



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



**¿CAMBIA LA FISCALIDAD LOS ESTILOS DE VIDA?
IMPUESTOS PARA LUCHAR CONTRA LA OBESIDAD**

Guillem López Casasnovas

Mayo, 2013

CRES-UPF Working Paper #201305-71

Edited with the collaboration of



Title

¿CAMBIA LA FISCALIDAD LOS ESTILOS DE VIDA? IMPUESTOS PARA LUCHAR CONTRA LA OBESIDAD

Author

Guillem López-Casasnovas

(DOCUMENTO DE TRABAJO CRES-UPF. NO CITAR. FIRT DRAFT 23 DE MAYO 2013.)

INTRODUCCIÓN

El *fat tax*, o en su versión menos sofisticada impuestos sobre la ‘comida basura’, y el propuesto igualmente como impuesto sobre bebidas azucaradas, se plantean como parte de la nueva fiscalidad de lucha contra la obesidad. Tanto ésta, como la relativa a las adicciones (alcohol y tabaco) pretenden por dicha vía un cambio de comportamiento que reaccione a precios completos con una disminución de consumo, o a generar una recaudación indemnizatoria de los costes de las externalidades que dichos factores mutualizan hoy sobre todos los contribuyentes.

Valoremos de entrada el propósito de los impuestos que luchan contra la obesidad. Su éxito efectivo debiera de consistir en que no recauden nada ya que significaría que los cambios en el estilo de vida han permitido, por la vía del incentivo económico, abandonar aquellos consumos nocivos. Pero el doble dividendo del impuesto radica en que para los que no respondan a la variación de precios relativos acaben sufragando, por esta vía, todo o parte de los costes que las enfermedades emergidas puedan ocasionar a los sistemas sanitarios. Aceptado lo anterior, reconozcamos que el efecto va a depender de los sustitutos, que en este caso (en relación con el de las adicciones), es mucho mayor y de menos fácil control.

Consideremos también como campos de análisis intermedio, el hecho de que el supuesto de impacto de fiscalidad sobre precios finales al consumo pasa por unas determinadas hipótesis de incidencia tributaria que no se pueden generalizar, ya que éstas dependen de las circunstancias (elasticidades), no sólo de la demanda sino también de la oferta e incluso del comportamiento del equilibrio general de la economía. También conviene remarcar que desde un punto de vista libertario el perseguir este tipo de incidencias es cuestionable, aunque menos si se acompaña del paternalismo libertario (LeGrand) y que es discutible si el nuevo equilibrio entre preferencias de consumo y precios relativos completos no se podría conseguir igualmente por otras vías como por el lado de la información (educación, cambios culturales...) o de la subvención de alternativas de consumo saludables. Más aún, la evaluación de dichas intervenciones parece mostrar una curva de incidencia logística por la que la efectividad de las medidas necesitan de una cuantía muy elevada para empezar a desplegar efectos (impuestos elevados) y que ésta efectividad toca techo de modo relativamente rápido por lo que las medidas pierden impacto. Impacto por lo demás desigual entre colectivos, ya sea por las

medidas reactivas a la información, a los precios, a la disponibilidad de sustitutos..., y con la renta y disposición a pagar como sustrato generador de potencial desigualdad social.

Igualmente podría plantearse que el problema no está tanto en lo que se consume como en los estilos de vida que acompañan aquella ingesta. De hecho algunos autores señalan el cambio en las tecnologías de producción (menos trabajo manual, forzado, de pie, en movimiento) y no en la ingesta calórica o de grasas la causante de la epidemia de obesidad, por lo que los remedios debieran de buscarse más por el lado del modelo productivo y contra el sedentarismo de los estilos de vida, que gravando los consumos anteriores, no siempre complementarios para todos los individuos. Todas estas precauciones son legítimas y no pueden ignorarse.

En cualquier caso, los aspectos relativos a la obesidad (azúcares y grasas saturadas) responden a situaciones diferenciadas a las propias de las adicciones, al ser en éste último caso diferente la visualización que se hace de sus efectos, la intensidad de la supuesta adicción racional que provocan, violada a menudo por la inconsistencia temporal del querer abandonar sin poder, y de su correlato de dilación en el tiempo de las rectificaciones racionales. Los supuestos de fallo de mercado en obesidad son, en cambio, mayormente de racionalidad limitada. Además, los vínculos epidemiológicos, aún afectando a más gente, son más tenues y heterogéneos entre individuos en sus efectos en el caso de la obesidad, que por ejemplo en el del tabaco, por lo que nos permite esta referencia otorgarles un tratamiento diferenciado.

EL FAT TAX

En “The ‘fat tax’: Economics incentives to reduce obesity”, A. Leicester y F. Windmeijer, (*Institute for Fiscal Studies Briefing Note* num. 49) analizan las posibilidades de nuevos impuestos para luchar contra la obesidad, sobre la grasa que ingerimos en los alimentos (lo de ‘fat’ conjuga bien con lo de ‘flat’ -el impuesto lineal-, éste sí por definición más ‘delgado’ y también regresivo). Introducen los autores el tema por el lado de las externalidades, del impuesto de Pigou, que debería de ayudar a ‘internalizar’ los costes asociados a la obesidad y que hoy supuestamente no soporta el obeso (básicamente, los de su potencial enfermedad).

Los autores exploran distintas modalidades de este posible impuesto que en principio debiera de suministrar incentivos para reducir la gordura: Gravar según el contenido nutriente de los

alimentos (más grasa, más sal, más impuestos), por tipos de productos (snacks, bebidas edulcoradas...) o con base imponible según calorías.

La motivación es clara: Combatir las tendencias a la obesidad, bien documentadas en la literatura epidemiológica. Sobre dicha base se vinculan estimaciones de coste (a veces a partir de evidencias misceláneas de la literatura) que no se llegan a cuantificar (el interrogante aquí no siendo sólo el de la incidencia de la enfermedad sino el de su efecto sobre la mortalidad) y sin prefijar un precio sombra que se atribuya a los resultados. Estos son algunos de los datos tomados para el caso de Gran Bretaña a efectos de motivar la importancia económica del tema tratado: 9.000 muertes prematuras y 40.000 días de trabajo perdidos en 1998 directamente vinculables a la obesidad y 18 millones de días de trabajo perdidos considerando enfermedades secundarias (los vínculos no se especifican), con costes totales de enfermedad y muertes prematuras de 3.000 millones de euros aproximadamente -2.1 billones de libras- en 1998. Dicha cifra se proyecta con un incremento del 50% para el 2010 de acuerdo con las tendencias observadas, con unos costes puramente sanitarios que representan el 1.5% del gasto total del *National Health Service* inglés y un peso del 6% de todas las defunciones totales.

Tras aproximar la ‘magnitud de la tragedia’, los autores analizan el papel potencial de la imposición sobre el consumo supuestamente relacionado con la obesidad.

Del repaso de la evidencia disponible y de las estimaciones precedentes derivan los autores un inusitado optimismo sobre el papel de los incentivos fiscales en este terreno, a pesar de que las medidas analizadas son muy diferentes. Así, por lo que atañe al tipo de impuesto utilizado, ya sea un IVA recargado, un impuesto especial sobre el precio final -IVA incluido), sobre producto final o sobre sus ingredientes, según categoría de consumos, según tipo impositivo efectivo, unitario o ‘ad valorem’ –este último más penalizador perversamente de los contenidos de mayor calidad, a igualdad de contenidos, que el unitario-, sobre mayoristas, minoristas o puntos de venta (máquinas expendedoras). No parece lógico sin embargo ignorar si no sería mejor actuar en el campo fiscal por la vía de subvencionar productos ‘saludables’ en lugar de gravar los ‘nocivos’, con una mayor discriminación de tipos a la actual, o simplemente a través de regulación (que se puede vender en centros educativos) o de información.

Los autores se dan cuenta, sin embargo, de la heterogeneidad del ámbito de estudio como para ‘recetar’ medidas fiscales desde su optimismo tributario como elemento de afectación de conductas individuales, y acaban reduciendo su propia estimación a un ejercicio de simulación

de resultados, a partir del gravamen de cuatro contenidos diferencialmente nocivos: Impuestos sobre grasas saturadas, grasas mono-no saturadas, sodio (de la sal) y colesterol. Claro que los efectos de esta imposición van a depender de las reacciones de los consumidores (elasticidades precio). En su repaso de evidencia disponible recogen valores de -0.5 para el queso, -0.7 para la mantequilla, -1.0 para la leche entera, etc. Supongo que es irremediable tomar cifras generales, de otros contextos y momentos del tiempo (sin elasticidades cruzadas, sin considerar sustitutos alimenticios no gravados, ...), lo cual es sin duda discutible. Ello lleva a los autores a acabar el trabajo de simulación en la arena más segura: Asumir que el impuesto no cambia comportamientos (con lo que desaparecen de raíz las motivaciones del artículo: recuérdese, incentivos a la reducción de la obesidad). Con ello el interés del texto se centra en la comprobación de los efectos sobre la progresividad fiscal de un impuesto de aquellas características (sobre grasas, sodio, colesterol), a la vista de quien consume y de quien consecuentemente tributaría.

Los resultados identifican una importante regresividad fiscal: Los deciles de renta baja soportan un gravamen por este impuesto entre 5 y 7 veces más alto que los de rentas altas.

Todo ello tiene interés porque especifica muy bien los límites del terreno de juego de esta nueva, potencial, fiscalidad. No corresponde valorar aquí la validez epidemiológica de las relaciones entre obesidad, consumos sanitarios ni muertes prematuras y sanitariamente evitables. Pero incluso sobre la base que hoy se conoce, las propias consideraciones tributarias, de implementación y efectividad, y sobre todo, sociales, dada su regresividad, dejan en 'stand by' sus propuestas prácticas. De modo que el *fat-tax* como propuesta de implementación parece tan verde como el color de las lechugas.

Y es que tanto en imposición directa como en tributos indirectos hay que andarse con cuidado si nos preocupamos de sus efectos sobre la regresividad fiscal. Ello vale también para la fiscalidad sobre el alcohol y el tabaco: Impuestos claramente regresivos, que tienen que juzgarse más por los beneficios de freno de nuevos 'entrantes', vistos los costes regresivos para los adictos. Claro está que si se utiliza dicha imposición no para frenar consumos, sino para recaudar, internalizando los costes de la hoy ineficiente externalidad de costes sociales supuestamente trasladados a la comunidad, se convierte en decisivo saber en qué se aplican dichos recursos. Se trataría como mínimo de conseguir mayor progresividad por la vía del gasto que compense la regresividad introducida por la vía de la recaudación. Lo cual nos lleva a abogar por políticas

selectivas de gasto (lo más redistributivo posible) frente al universalismo de naturaleza mayormente proporcional.

EL IMPUESTO SOBRE BEBIDAS EXCESIVAMENTE AZUCARADAS

No creo que aumentar la presión fiscal pueda provocar a estas alturas demasiado entusiasmo, y menos aún si recae sobre el consumo, éste ya de por sí suficientemente deprimido. El escenario por lo tanto es otro que el deseable: el de la consolidación fiscal. Esto hace que toda pérdida de bienestar individual vinculada a los mayores impuestos se haya de leer en la clave suficientemente cruel de una bajada alternativa de gasto que puede afectar al bienestar colectivo. Puestos pues a tener que aumentar la tributación, un impuesto sobre el consumo específico de bebidas con exceso de azúcar, repito el término “exceso”, tiene sentido. Si aceptamos que la demanda de estos azucarados es poco elástica, los partidarios de la eficiencia en la imposición ciertamente lo debieran de apoyar, ya que la distorsión generada por el gravamen será mínima. Si éste es el caso, las empresas afectadas tampoco sufrirán pérdidas, ya que se pagará el exceso sin afectar las ventas. En cambio, si el consumo es sensible al precio incrementado, se reducirá uno de los factores que más inciden en la obesidad infantil. Ciertamente no es éste el único factor, ni son sólo las sodas las causantes, pero sus equivalentes en cucharas de azúcar (entre cinco y siete según el tamaño y por lata), con niños que consumen más de tres al día, no deja duda que son parte del problema. Hay otros factores a los que también será necesario hacer frente, pero éste es uno indudablemente.

Por tanto, es difícil desde la razón estar en contra, más allá de la oposición genérica antes comentada a los impuestos o desde una filosofía libetera, y de poder entender la reacción de los afectados. Ciertamente su implementación no es fácil, tanto por la dificultad de especificar los detalles del impuesto como por aguantar el embate inicial de los opositores. Forma parte de la responsabilidad y de la soberanía fiscal de un gobierno que se considere tal. El alcalde de New York, Richmond, Philadelphia o Mississippi están en las mismas. En Dinamarca, no tuvieron tanta suerte y el impuesto no ha perdurado, tal fue la presión de los afectados. Pero créanme que pronto o tarde éste será un impuesto normal en nuestros sistemas tributarios, ya que es un impuesto razonable. El liberal *The Economist* así también lo da a entender.

Hagamos finalmente una lectura positiva de ello. Penalizar el exceso es un incentivo a la innovación de nuevos productos bajos en calorías que relativamente mostrarán unos precios relativos inferiores y así posiblemente conseguirán unas mayores ventas. Los grandes productores tienen ventaja para conseguir esta innovación desde sus mejores departamentos de investigación. Pueden aumentar su negocio. Las 4 Ps de su marketing juegan de manera importante: *packaging, pricing, promoting y placing* en los stands de los supermercados. Y hasta en una situación normalizada se podría destinar parte de la recaudación del impuesto a la desgravación de aquella innovación que cumple el objetivo de hidratación y da placer sin un coste tan elevado en la salud de la población.

RECONSIDERACIÓN DE LAS POLÍTICAS FISCALES Y LAS RESPONSABILIDADES EN SALUD

Muchas de las anteriores valoraciones se inscriben en un contexto en el que se barajan responsabilidades individuales y colectivas en los comportamientos saludables, y la legitimidad de intervenciones que subyugan al individuo como mejor juez de su propio bienestar. Cuestiones de equidad y tutela pública de bienes socialmente preferidos entorpecen la libre elección y la libertad individual. Las referencias de equidad y eficiencia, paternalismo público y soberanía del consumidor no son fácilmente separables y mucho menos objetivables en la aplicación de los principios filosóficos que las sustentan en el caso concreto analizado. El menos obvio de los terrenos de discusión es el de la identificación de sobre qué estados de salud son legítimas y en cuáles no las diferencias observadas. La respuesta teórica dominante es referenciar la legitimidad a la existencia de factores atribuibles a la responsabilidad individual. Desde la contribución de Roemer (1998), los determinantes de cualquier resultado de comportamientos observados pueden separarse en dos componentes: los que tienen que ver con las circunstancias que son exógenas a la persona (del tipo *background* familiar o gradiente social), y aquéllos que se derivan de los esfuerzos que están bajo el control del individuo. Así, podría aceptarse que se alcanza la igualdad de oportunidades (y de esa forma quedan legitimadas las diferencias observadas) cuando las circunstancias no jueguen ningún papel en los resultados, por ejemplo de salud, que por lo tanto han de depender necesariamente sólo del ejercicio de la libertad individual supuestamente suficientemente informado.

El debate que tiene actualidad en la política sanitaria y en la priorización de recursos, en el caso, por ejemplo, de los fumadores o alcohólicos cuando se valora el derecho a un trasplante de

pulmón, o de hígado (con la cirrosis alcohólica como indicación controvertida). Estando los órganos sólidos en fuerte limitación de oferta, la pregunta es si tiene sentido reconocer efectivamente el derecho al trasplante para quien se tiene evidencia de no seguir comportamientos saludables, de manera que se pueda condicionar el acceso al test de un mínimo de tiempo en abstinencia como para garantizar su permanencia y así el buen resultado de la intervención.

La puesta en práctica de políticas de salud que favorezca la igualdad de oportunidades, necesita por tanto, entrar en estos ámbitos más personales, sobre la base de haber identificado primero la contribución de las circunstancias externas y los comportamientos endógenos relativos al esfuerzo en su incidencia en resultados desiguales. Los esfuerzos son particularmente difíciles de especificar ya que son complejos de netamente observar y medir: estilos de vida – tales como hacer ejercicio, llevar una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso... son factores aceptados ampliamente como ejemplos de lo que supone el esfuerzo en relación a la propia salud, no representando, en principio, elecciones individuales ‘restringidas por las circunstancias’. De aquí que sea de interés analizar la correlación entre las circunstancias y esfuerzos desde un punto de vista ético. Es interesante en ese sentido valorar las posiciones de J Roemer i de B. Barry al respecto: por ejemplo de cómo tratar la presión familiar y la cultura - ‘lo que se espera como normal’- en el esfuerzo, por ejemplo, del estudiante en sacar buenas notas (caso de las alumnas asiáticas en general, véase F Jusot et al, Health Economics, 2013). Para Roemer este entorno considerado ‘normal’ no permitiría ‘premiar’ como ‘anormal’, por encima de lo esperable, el esfuerzo del estudiante (asiático). No lo consideraría así Barry, valorando aquella presión familiar como una circunstancia más que está fuera del control del individuo. La falta de presión familiar en el estudio identificaría un esfuerzo premiable en el caso general de los estudiantes que superasen aquel handicap (circunstancia adversa), pero no para Roemer en el de los asiáticos, como hemos apuntado, que harían ‘lo normalmente esperable’. En el campo de los fumadores el punto de conflicto sería el de si se deberían considerar los hijos de los fumadores que fuman, menos responsables que los hijos de los no fumadores que fuman. Barry diría que esta es una distinción irrelevante. Para Roemer, la parte del hábito tabáquico que se puede atribuir al *background* familiar es una circunstancia, y no un esfuerzo. Se compensan circunstancias exógenas antes de comparar resultados y así legitimar diferencias. Si el peor resultado es por menor esfuerzo, no existiría nada a compensar, y las diferencias en resultados serían legítimas al haber considerado que tenían los agentes igual

oportunidades de consecución. Una oportunidad lastrada por una circunstancia adversa sí que se habría de considerar, al no poder responsabilizar por un mal resultado en la parte en la que ha incidido una circunstancia condicionante fuera del alcance de la decisión del individuo, por grande que fuera su esfuerzo. Más compleja resulta la disputa si pasamos a vincular características genéticas a aquellos hábitos.

A la cuestión aquí tratada se añade, por último, la de las responsabilidades intergeneracionales: Si consideramos que es responsabilidad de la familia dedicar esfuerzos a la educación de los hijos, el que la circunstancia haya de ser compensada deviene menos obvio. La transmisión de valores en este sentido 'quita mérito': si de pequeños te acostumbran en casa a una buena dieta de vegetales y comer sano es más probable que sigas esos hábitos cuando seas mayor. Desde un punto de vista de los antecesores, se debería reconocer el mérito sea quien sea quien lo disfrute. Desde un punto de vista de descendientes, no. Si se hace prevalecer la generación joven en la aplicación del principio de compensación, entonces deberíamos considerar que la totalidad del *background* inicial representa 'circunstancias', incluyendo los esfuerzos de los padres, a pesar del vínculo con el esfuerzo de los hijos. Al contrario, si el orden de prioridad a considerar es a favor de las generaciones pasadas, en la aplicación del principio de premiar el mérito entonces los esfuerzos parentales debieran de ser respetados sean cuales sean las consecuencias que acaben aconteciendo a las futuras generaciones. Estas interacciones de transmisión, en la medida que son valores, se han de proteger, ya que prevenirlas o evitarlas implicaría según A Swift (2005) violar la autonomía de la familia.

En la Teoría de la Justicia de Rawls, las libertades básicas (incluye la libre asociación que supone la familia) tendrían prioridad sobre la igualdad de oportunidades y del principio de la diferencia en la compensación (al que peor se encuentra). Como resultado, Barry considera las circunstancias como a variables del pasado y las variables a considerar son las del esfuerzo que representan la libre elección de la generación presente. Para a Roemer el vector de circunstancia incluye todas las variables pasadas, de manera que los esfuerzos de los descendientes han de ser 'limpiadas' de cualquier contaminación que proceda de las circunstancias. Para Swift, en cambio, el vector de circunstancias no incluye las variables del pasado que no tienen consecuencias en los esfuerzos de los hijos. De esta manera resulta claro que 'a priori' la aproximación de Roemer minimiza la magnitud de la desigualdad que se puede considerar legítima en salud, mientras que Swift minimiza la magnitud de la desigualdad ilegítima si la correlación entre circunstancias y salud es del mismo signo que entre

circunstancias y esfuerzo (Jusot et al: *Circumstances and Efforts: How important is their correlation for the measurement of Inequality of Opportunity in Health?*, Health Economics, forthcoming 2013)

Siendo buena parte de los estilos de vida conexos a procesos de dinastía (desde el feto para algunos), genéticos, entornos culturales, socioeconómicos, discernir los campos que justifican la intervención como circunstancias condicionantes y no reflejo del esfuerzo autónomo resulta un debate inescapable.

OTRO ASPECTOS: LA PRIORIZACIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EXIGIBLES

Una de las cuestiones que muestran la relevancia de las anteriores consideraciones aplicadas a las realidades inmediatas se refiere a la traducción de éstas al *policy making* y, en particular, a la priorización de los recursos sanitarios públicos. En el Reino Unido, el NICE inglés es quien más ha valorado estas cuestiones. De sus *guidelines* entresacamos algunos argumentos:

-Principio de no discriminación:

- No cabe discriminar de acuerdo con las causas de la enfermedad o como ‘merecedores’ de un tratamiento (Esto incluye las condiciones que pueden haber sido contraídas o exacerbadas debido al estilo de vida o la ocupación del individuo)
 - Sin embargo, si el comportamiento pernicioso es probable vaya a continuar y de este modo haga el tratamiento menos coste efectivo o clínicamente menos efectivo, entonces puede ser apropiado tomarlo en cuenta. (Aunque, comúnmente es imposible para el individuo decidir si la condición dependió de su propio comportamiento o no)

-Preocupación por la desigualdad:

- NICE debería considerar activamente la reducción de las desigualdades en salud incluyendo aquellas diferencias asociadas a sexo, edad, raza, discapacidad y estatus socioeconómico. Sin embargo, NICE no debería recomendar intervenciones sobre la base de los ingresos de los individuos, la clase social o posición en la vida (nótese: ni en positivo ni en negativo!). Tampoco deben los roles sociales en diferentes edades afectar las decisiones en cuanto al costo efectividad.

- Debe ser justificado en ciertas circunstancias aumentar la salud general de la población, mientras relativas diferencias entre grupos se mantienen igual (o ligeramente peor) La aproximación utilitarista debería seguirse a expensas de aumentar las desigualdades en salud en algunas situaciones, como cuando el aumento global de la salud puede compensar el deterioro de su distribución.
- Estas decisiones necesitan ser realizadas en un estudio caso por caso y aplicar las acciones híbridas de ambos enfoques universales diseñados para producir una mejora general de la salud –centrándose en todos los niveles de la salud y de gradiente social- y apuntar a un enfoque orientado a los más desfavorecidos -a pesar de ser más difícil de lograr- partiendo de una política para la que ‘un AVAC es un AVAC’. (NICE hasta ahora ha sido muy reacio de apartarse del criterio de que un año de vida ajustador por calidad tiene idéntico valor acrezca a quien acrezca y sin depender de la edad ni del estadio de salud desde el que acrece).

-Criterio de información y tutela:

- Si se ponderan las ganancias de salud de los pacientes más graves, ello implicará que recibirán menor peso intervenciones preventivas de salud pública dirigidas a poblaciones relativamente saludables. La justificación para ponderar menos en términos de ganancia de salud a aquellas poblaciones resulta lejos de ser evidente a partir de una perspectiva universalista.

Son por tanto amplios los márgenes de discriminación en uno y otro terreno que permite el NHS inglés sobre la base de factores endógenos y exógenos a las realidades individuales como para cerrar el abanico de la discusión que el tema analizado en este texto abre.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La ausencia de evidencia sobre los efectos de la imposición en los cambios de comportamiento individuales no significa su ausencia. En la legislación reciente contra el Tabaco, ésta ha sido la tónica general (intuiciones y sospechas más que experiencias contrastadas) y sin embargo el no por ello invalidar la posibilidad de aplicar dichas medidas ha permitido lo que se reconoce en nuestro país como uno de los mayores éxitos de la salud pública. Notemos que la evidencia deseable implicaría variaciones marginales en positivo y en negativo a los ya consumidores, en muestras máshomogéneas, duración superior y seguimiento continuado de efectos, exposiciones dietéticas y neutralización de factores coadyuvantes que se confunden en los efectos.

Proponer nuevos impuestos con un consumo castigado por la crisis ciertamente no puede entusiasmar. Tampoco resulta sencilla su determinación: sujeto pasivo (contribuyente o no) hecho imponible concreto, base imponible sobre la que graduar el impuesto, tipos para que tengan efectos significativos en consumo, deducciones que hagan flata (sobre la base o sobre la cuota) y unos costes de transacción (inspección) ciertamente no desdeñables (según fase o fases gravadas, en origen o destino, producción o venta). Ello fuerza a valorar todas estas pérdidas de bienestar muy rigurosamente frente a las ganancias potenciales de salud y la gestión adecuada de las partidas de gasto que en su caso financien. Sería óptimo construir esta política desde la evidencia, que hoy desafortunadamente no se tiene. Pero ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia. Buscando ventanas de oportunidad de gravar consumos nocivos el caso de las bebidas excesivamente azucaradas parece más adecuado dados sus efectos más probables: su escaso o nulo nutriente dietético, el juego de la elasticidad precio con substitutivos alcanzables de coste nulo o reducido, y una menor regresividad fiscal esperable. Mientras que los 'fat tax' son problemáticos en el sentido de que pueden llegar a excluir otros nutrientes concurrentes para una buena dieta (leche grasa, calcio, densidad ósea), éste no es tanto el caso para los que graven bebidas excesivamente azucaradas. Estas además pueden reducir consumos complementarios igualmente menos saludables (pizzas o precocinados), y cuentan con una elasticidad de demanda probablemente más elevada para jóvenes (grupo mayormente objetivo para la salud) que para adultos. Por lo demás la recaudación del impuestos sobre bebidas excesivamente azucaradas puede incluso retornarse en forma de deducciones fiscales a las empresas de bebidas que orienten su producción, promoción e I+D a productos menos nocivos reforzando de este modo los impactos a corto y medio plazo en la salud poblacional. Sin objeción de eficiencia: impuesto 'pigouviano' que internalizar una externalidad, y ajustado a la regla de Ramsey que minimiza excesos de gravamen con tipos más elevados en proporción inversa a la elasticidad de demanda. Y con una menor regresividad global (beneficios redistributivos progresivos por la incidencia de los consumidores más sensibles a cambios de precios menos costes fiscales regresivos). Ello hace al impuesto más aceptable socialmente y mantiene como hemos argumentado en estas páginas el doble dividendo: ya sea como freno al consumo reduciendo gasto (por las consecuencias de la obesidad en los sistemas sanitarios), ya sea como elemento de recaudación (incrementando ingresos afectables a la mayor financiación del sistema sanitario de modo resarcidor).

Algunas referencias.

Más allá de los Documentos de Fiscalidad de la OCDE (2012), The Institute of Public Health de Irlanda ha realizado (octubre 2012) un detallado *Assessment of the Health Impact of the proposed Sugar Sweetened Drinks*. Igualmente *Fat Economics Nutrition, Health, and Economic Policy* de Mario Mazzocchi, W. Bruce Traill, and Jason F. Shogren, Oxford Univ. Press 2009.

Otras lecturas recomendables: *The New England Journal of Medicine Health Policy Report* “The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar Sweetened Beverages” de Brownell K et al. Oct 15, 2009; o de Farley T y Just D y B Wansink “Regulation of Sugar Sweetened Beverages” en *The New England Journal of Medicine Clinical Decisions*, Oct 11, 2012. Finalmente y más en general en *International Journal of Behav Nutr Phys Act* 2011, 8 Faulkner G et al, “Economic Instruments for Obesity Prevention: Results of a scoping review and modified Delphi Survey”.



www.upf.edu/cres