



PRINCIPIOS DE
DERECHOS HUMANOS
EN LA POLÍTICA FISCAL

PRINCIPIOS DE DERECHOS HUMANOS EN LA POLÍTICA FISCAL Y DERECHO A LA SALUD



Créditos

Este documento fue elaborado por la Iniciativa por los Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal, a partir de información recibida de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Dejusticia, Fundar-Centro de Análisis e Investigación, e INESC, con la redacción del Center for Economic and Social Rights (CESR). Se agradecen los aportes recibidos por Global Health Advocacy Incubator y GI-ESCR, y la valiosa participación de representantes del O'Neill Institute (Universidad de Georgetown), Amnistía Internacional, Oxfam, la Internacional de Servicios Públicos y Partners in Health en un evento realizado para discutir las temáticas abordadas en este informe.

Fecha de publicación: Diciembre de 2023.

Cita sugerida: Iniciativa por los Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal (2023). *Principios de derechos humanos en la política fiscal y derecho a la salud.*

www.derechosypoliticafiscal.org

www.twitter.com/DHyPolFiscal

Índice

- 5** I. **Presentación del documento**
- 8** II. **Aplicación de los principios de derechos humanos en materia de salud para cuatro países**
- 9** A. El deber de asignar y emplear recursos públicos suficientes para la garantía de derechos
- 20** B. El deber de utilizar la política fiscal para lograr la igualdad real
- 22** C. El deber de avanzar en la garantía de derechos y la prohibición de regresividad
- 25** D. El deber de asegurar niveles esenciales de derechos
- 28** E. La posibilidad de utilizar impuestos con fines regulatorios para la garantía de derechos
- 32** F. El deber de utilizar el máximo de los recursos disponibles para la garantía de los derechos
- 35** G. El deber de asegurar la transparencia de la política fiscal
- 37** III. **Conclusiones y recomendaciones**



CROSS SOCIETY

Phone: 102,041-520870, 524102
Mobile: 9854022610

१८५४०२२६१०



श्री राम हेल्थ केयर सेंटर प्रा
98018270

I. Presentación del documento

Al menos 140 países reconocen el derecho a la salud como un derecho humano en sus constituciones¹. Sin embargo, tal y como se evidenció durante la pandemia por COVID-19, los desafíos para asegurar el acceso universal a una salud de calidad persisten en los países de América Latina y el Caribe.

Parte de estos desafíos se relacionan con la fragmentación en el financiamiento y gestión de la salud, donde conviven sistemas públicos y privados, que generan problemas para asegurar la accesibilidad y cobertura universal en condiciones de igualdad². En ese sentido, existe consenso sobre la necesidad de aumentar el gasto destinado a sistemas públicos de la salud, sobre todo en programas focalizados a los sectores en situación de mayor vulnerabilidad (con programas de atención primaria o destinados a la prevención de enfermedades) y garantizando la accesibilidad física y geográfica para poblaciones rurales y pueblos indígenas. De la mano de ello, hay también un diagnóstico generalizado sobre la importancia de disminuir el “gasto de bolsillo” o el “gasto catastrófico” en salud, que suele repercutir desproporcionadamente sobre los sectores más pobres. A pesar de que entre los gastos más importantes en salud se encuentra el de gastos en medicamentos y tecnologías de la salud, que constituyen la segunda partida más grande —después de los recursos humanos— de los presupuestos de salud pública de la región, aquellos usualmente requieren además de pagos directos por parte de las personas usuarias del servicio de salud. Para gran parte de la población, estos pagos representan importantes obstáculos para el acceso a los servicios de salud necesarios.

Ampliar el espacio fiscal para gastar más en salud es también parte del consenso entre quienes estudian la temática. Para ello, se hace fuerte hincapié en la creación y/o ampliación de impuestos saludables como una medida necesaria

1 The WHO Council on the Economics of Health for All, *Health for All: Transforming economies to deliver what matters*, con cita a WHO Council and the Economics of Health for All. *Advancing the right to health: from exhortation to action*. Council insight no. 5. Geneva: World Health Organization, forthcoming.

2 Por “cobertura universal de la salud”, este informe se refiere al acceso a contenidos esenciales del derecho a la salud para todas las personas por igual, independientemente de las discusiones sobre el modelo de financiamiento adecuado para ello.

y eficaz. Finalmente, hay algunas indicaciones sobre cuánto gasto es el óptimo (tradicionalmente se ha sugerido un 6% del PIB) y qué tipo de programas de salud deberían financiarse prioritariamente. Así, por ejemplo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un 30% del 6% de gasto total recomendado como porcentaje del PIB debería destinarse a atención primaria de la salud, con un fuerte énfasis en programas destinados a asegurar la salud en la maternidad, las mujeres, la niñez, la prevención y tratamiento de las enfermedades venéreas, y el acceso a medicamentos esenciales según la lista actualizada de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las organizaciones de la sociedad civil, por otro lado, también ponen foco en la necesidad de mirar no sólo cuánto se gasta sino cómo se gasta, y qué determinantes de la salud se generan desde la política fiscal de los Estados. Estos desafíos dejan en evidencia que los problemas de financiamiento de la salud requieren evaluar cómo se financia ese gasto, y a qué sectores se dirige. Esto incluye, sobre todo en sistemas de gestión de la salud mixtos, pensar los costos de las prestaciones (por ejemplo, cuánto se destina a medicamentos), los programas de salud que se priorizan, las personas beneficiarias de los programas de salud, y cómo se financian.

Por estas razones, **es crucial analizar la política fiscal —entendida como la manera en la que los Estados recaudan y asignan recursos públicos— de manera integral, para evaluar en qué medida contribuye o no a materializar el derecho a la salud reconocido en las normas.** Hay varios aspectos de la política fiscal, por fuera del financiamiento de la salud ya discutido, que también determinan el nivel de satisfacción de ese derecho. Así, por ejemplo, la política fiscal puede cumplir un rol preventivo en salud (como sucede con los subsidios a la producción de alimentos saludables o los impuestos especiales a las bebidas azucaradas o a las tabacaleras) y promover tanto conductas buenas como dañosas para la salud (por ejemplo, mediante incentivos fiscales).

Tal y como muestran los Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal (de aquí en adelante, “los Principios”), los derechos humanos están

en el centro de estas discusiones³. Las normas de derechos humanos no sólo reconocen el derecho a la salud y le otorgan un contenido, sino que también avanzan en establecer obligaciones concretas de los Estados en materia fiscal que tienen repercusiones directas sobre el derecho a la salud. Tanto por su potencial recaudatorio como regulatorio de la actividad de las personas y empresas, la política fiscal es un instrumento central para asegurar el derecho a la salud de manera equitativa, y ella debe estar guiada por los estándares de derechos humanos aplicables.

En este documento se utilizan los estándares contenidos en los Principios para analizar en qué medida algunos países de la región realizan esfuerzos por cumplir con sus obligaciones de derechos humanos respecto del derecho a la salud mediante sus políticas fiscales. Se evaluarán específicamente los casos de **Argentina, Brasil, Colombia y México**. Para eso, se seleccionaron 7 de los 15 Principios. En cada caso se presenta qué dispone el principio seleccionado y qué implica específicamente en materia de salud, y se evalúa en qué medida los cuatro países seleccionados se acercan o no a los estándares contenidos en el principio.

Para el análisis, partimos de un primer relevamiento general sobre información fiscal en materia de salud disponible en documentos elaborados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS, así como datos publicados en la base de datos del Banco Mundial y de la OMS. Posteriormente, esa información fue complementada y robustecida por otro tipo de fuentes, incluyendo investigaciones específicas para los distintos países de especialistas en la materia y datos publicados por los gobiernos de la región. Puesto que comparar países entre sí es difícil por las diversas metodologías con las que se presentan los datos, el objetivo de este informe se limita a monitorear el cumplimiento de los Principios con ejemplos tomados de las distintas fuentes a fin determinar qué países se alejan o acercan más a esos estándares.

³ Disponibles en <https://derechosypoliticaefiscal.org/es/>

II. Aplicación de los principios de derechos humanos en materia de salud para cuatro países

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” reconocido en los instrumentos internacionales de derechos humanos **exige que los Estados adopten un gran abanico de acciones, programas y medidas**, dirigidas tanto a asegurar a la población la disponibilidad de servicios de calidad, así como a regular la actividad de terceras partes con potenciales efectos beneficiosos o dañinos para la salud. Si bien, las normas de derechos humanos no exigen un modelo determinado de financiamiento de la salud, sí requieren que los servicios sean accesibles para toda la comunidad en condiciones de igualdad y con criterios de calidad, es decir, que cumplan con ciertos niveles prestacionales y alcancen también a grupos en situación de vulnerabilidad.

En este sentido, como parte de sus obligaciones de respetar, proteger y garantizar los derechos, los Estados tienen el deber de financiar servicios públicos, incluida la salud pública. En términos generales, los sistemas públicos, al ser de acceso universal, son más equitativos que los sistemas privados cuyo acceso depende de la capacidad de pago de cada hogar y/o individuo⁴. Los sistemas de salud por contribuciones sociales que se discutirán más adelante, por otro lado, suelen estar en un punto intermedio por cuanto si bien son solidarios, no financian un sistema universal y dejan fuera a las personas que trabajan en la economía informal, por ejemplo. En contextos de alta informalidad laboral —como el de los países que se analizan en este informe—, es especialmente importante que los Estados implementen medidas positivas para asegurar el servicio de salud para todas personas, incluidas las que no cuentan con ingresos suficientes para acceder al sistema privado ni están afiliadas a un sistema contributivo⁵.

A su vez, los Estados tienen otras obligaciones, como el deber de ampliar el

4 Para obtener más información sobre los problemas de la comercialización y privatización de la atención sanitaria, consulte: Iniciativa Global por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “The Commercialisation of Healthcare, a Glossary” (Abril 2023), disponible en: <https://gi-escr.org/en/resources/publications/healthcare-systems-and-the-commercialisation-of-healthcare-a-glossary>.

5 CEPAL-The Lancet, *A special publication in The Lancet on the politic, economic and technical challenges of implementing a Universal Health Coverage system in Latin America and the Caribbean*.

espacio fiscal y emplear recursos presupuestarios suficientes para el sistema público; el deber de utilizar la política fiscal para disminuir las brechas de desigualdad en el ejercicio del derecho a la salud; el deber de adoptar políticas fiscales dirigidas a asegurar niveles esenciales del derecho a la salud; y el deber de evitar retrocesos en su ejercicio. También existen obligaciones específicas para asegurar la producción de información y transparencia fiscal en salud, y para utilizar la política fiscal con fines extra-fiscales o regulatorios a fin de garantizar ese derecho. En lo que sigue, desarrollaremos cada una de estas obligaciones.

A. El deber de asignar y emplear recursos públicos suficientes para la garantía de derechos

1. ¿Qué dicen los Principios sobre el tema?

De acuerdo con los Principios, los Estados deben diseñar e implementar sus presupuestos públicos de modo tal de asignar recursos suficientes para garantizar los derechos a toda la población, incluyendo el derecho a la salud. Esto abarca obligaciones inmediatas para asegurar niveles esenciales del derecho a la salud para todas las personas por igual, y obligaciones progresivas para avanzar en esa protección. La suficiencia implica que deben realizarse estimaciones de recursos necesarios para cumplir estos estándares, o bien cumplir las metas y/o estimaciones elaboradas por organismos especializados en la materia.

2. ¿Qué implica esto para el derecho a la salud?

La suficiencia como estándar normativo debe complementarse con las metas de gasto que sugieren organismos especializados, como la OPS, que en términos generales ha recomendado a los países destinar un 6% del gasto público como porcentaje del PIB a salud⁶. Vale aclarar que si bien el porcentaje de gasto público según PIB es un indicador inicialmente útil y de uso frecuente, no es suficiente para hacer un análisis del financiamiento en salud con enfoque de derechos,

⁶ Ver, también, Banco Interamericano de Desarrollo, “Mejor gasto para mejores vidas”. Capítulo 8, pág. 163.

puesto que no necesariamente significa que el Estado esté invirtiendo suficientes recursos para alcanzar a las poblaciones más vulneradas o para garantizar un acceso a la salud de calidad para todas las personas. Esta medición de los esfuerzos estatales puede presentar otras limitaciones, como por ejemplo “atar” el gasto público en salud al crecimiento de la economía de un país en un determinado momento (pudiendo entonces ser un gasto pequeño si la economía de un país, y por tanto su PIB, se contraen).

Además, es importante monitorear el gasto en salud destinado a financiar el sistema público de acceso universal, puesto que muchas veces bajo la etiqueta de “gasto público en salud” se incluyen los recursos destinados a financiar sistemas de salud gestionados por obras sociales u otros sistemas médicos de tipo contributivo. Este tipo de gasto no necesariamente alcanza a toda la población, puesto que algunos sectores, como los que pertenecen a la economía informal, en muchos casos no se encuentran afiliados a dichos sistemas. Las mujeres o las personas afrodescendientes suelen estar sobrerrepresentadas dentro de los sectores informales, lo que significa que ese tipo de gasto alcanzaría proporcionalmente menos a esos subgrupos, quienes, además, suelen carecer de capacidad de pago para acceder a servicios privados de salud y respecto de los que los Estados deben tomar medidas adicionales. Por esa razón, para conocer si el financiamiento a la salud responde a criterios equitativos y con enfoque de derechos, es importante contar con datos desagregados sobre porcentajes de gasto diferenciado según sean destinados al sistema de salud pública u a otros sistemas, como los sistemas médico contributivos.

También es relevante observar el gasto privado en salud, que comprende todo financiamiento que no provenga de fuentes públicas, e incluye tanto el “gasto de bolsillo” como el gasto en sistemas de seguros privados de salud. El gasto de bolsillo representa los desembolsos que realizan las familias “de su propio bolsillo” para solventar gastos de salud. El porcentaje de gasto de bolsillo según el gasto total en salud es un indicador que puede ser útil para evaluar si un sistema de salud no otorga suficiente cobertura a las familias de un país. Además, puesto que se trata de un gasto que sale directamente de la economía de los hogares,

suele tener efectos desproporcionados sobre los sectores más pobres de la población, y por eso resulta un gasto esencialmente inequitativo. En efecto, según la OMS, el gasto de bolsillo es una forma altamente regresiva de la financiación de la atención sanitaria y se encuentra asociado con desigualdad en el acceso a la atención sanitaria⁷.

Finalmente, desde una perspectiva de derechos humanos, es fundamental observar en qué tipo de servicios de salud se gastan estos recursos. En su Observación General 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), que tiene el mandato de monitorear el cumplimiento del Estados con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ha aclarado además que el derecho a la salud incluye “la provisión de acceso equitativo y oportuno a servicios preventivos básicos, servicios de salud curativos y de rehabilitación y educación sanitaria”, así como “programas regulares de detección”⁸.

Conceptos clave:

- ◆ **Gasto doméstico gubernamental:** incluye tanto el gasto en salud financiado con rentas generales como con contribuciones de la seguridad social.
- ◆ **Gasto doméstico privado:** incluye sistemas de seguro prepago voluntario, sistemas de seguro prepago obligatorios y gastos de bolsillo.
- ◆ **Gasto de bolsillo:** es el gasto en salud en que incurren los hogares “de su propio bolsillo”. Se trata también de una forma de “gasto privado”.

3. ¿Se acercan los países analizados a estos estándares?

En los países de la región que analizamos surge que en todos los casos los modelos de financiamiento de salud son mixtos. Es decir, conviven formas de

7 Ke, X. and others (2003), ‘Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis’, *The Lancet* Vol. 362, no. 9378.

8 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comentario general 14, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 17.

financiar la salud mediante impuestos generales, contribuciones obligatorias de la seguridad social y gastos privados. Esto, en general, se combina con sistemas públicos y privados para proveer y gestionar el servicio de salud. En **Argentina** conviven el sistema público de salud, el sistema de empresas prepagas y el sistema de contribuciones sociales para obras sociales (nacionales y provinciales). Se trata de una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y donde la prestación de sus servicios descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención. **Brasil** también tiene un modelo mixto de financiación sanitaria en el cual, por un lado, se establece un sistema público integrado, de acceso universal, con financiamiento compartido entre la Unión, los estados y los municipios, denominado Sistema Único de Salud (SUS). Por otro lado, posee un sistema privado, que ofrece servicios de salud a través de planes y/o pago directo y que también actúa como prestador de servicios al SUS. **Colombia**, asimismo, se sostiene tanto de recursos públicos como de recursos privados que son distribuidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud —ADRES—. El sistema de financiamiento permite prestar servicios a los afiliados del régimen contributivo (conformado por quienes tienen capacidad de pago para aportar económicamente al sistema) y subsidiado (conformado por las personas que no tienen capacidad económica para aportar recursos al sistema). La financiación de este sistema proviene principalmente de las contribuciones obligatorias al régimen contributivo, que implica la afiliación al sistema de salud a través del pago de cotizaciones individuales y familiares, así como de aportes económicos directos realizados por los afiliados o en colaboración con sus empleadores. En **México**, finalmente, también coexisten distintos modelos de financiamiento, que incluyen el presupuesto público diferenciado para la población con seguridad social a través de cuotas tripartitas, del gobierno, del empleador y del trabajador; para la población sin seguridad social, financiado con impuestos generales y el financiamiento privado que incluye el pago de seguros médicos y el gasto de bolsillo de los hogares.

Dada la diversidad de fuentes de financiamiento descrita (esto es, financiamiento

que proviene de los impuestos generales, de contribuciones obligatorias o de pagos voluntarios), y las distintas formas de destinar ese financiamiento (hacia servicios de acceso universal, o de acceso limitado, con actores públicos y privados que se interrelacionan), resulta complejo hacer comparaciones entre los países a fin de determinar cuánto y cómo se gasta en salud en cada caso. Tal y como fue señalado en el apartado anterior, para realizar un análisis de derechos humanos completo, entonces, sería necesario contar con un nivel alto de desagregación de datos sobre financiamiento de la salud que, a su vez, tuviera la homogeneidad necesaria para permitir su comparabilidad entre distintos países.

No obstante, teniendo en cuenta dichas precauciones iniciales, sí es posible analizar, desde una perspectiva de derechos humanos, algunos indicadores elaborados por la Organización Mundial de la Salud⁹ que permiten evaluar, a grandes rasgos, **cuánto gastan los países en salud, y qué porcentaje de ese gasto proviene de fuentes públicas y privadas**. Esto posibilita tener un panorama general sobre qué países se acercan o se alejan más o menos a un modelo de financiamiento público, o bien brindan mayores condiciones para ampliar la accesibilidad y cobertura de la salud.

De acuerdo a los indicadores mencionados, Brasil y Argentina son quienes presentan porcentajes más altos de gasto total en salud como porcentaje del PIB (ver gráfico 1.A). Sin embargo, son Argentina y Colombia (no Brasil) quienes presentan los niveles más altos de gasto en salud catalogado por la OMS como “gasto doméstico gubernamental”, que incluye tanto el gasto en salud financiado

9 Salvo aclaración en contrario, todos los datos sobre financiamiento de la salud mencionados en este apartado son tomados de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud -Global Health Expenditure Database, disponible <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. La definición de los indicadores y referencia a la lista de códigos puede encontrarse aquí <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry> y en el siguiente manual <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355269/9789240042551-eng.pdf?sequence=1>.

con rentas generales¹⁰ como con contribuciones de la seguridad social,¹¹ con relación al PIB (ver gráfico 1.B). En ambos casos, además, se observan tendencias crecientes para el periodo 2010-2020, con Argentina manteniendo porcentajes de gasto doméstico gubernamental por entre los 6 y 7% del PIB (con una caída abrupta en 2016) y Colombia manteniendo un crecimiento sostenido de los 5 a los casi 6% del PIB. En el caso de Brasil, la tendencia también fue creciente aunque recién en 2019 superó los 4% del PIB. México, por su parte, mostró la tendencia opuesta con una baja del gasto en salud como porcentaje del PIB para el periodo 2015-2019, que mantuvo esa inversión por debajo del 3% del PIB y que recién aumentó en el año 2020.

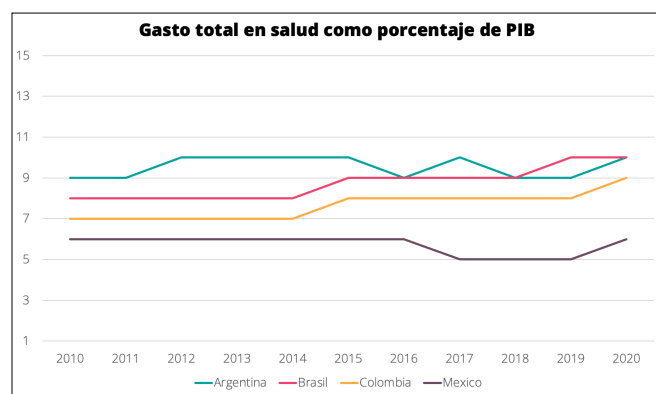


Gráfico 1.A. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

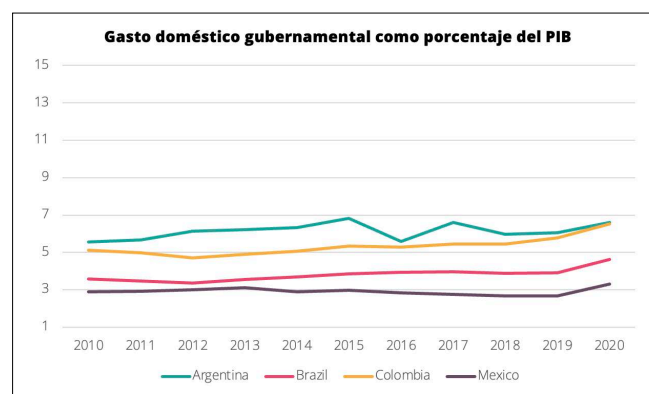


Gráfico 1.B. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

Por otra parte, si se mira la composición del gasto total en salud, puede decirse que Colombia y Argentina presentan los niveles más altos de “gasto doméstico gubernamental” con respecto a la categoría de “gasto doméstico privado”, que incluye sistemas de seguro prepago voluntario¹², sistemas de seguro prepago

10 Incluye transferencias internas al gobierno central y gobiernos descentralizados (a través de la recaudación general de recursos y la distribución presupuestaria), pagos a sistemas de seguridad social realizados por el gobierno para ciertos grupos específicos como ancianos, personas desempleadas, niños, etc., copagos, subsidios o créditos fiscales para la compra de seguros de seguridad social.

11 Refiere al pago de contribuciones obligatorias al sistemas de cobertura social de la salud, que pueden ser abonados por el empleado, el empleador (que puede incluir al gobierno, si la contribución se dirige al sistema social general y no a un esquema específico para un grupo de empleados) o el individuo auto-empleado. Ver <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355269/9/789240042551-eng.pdf?sequence=1> pag. 200.

12 Se trata de esquemas mediante los cuales los individuos o sus empleadores contratan con empresas privadas un seguro de

obligatorios¹³ y gastos de bolsillo¹⁴. Medidos como porcentaje del gasto total en salud, estos dos países presentaron niveles por encima del 70% y el 60% del gasto doméstico gubernamental para el periodo 2010-2020. Es decir, tanto Argentina como Colombia son los países que más invierten en salud como porcentaje del PIB y además lo hacen en porcentajes elevados a partir de esfuerzos gubernamentales y/o del sistema de seguridad social.

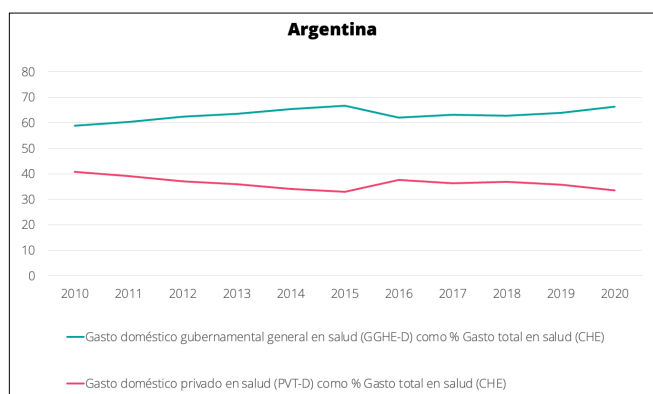


Gráfico 2. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

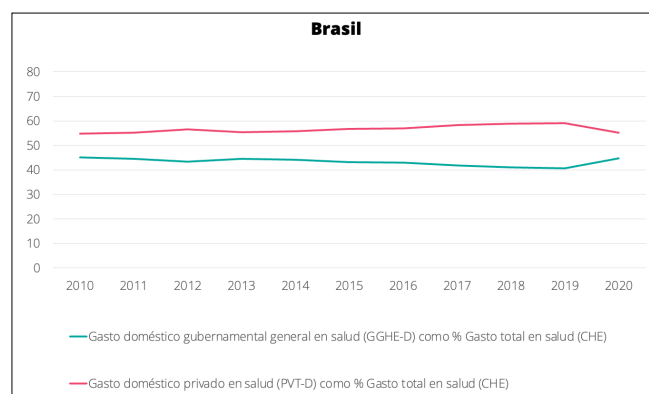


Gráfico 3. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

Brasil, por su parte, a lo largo del periodo analizado muestra un mayor porcentaje de gasto privado (arriba de los 50 puntos porcentuales del gasto total), mientras que el gasto doméstico gubernamental se ha sostenido por encima del 40% del gasto total. México, por otra parte, presenta una situación de equilibrio entre el gasto privado y el gasto gubernamental, dado por porcentajes de alrededor del 50% en cada caso sobre el gasto total en salud.

salud, que no es obligatorio o impuesto por el gobierno y cuya cuota no suele calcularse sobre la base de la remuneración del asegurado. Ver <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355269/9789240042551-eng.pdf?sequence=1> pag. 173.

13 Se trata de esquemas mediante los cuales los individuos o sus empleadores contratan con empresas privadas un seguro de salud, a partir de un mandato establecido por el gobierno. En estos casos, el gobierno puede además establecer algunas regulaciones sobre el valor de las cuotas. Ver OCDE, A system of health accounts (2011), en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355269/9789240042551-eng.pdf?sequence=1> pag. 201.

14 Se trata de pagos realizados a cambio de bienes y servicios de salud por parte de los hogares en usos de sus ingresos o ahorros. Los pagos se realizan de manera directa al momento del consumo o uso de los servicios, sin intermediación de terceros. Idem, pag. 178.

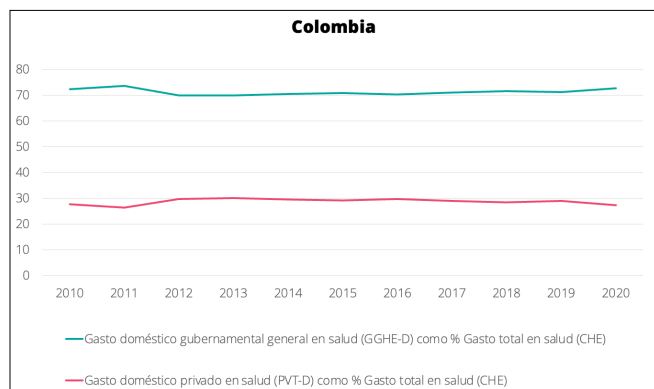


Gráfico 4. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

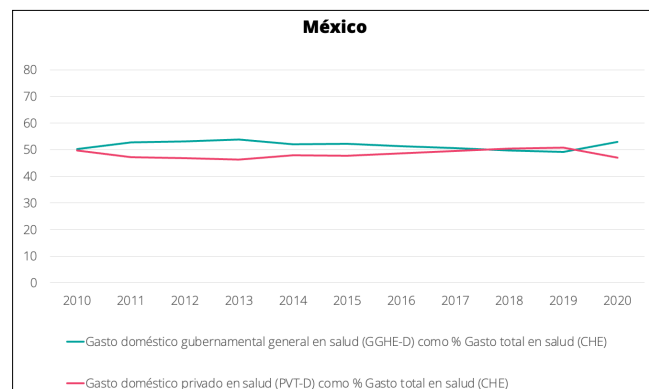


Gráfico 5. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

Pese a que Argentina y Colombia muestran una inversión significativa en salud —tanto con respecto al gasto total como porcentaje del PIB, como con relación al gasto gubernamental sin considerar el gasto privado—, desde una perspectiva de derechos es importante mencionar que gran parte de ese gasto se relaciona, en ambos países, con contribuciones del sistema social de salud. En ese sentido, se trata de contribuciones que, si bien son obligatorias y en algunos casos, aportadas con fondos públicos, no necesariamente alcanzan a dar cobertura universal a toda la población sino que suelen limitarse a los sectores del trabajo formal. En Argentina, por ejemplo, alrededor del 39% del gasto total en salud está representado por contribuciones sociales a la salud, mientras que en Colombia ese porcentaje ronda el 68% del gasto total en salud. En el caso de Brasil, en cambio, si bien la incidencia del gasto privado es significativa (ver gráfico 4), lo cierto es que todo el porcentaje restante —identificado como “gasto doméstico gubernamental” es no contributivo y emana de las rentas generales (dirigido a financiar el SUS). En México, finalmente, la distribución del gasto doméstico gubernamental, aunque más alto que en Brasil (pero menor que el propio en Colombia y en Argentina), también está representado, en un porcentaje relevante, por contribuciones sociales a la salud.

Los datos mostrados refuerzan el punto hecho en la sección anterior, en cuanto a que **medir el gasto en salud según porcentaje del PIB no es suficiente para monitorear si un país cumple con sus obligaciones financieras en materia de derechos humanos**. Como porcentaje de PIB el gasto puede resultar alto,

pero su composición puede por ejemplo obedecer a esquemas de financiamiento privados o que tienden a proteger, mayoritariamente, a sectores formales (donde, además, ciertos grupos en condiciones de vulnerabilidad suelen estar subrepresentados).

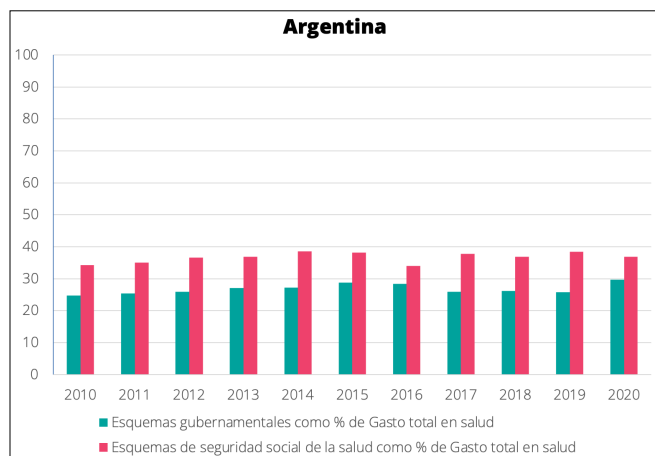


Gráfico 6. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

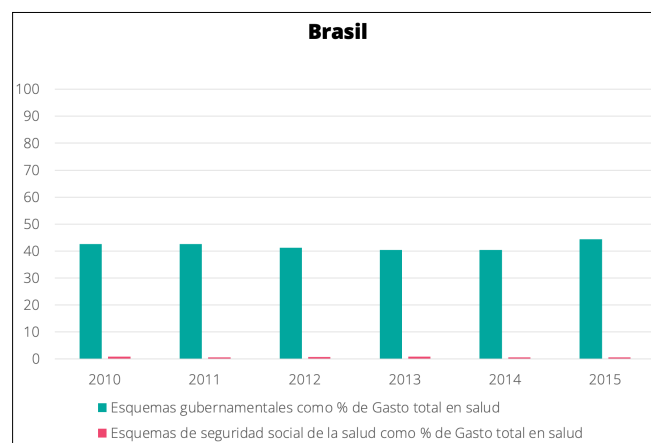


Gráfico 7. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

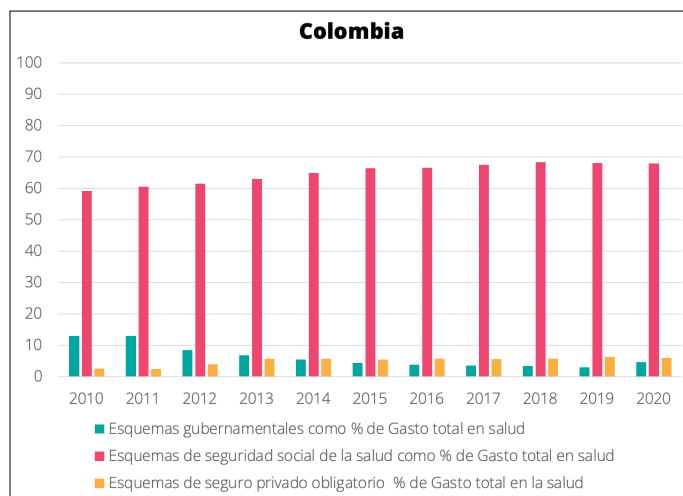


Gráfico 8. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

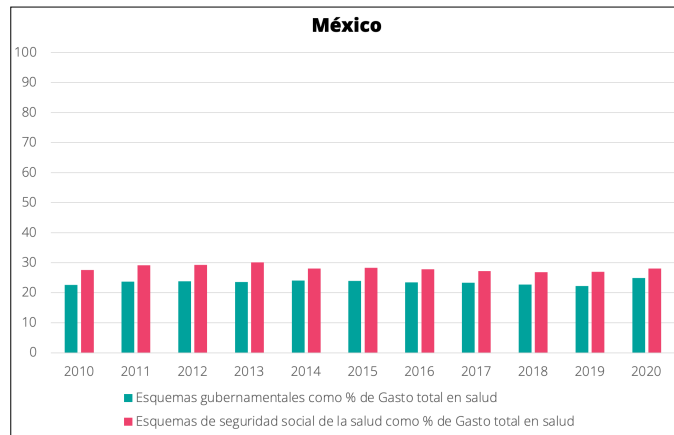


Gráfico 9. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

Por otra parte, también es relevante observar, dentro del gasto privado en salud, qué porcentajes representa el gasto de bolsillo en cada país —es decir, los desembolsos realizados de manera directa por los hogares para acceder a bienes y servicios de la salud, sin terceros intermediarios—. En este aspecto, **México es un caso alarmante de gasto de bolsillo, en tanto se ubica muy por encima del promedio regional (que para los últimos años ronda el 30%), con un porcentaje por arriba del 40% del gasto total para todo el periodo**

analizado. Entre las causas del elevado gasto de bolsillo en salud se suelen indicar las carencias de los servicios sanitarios públicos que llevan a las personas a buscar atención médica privada; el bajo presupuesto destinado al sector, la desaparición del Seguro Popular y más recientemente, la pandemia de Covid-19¹⁵.

El resto de los países analizados, se encuentran por debajo del promedio regional, aunque con porcentajes elevados tanto para el caso de Argentina como Brasil. En el supuesto de Argentina, resulta ilustrativo que el gasto de bolsillo muestre un aumento en el año 2016, momento en el cual la inversión del gasto doméstico gubernamental en salud disminuyó. Por otra parte, el gasto alto de bolsillo que muestra Argentina para todo el período analizado es un indicador más de la necesidad de evaluar la inversión pública en salud con una perspectiva que vaya más allá del gasto como porcentaje del PIB. Es decir, puede haber un porcentaje alto de gasto gubernamental como porcentaje del PIB (sea en forma de recursos generales o de contribuciones sociales a la salud), no obstante lo cual un gran porcentaje de la población igualmente incurre en gastos significativos en salud de su propio bolsillo. Esto podría sugerir la necesidad de invertir más en sistemas universales, de tener sistemas de salud más eficientes o bien de evaluar los costos de la salud.

En Colombia, por el contrario, la tendencia del gasto de bolsillo se encuentra por debajo del promedio regional y entre los más bajos de todo América Latina y El Caribe¹⁶.

15 Ver <https://politica.expansion.mx/mexico/2022/09/13/gasto-de-bolsillo-elevado-la-consecuencia-de-un-sistema-de-salud-limitado>

16 Ver <https://politica.expansion.mx/mexico/2022/09/13/gasto-de-bolsillo-elevado-la-consecuencia-de-un-sistema-de-salud-limitado>

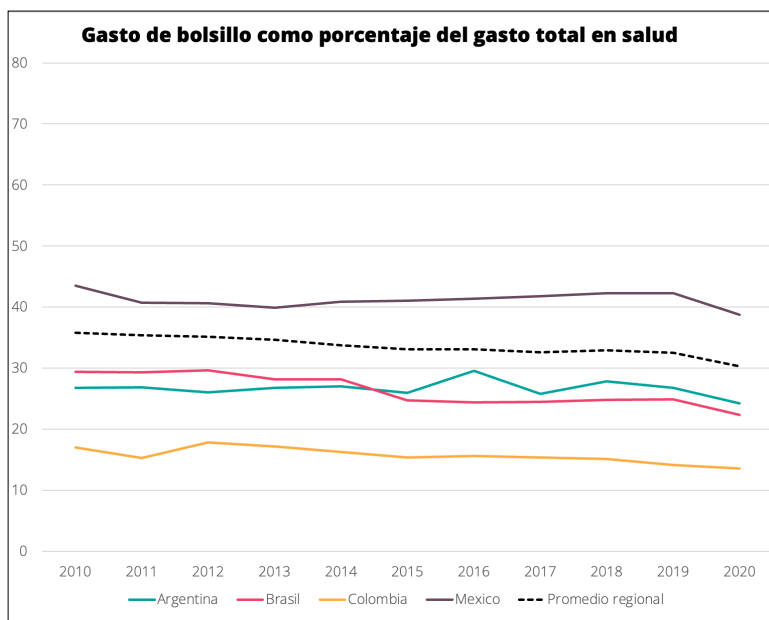


Gráfico 10. Elaboración propia en base a indicadores de la OMS.

En síntesis, Brasil y México son los países que presentan menores porcentajes de financiamiento público de la salud. Esto no necesariamente significa que se trate de los países que más alejados están de cumplir con sus obligaciones constitucionales y convencionales en la materia, porque dicho gasto podría estar bien focalizado y dirigido a financiar sistemas robustos de salud pública universal. Sin embargo, es un dato relevante para evaluar las obligaciones estatales de destinar “el máximo de los recursos disponibles” a garantizar la salud y que podría complementar los análisis de niveles de cumplimiento del derecho a la salud y de uso, acceso y calidad de los sistemas públicos de la salud. Por otra parte, si bien Argentina y Colombia parecieran estar más alineados con las obligaciones financieras para avanzar el derecho a la salud, también concentran una gran parte de la inversión a financiar esquemas de salud que no necesariamente tienen alcance universal y que, en el caso argentino, por ejemplo, aún dejan en evidencia costos elevados en salud para los hogares.

B. El deber de utilizar la política fiscal para lograr la igualdad real

1. ¿Qué dicen los Principios sobre el tema?

Los Estados deben promover la igualdad sustantiva a través de su política fiscal. Esto significa que están obligados a asegurar que la política fiscal no tenga sesgos discriminatorios contra ciertos grupos históricamente vulnerados, así como también a utilizar la política fiscal para financiar acciones afirmativas en favor de estos grupos, incluyendo las mujeres, personas con discapacidad, pueblos indígenas, y personas afrodescendientes, entre otros.

2. ¿Qué implica esto para el derecho a la salud?

El derecho a la salud impone sobre los Estados una obligación transversal de no discriminación e igualdad en el acceso a los servicios de salud. Según el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, los gobiernos tienen la obligación legal de garantizar que “las personas y comunidades desfavorecidas disfruten, en la práctica, del mismo acceso que aquellos más favorecidos”¹⁷.

Como parte de esta obligación transversal, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otras normas de derechos humanos, obligan a los Estados a invertir recursos prioritariamente en ciertos programas sanitarios, o bien a asegurar el derecho a la salud de determinados grupos poblacionales, como sucede con los programas destinados a niñez, a personas mayores, a mujeres, personas con discapacidad y sectores de menores ingresos. Además, esto significa que los Estados deberían adoptar medidas de gasto en salud compensatorio y/o focalizado en los sectores de ingresos más bajos cuando éstos dependen en gran medida de gastos de su bolsillo para acceder a servicios médicos.

¹⁷ Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. ONU A/HRC/7/11, (2008), párrafo 42.

3. ¿Se acercan los países analizados a estos estándares?

La alta incidencia del gasto privado (y sobre todo del gasto de bolsillo) en países como Brasil y México, o de gasto social en países como Colombia y Argentina puede tener efectos inequitativos sobre distintos grupos socioeconómicos, como mujeres, personas mayores, comunidades campesinas o pueblos indígenas viviendo en zonas alejadas de los centros urbanos, etc. Así, por ejemplo, las personas mayores o personas con discapacidad suelen incurrir en mayores gastos en medicamentos. Las mujeres suelen estar sobrerrepresentadas en el trabajo informal y peor remunerado, lo que dificulta el acceso a un sistema privado o de seguridad social de la salud.

Si se observa el porcentaje de gasto privado en que incurren los hogares según sus niveles de ingresos se advierte que, **en general, disminuye el porcentaje de gastos de bolsillo y aumenta el gasto en afiliaciones a seguros privados a medida que se avanza hacia los grupos más ricos**. En el caso argentino, por ejemplo, se estima que mientras que el quintil más bajo gasta cerca del 90% de su gasto privado en gastos de bolsillo, el quintil más rico destina poco más del 50% de ese gasto a gastos de bolsillos y todo el porcentaje restante a afiliaciones privadas¹⁸. Algo similar sucede en México, donde si bien el gasto en salud por hogar aumentó entre los años 2018 y 2022, el gasto de bolsillo para los deciles más bajos de la población también aumentó significativamente¹⁹. En Brasil, el porcentaje de hogares que incurre en “gastos catastróficos” (ver tabla 2 de “conceptos clave”) aumenta de 15% a 37% cuando se observan los hogares de tramos inferiores de consumo. Esto indica la inequidad que pueden generar los modelos de financiación de la salud que descansan en gran medida en niveles altos de gasto privado o de bolsillo, lo que iría en contra de los principios de derechos humanos.

Por otro lado, el aumento en gasto público destinado a **financiar ciertos**

18 Datos para 2017. Ver María José Valco et al., “Gasto catastrófico y empobrecedor en salud: un estudio para argentina”, disponible en <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/741/755>

19 Datos según CIEP y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2022 https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2022/doc/enigh2022_ns_presentacion_resultados.pdf

programas puede tener un efecto igualador para ciertos grupos históricamente vulnerados. En el caso de las poblaciones afrodescendientes, por ejemplo, está documentado que la mortalidad materna e infantil, así como la tasa de embarazo adolescente son más altas que para las poblaciones no afrodescendientes en la mayoría de los países de la región²⁰. Pese a estos indicadores, en Colombia, por ejemplo, la cobertura de atención prenatal en el primer trimestre y de acceso a la vacuna antitetánica es más baja para las mujeres afrodescendientes que para las no afrodescendientes²¹. Esto significa que una fuerte inversión en programas de prevención, tales como educación y salud sexual y reproductiva, podría tener impactos particularmente beneficiosos para estos grupos.

C. El deber de avanzar en la garantía de derechos y la prohibición de regresividad

1. ¿Qué dicen los Principios sobre el tema?

De acuerdo con los Principios, los Estados deben avanzar progresivamente en la protección de los derechos sociales (incluido el derecho a la salud), y por ende evitar las medidas fiscales que signifiquen un retroceso en esa protección²². En contextos de crisis, como el generado por la pandemia por COVID-19, es cuando más debe priorizarse la protección de los derechos sociales²³.

2. ¿Qué implica esto para el derecho a la salud?

Entre otras cosas, este principio exige que los retrocesos en la inversión pública para garantizar el derecho a la salud se realicen solo luego de agotar otras alternativas, y que estén justificados de manera muy estricta. Además, si

20 OPM/OMS, "La salud de la población afrodescendiente en América Latina" (2021), disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54503/9789275323847_spa.pdf

21 Ídem.

22 Principio 11.

23 Subprincipio 11.1.

se adoptara una medida que restringe la protección de la salud, se deben hacer esfuerzos especiales por proteger los programas destinados a personas en mayor situación de vulnerabilidad²⁴.

3. ¿Se acercan los países analizados a estos estándares?

Es llamativo que los países que menos gasto doméstico gubernamental invierten en salud (ver apartado A) también han mostrado tendencias regresivas en ese gasto.

Si bien **Brasil** aumentó el gasto público entre los años 2012 y 2015, a partir de ese año el porcentaje de ese gasto se estancó, posiblemente a raíz de la reforma constitucional que impuso la austeridad fiscal en salud (ver gráfico 1. B).

México, por su parte, mostró una tendencia a bajar ese tipo de gasto en salud a partir del 2017, aunque con un aumento histórico en el año 2020 que apenas se acercó al 3% del gasto total según porcentaje del PIB (ver gráfico 1. B).

Colombia, en tendencia opuesta, ha demostrado el cumplimiento con el principio de progresividad en tanto si bien aún no alcanzó la meta del 6% del gasto público según PIB, ha mantenido un incremento sostenido en el tiempo, medido en términos reales (ver gráfico 1. B). Argentina, asimismo, aunque de manera más errática a partir del año 2015, también mostró una tendencia a aumentar el gasto doméstico gubernamental en salud durante todo el período observado (ver gráfico 1.B.).

Por otra parte, también es importante analizar si el gasto en ciertos programas de salud específicos ha progresado o no a lo largo del tiempo. Esto es particularmente relevante para los programas que se dirigen a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad. En efecto, una de las sugerencias de organismos especializados en salud a nivel global se vincula con invertir en “gastos de calidad” y que prioricen a determinados grupos como la infancia²⁵, o en programas de atención primaria de la

24 Principio 11, directriz 2.

25 Así por ejemplo, las obligaciones estatales vinculadas a asegurar el derecho a la salud de la infancia, se complementan con las sugerencias elaboradas por la CEPAL, UNICEF y el Banco Mundial respecto de la necesidad de invertir más recursos públicos

salud²⁶, programas de prevención²⁷, capacitaciones de trabajadores comunitarios de la salud²⁸, así como infraestructura y tecnología de la información aplicadas a salud²⁹.

Si bien de la información relevada surge que en general todos los países cuentan con asignaciones presupuestales para ese tipo de programas, desde 2020 se registran retrocesos en el marco de la pandemia por COVID-19³⁰.

En el caso de **México**, por ejemplo, para el periodo 2018-2023, la inversión en infancia y adolescencia para el sector salud disminuyó en términos reales en un 4%, y entre los programas con recortes se encuentran el Programa de Vacunación (-55.9%), Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (-43.3%) y Salud materna, sexual y reproductiva (-38.7%)³¹.

En **Brasil**, si bien el sistema de salud universal incluye gastos que indirectamente benefician a la niñez y mujeres embarazadas, la inversión en el programa

en la niñez, por ejemplo, en programas nutricionales para los primeros 1000 días de vida. Ver Banco Mundial. Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe. "Se estima que se debe invertir alrededor de \$13 mil millones a nivel mundial cada año durante 10 años para cerrar las brechas causadas por COVID-19 y mantenerse en el rumbo para alcanzar los objetivos que reducen el retraso en el crecimiento entre los niños y la anemia en las mujeres, aumentan las tasas de lactancia materna y mitigar el impacto de emaciación". Ver también, UNICEF La inversión en la primera infancia en América Latina, 2015 y CEPAL, Panorama Social para América Latina (2021) "el llamado es a aumentar la inversión en la infancia, con especial atención al resguardo de sus controles sanitarios y seguimientos médicos, así como a la consolidación de políticas de cuidado y sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez", p. 123.

26 Ver Banco Mundial. Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe.

27 La OMS ha pedido a los países que inviertan al menos un 1 por ciento más de su PBI para cerrar las brechas en la cobertura de salud y garantizar el acceso a la atención. "Countries Must Invest at Least 1% More of GDP on Primary Health Care to Eliminate Glaring Coverage Gaps." Comunicado de prensa. 22 de septiembre. <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

28 Banco Mundial. Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe "Las inversiones para proteger, retener y apoyar al personal sanitario que trabaja en primera línea costarán aproximadamente el 0,7 por ciento del PBI (OCDE 2022). Los trabajadores de la salud comunitarios (CHW) desempeñan un papel cada vez más importante en la prestación de educación sanitaria y atención preventiva en las comunidades; sin embargo, existe una brecha de financiación de \$2 mil millones para ampliar los programas de CHW solo en el África subsahariana (Masis et al. 2021)".

29 Banco Mundial. Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe.

30 CEPAL, Panorama Social para América Latina 2021.

31 UNICEF <https://www.unicef.org/mexico/media/7461/file/Proyecto%20de%20Presupuesto%20de%20Egresos%20de%20la%20Federación%202023.pdf>

específico sobre salud materno infantil “Rede Cegonha” también disminuyó con relación al gasto total de salud, de un 0,85% en el año 2013 a un 0,02% en el año 2022.

Estas medidas se encuentran desalineadas de los estándares de derechos humanos reseñados que buscan que justamente este tipo de programas sean los últimos en sufrir recortes.

En **Colombia**, los recursos para la implementación de medidas de asistencia y rehabilitación de las víctimas del conflicto armado crecieron un 99% en términos reales del 2019 a 2022. Además, a partir de 2021 se creó una partida en inversión para el fortalecimiento de la atención en salud de la población migrante no asegurada. Aunque la inversión en términos reales disminuyó un 29% de 2021 a 2022, se resalta la creación de gastos para esta población vulnerable³².

D. El deber de asegurar niveles esenciales de derechos

1. ¿Qué dicen los Principios sobre el tema?

Los Principios establecen que los Estados deben usar la política fiscal para asegurar de manera inmediata los niveles esenciales (un contenido básico) de los derechos sociales y un nivel de vida adecuado para todas las personas, incluso en situaciones de crisis³³.

2. ¿Qué implica esto para el derecho a la salud?

Dentro de estos niveles esenciales, los Estados deben asegurar la atención primaria de la salud, medicamentos esenciales, una alimentación mínima y al acceso no discriminatorio a la salud, entre otras cosas³⁴. Además, deberían

32 Ver Departamento Nacional de Planeación de Colombia, Ejecución del Presupuesto General de la Nación. disponible en: <https://www.dnp.gov.co/LaEntidad/subdireccion-general-inversiones-seguimiento-evaluacion/direccion-programacion-inversiones-publicas/Paginas/ejecucion-presupuesto-general-de-la-nacion.aspx>

33 Principio 9; Subprincipio 9.1.

34 Comité DESC, Observación General 14.

asegurar que los gastos en que las personas incurren en materia de salud no obstaculicen el derecho a gozar de un nivel de vida adecuado.

3. ¿Se acercan los países analizados a estos estándares?

El “gasto catastrófico” o “gasto empobrecedor” sirve como indicio de un modelo que asegura (o no) pisos esenciales de cobertura médica para todas las personas.

Conceptos clave:

- ♦ **Gasto de bolsillo:** es el gasto en salud en que incurren los hogares “de su propio bolsillo”. Se trata también de una forma de “gasto privado”.
- ♦ **Gasto de catastrófico:** Si bien hay distintas maneras de medir el gasto catastrófico, en general intenta capturar cuántos hogares incurren en un nivel de gasto de bolsillo muy elevado con relación a su gasto total o su capacidad de pago*.

Si bien el promedio de gasto de bolsillo en la región ha disminuido de aproximadamente el 36% al 30% del gasto total en salud entre los años 2010-2020 (ver gráfico 10), todavía es el doble de aquel de los países de la OCDE (18%)³⁵ y superior al límite del 20% recomendado para la mayoría de los países. Niveles por encima del 20% del gasto total en salud, tal y como presentan todos los países analizados excepto Colombia (ver gráfico 10), están estrechamente asociados con gastos catastróficos y empobrecedores y son un indicador del estrés que experimentan los hogares para acceder a los servicios de salud³⁶.

El gasto catastrófico se evalúa siguiendo distintos umbrales de porcentajes de estos gastos como gasto total de los hogares utilizados para su definición. En **Argentina**, para el periodo 2017-2018 el gasto catastrófico, considerando un

* La OMS y el Banco Mundial establecieron el uso de este indicador para medir las metas de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, utilizando umbrales de 10% y 25% del gasto del hogar para considerar ese gasto como elevado o catastrófico.

35 BID, Mejor gasto para mejores vidas, pag. 266.

36 BID, Mejor gasto para mejores vidas, pag. 266.

porcentaje del gasto total del hogar igual o superior a 25%, fue del 3,3% de los hogares³⁷. Si se considera, en cambio, un umbral del 10% para definir el gasto catastrófico, para el mismo periodo ese gasto alcanzó a un 11,4% de los hogares.

En el caso de **Brasil**, para el periodo 2017-2018, el porcentaje de hogares que tuvieron un gasto catastrófico por encima del umbral del 10% fue el triple que en Argentina (un tercio de los hogares, aproximadamente)³⁸. Además, se calcula que 10 millones de brasileños ingresan en la pobreza cada año por gastos en asistencia médica, lo que representa un 4,87% de la población, porcentaje mayor al promedio para América Latina (1,8%)³⁹.

Para el caso de **México**, por otra parte, existe información sobre el gasto promedio de los hogares en gastos médicos de bolsillo, y porcentaje de hogares que incurren en un gasto de bolsillo superior al 40% de la capacidad de pago del hogar. En el primer caso, es interesante remarcar que entre los años 2018 y 2022 el gasto de bolsillo promedio aumentó proporcionalmente más entre los estratos socioeconómicos más pobres⁴⁰. En el segundo caso, para 2018 se estimaba que alrededor de un 2% de los hogares incurrió en gasto catastrófico medido como un gasto igual o superior al 40% de la capacidad de pago del hogar (con un aumento al 3,6% de los hogares registrado en el 2020)⁴¹. En Colombia, tomando el mismo umbral, se estima que el gasto catastrófico alcanzaba un 1,76% de los hogares entre los años 2016-2017.

Uno de los rubros que representan una gran carga de gasto de bolsillo está dado por los **medicamentos**, y repercuten sobre todo en los hogares de

37 Los datos para 2004 y 2017 son tomados de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/741/755> y los datos de 2013, PAHO <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55714>

38 Araujo EC, Coelho BDP. Measuring Financial Protection in Health in Brazil: Catastrophic and Poverty Impacts of Health Care Payments Using the Latest National Household Consumption Survey. *Health Syst Reform*. 1o de julho de 2021;7(2):e1957537.

39 Measuring Financial Protection in Health in Brazil: Catastrophic and Poverty Impacts of Health Care Payments Using the Latest National Household Consumption Survey

40 Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares, México, 2022. Ver <https://twitter.com/ciepmx/status/1684977424973344779>

41 *Lancet* 2023; 402: 731–46, Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption, p. 735.

más bajos ingresos. En Argentina, el 38% del gasto de bolsillo está destinado a medicamentos⁴². En Brasil ese número asciende a un 45% y en México representa un número alarmante del 68%. En Colombia, en cambio, el gasto de bolsillo farmacéutico es más bajo y equivale al 21% del gasto total en salud en los hogares⁴³.

Otro indicador relevante es el porcentaje de hogares en riesgo de incurrir en gasto catastrófico por gastos en **cirugías**. Según el Banco Mundial, mientras que Argentina presenta un porcentaje por debajo al promedio de los países de la OCDE (2% Argentina, 3% OCDE), Colombia lo supera (8%), y México y Brasil tienen porcentajes muy por encima (11% y 15%, respectivamente)⁴⁴.

E. La posibilidad de utilizar impuestos con fines regulatorios para la garantía de derechos

1. ¿Qué dicen los Principios sobre el tema?

Los Estados deberían utilizar su política fiscal para incentivar o desincentivar conductas relevantes para la garantía de los derechos humanos. Este tipo de medidas puede ser utilizado para corregir “fallas del mercado”⁴⁵ que dan lugar a consumos nocivos y así crear condiciones para la realización de los derechos humanos, o evitar condiciones que puedan ponerlos en riesgo⁴⁶.

2. ¿Qué implica esto para el derecho a la salud?

Tal y como ha remarcado el Comité DESC, los Estados deberían usar los sistemas

42 Ministerio de Salud de Argentina, 2021

43 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/boletin-gasto-bolsillo.pdf>

44 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=OE-BR-AR-CO-MX>

45 https://data.bloomberglp.com/dotorg/sites/2/2019/06/Task-Force-On-Fiscal-Policy_Spanish.pdf

46 Principio 12.

tributarios para generar incentivos positivos para la salud⁴⁷. Los impuestos saludables, por ejemplo, sirven tanto para generar recursos necesarios para financiar derechos como para regular conductas nocivas para la salud. Los impuestos saludables son impuestos selectivos al consumo, que se aplican a los productos “que tienen un impacto negativo en la salud pública como el tabaco, las bebidas alcohólicas y las bebidas azucaradas” y contribuyen a disminuir su consumo, generar ingresos fiscales inmediatos adicionales y potencialmente a reducir los costos en atención médica así como aumentar la productividad laboral⁴⁸.

Un ejemplo conocido está dado por los impuestos especiales a los alimentos ultraprocesados y sus efectos positivos para reducir enfermedades no transmisibles, en especial sobre grupos en situación de vulnerabilidad⁴⁹. Además, los impuestos saludables brindan recursos a los Estados y ahorran gastos en atención de la salud, provocados en parte por el consumo de productos como los ultraprocesados o el tabaco⁵⁰. Por otra parte, los Estados deberían abstenerse de financiar actividades o empresas cuya actividad comercial se centra en el incentivo de conductas dañinas para la salud, como por ejemplo serían las exenciones o incentivos fiscales a empresas de bebidas azucaradas o alimentos ultraprocesados.

Más recientemente, la Relatoría sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales

47 https://derechosypoliticafiscal.org/images/BackgroundPaper-N4-ES-VFok_compressed.pdf. Allí se indica que “De las 135 recomendaciones que el Comité DESC ha expedido en los últimos diez años a los países con los que han sostenido diálogos constructivos durante sus sesiones, se ha abordado de manera explícita el uso de la política fiscal para la protección y garantía de los derechos a la salud y a la alimentación en 11 observaciones finales. Específicamente, el Comité DESC ha enmarcado sus recomendaciones sobre impuestos al tabaco y al alcohol en la protección y garantía del derecho a la salud, mientras que los impuestos a las bebidas azucaradas y a la comida chatarra los ha enmarcado tanto en la protección y garantía del derecho a la salud como en la del derecho a la alimentación”.

48 Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas: aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 28 de agosto de 2023 [Elaborado por la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. parr 321 https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/REDESCA_enfermedades_NoTransmisibles_DDHH_SPA.pdf

49 Ver O'Neill Institute, “Defender el impuesto a las bebidas azucaradas ultraprocesadas en Colombia es una cuestión de derechos humanos”, disponible en <https://oneill.law.georgetown.edu/press/defender-el-impuesto-a-las-bebidas-azucaradas-ultraprocesadas-en-colombia-es-una-cuestion-de-derechos-humanos/>

50 Por ejemplo, se estima que los costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco equivalen al 6,9% del presupuesto de salud de la región, o el 0,6% de su PIB (Pichon-Riviere et al., 2020). <https://www.advocacyincubator.org/featured-stories/2023-05-18-using-the-power-of-health-taxes-to-prevent-non-communicable-diseases>

y ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (REDESCA) ha resaltado la importancia de los impuestos saludables como herramienta para combatir enfermedades no transmisibles, en tanto “benefician de forma amplia a la sociedad y garantizan el derecho a la salud y otros derechos relacionados, al contribuir a evitar la mortalidad prematura, la morbilidad y la generación de discapacidades asociadas a las ENT (enfermedades no transmisibles), al tiempo que permiten al Estado acceder a recursos económicos que pueden usarse para promover entornos saludables y garantizar diversos DESCAs”⁵¹.

3. ¿Se acercan los países analizados a estos estándares?

En todos los países relevados existen impuestos especiales o bien alícuotas diferenciadas sobre impuestos al consumo o a la producción de bebidas alcohólicas, de ciertos alimentos o de tabaco⁵². En **México**, se grava la producción del alcohol, los alimentos de alto contenido calórico, las bebidas azucaradas y el tabaco. En **Argentina** se grava la importación y fabricación de tabaco con alícuotas de 60%, bebidas alcohólicas con alícuotas que van del 4-12%, y bebidas no alcohólicas, jarabes, extractos y concentrados con una alícuota del 4%.

En **Brasil** se aplica una alícuota más elevada del impuesto sobre los productos industrializados para cigarrillos y bebidas alcohólicas —para estas últimas, varía entre el 3,9% (para las cervezas) y el 19,5% (para el caso del vodka, el whisky y los licores)⁵³—. En **Colombia** también existen alícuotas diferenciadas en el impuesto

51 Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas: aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 28 de agosto de 2023 [Elaborado por la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. Párr 262., disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/REDESCA_enfermedades_NoTransmisibles_DDHH_SPA.pdf

52 Estos impuestos están regulados en la Ley del IEPS (Impuesto Especial sobre Producción y Servicios). Las tasas y cuotas varían dependiendo el tipo de producto. Por ejemplo, en el caso de las bebidas alcohólicas tienen un gravamen como porcentaje del valor del producto y la tasa varía dependiendo del nivel de alcohol (por caso, las bebidas con una graduación alcohólica de más de 20°G.L pagan 53%).

Las bebidas azucaradas tienen un gravamen de \$1.5086 por litro que se actualiza anualmente conforme a la inflación. El tabaco se grava a partir de una combinación entre un impuesto sobre el valor (160% del precio de venta mayorista) y un impuesto específico que se actualiza según la

inflación. Los alimentos no básicos con una densidad calórica de 275 kilocalorías o mayor tienen un gravamen de 8% por cada 100 gramos.

53 <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/tributario/setor-de-bebidas-alcoolicas-luta-contr-aumento-do-imposto-so-bre-o-pecado-02012023&sa=D&source=docs&ust=1698154769209367&usg=AOvVaw2q-rPEInVAYhu7H7pu29I>

al consumo de algunas bebidas alcohólicas (20%), tabaco y cigarrillos (40% y 51% según la gama del cigarrillo)⁵⁴.

Si bien todos los países relevados gravan el tabaco por debajo de las economías de la OCDE, Colombia es el que grava con el porcentaje más bajo al tabaco, considerando impuestos sobre precio final⁵⁵. Además, en Colombia, con la entrada en vigor de la reforma tributaria de 2022, se establecieron impuestos selectivos sobre los alimentos ultraprocesados y las bebidas azucaradas. Así, se busca avanzar hacia canastas de consumo más saludables, mientras se compensan los gastos en salud que debe realizar el Estado colombiano como consecuencia de estos productos. También, en ese país existen asignaciones específicas de los recursos provenientes de los impuestos al consumo de cerveza, licores, cigarrillos y tabaco al financiamiento del régimen subsidiado de salud, cuyos usuarios son las personas en situación de mayor vulnerabilidad. En México, hasta el año 2020, existía un mecanismo similar, en tanto los recursos recaudados por vía de impuestos a las bebidas azucaradas debían destinarse a prevención de enfermedades y construir bebederos de agua potable en las escuelas. Sin embargo, esto nunca fue exitoso debido a la falta de trazabilidad de recursos⁵⁶.

Todas estas medidas aparecen como a grandes rasgos alineadas con los objetivos de promover conductas saludables mediante la implementación de impuestos. Sin embargo, se trata solo de ejemplificar sobre algunos casos sin realizar un análisis profundo de los sistemas impositivos y sus efectos sobre el derecho a la salud de la población, lo que requeriría más desarrollo. En ese sentido, cabe advertir que la OPS ha señalado que en la región es necesario avanzar hacia tasas impositivas más altas en el consumo de estos productos, así como impuestos específicos de salud⁵⁷.

54 En Colombia el impuesto a las bebidas alcohólicas es mixto. Es decir tiene un componente ad valorem y un componente específico por grados de alcohol. Las tarifas son variadas en el componente específico, acorde con grado alcohométrico y el componente ad valorem es de 25% para licores, aperitivos y similares y de 20% para vinos y aperitivos vínicos.

55 Cabe aclarar que el impuesto al tabaco es mixto un componente ad valorem (precio final) y un componente ad valorem según contenidos, es decir no es solo sobre precio de venta final.

56 <https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2018/12/Análisis-del-Paquete-Económico-2019.pdf>

57 En el caso del tabaco, por ejemplo, el consumo sigue siendo alto sobre todo en la población femenina mientras que las tasas impositivas se ubican, en general, por debajo del 75% del precio.

F. La posibilidad de utilizar impuestos con fines regulatorios para la garantía de derechos

1. ¿Qué dicen los Principios sobre el tema?

Según los Principios, los Estados tienen la obligación de movilizar el máximo de los recursos disponibles para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos. Esto significa que los Estados deben adoptar todas las medidas que estén a su alcance para ampliar su espacio fiscal, de forma tal de que quienes tienen más ingresos y riqueza, aporten proporcionalmente más que el resto. La implementación de tributos altamente progresivos es la alternativa por excelencia para cumplir con esta obligación.

2. ¿Qué implica esto para el derecho a la salud?

Además de los impuestos, los beneficios tributarios también pueden ser determinantes relevantes para la salud. Al contrario de los impuestos, los beneficios tributarios detraen recursos de los Estados y por lo tanto, achican su capacidad de financiar derechos. En algunos casos, dicha reducción de la capacidad recaudatoria estatal puede encontrarse justificada en el objetivo de bajar los costos de ciertos productos necesarios para garantizar la salud (por ejemplo, las exenciones al impuesto al valor agregado en productos de gestión menstrual) o de incentivar conductas necesarias para ese mismo fin (por ejemplo, para promover la inversión en cierto campo de investigación médica). Sin embargo, puesto que los beneficios siempre implican una renuncia a percibir recursos públicos, es necesario que sean sometidos a mecanismos frecuentes de monitoreo para evaluar su efectividad desde una perspectiva de derechos. Esto es particularmente relevante en América Latina y El Caribe, donde la OPS ha enfatizado la necesidad de ampliar el espacio fiscal de los Estados mediante la tributación para aumentar el gasto público en salud.

En ese sentido, la OPS se ha pronunciado en contra de los gastos tributarios —sobre todo los establecidos para ciertos impuestos, como el impuesto a la renta— en tanto repercuten en el espacio fiscal de los gobiernos de la región e

indirectamente, afectan la capacidad de los Estados para garantizar el derecho a la salud⁵⁸.

3. ¿Se acercan los países analizados a estos estándares?

Según datos revelados por la OPS, para el año 2012 México se encontraba entre los países con porcentajes más altos de gastos tributarios de la región —3,82% como porcentaje del PIB—, seguido por Brasil —3,32%— y Argentina —2,59%—⁵⁹. Para Colombia sólo muestra datos para el año 2005, aunque también con un porcentaje alto de 3,70% del PIB. En el caso de Argentina, si bien presenta un porcentaje más bajo de gastos tributarios, la OPS señala que ese número fue en ascenso desde el 2005 al 2013.

Por otra parte, en todos los países analizados existen beneficios tributarios relacionados directamente con el servicio de la salud. En Brasil los gastos con profesionales de la medicina, dentistas, profesionales de la psicología y otras profesiones de la salud tienen deducciones especiales en el impuesto a la renta de las personas físicas y las empresas pueden deducir del impuesto a la renta de las personas jurídicas los gastos en servicios médicos, farmacéuticos y odontológicos. También, las empresas farmacéuticas y ciertas empresas de salud tienen beneficios tributarios. Para el 2020 en **Brasil** se calcula que el gasto tributario en salud representó un 0,7% del PIB.

En **México** también hay deducciones al impuesto sobre la renta relacionadas con gastos asociados a la salud, como honorarios médicos, odontológicos y primas de seguros médicos —todos gastos tributarios que benefician mayoritariamente al decil 10 de la población según ingresos—. Para 2023 se estima que estos gastos significaron un 0.04% del PIB de 2023. Otros tipos de gastos tributarios, como las exenciones de IVA a servicios profesionales de la medicina e IVA tasa 0% para la

58 Organización Panamericana de la Salud, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34947/9789275320006_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

59 Para el caso de Argentina cabe considerar que desde 2022 el Ministerio de Economía ha sugerido al Congreso revisar los gastos tributarios y otros beneficios impositivos “con un impacto presupuestario negativo por causar una merma de recaudación de carácter permanente” que, en total, ascienden al 4,7% del PIB. Ver: https://drive.google.com/file/d/1RSsKyvu5CpcniGyLsI4GHcdDv9IM_ixH/view?usp=sharing

enajenación de medicinas de patentes y para la venta de productos de gestión menstrual representaron un 0,17% del PIB para ese año. En el caso del IVA a tasa 0% de los productos de gestión menstrual, las mujeres de los hogares de los deciles I a V reciben 44.1% de la transferencia absoluta total, lo que contrasta con otros productos con tasa 0%, que benefician en términos absolutos a las mujeres de mayores ingresos.

En **Colombia** también hay ejemplos de exenciones y descuentos en el impuesto a la renta para actividades de atención de la salud humana y de asistencia social, que representan entre el 0,2 y 0,3% del gasto público en salud. Adicionalmente, las personas naturales pueden deducir del impuesto a la renta las cotizaciones a la salud y los pagos a seguros de salud hasta un monto determinado. Asimismo, los servicios para cuidado de la salud humana y servicios sociales están excluidos de la tarifa general del 19% del impuesto al valor agregado (IVA). Desde el 2012 la salud prepaga tiene una tarifa especial de IVA del 5%, la que tuvo por objetivo hacer más accesible el sistema privado de salud, frente al mal servicio sanitario del sistema público colombiano. Al igual que Colombia, **Argentina** prevé distintas exenciones y alícuotas reducidas al IVA, especialmente aplicables a servicios e insumos adquiridos en el marco de la salud como el pago de seguros de salud privados y la venta de medicamentos.

En muchos casos, estos beneficios representan sumas considerables de recursos públicos que los Estados dejan de percibir. En Colombia, por ejemplo, las exclusiones de IVA en la venta de productos farmacéuticos representaron un 6,2% del gasto público en salud en 2022 y las alícuotas reducidas al IVA por contratar el servicio de empresas prepagas de salud representaron el 1,9% de ese gasto en el mismo año⁶⁰. Pese a ello, **en ninguno de los países analizados se realizan evaluaciones de impacto sobre los efectos de estos beneficios, por ejemplo en el acceso a la salud de los distintos grupos socioeconómicos, mujeres, trabajadores informales, personas afrodescendientes, indígenas, entre otras categorías relevantes para los derechos humanos.**

60 Cálculos propios con base en el costo fiscal estimado por el Marco Fiscal de Mediano plazo 2022 y 2023 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

G. El deber de utilizar el máximo de los recursos disponibles para la garantía de los derechos

1. ¿Qué dicen los Principios sobre el tema?

Los Estados deben asegurar que la política fiscal sea transparente⁶¹. Esto requiere, entre otras cosas, que la información fiscal se desagregue de una forma que permita un análisis con perspectiva de derechos y en clave de desigualdad, incluyendo criterios como el género, la pertenencia étnica o racial, u otras categorías sospechosas de discriminación⁶².

2. ¿Qué implica esto para el derecho a la salud?

Los Estados deben producir información fiscal, en especial presupuestaria, con niveles de desagregación lo suficientemente detallados como para conocer cuántos recursos se destinan a garantizar la salud de todas las personas según su condición étnica, cultural, género, zona geográfica de residencia, o discapacidad, entre otras categorías relevantes. La información presupuestaria sobre inversión en salud con foco en ciertos grupos poblacionales es particularmente importante para problemáticas de salud asociadas con impactos específicos sobre estas poblaciones⁶³. Así, por ejemplo, los problemas alimentarios o de falta de atención primaria de la salud pueden tener efectos particularmente negativos para la primera infancia, y las problemáticas asociadas a la salud sexual y reproductiva repercuten especialmente sobre las mujeres.

3. ¿Se acercan los países analizados a estos estándares?

Desafortunadamente, no existen datos lo suficientemente desagregados para conocer, por ejemplo, cuánto gasto de bolsillo y/o catastrófico incurren ciertos

61 Principio 7.

62 Principio 7.3.

63 Si bien la opacidad de información también alcanza muchas veces a indicadores extra-presupuestarios. Por ejemplo, en México, actualmente, las principales encuestas que recaban información en salud (como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT) y perfil socioeconómico (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, ENIGH) de la población puede identificar algunas variables para indígenas, pero no para afrodescendientes.

grupos poblacionales como las comunidades afrodescendientes, los pueblos indígenas, las personas con discapacidad, los hogares con niños/as o con personas mayores, y los hogares con jefatura femenina.

En general, es muy dificultoso evaluar el presupuesto en salud para grupos poblacionales específicos de manera exhaustiva. Por el modo en que se presenta la información presupuestaria, no es sencillo distinguir cuántos recursos se invierten específicamente a atender la salud de la niñez, las mujeres, personas con discapacidad, las personas afrodescendientes o los pueblos indígenas, o bien cuántos recursos se dirigen de manera efectiva a cumplir metas vinculadas con problemáticas de salud que mayormente repercuten sobre estos grupos.

Una excepción está dada por los informes que UNICEF realiza en colaboración con gobiernos, de donde surgen algunos datos sobre inversión social en la infancia, incluyendo salud de manera bastante desagregada. A partir de estos informes puede saberse, por ejemplo, que en Colombia el gasto social total en primera infancia ronda el 0,5% como porcentaje del PIB y de ese gasto total, un 4,4% se dirige a programas de salud⁶⁴. En Argentina, el gasto social a la primera infancia promedia el 1,8% como porcentaje de PIB y el gasto en salud representa alrededor del 20%⁶⁵. Estas cifras demuestran la importancia de los datos desagregados para entender el impacto de la política fiscal en el derecho a la salud.

Otra excepción podría estar dada por el caso argentino, donde desde hace algunos años se realizan análisis de seguimiento de gasto público vinculado con género y atención de personas con discapacidad en el presupuesto nacional. A partir de este sistema de etiquetado, es posible determinar que la incidencia del gasto nacional en salud para personas con discapacidad y mujeres es muy baja: del 1,13% para las primeras y del 0,86% para las segundas.

64 UNICEF, SIPI y otros, https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-07/UNICEF_ISPI_Colombia_20151218.pdf

65 UNICEF y Ministro de Economía de Argentina, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gpsdn_2001-2020.pdf

III. Conclusiones y recomendaciones

Algunas recomendaciones que surgen de los análisis previos incluyen:

- ▶ Aumentar la inversión pública en el sistema público de salud y avanzar hacia un sistema financiado sobre la base de impuestos altamente progresivos.
- ▶ Aumentar el gasto en ciertos programas de salud específicos (“gastos de calidad”) y que prioricen a determinados grupos como la infancia, o en programas de atención primaria de la salud, programas de prevención, capacitaciones de trabajadores comunitarios de la salud, así como infraestructura y tecnología de la información aplicadas a salud. Los países en general tienen partidas presupuestarias destinadas a financiar este tipo de programas, pero las inversiones son insuficientes y en algunos casos han ido en retroceso, por lo que se las debería reforzar y proteger especialmente.
- ▶ Avanzar en la ampliación e implementación de impuestos saludables, incluyendo impuestos al consumo de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados, impuestos especiales al tabaco y el alcohol y sistemas de subsidios a alimentos saludables.
- ▶ Adoptar medidas regulatorias y de incentivo a la producción y venta de medicaciones genéricas, que llegan a ser un 40% menos costosas que las de marca, lo que es muy relevante para disminuir los gastos de bolsillo en salud y mejorar la eficiencia del gasto en salud en general⁶⁶.
- ▶ Elaborar informes específicos sobre inversión en salud, incluyendo datos extrapresupuestarios, para los distintos grupos poblacionales y considerando también interseccionalidades dentro de los grupos.
- ▶ Realizar evaluaciones de impacto sobre los efectos en los derechos humanos y mejorar la transparencia de los gastos tributarios asociados a la salud, incluyendo aquellos que benefician industrias de producción y venta de tabaco, bebidas alcohólicas y azucaradas y alimentos ultraprocesados, empresas de medicina prepaga, industrias farmacéuticas y que se

66 BID, Mejor gasto para mejores vidas

desempeñan en el sistema de servicios de la salud.

- ▶ Crear plataformas unificadas de información en salud, en las que se puedan contrastar tanto la información financiera como las ejecuciones de los presupuestos del sector, por poblaciones y regiones o municipios de los países. Dichas plataformas unificadas de información permitirían diseñar e implementar un sistema de información público, interoperable y transaccional que soporte las estrategias propuestas y los indicadores de resultados de las redes, las instituciones que prestan los servicios, los contratos etc. Esto se traduciría en la interoperabilidad de los sistemas de información en toda la cadena de atención, desde el prescriptor hasta el pagador.
- ▶ Estimular la presencia de profesionales de la medicina en territorios rurales. De acuerdo con estadísticas del Banco Mundial, Brasil, Colombia y México cuentan con 2 profesionales por cada 1.000 habitantes a diferencia de Argentina que cuenta con 4 por cada 1.000 habitantes. Al menos para el caso de Colombia, además de que se cuenta con una baja tasa de profesionales de la salud, estos se concentran en las ciudades capitales, lo que hace difícil el acceso a servicios especializados en territorios rurales.
- ▶ Fortalecer el sector de la salud en su estructura institucional y gobernanza, a fin de generar una mayor coordinación entre políticas, actores y niveles de gobierno, facilitando la garantía del derecho a la salud.
- ▶ Ampliar los espacios de participación social en la asignación y seguimiento de las inversiones en salud.



Diciembre de 2023

derechospoliticafiscal.org