad fiscal hacia el desarrollo de sistemas de protección social es un componente que caracteriza el tipo de crecimiento, y servirá de factor que contribuya a la creación de espacio fiscal para la salud.

Al observar la influencia de la contextualización de cada caso particular, el estudio por grupo de países permite reconocer que el nivel de riqueza es un factor relevante para explicar la capacidad de aumentar el espacio fiscal hacia el sector salud. Los países con menores niveles de riqueza tendrán más dificultad para reducir las brechas entre los niveles de gasto público invertidos y aquellos valores de referencia. Además, los pronósticos de nuevos escenarios económicos y políticos de la región deberían ser datos insoslayables en el análisis de la capacidad de los países para sostener los esfuerzos hacia un aumento del gasto público en salud. Asimismo, el modelo de financiamiento puede incluir rasgos particulares en diferentes dimensiones institucionales que deben ser considerados, entre ellos el nivel de descentralización del financiamiento en Estados sub-nacionales, el nivel de segmentación a

través de diferentes fondos de aseguramiento y cobertura de servicios; la conformación, integración y dinámica de la seguridad social, o la regulación y relación del financiamiento público con el aseguramiento privado de los servicios de salud.

Por último, el análisis de la serie de tiempos estudiados permite advertir que el proceso de crecimiento del GPS con reducción de brechas en relación a referencias internacionales conlleva trayectorias de tiempo considerables. En primer lugar, la matriz productiva de los sistemas de salud tiene una incidencia creciente y constante de tecnología. La influencia creciente de la evolución de precios internacionales de los insumos y aparatología tecnológica importada dependerá de su relación con los precios internos, de los términos de intercambio del comercio exterior de los países y de la capacidad de disponer de divisas suficientes. En segundo lugar, es perentorio considerar las capacidades políticas e institucionales necesarias para sostener un crecimiento del gasto público en una trayectoria de largo plazo. Estas condiciones se verán afectadas por la capacidad de los Estados de producir políticas anti-cíclicas que permitan proteger una trayectoria continua de crecimiento del financiamiento público, con capacidad de flexibilidad y adaptación suficiente para abordar potenciales eventos económicos, sociales y políticos contingentes.

Referencias

- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 905-925.
- (GHED-WHO) Global Health Expenditure Database-World Health Organization. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> (consultado en julio de 2015)

V. Cambios en la estructura impositiva y formalización de la economía como fuentes de creación de espacio fiscal para la Salud universal

1. Situación en América Latina y el Caribe

La década iniciada en 2000 ofreció condiciones económicas favorables para los países de América Latina y el Caribe (ALC), expresadas fundamentalmente en altas tasas de crecimiento del producto interno bruto (PIB) per cápita. Sin embargo, la región presenta contrastes con respecto a la situación fiscal de los países: mientras América Latina tiene niveles de deuda pública reducidos, el Caribe muestra altos niveles de deuda pública, constatándose además la persistencia de bajos niveles de presión fiscal y un carácter esencialmente regresivo de la estructura impositiva.

En 2010, ALC continuaba siendo la región donde el promedio de los ingresos del Gobierno como porcentaje del PIB era más bajo, aun luego del considerable aumento (4 puntos del PIB) que mostró este indicador en el período 2000-2010. Si se toma como referencia a los países que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la diferencia en los ingresos tributarios supera los 15 puntos del PIB. Esta “brecha fiscal” se ve agravada por los elevados niveles de informalidad en la región, que llevan a que las políticas sociales de los gobiernos se vean restringidas por los insuficientes niveles de recursos públicos que cada Estado es capaz de movilizar.

Aparte de la baja recaudación, la estructura tributaria de la región presenta un carácter más regresivo si se la compara con los países de mayores niveles de riqueza y desarrollo (OCDE, 2014). En estos últimos, los impuestos directos (sobre ingresos y beneficios) representan en promedio un 39% de la recaudación total, mientras que en ALC representan un 29,5%. Por otro lado, a pesar del alto peso de los impuestos específicos sobre el consumo en ALC, algunos impuestos sobre ciertos productos dañinos para la salud como el tabaco y el alcohol registran tasas muy por debajo de las observadas en los países de OCDE (WHS, 2014).

Por último, con respecto a la composición de los ingresos públicos en ALC y su evolución en el período 2000-2010, el componente más dinámico fueron los ingresos provenientes de recursos naturales. En este sentido, hay que tomar en consideración que una alta dependencia de los recursos naturales como fuente de ingresos del fisco supone riesgos derivados de su mayor volatilidad, y que a su vez las perspectivas de generación de espacio

fiscal a partir de esta fuente parecen limitadas en vista de las proyecciones a la baja en los precios de los productos básicos o commodities energéticos y minerales (Gómez Sabañi et al., 2015).

2. Metodología de análisis

La metodología utilizada para explorar la potencialidad en la creación de espacio fiscal combina un análisis retrospectivo (período 2002-2012) para evaluar las condicionalidades de la carga fiscal, con un análisis prospectivo basado en la comparación entre condiciones locales e internacionales. Se realiza un análisis de sensibilidad con respecto al nivel de las alícuotas de determinados impuestos y con respecto a la magnitud de la economía informal para 14 países de ALC.

Se procede en dos etapas: primero se evalúan en forma individual los incrementos en los ingresos del gobierno que pueden generarse en cada país a partir de cada fuente alternativa, y luego se analiza el impacto sobre la creación de espacio fiscal para el sector salud de los aumentos estimados en los ingresos de los gobiernos, asumiendo que tales incrementos se destinan a rentas generales y el gasto público en salud aumenta dependiendo del nivel de prioridad que los gobiernos le asignan.

Aumentos derivados de incrementos en las alícuotas de los impuestos

La metodología general para estimar el aumento en la recaudación derivado de un incremento en las alícuotas del impuesto al valor agregado (IVA), del impuesto a la renta societaria y del impuesto a la renta personal, así como de una reducción de la economía informal, estuvo definida en tres pasos:

- a) Asignar una probabilidad de aumento de alícuotas en cada impuesto, así como el nivel de pérdida relativa de ingresos debidos a la informalidad en las economías.
- b) Determinar la magnitud del aumento de las alícuotas y de reducción de la economía informal en cada país en términos de reducciones de la brecha entre los promedios de los países de ALC y de la OCDE
- c) Calcular el incremento en la recaudación resultante de aumentos en las alícuotas, así como por reducciones en la magnitud de la economía informal.

3. Opciones de política

Se analizan las brechas existentes en las alícuotas de impuestos y en los niveles de informalidad en relación a los promedios de las economías de ALC y OCDE. En función de la probabilidad detectada de reducción de informalidad y aumento en las alícuotas, se estiman las variaciones en la recaudación tributaria proyectada según los escenarios construidos a tal efecto. Por último, a partir de los incrementos de recaudación proyectados previamente, se contrastan los aumentos estimados de gasto público en salud (GPS) en función de dos escenarios de prioridad fiscal alternativos: se mantiene la prioridad fiscal o se asume un 15% del GPS como proporción del gasto público total.

Expansión fiscal y aumento del gasto público en salud

En el caso de los países con bajos niveles de PIB (Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay) los potenciales cambios en sus estructuras tributarias podrían generar aumentos recaudatorios que permitan incrementar el GPS como porcentaje del PIB en un promedio de hasta 27% y que alcanzaría al 43% si se combina con una prioridad fiscal a salud del 15%. Asimismo, la brecha con respecto a la referencia orientativa del 6% del PIB de GPS para salud disminuiría en un 60% y 98%, respectivamente.

Por otro lado, en los países con niveles medios de PIB (Colombia, Ecuador y Perú) se obtendrían incrementos dispares en el GPS, con un aumento promedio del GPS como porcentaje del PIB equivalente a 19% y 34% en cada caso (manteniendo el nivel actual de prioridad fiscal de salud y llevándola al 15%, respectivamente). La brecha con respecto a un GPS correspondiente al 6% se reduciría en un 63% y 95%, respectivamente.

Al examinar los países con nivel medio-alto de PIB (Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica), la magnitud de los resultados se reduce -- el GPS como porcentaje del PIB aumentaría en promedio 14%. En este caso, llevar la prioridad fiscal de salud al 15% no cambia significativamente los resultados, ya que el GPS en salud en estos países se sitúa en torno a dicho valor como porcentaje del gasto público total.

Para los países del Caribe (Barbados, Guyana [en Sudamérica] y Jamaica), las brechas de alícuotas de los impuestos estudiados en relación con los niveles promedios de alícuotas de la OCDE son menores. En este caso, con un nivel de prioridad fiscal equivalente al 15% del gasto público total, estos países generarían un crecimiento potencial promedio del GPS

sobre el PIB del 16% en función de las posibilidades de creación de espacio fiscal proyectadas. El incremento resultante del GPS en estos países implicaría una reducción promedio de la brecha respecto al umbral (6% del PIB) mayor al 28% (considerando una prioridad fiscal del GPS equivalente al 15% del gasto público total).

Cabe destacar que, en todos los casos, la formalización de la economía es la fuente que potencialmente genera más espacio fiscal, seguida por los cambios en el IVA.

4. Conclusiones

Las perspectivas de creación de espacio fiscal para avanzar hacia la Salud Universal mediante cambios en la estructura tributaria y formalización de la economía demuestran una potencialidad importante en la mayoría de los países estudiados. Sin embargo, los valores difieren sustancialmente en función de los niveles de ingreso, las estructuras tributarias, las magnitudes de la economía informal y la prioridad fiscal del sector salud, así como de las singularidades idiosincráticas de los arreglos institucionales de los sistemas de salud de la región de cada uno los países y grupos de países estudiados.

Los países de bajos ingresos solo podrán avanzar si mejoran su capacidad fiscal como objetivo de corto y mediano plazo. En los países de ingresos medios-altos, por otro lado, es crucial introducir cambios hacia una mayor integración del gasto total en salud, reduciendo la segmentación y mejorando la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud. El panorama para los países de ingresos medios implica el desafío de avanzar en ambos frentes.

En los países del Caribe, se observan situaciones dispares debido a la variada presencia de estructuras productivas, niveles de ingreso y endeudamiento público. Si bien el análisis del impacto potencial de cambios en la estructura tributaria y mejoras en la formalidad permitiría avances significativos, este grupo tiene menos oportunidades de creación de espacio fiscal por el nivel de ingresos.

En cuanto a las contribuciones de espacio fiscal por tipo de impuestos, mientras el IVA es el impuesto con mayor relevancia contributiva en la creación de espacio fiscal, el aporte del IRPF está relativizado por su reducido nivel de productividad. La posibilidad de que este impuesto se convierta en una fuente importante de espacio fiscal para salud depende de la

capacidad de los gobiernos de la región de aumentar las tasas efectivas que paga el decil más rico de la población, mediante reducciones de “la evasión y la elusión, las exenciones, las deducciones y el tratamiento preferencial de las rentas de capital, que en algunos países no están gravadas y en otros tributan a una tasa más baja que las rentas del trabajo” (Hanni et al., 2015).

Referencias

- Gómez Sabaini, J. C., Jiménez, J. P., Morán, D. (2015). “El impacto fiscal de la explotación de los recursos naturales no renovables en los países de América Latina y el Caribe”, CEPAL, Santiago de Chile, mayo de 2015.
- Hanni, M., Martner, R., Podestá, A. (2015). “El potencial redistributivo de la fiscalidad en América Latina”, Revista CEPAL Nº 116, Santiago de Chile.
- OCDE (2014). Revenue Statistics 2014, OECD Publishing. DOI: 10.1787/rev_stats-2014-en-fr.
- World Health Statistics 2014 - World Health Organization. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr>(Consultado en diciembre de 2014).

VI. Financiamiento externo para el sector salud en América Latina y el Caribe

1. El financiamiento externo como fuente de espacio fiscal

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), básicamente hay tres maneras de recaudar fondos adicionales o de diversificar las fuentes de financiación para salud: aumentando la prioridad del gasto en salud, acudiendo a fuentes de financiamiento nacional nuevas o diversificadas y fortaleciendo el apoyo financiero externo (OMS, 2010).

A su vez, la ayuda externa presenta dos variantes: préstamos y donaciones. Los préstamos se consideran indispensables para la realización de proyectos de inversión en infraestructura, pero se debe ponderar la sustentabilidad de los gastos corrientes futuros asociados. Además, el endeudamiento externo resultante tiene implicancias macroeconómicas para los países.

El presente trabajo se centra en las donaciones, que han sido una importante fuente de creación de espacio fiscal, fundamentalmente en muchos países de bajos ingresos (Tandon y Cashin, 2010). Por este motivo, se analizarán específicamente los casos de Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua.

2. La ayuda económica externa en América Latina y el Caribe

En este apartado, se procura determinar en qué medida el financiamiento externo para salud (FES) no reembolsable ha reducido las brechas existentes hasta alcanzar un financiamiento público equivalente al 6% del producto interno bruto (PIB) en los cuatro países mencionados durante el período 1995-2013. Dicho umbral es señalado como una “referencia útil” y una condición necesaria en la Estrategia regional de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud (en adelante Salud Universal) (OPS, 2014).

Con respecto al umbral, puede decirse que los cuatro países han mostrado niveles insuficientes de gasto público en salud (GPS), aunque en los cuatro también se observa una tendencia creciente del GPS como porcentaje del PIB en el período estudiado. Trabajando con el supuesto metodológico de que la totalidad del FES no reembolsable se destina al financiamiento público de la salud, se observa que el mismo ha contribuido de forma dispar a reducir la brecha respecto al umbral del 6% del PIB. El alto nivel de volatilidad del FES, así

como su inestabilidad, se explican en gran medida por factores exógenos a los sistemas de salud de los países estudiados (Cuadro VI.1).

Cuadro VI.1: Fondos externos no reembolsables para salud. Impacto en la reducción de la brecha respecto al umbral del 6% del PIB. Valores promedio (no ponderados) 1995 – 2013

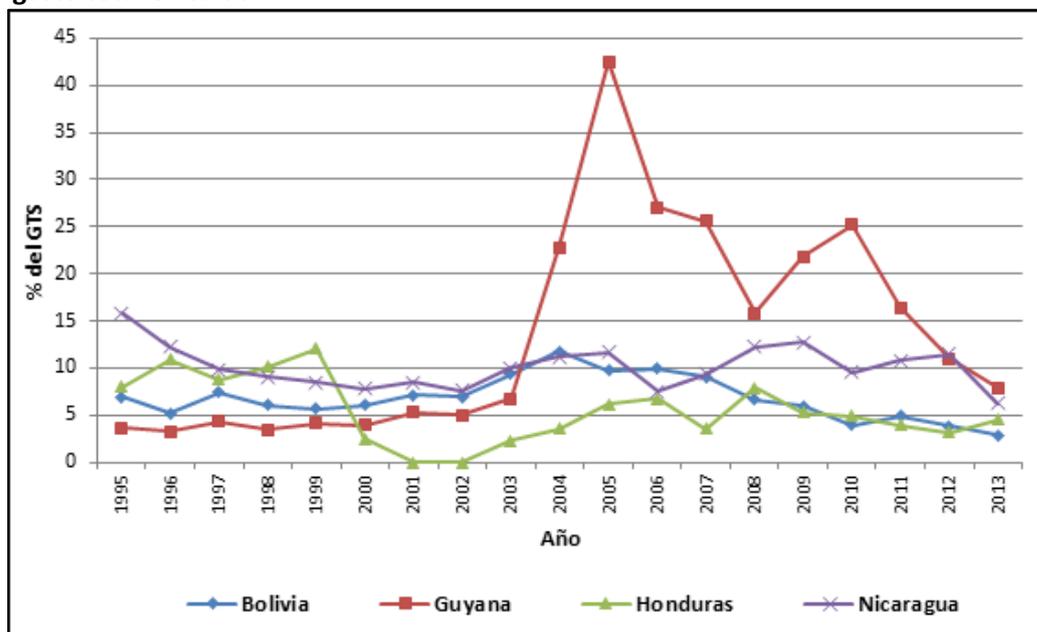
País	GPS % PIB	Brecha umbral (6% del PIB)	FES % PIB	CV (FES % PIB)	Reducción de brecha por FES
Bolivia	3,52	2,48	0,36	33,93%	14,72%
Guyana	4,43	1,57	0,81	83,28%	51,81%
Honduras	3,64	2,36	0,42	37,31%	17,95%
Nicaragua	3,54	2,46	0,66	29,34%	26,75%

Nota: FES: Financiamiento externo para salud; CV: Coeficiente de variación: calculado como la relación entre la desviación estándar y la media de los valores de FES como porcentaje del PIB entre 1995 y 2013.

Fuente: Indicadores de cuentas nacionales de salud (CNS) (OMS, 2015).

Además, uno de los rasgos de mayor relevancia con respecto a la ayuda externa para salud es el significativo declive del flujo estos recursos, comportamiento que se presenta como tendencia generalizada en los países de bajos ingresos de la región en los últimos años con información disponible (Gráfico VI.1).

Gráfico VI.1: Recursos externos no reembolsables para salud, como porcentaje del gasto total en salud



Fuente: Indicadores de cuentas nacionales de salud (CNS) (OMS, 2015).

3. Reflexiones sobre la ayuda externa como fuente de espacio fiscal

La volatilidad de la ayuda externa no reembolsable, la fragmentación de su gestión con relación al rol de las autoridades sanitarias y el potencial efecto desplazamiento del gasto público en salud son problemas que deben analizarse con cautela.

Con respecto a la volatilidad, en momentos cuando el flujo de recursos se ve interrumpido, los gobiernos pueden no ser capaces de ejecutar los programas de salud previstos. Dados los costos políticos de interrumpir los programas de asistencia, en muchos casos rechazar la ayuda puede ser una alternativa preferible (Williams y Hay, 2005). Además, la evidencia muestra que la volatilidad con respecto a los gastos en atención primaria de la salud tiende a ser mayor (Gottret y Schieber, 2006).

Asimismo, la fragmentación en la gestión de los recursos se refleja en la presencia de múltiples instituciones donantes que lleva a que dicha ayuda se integre solo parcialmente en los presupuestos de los gobiernos receptores. Estos imponderables impiden que los fondos se utilicen en un plan nacional de salud unificado, generando dificultades de

coordinación entre las autoridades sanitarias y los organismos donantes. Asimismo, la proliferación de proyectos impone importantes costos de eficiencia.

Por último, resulta clave determinar si los fondos no reembolsables de ayuda externa aumentan la disponibilidad de recursos o si, por el contrario, desplazan al financiamiento interno manteniendo inalterado el gasto total. En este sentido, un estudio de las fuentes de financiación de la salud de 144 países entre 1995 y 2006 mostró que un aumento del 1% en la financiación de los donantes se asoció con una disminución del 0,14% en el gasto público en salud entre los países de bajos ingresos (Frag et al., 2009).

El nivel de prioridad asignada a la salud en los planes de cada gobierno receptor de fondos externos no reembolsables resulta vital para que esa ayuda contribuya sustancialmente a la creación de espacio fiscal para salud. Si bien la ayuda externa es un aporte valioso para mejorar el financiamiento de los servicios de salud, es necesario encuadrar su contribución al esfuerzo fiscal en una trayectoria hacia la cobertura y acceso universales.

Referencias

- Frag, M, Nandakumar, AK, Wallack, SS, Gaumer, G, Hodgkin, D. "Does funding from donors displace government spending for health in developing countries?". *Health Affairs (Millwood)*. 2009; 28: 1045–55.
- Global Health Expenditure Database - World Health Organization. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> (consultado en julio de 2015)
- Gottret, P., Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. World Bank, Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: La Financiación de los Sistemas de Salud: El Camino Hacia La Cobertura Universal*, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2014). Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53 Consejo Directivo 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre a 3 de octubre de 2014.
- Tandon, A., Cashin, C. (2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank.
- Williams, G., Hay, R. (2005) *Fiscal Space and Sustainability from the Perspective of the Health Sector*, London, Policy Practice. Disponible en: <http://thepolicypractice.com/wp-content/uploads/2014/09/FiscalSpaceHealth.pdf> (consultado en noviembre de 2015)