



Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú

Mauricio Matus-López,¹ Lorena Prieto Toledo,² y Camilo Cid Pedraza³

Forma de citar

Matus-López M, Prieto Toledo L, Cid Pedraza C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(1):64-69.

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el espacio fiscal para la salud en Perú para alcanzar la meta de un gasto público en salud de 6% del producto interno bruto acordada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud en 2014.

Métodos. Se han identificado las principales fuentes de espacio fiscal mediante una revisión bibliográfica profunda. Su factibilidad técnica se valoró a través de estadísticas y encuestas nacionales e internacionales y la revisión de documentos y reportes oficiales. Su factibilidad política se evaluó con el análisis de lineamientos de políticas.

Resultados. Las fuentes con mayor factibilidad técnica y política son el crecimiento económico, el aumento de la base tributaria del impuesto al ingreso de las personas naturales y el aumento de la tributación específica sobre el tabaco. Con menos factibilidad política, pero con un amplio espacio técnico, se considera la reducción de la informalidad en el mercado de trabajo y el aumento de la cobertura contributiva.

Conclusiones. Existe espacio fiscal para aumentar el gasto público en salud. No obstante, la meta de 6% solo se puede alcanzar con más plazo, mayor recaudación impositiva y menor informalidad en el mercado de trabajo.

Palabras clave

Financiación de la atención de la salud; política financiera; cobertura universal; asignación de recursos para la atención en salud; Perú; América Latina.

Perú cuenta con 30 973 148 habitantes, con 50,1 % de hombres y 49,9% de mujeres. En los últimos diez años, ha sido la tercera economía latinoamericana con mayor crecimiento del producto interno bruto (PIB), lo que le permitió alcanzar, en 2014, un ingreso per cápita de 6 550 dólares.

Este crecimiento le ha permitido al país mejorar sus indicadores sociales y de salud. La tasa de pobreza cayó de 55,6% a 22,7% entre 2004 y 2014, y la pobreza extrema disminuyó de 15,8% a 4,3%. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 22,6% a 13,6% y la esperanza de vida al nacer creció de 72,1 a 74,8 años (1-3).

Pese a estos avances, la cobertura en salud sigue estando por debajo del promedio de América Latina. Entre 21% y 31% de la población no tiene ningún tipo de seguro de salud (2).

El sistema de salud peruano es segmentado y fragmentado (4). En términos de aseguramiento, 63,6% de la población está afiliada al sistema público, 39% al Seguro Integral de Salud (SIS) y 24,6% al Seguro Social de Salud (EsSalud). El SIS es un seguro priorizado para poblaciones vulnerables en situación de pobreza y se financia fundamentalmente de impuestos generales. EsSalud es el sistema contributivo de la seguridad social para la población que cotiza y sus derechohabientes.

El gasto en salud en Perú llega a 5,3% del PIB, por debajo del promedio latinoamericano de 7,7% y lejos de la cifra de 11,9% de los países de alto ingreso. De

este total, 58,7% corresponde al gasto público en salud (GPS) y 41,2% al gasto privado. De este último, 84,7% es gasto de bolsillo (3).

En los últimos años, ha habido un intento de impulsar la transición del financiamiento en salud; es decir, aumentar el gasto público y reducir el gasto de bolsillo. Sin embargo, los avances han sido lentos. Recién en 2013, y por primera vez, el GPS fue mayor a 3% del PIB, lo que implica una brecha de un punto del producto con respecto a la media latinoamericana y más de cuatro puntos con respecto a los países de alto ingreso. Por su parte, el gasto de bolsillo casi se duplicó entre 2004 y 2012 (5).

El país ha logrado acuerdos nacionales y firmado otros internacionales con el objetivo de incrementar la participación del sector público en salud, ampliando

¹ Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España. La correspondencia se debe dirigir a: Mauricio Matus-López. Correo electrónico: mmatlop@upo.es.

² Universidad del Pacífico de Perú, Lima, Perú.

³ Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos de América.

los recursos destinados a él. En el plano nacional, en 2006 los partidos políticos firmaron un acuerdo en el que establecieron como meta alcanzar el promedio de gasto de la región y, en el plano internacional, Perú, como miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), suscribió el compromiso de elevar el GPS hasta 6% del PIB (6). El objetivo del presente estudio es evaluar las fuentes de creación de espacio fiscal (EF) en Perú y estimar el margen existente para alcanzar esta meta de gasto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional con información secundaria. Se utilizó la definición de espacio fiscal (EF) como el conjunto de recursos económicos adicionales que se pueden agregar al presupuesto público para un objetivo de desarrollo del país, sin dañar la estabilidad de la economía ni la solvencia del gobierno (7, 8). De acuerdo a la bibliografía (7-12), se analizaron seis fuentes de espacio fiscal: a) crecimiento económico, b) recaudación impositiva, c) repriorización del gasto en salud, d) contribuciones sociales, e) eficiencia del gasto público y f) financiamiento externo.

El EF por crecimiento económico se basó en la evolución histórica de la elasticidad del GPS con respecto al PIB en los últimos 10 años. Esta metodología se usa en estudios similares (12). En un escenario positivo, se supuso que los aumentos extraordinarios de GPS en 2009 y 2012 se repetirán en el futuro. En el escenario negativo, estos dos valores fueron reemplazados por los dos anteriores a la década. En el escenario neutro, se utilizó un valor intermedio de otros estudios (13). Las elasticidades fueron 2,06, -0,54 y 1,62, respectivamente.

En el ámbito nacional, las fuentes de información fueron los estudios y estadísticas del Banco de Reserva del Perú (BCRP) (14), el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) (1, 2, 15), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (16) y la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) (17). Las bases e informes internacionales utilizados fueron los del Banco Mundial (BM) (3), el Fondo Monetario Internacional (FMI) (18, 19), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) (20, 21), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (22) y la Organización Mundial de la Salud

(OMS) (23-25). La revisión de la literatura científica se llevó a cabo a través de las bases de datos Web of Science y Scopus para el período 2010-2015.

Por último, la valoración política se fundamentó en la revisión de los acuerdos políticos, las políticas efectivamente implementadas y la discusión pública reciente.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en el cuadro 1 y se analizan por tipo de fuente.

Crecimiento económico y estabilidad

De acuerdo a las proyecciones de crecimiento del FMI 2015-2002, se estimó la evolución del GPS en los tres escenarios. Los resultados muestran que en el escenario optimista el espacio fiscal puede incrementarse hasta en 1,03 puntos del PIB, en el neutro hasta 0,56 puntos y, en el pesimista, puede caer hasta 1,05 puntos (cuadro 2).

Desde la valoración política, el crecimiento económico es la vía que resulta menos conflictiva para lograr la ampliación del EF. El Marco Macroeconómico Multianual (MMM) es optimista y plantea un escenario de reactivación económica (16).

Incremento de la recaudación impositiva

Se analiza en tres fuentes de creación EF: impuestos directos y/o indirectos, impuestos específicos y gastos tributarios.

Incremento de impuestos. El total de ingresos tributarios en América Latina y el Caribe llega a 21,3% del PIB como media, algo más que 18,3% del PIB de Perú y lejos de 34,1% del PIB de los países de la OECD (21).

Según composición, la diferencia se debe principalmente a impuestos directos. Perú recauda 49,5% a través de impuesto sobre la renta y 40,2% a través de impuestos sobre la producción y el consumo (17). Esta relación es inversa en el promedio de los países de la OECD (21). En Perú, la recaudación de impuestos directos sobre ingresos y beneficios empresariales corresponde a 7,3% del PIB, en comparación con 11,4% del PIB en la OECD (21).

Este es un hecho relevante desde el punto de vista de la evidencia empírica

en salud, ya que señala una correlación positiva entre la carga tributaria directa y mejores indicadores de salud, al contrario de lo que sucede con los impuestos indirectos (26, 27).

En el ámbito político, la posibilidad de modificar los impuestos directos sobre beneficios genera cuestionamientos. Existe una mayor voluntad de ampliar la base tributaria del impuesto sobre la renta de las personas.

La modificación del impuesto sobre la renta enfrentaría menos resistencias, pero se trata de aumentar la base tributaria más que las tasas actuales. La voluntad es oficial y el gobierno la hizo explícita en el MMM 2014-2016 (16).

Impuestos específicos. Esta fuente se refiere al alza o creación de impuestos sobre productos o servicios que causan daño a la salud. En concreto, se refiere a cigarrillos, bebidas alcohólicas y alimentos altos en azúcares o grasas.

Al igual que en otros estudios internacionales de espacio fiscal, la implementación y recaudación de impuestos a bebidas azucaradas no se considera para Perú. El antecedente más cercano es la Ley No. 30 021 de promoción de las alimentaciones saludables para niños, niñas y adolescentes de 2013, que mostró problemas de implementación y control.

En cuanto a las bebidas alcohólicas, no se contempla el aumento de impuestos después de la reforma de 2013. En esta reforma, se determinó el aumento del impuesto al consumo de cervezas de 27,8% a 30% y el de vinos y licores de 20% a 25%, y ha generado fuertes críticas de los productores.

De esta manera, el espacio fiscal en impuestos específicos en Perú se restringe de momento a la imposición al tabaco. Esta cuenta con apoyo político y respaldo científico. Múltiples estudios han comprobado, en forma empírica, la relación entre el hábito de fumar, el riesgo de enfermedades pulmonares y las políticas de impuestos (28).

Perú tiene una baja carga impositiva sobre el tabaco. En la mayoría de los países de alto ingreso, este gravamen supera 75% del precio de la cajetilla más vendida, mientras que en Perú apenas llega a 37,8% y es incluso menor que otros países de la región (25).

Esta evidencia abre un espacio para aumentar el espacio fiscal por esta fuente. La recaudación total de este impuesto ronda los 326 millones de nuevos soles

CUADRO 1. Espacio fiscal para la salud (tamaño de la fuente, factibilidad política y valoración) en Perú, 2015-2020

	Tamaño de la fuente	Factibilidad política	Valoración
Condiciones macroeconómicas de crecimiento estable	Hasta 1,03% del PIB en escenario optimista Hasta 0,56% del PIB escenario neutro	Alta	Buena
Incremento de la recaudación fiscal en proporción al PIB			
Impuesto a la renta y empresariales	Brecha de 4,1% PIB con OECD Hasta 1 punto del PIB bajo supuesto de reducir ¼ el margen con respecto a OECD	Alta sobre la renta Baja sobre beneficios	Limitada
Impuesto al tabaco	Hasta 002% del PIB igualando precio de cigarrillos al promedio de los países latinoamericanos	Alta	Buena
Gastos tributarios	Hasta 1,9% del PIB Hasta 0,48% del PIB si se reduce en ¼ del total	Media	Buena
Contribuciones sociales	Hasta 0,75% del PIB Hasta 0,1 punto del PIB si se reduce el trabajo informal a una tasa media histórica	Media	Moderada
Mejora de la eficiencia del gasto público	Hasta 0,16 puntos del PIB con un aumento de 0,5% anual	Alta	Limitada
Repriorización del gasto en salud	En función de los incrementos marginales del presupuesto público	Baja	Limitada
Financiación externa	Descartado	Ninguna	No factible

PIB, producto interno bruto; OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

CUADRO 2. Espacio fiscal para la salud (proyección basada en condiciones macroeconómicas), Perú, 2012-2020

Componente y escenario	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de crecimiento real del PIB	5,95	5,77	2,35	3,81	4,98	5,50	4,82	4,49	4,51
PIB (miles de millones) ^a	431,3	456,2	466,9	484,7	508,8	536,8	562,7	588,0	614,5
Población (millones de habitantes)	29,99	30,38	30,77	31,38	31,77	32,17	32,55	32,94	33,32
Escenario optimista									
Gasto público en salud ^a (millones)	14 494,7	14 250,8	14 941,6	16 115,1	17 769,3	19 783,0	21 750,9	23 766,4	25 978,6
Gasto público en salud (% del PIB)	3,36	3,12	3,20	3,32	3,49	3,69	3,87	4,04	4,23
Gasto público en salud per cápita ^a	483,4	469,2	485,6	513,6	559,2	615,0	668,1	721,6	779,7
Escenario neutro									
Gasto público en salud ^a (millones)	14 494,7	14 250,8	14 793,5	15 706,4	16 973,0	18 484,2	19 928,7	21 379,5	22 943,0
Gasto público en salud (% del PIB)	3,36	3,12	3,17	3,24	3,34	3,44	3,54	3,64	3,73
Gasto público en salud per cápita ^a	483,4	469,2	480,8	500,6	534,2	574,6	612,2	649,1	688,6
Escenario pesimista									
Gasto público en salud ^a (millones)	14 494,7	14 250,8	14 068,9	13 777,9	13 405,5	13 005,4	12 664,8	12 355,7	12 052,9
Gasto público en salud (% del PIB)	3,36	3,12	3,01	2,84	2,63	2,42	2,25	2,10	1,96
Gasto público en salud per cápita ^a	483,4	469,2	457,2	439,1	421,9	404,3	389,0	375,1	361,8

PIB, producto interno bruto.

^amillones de nuevos soles constantes de 2005.

(29). Si se considera la elasticidad del consumo de tabaco en el país (30), se podría generar un espacio fiscal de 95,4 millones de nuevos soles. Esto se lograría mediante el aumento de los impuestos hasta que el precio alcance el valor medio de los países latinoamericanos (23,3% mayor). En términos del PIB, esto representa un espacio fiscal de 0,02%.

En el plano político, existe factibilidad de aumentar los impuestos al tabaco de acuerdo a la evidencia científica internacional.

Reducción de gastos tributarios. Los gastos tributarios (*tax expenditures*) corresponden a la recaudación que no se realiza debido a excepciones que los

gobiernos conceden a actividades o entidades que les permite pagar menos o no pagar de acuerdo a la norma tributaria general que le rige. Para Perú, los gastos tributarios se han situado entre 1,8% y 2,3% del PIB en los últimos ocho años, y se ubican en 1,94% del PIB en el último informe de 2012 (17), una cifra que no es comparable en el nivel internacional (20).

El EF queda definido por la eliminación de parte de estos gastos tributarios. Para ello, se debe valorar cuáles son respaldados desde un punto de vista social y económico y cuáles no (11).

Para el caso peruano, hay partidas de gastos tributarios especialmente sensibles. Un 11,69% de estos gastos favorecen

al sector de la educación, 0,38% a cultura y 0,2% a salud. Además, 3,89% favorece la inversión en la Amazonia y 18,78% al sector agropecuario, ambos sensibles políticamente. Otros gastos tributarios menos justificables son las ayudas al sector financiero (11,44%) y al menos una parte de los de aplicación general (33,14%). La discusión pasa por evaluar quiénes son los beneficiarios finales y cuál es el impacto de su remoción (11).

En términos políticos, la posición es divergente. Por un lado, en el MMM 2014-2016 se hace referencia explícita a reducir los beneficios fiscales del impuesto a la renta (16), pero por otra parte existe resistencia de algunos sectores políticos

para modificar los beneficios que goza el sector agropecuario, en el que se encuentra una fuerza laboral pobre.

Contribuciones sociales

Los análisis de la estructura de ingresos públicos muestran que Perú recauda una proporción muy baja de contribuciones sociales. Mientras que para los países de la OECD esta media llega a 9% del PIB, en América Latina llega tan solo a un promedio de 3,6% del PIB y en Perú en particular apenas a 2% de su producción (20).

Perú registró una población ocupada de 15,68 millones de personas en 2013, de los cuales solo 5,61 millones eran titulares de EsSalud (14). Si se considera toda la población ocupada, se observa que, en 2012, 74,3% de los empleos eran informales y, si solo se refiere al empleo no agropecuario, esta tasa llegaba a 66,7% (15). Según la OIT, 68,8% del empleo no agrícola se desarrolló en la informalidad (22). A excepción del trabajo doméstico, uno de cada cuatro asalariados peruanos se desempeña en el sector informal y solo 58,5% cuenta con cobertura de seguridad social.

La sempiterna informalidad en América Latina es un problema de largo plazo. Sin embargo, su reducción es totalmente necesaria. Un escenario de largo plazo sería suponer una reducción de una tercera parte de la informalidad no agrícola. Esto podría generar un espacio fiscal de 0,75 puntos del PIB y proporcionar una cuarta parte de la brecha necesaria para alcanzar la meta de 6% del PIB en GPS. No obstante, esto no parece factible en el mediano plazo. De acuerdo a la OIT, Perú redujo su tasa de informalidad de 79,9% a 74,3% entre 2007 y 2012 (22). Un escenario conservador sería suponer el mantenimiento de esta reducción en los próximos años, lo que generaría, *ceteris paribus*, un espacio fiscal de 0,1% del PIB en 2020.

En el plano político, la situación es complicada, ya que la financiación de EsSalud y SIS funcionan como compartimentos estancos y el énfasis en la ampliación del aseguramiento se centra sobre todo en el segundo. En cuanto a la informalidad, han existido esfuerzos por reducirla, pero su fracaso ha dañado la disposición a plantear nuevas propuestas. En la actualidad, la discusión está en pausa.

Eficiencia del gasto público

En casi todos los estudios, se destaca esta fuente como un factor relevante

pero, a la hora de cuantificarla, no avanzan demasiado. Algunas de las propuestas a nivel nacional pasan por comparar distintas regiones y contrastar el gasto con indicadores de producción sanitaria (12, 8). Las limitaciones que estos mismos estudios señalan son la falta de información desagregada y las particularidades de cada territorio.

A nivel internacional, los análisis comparativos son abundantes, aunque con resultados disímiles. En la mayoría de ellos, Perú registra buenos resultados, ya sea en términos de gasto y esperanza de vida, años saludables u otros indicadores (31, 32). En una comparación de cinco *rankings* para 191 países, Perú se encuentra entre el primero y segundo terciles de eficiencia (33).

A esto hay que agregar que la evidencia sugiere que la eficiencia sigue un comportamiento marginal decreciente de una función cóncava (33). Es decir, a medida que aumenta el gasto, disminuyen los incrementos en productividad y bajan los valores de eficiencia. Por ello, aunque Perú registra buenos indicadores en comparación con países de su nivel de ingresos, no es probable que mejore mucho más a medida que aumenta la inversión en salud. Aún si lograrse mejorar su eficiencia en el gasto en 5%, solo podría liberar recursos de 0,16% del PIB (con base en el peso del GPS en el PIB).

En el plano político, existe un fuerte consenso por mantener y elevar los niveles de eficiencia del GPS. El control del MEF sobre el GPS a través de los presupuestos por resultados ha permitido estrechar los márgenes de ineficiencia. No obstante, parecen existir dificultades en la capacidad de ejecución presupuestaria regional, con saldos no ejecutados a fin de cada periodo.

Repriorización del gasto en salud

La repriorización del GPS en Perú está condicionada por el bajo nivel de recaudación tributaria y, por ende, del gasto público total. El gasto total del sector público llegó a 22,5% del PIB del país en 2014, por detrás de la cifra de 34,3% del promedio regional y lejos del 40,5% de las economías avanzadas. De este total de gasto público, el gobierno peruano destinó 14,75% a salud, por encima del promedio regional de 13,42% y no tan lejos del 17,01% de los países de alto ingreso.

Aunque Perú registra un elevado nivel de rigidez fiscal, cercana a 95% (34), no le ha impedido cumplir con la regla de

superávit fiscal consolidado. No obstante, resulta poco factible trasladar partidas de un sector a otro.

Esto implica que se hace difícil crear espacio fiscal por esta fuente sin dañar otras partidas presupuestarias quizás tan necesarias como salud (7). Por ello, algunos autores apuntan a trabajar sobre un criterio de márgenes (11); es decir, priorizar sobre los incrementos de presupuestos interanuales y no sobre los presupuestos históricos.

En este sentido, la voluntad política concuerda con la teoría ya que, a partir del año 2011, los esfuerzos por aumentar el aseguramiento y consolidar un conjunto de servicios básicos a la población ha logrado respaldar un aumento del gasto público en salud sin disminuir el gasto en otros sectores, sino a través de la mayor asignación proporcional a salud y educación en los aumentos de presupuestos.

Financiación externa

La financiación externa puede ser por la vía de créditos y de ayudas por cooperación. Perú tiene un bajo nivel de deuda y los flujos de ayuda externa son volátiles y relativamente bajos (24). Sin embargo, en el ámbito político, y de forma similar que en otros estudios (7, 8, 10), la factibilidad de recurrir a ellas como financiación de salud está descartada.

DISCUSIÓN

La revisión de la evidencia internacional muestra que, en la mayoría de los casos estudiados, existe capacidad de generar espacio fiscal. Perú no es la excepción. El país cuenta con posibilidades de aumentar el gasto público en salud sin dañar la sostenibilidad económica.

En el aspecto técnico, los resultados coinciden con la evidencia internacional de las fuentes. El crecimiento sostenido, el aumento de la recaudación de impuestos y el aporte de las contribuciones son los pilares con mayor espacio fiscal aunque, al mismo tiempo, los que requieren más tiempo para ser alcanzados.

La confrontación de los resultados técnicos con la factibilidad y aceptación política entrega conclusiones congruentes en la necesidad de aumentar los recursos públicos destinados a salud, pero con diferencias importantes sobre cómo hacerlo.

Las fuentes con mayor margen técnico y factibilidad política son el crecimiento económico, el aumento de la base impositiva de los ingresos de las personas, el

aumento de la tributación específica sobre los cigarrillos y la mejora de la eficiencia del gasto público.

El aumento de contribuciones por la vía de la lucha contra el trabajo informal es una de las fuentes con mayor potencial técnico, pero con menos discusión política. Esto ocurre en parte porque, hoy en día, los impuestos generales y las contribuciones sociales son administrados como fuentes separadas del SIS y de EsSalud respectivamente, y la cobertura universal parece estar encaminada por el primer seguro.

Tampoco existe demasiada factibilidad política de explorar otras fuentes como mayores impuestos directos sobre beneficios o recursos naturales o la eliminación significativa de gastos tributarios.

Entre las limitaciones del estudio, cabe destacar tres. La primera es que el estudio no tiene como objetivo determinar la brecha de gasto necesaria para alcanzar la cobertura universal en salud. No se realiza una evaluación de costo de tal medida, que correspondería a otro

tipo de estudio. En el presente trabajo, se establece como meta final la de alcanzar 6% del PIB de gasto público en salud en concordancia con el compromiso de la OPS. La segunda limitación es que este estudio no tiene como objetivo abordar la forma ni los plazos en que se implementa este espacio fiscal. Se presenta el espacio fiscal total, aunque parte de este no se alcance en el período de análisis. En tercer lugar, no se realiza una evaluación del impacto distributivo de cada medida. Esto dependerá de cada fuente de EF en particular, los mercados que afecte y el destino final del gasto.

CONCLUSIONES

El desafío de alcanzar un gasto público en salud de 6% del PIB es ambicioso y requerirá de diversificar las fuentes de creación de espacio fiscal y de una robusta voluntad política de hacerlo. Difícilmente se logrará si no se amplía la recaudación de impuestos

directos ni se reduce la informalidad. Será necesario, por lo tanto, hacer coincidir criterios de estabilidad económica y preferencias sociales a la vez que vincular fuertemente financiación y resultados para facilitar la factibilidad política.

Financiamiento. El estudio “Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en Perú y la sustentabilidad de la oferta de servicios en el marco del acceso universal a la salud y a la cobertura universal en salud” fue financiado por la Organización Panamericana de la Salud.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú. Informe Técnico: Evolución de la pobreza monetaria 2009-2014. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-ago-15.pdf> Acceso el 1 de octubre de 2015.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú. Condiciones de Vida en el Perú, 2015 Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n03_condiciones-vida_abrmayjun15.pdf Acceso el 30 de setiembre de 2015.
- World Bank. World Development Indicators. Disponible en <http://data-bank.worldbank.org/data/home.aspx> Acceso el 10 de setiembre de 2015.
- Francke P. Perú: El sistema integral de salud y los nuevos retos para la cobertura universal. Washington D.C.: Banco Mundial; 2013. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/12/11/000470435_20141211083423/Rendered/PDF/750090REVISED00LIC00UNICOOPERU02014.pdf Acceso el 20 de setiembre de 2015.
- Ministerio de Salud de Perú. Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2012. Lima: Dirección General de Planeamiento y Presupuesto; 2015. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/253_MINSA1030.pdf Acceso el 5 de setiembre de 2015.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 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.: OPS; 2014.
- Heller PS. The prospects of creating ‘fiscal space’ for the health sector. Health Policy Plan. 2006;21(2):75-9. doi:10.1093/heapol/czj013
- Durán A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. Washington D.C.: World Bank; 2010. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13613/560530WP0Box341penditureFiscalSpace.pdf?sequence=1> Acceso el 2 de setiembre de 2015.
- Durán-Valverde F, Pacheco JF. Fiscal space and the extension of social protection. lessons learnt from developing countries. ESS Paper Series SECSOC. 2012;33. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_207665.pdf Acceso el 2 de setiembre de 2015.
- Gupta I, Mondal S. Fiscal space for health spending in Southeast Asia. J Health Care Finance. 2013;39(4):68-82.
- Marcel M. Budgeting for fiscal space and government performance beyond the great recession. OECD Journal on Budgeting. 2014;13(2):9-47. doi:10.1787/budget-13-5jz2jw9t0pd3
- Sharma J. An assessment of fiscal space for health in Bhutan: Fiscal space for health in Bhutan. Int J Health Plann Manage. 2015. (En prensa). doi:10.1002/hpm.2295
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La Reforma del Financiamiento en Salud. El espacio fiscal en salud en el Perú 2015-2017. 2014. Disponible en: <http://www.politicassalud.org/site/pdf/reforma-del-financiamiento-en-salud-voli-el-espacio-fiscal-ensalud2015-2017.pdf> Acceso el 10 de setiembre de 2015.
- Banco Central de Reserva del Perú. Reporte de inflación. Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017. Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2015/setiembre/report-de-inflacion-setiembre-2015.pdf> Acceso el 16 de setiembre de 2015.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú. Producción y empleo informal en el Perú: Cuenta satélite de la economía informal 2007-2012. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1154/ Acceso el 29 de setiembre de 2015.
- Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. Marco Macroeconómico Multianual 2016-2018 revisado. Lima: 2015. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2016_2018.pdf Acceso el 15 de setiembre de 2015.
- Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria de Perú. Estadísticas y estudios. Nota tributaria. 2015. Disponible en: http://www.sunat.gob.pe/estadisticasestudios/busqueda_ingresos.html Acceso el 26 de setiembre de 2015.

18. International Monetary Fund. Fiscal Monitor Database. Disponible en: <http://data.imf.org/?sk=7CB6619C-CF87-48DC-9443-2973E161ABEB> Acceso el 21 de setiembre de 2015.
19. International Monetary Fund. World Economic Outlook Database. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/weodata/index.aspx> Acceso el 9 de setiembre de 2015.
20. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Tax expenditures in OECD countries. París: OECD Publishing; 2010. doi:10.1787/9789264076907-en
21. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Inter American Center of Tax Administrations (CIAT), Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and Inter American Development Bank (IDB). Revenue statistics in Latin America and the Caribbean 2015. París: OECD Publishing; 2015. doi:10.1787/rev_lat-2015-en-fr
22. Organización Internacional del Trabajo. Evolución del empleo informal en Perú: 2004 – 2012. Programa de Promoción de la Formalización en América Latina y el Caribe, 2014. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_245621.pdf Acceso el 11 de setiembre de 2015.
23. World Health Organization (WHO). World Health Report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/> Acceso el 25 de agosto de 2015.
24. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Disponible en <http://bit.ly/1Kv0EJf> Acceso el 20 de setiembre de 2015.
25. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. Raising taxes on tobacco. Luxemburg: WHO; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1 Acceso el 20 de setiembre de 2015.
26. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012;380(9845):917-23. doi:10.1016/S0140-6736(12)61039-3
27. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: Cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2015;386(9990):274-80. doi:10.1016/S0140-6736(15)60574-8
28. Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health*. 2015;15:744-55.
29. Sandoval MR. El Convenio Marco para el Control del Tabaco: un instrumento multisectorial legalmente vinculante en favor de la salud y el desarrollo. Foro del día mundial sin Tabaco, Lima, 2014. OPS/OMS. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/Sandoval-DMST2014.pdf> Acceso el 18 de setiembre de 2015.
30. Comisión Nacional Permanente de Lucha Antitabáquica de Perú: Tributación sobre productos del tabaco. Panorama general y propuesta de reforma. Proyecto Development of a new tobacco policy in Peru for tobacco control. Ottawa: International Development Research Centre; 2014.
31. González E, Cárcaba A, Ventura J. Value efficiency analysis of health systems: Does public financing play a role? *J Public Health*. 2010;18(4):337-50. doi:10.1007/s10389-009-0311-4
32. Grigoli F, Kapsoli J. Waste not, want not: The efficiency of health expenditure in emerging and developing economies. *IMF Working Papers*. 2013;WP/13/187 Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp13187.pdf> Acceso el 8 de setiembre de 2015.
33. Kumbhakar SC. Efficiency and productivity of world health systems: Where does your country stand? *Appl Econ*. 2010;42(13), 1641-59. doi:10.1080/00036840701721588
34. Echeverry JC, Navas V, Clavijo A. Rigideces presupuestales en Colombia y el Perú. En: Cetrángolo O, Jiménez JP, eds. Rigideces y espacios fiscales en América Latina. Santiago: CEPAL; 2009:227-301. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3714/S2009649_es.pdf?sequence=1 Acceso el 30 de abril de 2015.

Manuscrito recibido el 20 de noviembre de 2015.
Aceptado para publicación, tras revisión, el 4 de abril de 2016.

ABSTRACT

An assessment of fiscal space for public health in Peru

Objective. To assess the fiscal space for public health in Peru so as to attain the goal of raising health spending to 6% of gross domestic product, as agreed upon by member countries of the Pan American Health Organization in 2014.

Methods. The main sources of fiscal space were identified by means of a thorough literature review. Technical feasibility was determined from statistics and national and international surveys and by reviewing various documents and official reports. Political feasibility was ascertained by studying policy guidelines.

Results. The sources showing the greatest technical and political feasibility are economic growth, a broadening of the personal income tax base, and an increase in tobacco-specific taxes. Decreasing informality in the job market and increasing contributory coverage are considered to be less politically feasible, but there is ample technical space for these measures.

Conclusions. There is enough fiscal space to allow for an increase in public health spending. Nevertheless, the 6% target will be reached only if the timeline is extended, tax revenues are increased, and informality in the job market is reduced.

Key words

Healthcare financing; financial policy; universal coverage; health care rationing; Peru; Latin America.