

Propuesta del Frente por una Reforma Tributaria Saludable

Antecedentes Epidemiológicos

A nivel mundial, numerosos países han experimentado una transición epidemiológica como consecuencia de la disminución en la prevalencia de las enfermedades infecciosas, de una menor mortalidad perinatal e infantil, de una mejor atención del parto, así como también, del desarrollo de programas de vacunación y de fortificación de nutrientes. Éstos han permitido influir en forma importante en las condiciones de la salud de la población, especialmente de los niños mejorando la esperanza de vida al nacer y determinando importantes cambios demográficos asociados a un incremento en la expectativa de vida. Todos estos cambios sumados a modificaciones ambientales tales como la dieta, nuevas condiciones de trabajo y un mayor sedentarismo han generado la aparición de nuevas enfermedades y requerimientos en la atención de salud. Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tales como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, cáncer, entre otras, representan desafíos actuales para los países que obliga al desarrollo de nuevas políticas públicas, amplias e innovadoras. El Estado en su conjunto tiene un rol fundamental en mejorar la salud de la población incluyendo consideraciones de salud en todas sus políticas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que las ECNTs representan casi las dos terceras partes de las muertes del mundo (36 de 57 millones de defunciones), siendo los países, poblaciones y comunidades de bajos ingresos los que experimentan el mayor ritmo de aumento de la carga por ECNTs. Esto representa *“enormes costos evitables en términos humanos, sociales y económicos”*.¹

Por otra parte, las Naciones Unidas en la Reunión de Alto Nivel para la Prevención y Control de ECNTs realizada en septiembre de 2011 reconoció la relación entre las enfermedades no transmisibles y el consumo de alcohol, tabaco, dieta no saludable e inactividad física. La ONU destacó con preocupación el aumento de obesidad en niños y jóvenes y los profundos efectos sanitarios y de menor productividad asociados a las ECNTs.²

El Estudio de Carga de Enfermedad del Ministerio de Salud del 2007 demostró que el alcohol y la obesidad son los dos principales factores de riesgo de discapacidad y muerte en Chile. El consumo de tabaco, subestimado en el estudio, se ubicó en el noveno lugar, a pesar de ser el causante directo del 18,5% del total de muertes que anualmente se producen en nuestro país. Las consecuencias del consumo de bebidas azucaradas, alcohol y tabaco son altamente regresivos: la muerte y discapacidad se concentra en familias de bajos ingresos, favoreciendo el círculo vicioso de enfermedad, pobreza y vulnerabilidad.

1. Impuesto a bebidas analcohólicas con azúcar

El informe de Salud en las Américas 2012 estima que en la región un 50 a 60% de los adultos y el 7 al 12% de los niños menores de 5 años tienen obesidad o sobrepeso. Se prevé que la cifra de personas con obesidad o sobrepeso alcanzará los 289 millones para el 2015.³ Chile, uno de los países con indicadores más altos de obesidad infantil en el mundo, ha alcanzado una prevalencia de obesidad de 9,6% en menores de 6 años y 23,2% en aquellos que asisten a Primero Básico.⁴ Un niño obeso tiene mayor probabilidad de

llegar a ser un adulto obeso, situación que favorece y acelera la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles⁶, tales como la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), las dislipidemias y la hipertensión arterial (HTA), componentes del denominado síndrome metabólico. Estudios efectuados en Chile muestran que un 26,8% de los niños obesos presenta síndrome resistencia a insulina, un 39,1% hipertrigliceridemia (39,1%) y 3,7% hiperglicemia de ayuno.⁵ Otros estudios muestran que 21% de los obesos severos presenta hipertensión arterial y 13% hipertensión diastólica.⁶

En adultos chilenos la obesidad alcanza a 25.1% siendo 19.2% en hombres y 30.7% en mujeres, cifra especialmente alta en aquellas pertenecientes a grupo de menor nivel socioeconómico (46.7% versus 19%). En las mujeres embarazadas el exceso de peso alcanza a la mitad de la población observándose que en los últimos quince años éste problema de salud se ha duplicado.⁴ De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud un 30% de la población adulta presenta niveles elevados de colesterol LDL (>130 mg/dl), así como también, de triglicéridos (>150 mg/dl) y alrededor de 25% presenta hipertensión arterial.

Un estudio desarrollado por Crovetto et al. muestra el importante cambio en la composición del gasto en alimentos de los chilenos, observándose una disminución o desplazamiento de productos que eran parte de una alimentación tradicional y saludable, hacia una alimentación con una alta proporción de alimentos procesados, con alta densidad energética y un alto contenido en grasas totales, saturadas, azúcares agregados y sodio pero bajos en micronutrientes y fibra dietaria. Destaca el importante aumento en el consumo de bebidas y jugos azucarados, así como también, de comidas fuera del hogar.⁷

Consideraciones Legislativas

La obligación de proteger el derecho humano a la salud ha sido entendido, por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Comentario General 14, como la obligación de que *“los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran”* en el efectivo goce del derecho a la salud, especificando que las violaciones de esta obligación incluye *“la no protección de los consumidores [...] contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos [...] fabricantes de alimentos”*.⁸

El relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación, Olivier De Schutter, destaca que *“para la sociedad el costo [de la obesidad] es inmenso, tanto el costo directo (atención sanitaria) como el costo indirecto (pérdida de productividad). Desde que aparece la obesidad hasta que aumenta el costo de la atención sanitaria pasa un plazo de tiempo considerable”*.⁹ *“Se estima que cada año unos cien millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a los costes de los servicios de salud que necesitan”*. Además, *“los análisis económicos sugieren que cada aumento del 10% de las ENT se asocia a una disminución del 0,5% del crecimiento anual de la economía”*.¹

“Los Estados deben proteger el derecho a una alimentación adecuada mediante la adopción de medidas que reduzcan las repercusiones negativas que tienen los actuales sistemas alimentarios en la salud pública”.⁹

En especial en relación a los derechos de los niños, como se indica en la Convención de Derechos del Niño, *“el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales”*.¹⁰

La recomendación contenida en el Comentario General 15 del Comité de Derechos del Niño afirma que debe limitarse la exposición de los niños a la “comida rápida” de alto contenido en grasas, azúcar o sal, y a bebidas de alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos nocivos. Recomienda la

regulación de la comercialización de estas sustancias, especialmente cuando sus destinatarios son niños, así como controlar su disponibilidad en las escuelas y otros lugares.¹¹

El Comentario General 16 del Comité de Derechos del Niño ha advertido que el mercadeo dirigido a niños de alimentos y bebidas con alto contenido en grasas saturadas, grasas trans, azúcar, sal y aditivos puede tener un impacto a largo plazo en su salud.¹²

Sustento científico al Impuesto a Bebidas Analcohólicas Azucaradas

1. Dieta, azúcar y salud

La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (WHA57.17, 2004) recomienda (1) lograr un equilibrio energético y un peso normal; (2) limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans; (3) aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; (4) limitar la ingesta de azúcares libres; y (5) limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada".¹³

La OMS y sus Estados Miembros, han expresado de manera concluyente que el consumo de bebidas con elevado contenido de azúcar son nocivos para la salud. De conformidad con la evidencia científica, el consumo de azúcares en exceso en cualquiera de sus formas (sacarosa, fructosa, glucosa, etc.) brinda sólo calorías vacías lo que contribuye al aumento de peso y al desequilibrio hormonal. El aumento en el consumo de las bebidas azucaradas, incluidos los refrescos en todas las edades y grupos étnicos está relacionado con el aumento de la incidencia del síndrome metabólico (ligado al sobrepeso y la obesidad), así como resistencia a la insulina, que causa diabetes e hígado graso entre otras enfermedades.¹⁴⁻¹⁵

Existe una clara evidencia que los factores dietéticos son determinantes en el aumento de peso. En el caso específico de las bebidas gaseosas azucaradas su efecto estaría dado por un aumento en el aporte calórico total de la dieta, observándose además, que su ingesta no reduce el consumo de otros alimentos, favoreciendo este modo, un aumento en el aporte calórico total de la dieta. Se describe además, que un consumo elevado de refrescos azucarados puede engañar a los mecanismos biológicos responsables de las respuestas de saciedad, favoreciendo el consumo excesivo de energía, determinante en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad.¹⁶⁻²⁰

Se describe que un balance positivo de 120 kcal/día resulta en un aumento de 4,5 kilos kg/año y puede determinar que un niño con peso normal se convierta en obeso en un período de 4 años.²¹ Según estudios nacionales, los escolares chilenos consumen 118 gramos/día de snacks dulces y salados, que representan entre 350 y 500 kcal,²² lo que explica en gran parte la epidemia de obesidad actual. No en vano Chile es el segundo consumidor de productos Coca-Cola del mundo.²³

Contrario a lo que asevera la industria, el consumo de bebidas azucaradas produce aumento de peso en niños y adultos: cada 355 cc de bebida azucarada aumenta 0,06 el IMC en niños; en adultos, las bebidas azucaradas producen un aumento de 120 a 220 gramos/año (aumento habitual es de 0,5 kg/año, explicaría 25-50% de aumento anual). Por esta razón, el impuesto a bebidas azucaradas es una de las medidas más estudiadas por su potencial efecto en reducir la obesidad infantil, asociado a su escaso valor nutricional y alto efecto cariogénico.

2. Consumo de bebidas azucaradas y precio

Está demostrado que el aumento del precio disminuye el consumo de bebidas azucaradas. Se estima que la demanda tiene una inelasticidad relativa de -0.76 , lo que se traduce en que un aumento de precio de 10% reduce el consumo en 7,6%.²⁴ La característica inelástica de la demanda evita la aparición de mercados negros y efusiones tributarias importantes, haciendo viable este tipo de políticas.(Sassi 2013) Al mismo tiempo, se ha demostrado que el efecto en la reducción del consumo por aumento de precios también afecta la carga de enfermedad. En Inglaterra, una simulación estimó una reducción de la prevalencia de obesidad del 1,3% (180.000 menos obesos) con un impuesto de 20%.²⁵ Otro estudio en Estados Unidos estimó que un aumento de precio de 20% se traduciría en una reducción de 24,3 Kcal/día, o 0,72 kilos/año, sin efecto de sustitución por otros productos no saludables.²⁶ Fletcher et al han estimado que los impuestos disminuyen el consumo de bebidas azucaradas,²⁷ pero advierten que su efecto positivo puede ser neutralizado por el consumo de otras bebidas altas en calorías, como jugos y leche entera.²⁸ En conclusión, la evidencia empírica muestra que el aumento de impuesto debe ser de al menos 20% para tener un efecto significativo en la población y debe cubrir a todos los productos de características similares en contenido de azúcar para evitar sustitución.²⁹

Un punto fundamental para optar por un alza de un 20% y no menor, tiene que ver con la distribución inequitativa en la carga de enfermedad en la población y el potencial efecto regresivo de una medida de este tipo. Una reducción menor (como el 5% propuesto actualmente) no afecta el consumo y transfiere el alza de precios a los sectores de menores ingresos. Un impuesto de mayor magnitud reduciría el consumo de bebidas azucaradas en hogares de bajos ingreso, con el consiguiente impacto en la prevalencia de enfermedades relacionadas, lograría mayor equidad en la distribución de la carga de enfermedad entre grupos socioeconómicos, convirtiéndose en una medida de efecto progresivo en cuanto a salud poblacional. Es decir, si bien un aumento del precio tendría un mayor impacto en sectores de menores ingreso al limitar de mayor forma el consumo, éste sería precisamente en aquellos grupos que presentan una mayor prevalencia de enfermedades. Un menor consumo de estos productos tendría un efecto positivo en la salud de estas poblaciones disminuyendo costos en salud asociados al manejo de obesidad y otras enfermedades, liberando recursos para otros usos en esos mismos grupos. Por ejemplo, parte de esta recaudación podría ser utilizada para mejorar el acceso a agua potable en todas las escuelas, a programas de promoción en salud y a financiar un Fondo Nacional de Medicamentos .En este sentido, es importante recalcar que el impuesto tiene el efecto progresivo y de salud pública deseado sólo cuando afecta el consumo de bebidas azucaradas y la carga de enfermedad. Tal como lo describe Thow et al., en el caso de que el impuesto a las bebidas azucaradas no afecte el consumo, este sí tendría un carácter regresivo, ya que sólo produciría mayor gasto de los grupos socioeconómicos más vulnerables, sin afectar la distribución de la carga de enfermedad ni liberación de recursos para otras patologías.³⁰

En cuanto a viabilidad y eficacia de este tipo de medidas, contamos con fuerte evidencia internacional que la respaldan. El impuesto a bebidas azucaradas ya se ha implementado de forma exitosa en muchos estados de Estados Unidos y otros países como Finlandia, Hungría, Francia y México (Tabla 1), demostrando el efecto transcultural que tiene como medida de salud pública y la viabilidad económica en su implementación. En Finlandia el impuesto específico a bebidas azucaradas es de 7.5 centavos/litro, incluye además dulces, helados, chocolates (0.75 euros/kg). En Hungría se implementó el 2011 un impuesto de 0,04 euros por producto para productos altos en azúcar, sal, grasas y bebidas azucaradas. Francia aplica un impuesto de 7.16 euros por hectolitro de bebida con azúcar adicionada o endulzante.³¹ México agregó en Enero del 2014 un impuesto de 10% a bebidas azucaradas.

Tabla 1

Países con Impuesto a Bebidas Azucaradas

País	Año	Producto	Tipo y valor del impuesto
Chile	1974	Bebidas analcohólicas y aguas minerales	Ad-valorem 13%. No distingue entre bebidas azucaradas y no azucaradas
Finlandia	2011	Bebidas azucaradas, dulces, helados y galletas	Bebidas azucaradas (€0.075/L), dulces, helados, galletas (€0.75/Kg)
Francia	2012	Bebidas con azúcar o endulzante agregado	€0.72/L
Hungría	2011	Alimentos altos en azúcar, grasas, sal y bebidas azucaradas	€0.04 por producto
México	2014	Bebidas azucaradas y snacks	10% a bebidas azucaradas; snacks con densidad energética mayor a 275 Kcal/100 gramos
Estados Unidos (23 estados)	Variable	Bebidas azucaradas	1-8%
Australia	2000	Bebidas gaseosas, dulces, galletas, masas horneadas	10%
Fiji	2006	Bebidas gaseosas	5% en bebidas importadas
Samoa	1984	Bebidas gaseosas	€0.14/L
Polinesia Francesa	2002	Bebidas azucaradas, dulces, helados	€0.55 para bebidas importadas
Nauru	2007	Azúcar, dulces, bebidas carbonatadas, "cordial", bebidas saborizadas	30% en impuesto aduanero

Fuente: Mytton, 2012.²⁹

Reforma Tributaria en Chile

En Chile, las bebidas analcohólicas están gravadas por un impuesto indirecto, ad valorem del 13%, denominado "Impuesto Adicional a las Bebidas Analcohólicas" (IABA). Este impuesto se aplica desde el año 1974 correspondiendo inicialmente a un 20%. Este ha sido posteriormente rebajado durante el año 1985 a 13%. El IABA aplica tanto a la venta e importación de bebidas no alcohólicas naturales o artificiales, jarabes, y en general cualquier otro producto que las sustituya o que sirva para preparar bebidas similares, así como también, a las aguas minerales o termales que hayan sido adicionadas con colorante, sabor o edulcorante. La recaudación total por concepto de impuestos a las bebidas alcohólicas en el año 2012 alcanzó la cifra de \$104.448 millones, equivalentes a US\$215 millones.³²

El texto de la actual Reforma Tributaria establece un aumento del impuesto específico del 5% solo a las bebidas analcohólicas altas en azúcar tal como lo establecería el Reglamento de la nueva Ley de Rotulado y Publicidad de Alimentos (Ley 20.606). El artículo 5º de esta Ley entrega al Ministerio de Salud la facultad para determinar qué alimentos serían considerados altos en azúcar, grasas saturadas, calorías y sal. Sin embargo, la definición contenida en la Reforma Tributaria no permite identificar claramente a cuáles productos aplicaría este Decreto.

Como antecedente, el Reglamento Sanitario de Alimentos, Decreto 977 en el Capítulo XXVII define que es una bebida analcohólica (artículo 478). La definición de bebida refrescante de fruta y bebida de fantasía se encuentra contenida en los artículos 479 y 480. Los artículos 482, 484 y 485 definen jugo de frutas, jugo o zumo concentrado de fruta y néctar de fruta respectivamente. También se incluyen en este capítulo (Párrafo III, artículo 487A) la definición de aguas envasadas.

Propuesta del Frente por una Reforma Tributaria Saludable

Considerando que la evidencia muestra que el aumento de impuesto debe ser de 20%, se estima que un aumento del 5% no tendría efecto en el consumo ni la salud de la población. Su efecto recaudatorio se estima en 82 millones de dólares.

La propuesta del Frente por una Reforma Tributaria Saludable consiste en tres puntos:

1. Incorporar en el texto de Decreto de Ley 825 qué se entiende por bebida analcohólica azucarada. La referencia en la propuesta hace referencia al Reglamento de la Ley 20.606 del Ministerio de Salud. Considerando que esta propuesta excluye a algunas categorías se propone que la definición incluida corresponda a todas aquellas bebidas analcohólicas azucaradas y agua saborizadas con azúcar que se incluyen en el Capítulo XXVII del Reglamento Sanitario de los Alimentos (Decreto 977).

2. Aumentar el IABA en 20 puntos porcentuales (a 33%) según recomendación de la Organización Panamericana de Salud y evidencia científica internacional a todas las bebidas azucaradas.

Si bien Chile aplica un impuesto específico de 13% a todas las bebidas analcohólicas y aguas saborizadas, de acuerdo a Euromonitor 2012, Chile se ubica en el segundo lugar de los países más consumidores de bebidas (155 lt/cápita). De acuerdo a la OMS el incremento de impuestos a productos de consumo ordinario como son las bebidas analcohólicas azucaradas, que han sido implementados en diversas regiones del mundo han demostrado ser las estrategias más costo-efectivas en términos de reducción de la demanda. Varias revisiones sistemáticas de la literatura demuestran la efectividad de estas políticas y sugieren además, que los incrementos de impuestos deben ser ajustados al nivel de inflación, como una medida para asegurar que no pierdan su efectividad con el paso del tiempo. Basados en estos estudios la Organización Panamericana Sanitaria (OPS) recomienda que el impuesto debe ser de al menos 20% para tener un impacto en la obesidad y en las enfermedades cardiovasculares. La evidencia de impacto es más fuerte por impuestos para refrescos y bebidas azucaradas.^{33-34, 26}

Un aumento del IABA de 20 puntos porcentuales (33%) tendría un efecto significativo en el consumo y una reducción de 2,2-3% de obesidad y sobrepeso. El efecto recaudatorio se estima en alrededor de 545 millones de dólares.

3. Incorporar un nuevo impuesto específico a otros productos azucarados tales como caramelos, helados, snacks y leches saborizadas.

Algunos países como Finlandia gravan otros productos como helados, dulces y chocolates. México aplica un impuesto a los denominados “snacks” con una densidad energética mayor a 275 kcal/100 gramos. La aplicación de estos impuestos disminuiría la elasticidad cruzada en el consumo de productos azucarados y aumentaría la recaudación general pero también específica para programas e intervenciones en salud.

2. Impuesto a bebidas alcohólicas

El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad en Chile (produce el 12,4% o 450.000 años de vida perdidos por muerte y discapacidad).³⁵ Se atribuyen 8750 muertes anuales por consumo de alcohol en Chile.³⁶

Aumentar el precio del alcohol a través de impuestos es la medida más costo-efectiva para reducir el consumo y las consecuencias negativas.³⁷ En Finlandia, una reducción de 33% en el impuesto al alcohol se tradujo en 600 muertes anuales, afectando en mayor medida a mujeres, desempleados y aquellos con bajo nivel educacional e ingreso.³⁸ Está demostrado que el aumento del precio reduce el consumo de alcohol en la población general y en mayor medida en jóvenes, consumidores excesivos y aquellos cercanos a la embriaguez. Según tres meta-análisis recientes, la demanda de alcohol es inelástica, con valores mayores para destilados y vinos (-0.68; -0.80) y menores para cervezas (-0.38; -0.46).³⁹ En Inglaterra, se estima que un aumento del precio de 10% reduciría el consumo en 4,4%, es decir, 5,5 gramos por semana en población general, 25 gramos a consumidores excesivos y evitaría 1460 muertes anuales (pob. 53 millones).⁴⁰ En la población chilena, una reducción similar de 4,4% en el consumo de alcohol reduciría 458 muertes por año (pob. 16.6 millones).

Reforma tributaria en Chile

En Chile, el impuesto a las bebidas alcohólicas se encuentra contenido en el Decreto Ley 825 del Ministerio de Hacienda. Este impuesto a las bebidas alcohólicas alcanzaba en la década de los 90s el 30%, que afectaba al pisco en 25% y al whisky en 70%. La Organización Mundial de Comercio, a raíz de un requerimiento de la Comunidad Europea, exigió un trato tributario no arbitrario a productos exportados y de fabricación local, con lo que se aplicó un impuesto de 27% a todos los destilados incluidos el pisco, whisky, aguardiente y vinos licorosos. El impuesto para vinos, sidras y cervezas se mantuvo en 15%.

La propuesta de Reforma Tributaria establece un aumento del impuesto específico a las bebidas alcohólicas aplicando: (1) tasa de 18% por el hecho que una bebida contenga alcohol, (2) tasa ad-valorem de 0,5% por cada gramo de alcohol y (3) impuesto específico de 0,03 UTM por cada litro de alcohol puro o la proporción correspondiente. Esto implica que se aplica un mayor impuesto a las bebidas alcohólicas de mayor contenido alcohólico y proporcionalmente se aplica mayor impuesto a bebidas de menor precio. Esto significa que las poblaciones con mayor consumo de alcohol excesivo y episódico, los jóvenes y grandes consumidores, se verían especialmente afectados con la medida, reduciendo su consumo en mayor proporción. Otro elemento destacable es que, aún cuando las consecuencias del alcohol -no sólo de salud, violencia, accidentes, baja productividad- se concentran en estratos socioeconómicos bajos, el consumo de alcohol es homogéneo en la sociedad chilena. En este sentido, un aumento del precio a bebidas alcohólicas no sería regresivo y sus efectos serían altamente progresivos.

Propuesta del Frente por una Reforma Tributaria Saludable

4. Explicita apoyo a propuesta actual. El Frente explicita su apoyo a la propuesta actual, ya que constituye un avance importante en el aumento de los precios de las bebidas alcohólicas. El aumento de impuesto afecta en mayor medida a las bebidas con mayor % de alcohol y las de menor precio, con lo que se espera tenga un impacto mayor en adolescentes y consumidores excesivos. Esta política tendría un significativo impacto en la morbilidad por alcohol. Se estima que un aumento del precio de 20% evitaría 916 muertes al año.

3. Impuesto al tabaco

El tabaquismo ha sido reconocido como un factor de riesgo mayor de ECNT, por lo tanto, se constituye en uno de los elementos clave para poder lograr el objetivo de disminuirlas. En Chile, estas enfermedades son responsables al menos de 2 de cada 3 muertes por año.

Chile, registra las prevalencias más altas de tabaquismo en adultos de Latinoamérica (40,6% en mayores de 15 años)⁴¹ y la más alta del mundo en jóvenes de sexo femenino de entre 13 y 15 años (39,9%).⁴² Aunque debe reconocerse una tendencia al descenso del tabaquismo en jóvenes en los últimos años, lo que constituye un elemento esperanzador, las tasas siguen siendo muy altas.

El tabaco causa la muerte de 16.494 chilenos cada año, lo que implica un 18,5% del total de las muertes. Además cerca de 100 mil más enferman anualmente por patologías relacionadas con el consumo de tabaco, calculándose las siguientes cifras:⁴³

- 51.461 por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, EPOC
- 20.154 por Enfermedades Cardíacas.
- 12.052 por Accidentes Cerebrovasculares
- 5.262 por Neumonías
- 4.784 por Cáncer de Pulmón
- 3.079 por otros cánceres

Chile ha hecho y está haciendo esfuerzos para detener esta epidemia. Ratificó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005, y en una ley promulgada en 2006 (Ley 19.419) comenzó a aplicar varias de sus disposiciones. Sin embargo, esa ley no tuvo el impacto esperado en la disminución del consumo y una menor carga de enfermedad. La nueva Ley de Control del Tabaco (Ley 20.660) promulgada en Marzo de 2013 avanzó de forma importante en políticas probadamente exitosas para controlar el consumo de tabaco y sus consecuencias, estableciendo entre otras: (1) Ambientes Libres de Humo de Tabaco en todo espacio cerrado de acceso público, especialmente restaurantes, bares, pubs y casinos de juego así como en estadios y recintos deportivos; (2) Prohibición de publicidad en puntos de venta y restricciones a la publicidad encubierta, incluyendo prohibición del *placement*; (3) Aumento del número de advertencias en los envases de productos del tabaco y simultaneidad en su circulación y (4) Creación de un plan nacional de educación sobre los daños del tabaco, que debe ser actualizado cada 5 años.

El daño sanitario y social que el tabaco genera, impone al estado una gran carga económica. Sólo los gastos directos causados por el tabaquismo en Chile, alcanzan a 887 mil millones de pesos (US\$ 1.684 millones aprox.), lo que equivale al 0,7% del PIB y el 9,1% del gasto anual en salud^c. Si a esto se le

agregan los gastos indirectos (baja productividad, absentismo laboral, menor calidad de vida, etc.), se estima que el costo del tabaquismo podría duplicarse.

¿Por qué subir los impuestos al tabaco?

El alza de impuestos es una medida promovida por la OMS. Según la evidencia científica disponible, la política impositiva y de precio es la estrategia aislada más efectiva para reducir el tabaquismo, especialmente en personas jóvenes y de escasos recursos.

Se recomienda que los precios de los cigarrillos aumenten más rápido que la inflación pues, en la medida que los países van creciendo económicamente, el poder adquisitivo de las personas aumenta y, por lo tanto, su sensibilidad al precio disminuye y crece su capacidad de consumo.

El hecho de que haya un mayor impuesto al tabaco no genera necesariamente un aumento del contrabando. Cuando se enfrenta el contrabando con medidas aduaneras serias, buenas tecnologías y cooperación internacional, el tráfico de tabaco ilícito disminuye. En España, en 1994 el contrabando llegaba al 14,5% y en 2002 se había reducido a menos del 2%; en ese mismo lapso, los impuestos al tabaco aumentaron en un 155%.

Impuestos y precios del tabaco en Chile

Durante el gobierno anterior hubo dos alzas de impuesto al tabaco, ninguna de ellas motivada por mejorar la salud de las personas, sino por otras causas: el primero, en 2010 como parte de la ley de reconstrucción posterior al terremoto y otra en 2012 como una forma de aportar financiamiento a la llamada “reforma educacional”. En ambas ocasiones aumentó el impuesto específico al tabaco a 0,0000675 UTM (\$ 53) por cigarrillo (2010) y 0,000128803 UTM (\$ 102) (2012). Sin embargo, aún hay espacio para aumentar esta cifra y cambiar la estructura del impuesto pagado por las tabacaleras.

La recaudación fiscal por tributos provenientes del tabaco –estimados en US\$ 1.500 millones promedio al año- no alcanza a cubrir ni siquiera los costos directos de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en el sistema público de salud. Es decir: no sólo el tabaquismo es una fuente de daño serio a la salud de las personas, sino que sigue siendo un mal negocio para el Estado de Chile.

Chile tiene, comparativamente, un precio del tabaco bajo y la accesibilidad del ciudadano a este producto es alta: una cajetilla de 20 cigarrillos cuesta en nuestro país el equivalente a US\$ 4,5 y en países como Canadá o Noruega su costo es de US\$ 10 y US\$ 15, respectivamente.

Un estudio realizado en Chile en 2006 estimó que un aumento del 10% en el precio promedio de una cajetilla de cigarrillos genera una reducción de 2,2% en la cantidad demandada a corto plazo y 4,5% a largo plazo, lo que implica un impacto directo en el consumo de tabaco en la población.⁴⁴

Se ha dicho que el aumento de impuestos aumentará el contrabando de cigarrillos, el que hoy se estima en 8% de la producción total. Sin embargo, si mejoran los mecanismos de decomiso y control fronterizo, por ejemplo, esto se puede disminuir sin que afecte la recaudación fiscal.

El impuesto que pagan los cigarrillos en Chile tiene 3 componentes:

- 1) Impuesto Específico al Tabaco (IT), equivalente a 0,000128803 de la Unidad Tributaria Mensual (UTM) por cigarrillo, que a Abril de 2014 tiene un valor de \$41.469; eso implica que el IT paga actualmente \$ 107 por cajetilla de 20 cigarrillos.
- 2) Impuesto Ad Valorem del 60,5% del precio final de venta; si calculamos al precio de la marca más vendida en Chile (Belmont) que es de \$ 2.400, actualmente paga \$1.452 por cajetilla de 20 cigarrillos.
- 3) Impuesto al Valor Agregado (IVA), equivalente al 19% del precio final de venta; eso es, aplicado a la misma marca más vendida (Belmont) que vale \$ 2.400, actualmente paga \$456 por cajetilla de 20 cigarrillos.

Por tanto, actualmente cada cajetilla de cigarrillos paga en total, \$2.015, que equivale al 84% del valor total.

Como se puede apreciar, lo que conviene es tener un impuesto por cigarrillo no por cajetilla; si es por cigarrillo, el valor está siempre subiendo porque es parte de una unidad que se reajusta mes a mes (Unidad Tributaria Mensual, UTM) y por lo tanto el precio está siempre al alza, lo que desincentiva el consumo; si es por cajetilla, lo que ocurre es que la demanda se desplaza de las marcas más caras a las más baratas y por lo tanto, no necesariamente disminuye el consumo de tabaco. En ese contexto, la propuesta es, más que subir el impuesto específico y el ad-valorem, cambiar el esquema impositivo del tabaco: eliminar el ad-valorem y dejar sólo un impuesto específico por cigarrillo que sea suficientemente alto como para compensar la recaudación que se perdería por la eliminación del Ad Valorem y que signifique un mayor impacto en la disminución del consumo.

Reforma tributaria en Chile

En el programa de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, cuando se describieron los mecanismos a través de los cuales se realizaría la Reforma Tributaria, se decía: "...en el caso de los cigarrillos, incrementaremos el impuesto específico por cantidad y reduciremos el impuesto ad-valorem, de manera tal que se mantenga la recaudación en su nivel actual. La medida resulta ser un claro desincentivo al consumo y es una forma de aportar a la salud pública desde los impuestos".

No obstante, esto no se vio plasmado en el proyecto de ley de Reforma Tributaria enviada al Congreso el 31 de Marzo de 2014. Autoridades tanto del área económica como de salud han señalado que el impuesto al tabaco se incluirá en una ley posterior, cuya fecha y urgencia en la discusión aún no se ha especificado.

Por último, es necesario decir que estamos frente a una oportunidad invaluable para que Chile no sólo sea un país más equitativo y recaude más recursos a la educación pública, sino también para mejorar la salud de la población.

Propuesta del Frente por una Reforma Tributaria Saludable

5. Incorporar en la Reforma Tributaria actual un aumento del impuesto al tabaco. Con esto se da cumplimiento al programa del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet para reformular la estructura tributaria del tabaco.

6. Eliminar el impuesto ad-valorem y aumentar el impuesto específico a una cifra que signifique recaudar más fondos para el Estado. Esto implica un aumento total de impuestos al tabaco que se ajusta a la inflación, evitando que el precio relativo disminuya con el tiempo.

4. Financiamiento de actividades de promoción de salud y Fondo Nacional de Medicamentos

Antecedentes generales

En Chile, los recursos disponibles para la promoción de la salud son insuficientes y ha sido una de las áreas de la salud pública que ha recibido menos atención en las últimas décadas. El Programa Vida Chile, creado durante la década de los 90s, destinó xxx millones de dólares a promoción de la salud, un porcentaje mínimo en relación al gasto total en salud. Asimismo, Chile tiene una gran inequidad en el gasto de bolsillo, estando aún bajo la media de países de la OECD, siendo la principal causa el acceso inequitativo a medicamentos.

Los medicamentos son parte importante del funcionamiento de los sistemas de salud, no sólo porque constituyen una de las tecnologías sanitarias más frecuentemente utilizadas en la prevención y tratamiento de enfermedades, sino porque son responsables de parte importante del gasto en salud.⁴⁵ Durante el año 2011, el gasto de medicamentos correspondió a poco más del 17% del gasto en salud en los países de la OECD, siendo el tercer componente más grande de este gasto.⁴⁶

Con un mercado farmacéutico que alcanzó durante el 2012 los USD\$ 965 billones y que se proyecta a los USD\$ 1,2 trillones para el año 2017,⁴⁷ un problema que se hace evidente a nivel mundial se relaciona con las inequidades en el acceso, considerando que el 16% de la población (46 países de altos ingresos) es responsable del 78% del gasto farmacéutico a nivel mundial.⁴⁵

Los países de mayores ingresos financian el gasto en medicamentos principalmente a través del sector público (61% del gasto total en medicamentos) mientras que los países de bajos ingresos lo hacen mayoritariamente a través de gasto privado (77% el gasto total en medicamentos), principalmente mediante gasto de bolsillo.⁴⁸ La inequidad en el acceso a tratamientos es percibida como un síntoma de debilidad en los sistemas de salud y representa una falla de los gobiernos en cumplir sus obligaciones respecto al derecho a la salud de sus ciudadanos.⁴⁹

En Chile, Las demandas sociales relativas a salud que han ocurrido durante el último tiempo apuntan específicamente al financiamiento de medicamentos. Tal es el caso de la denominada Marcha por los Enfermos, que ha puesto en la agenda pública y política la discusión sobre la cobertura para el tratamiento farmacológico de enfermedades particularmente costosas para las familias. Si bien la protección financiera a las familias respecto a los costos de los tratamientos comenzó a realizarse a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (RGES), este esfuerzo resulta insuficiente considerando que muchas enfermedades no están incluidas en la priorización realizada por el RGES, y que los avances en la medicina y la biotecnología hacen que los nuevos medicamentos sean cada vez más costosos.

La necesidad de mejorar la protección financiera en medicamentos, a través de un Fondo Nacional de Medicamentos es una medida importante por las siguientes razones:

a) El gasto público en medicamentos de Chile es el más bajo de los países de la OECD

El gasto per cápita de medicamentos en Chile corresponde a los USD\$ 178 PPP (principalmente por medicamentos dispensados con receta médica), muy por debajo de los USD\$ 483 PPP promedio para los países de la OECD. Además, el gasto en medicamentos expresado como porcentaje del PIB corresponde al 0,9% siendo en su mayoría gasto privado, cifra muy por debajo del 1,5% promedio para estos países (con el 0,8% correspondiendo a financiamiento público).⁴⁶ Asimismo, el consumo de medicamentos antihipertensivos, anticolesterolemicos, antidiabéticos y antidepresivos adquiridos a nivel ambulatorio (específicamente en farmacia privada) es el menor dentro de estos países.

b) El gasto de bolsillo en medicamentos afecta proporcionalmente en mayor medida a los quintiles de menores ingresos

Según la Encuesta CASEN 2009, el 87,7% de las personas que consultaron a un profesional de la salud por alguna condición de salud recibió alguna prescripción de medicamentos. De estos, un 51,9% declaraba recibirlos gratuitamente en algún centro asistencial mientras que un 33,4% tuvo que comprar la totalidad de los medicamentos.⁵¹

Uno de los principales problemas que Chile debe afrontar en relación a los medicamentos corresponde al gasto de bolsillo en el que las familias incurren, especialmente para las dispensaciones ambulatorias. La participación de los medicamentos como componente del gasto de bolsillo total (GBT) en salud en los hogares chilenos aumentó levemente entre 1997 (53%) y el 2007 (55%) a pesar que el GBT como porcentaje del gasto total del hogar, se mantuvo ligeramente superior al 4%. La mantención de la brecha de gasto en el acceso se manifiesta al analizar los hogares según sus ingresos demostrando que para ambos períodos, los hogares pertenecientes al primer quintil de ingresos tienen mayor gasto de bolsillo en medicamentos (57% en 1997 y 68% el 2007) que aquellos hogares de mayores ingresos (46% en 1997 y 47% el 2007).⁵²

c) Chile carece de una política de tarificación/reembolso de medicamentos

El acceso a medicamentos en Chile está sujeto a las condiciones que otorga tanto el aseguramiento público de FONASA (y sus niveles) y el sistema privado a través de las ISAPREs o seguros complementarios.

Los medicamentos de uso ambulatorio son adquiridos principalmente en farmacias privadas, a excepción de aquellos productos retirados gratuitamente en los establecimientos públicos de atención primaria o en algunos casos en establecimientos hospitalarios, aplicado a pacientes adscritos a los primeros niveles del seguro público de FONASA (A y B) y siempre y cuando estos medicamentos se encuentren dentro del Arsenal Farmacoterapéutico del recinto asistencial y exista disponibilidad física en el momento de requerirlos.

La dispensación de medicamentos tanto para los afiliados a FONASA atendidos por prestadores privados mediante la Modalidad de Libre Elección (MLE) como para los afiliados a ISAPREs se realiza en farmacias privadas, principalmente en las cadenas, las que concentran cerca del 95% del mercado privado de medicamentos en Chile. Estos últimos acceden a descuentos de acuerdo al convenio que la ISAPRE tenga con alguna de estas cadenas, mientras que los seguros complementarios reembolsan de forma parcial o total el tratamiento farmacológico dado a sus afiliados (dispensación igualmente realizada en farmacias de cadena).

La alta concentración en los procesos de distribución y dispensación de medicamentos en el sector privado junto con la ausencia de una política de regulación, le otorgan a las cadenas de farmacia un rol clave en el

proceso de formación de precios de medicamentos, considerando su poder de compra, su logística y articulación con la industria del *retail*, lo que genera una gran dispersión de precios en los tipos de medicamentos disponibles a nivel de farmacias.

d) El gasto público en medicamentos se concentra en pocas patologías, las cuales son susceptibles del desarrollo de nuevos medicamentos

El estudio de Castillo y Berenice sobre el costo de las prestaciones de medicamentos, insumos y prótesis para el GES establece que el gasto en estas prestaciones (35% del costo total de los 66 condiciones GES analizadas el año 2009) se concentra en pocos problemas de salud (Tabla 2), ya sea por el alto precio de los medicamentos utilizados (ej. Hemofilia, Esclerosis Múltiple) o bien por la alta prevalencia/incidencia de las condiciones garantizadas (ej. Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo II).⁵³

Reforma tributaria y asignación de fondos para medicamentos

El financiamiento tiene gran impacto en el funcionamiento del sector farmacéutico porque condiciona la toma de decisiones respecto de quién obtiene qué, afectando en la distribución de los costos de la enfermedad y de los medicamentos. La cantidad de dinero disponible en los países para la adquisición de medicamentos es resultado de una mezcla de factores entre los que se encuentran el nivel de desarrollo económico, el sistema impositivo del país y la designación de presupuestos y elecciones de gasto.⁵⁴

En su documento “Más dinero para la salud”, la OMS sostiene que todos los países del mundo deberían realizar esfuerzos para obtener presupuestos adecuados para pagar los servicios de atención sanitaria que sus poblaciones necesitan, junto con desarrollar estrategias que permitan racionalizar su uso.⁴⁷ Dentro de las medidas propuestas por este organismo se encuentran aumentar el presupuesto de los gobiernos destinado al gasto en salud, encontrar nuevas y diversificadas fuentes de financiamiento en el país, o bien aumentar el apoyo financiero externo.

Los impuestos saludables son parte de las nuevas fuentes de fondos para el sector salud, iniciativa que diversos países o estados han adoptado mediante el impuesto al tabaco, bebidas analcohólicas y alcohólicas con el fin de reinvertir dichos ingresos en programas de prevención y promoción.

El estado australiano de Victoria es uno de estos ejemplos, al fundar la primera Agencia de Promoción de la Salud a base de fondos provenientes de la recaudación del tabaco. Estados norteamericanos como el de California, Massachusetts, Arizona y Oregon emplean la recaudación de los impuestos provenientes del tabaco para financiar programas de educación, publicidad y otras actividades que aumenten el control del consumo.

En el contexto latinoamericano, Argentina recauda fondos provenientes del tabaco para financiar sus programas de salud y seguridad social. Por otro lado, Colombia cuenta con tres instrumentos tributarios que permiten la transferencia de impuestos específicos al sector salud. El primero de ellos es el artículo 54 de la Ley 788 del 2002, el que establece que el 70% del I.V.A. asociado a licores, vinos y aperitivos se destinen a la salud pública, y el 30% restante a financiar el deporte. El artículo 47 de la ley 10 de 1990 por su parte, señala que el 8% de los impuestos provenientes de las cervezas y sifones sean destinados a salud. Por último, la ley 643 de 2001 en su artículo 42 parágrafo 1 establece que de lo recaudado de los juegos de azar, el 80% va en atender la oferta y demanda en prestación de salud, 7% al fondo de

investigación, 5% a la tercera edad, 4% a discapacitados, limitados visuales y salud mental y 4% a la población menor de 18 años.

El tabaco es el que reporta grandes ingresos en las arcas fiscales por concepto de impuestos, distribuyéndose a planes de gobierno en gran parte de los países, particularmente para dar respuesta a demandas sociales (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución por región de la recaudación de los impuestos al tabaco⁴⁸

Región	Número de países	Inversión en tipos de programa
África	3	Cobertura amplia: juventud, deportes y recreación (Madagascar), Hospital Universitario de Brazzaville (Congo), salud (Comoras)
Centro y Sur América	9	Cobertura amplia: Salud (El Salvador, Guatemala, Jamaica, Colombia), educación y seguridad social (Costa Rica), deportes (Colombia), cancelación de deuda y comisión anticáncer (Uruguay), agricultura (Argentina), ayuda de emergencia (Paraguay) Cobertura estrecha: Instituto Oncológico (Panamá)
Europa	10	Cobertura amplia: salud, seguridad social y cultura Estrecho: prevención del tabaquismo, tratamiento de enfermedades relacionadas con al tabaquismo (Finlandia, Islandia, Polonia, Serbia y Suiza)
Norte América	36	Federal: Seguro médico para niños Estatat: salud, educación deportes y actividades recreacionales
África del Norte y Medio Oriente	7	Cobertura amplia: Consejo superior de la juventud (Jordania), Fondo solidario nacional (Túnez) Cobertura estrecha: control del tabaquismo y tratamiento de enfermedades relacionadas al tabaquismo (Yemen), control del tabaquismo (Yibuti, Irán y Catar), seguro de salud para estudiantes (Egipto)
Sudeste Asiático	3	Cobertura amplia: Salud (India, Nepal Tailandia), seguridad social (India)
Pacífico Oeste	6	Cobertura amplia: Salud (Corea, Mongolia, Filipinas), educación (Islas Marshall), servicios especiales de bosques y ferrocarriles (Japón) Estrecho: control del tabaquismo (Tuvalu)

Propuesta del Frente por una Reforma Tributaria Saludable

6. Destinar total o parcialmente los recursos recaudados a financiar un Fondo Nacional de

Medicamentos y actividades relacionadas con promoción de la salud. Con el objeto de reducir la carga financiera en las familias del tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles derivadas del consumo de bebidas azucaradas, alcohol y tabaco.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. OMS; Geneva.
2. Organización de las Naciones Unidas (2011). Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, A/66/L.1. ONU; Nueva York.
3. Organización Panamericana de la Salud (2012). Salud en las Américas. Edición de 2012. Publicación Científica y Técnica N° 636. OPS/OMS; Washington.
4. Atalah E. Epidemiología de la Obesidad en Chile. *Rev Med Clin Condes* 2012; **23**(2): 117-23
5. Burrows R; Leiva L, Weistaub G, Gattas V, Lera M, Albala C. Síndrome metabólico en niños y adolescentes: asociación con sensibilidad insulínica y con magnitud y distribución de la obesidad. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 174-181
6. Barja S, Arteaga A, Acosta AM, Hogdson M. Resistencia insulínica y otras expresiones del síndrome metabólico en niños obesos chilenos. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 259-268
7. Crovetto M, Uauy R. Changes in processed food expenditure in the population of Metropolitan Santiago in the last twenty years. *Rev Med Chil* 2012 ;140:305-12
8. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4. ONU; 2000
9. De Schutter, O. Informe del Relator Especial sobre el Derecho a la Alimentación, A/HRC/19/59. ONU; 2011
10. Organización de Naciones Unidas (1959). Convención de los Derechos del Niño, Preámbulo. ONU; Nueva York
11. Committee on the Rights of the Child. General comment No. 15, 2013 - CRC-C-GC-15, 17 de Abril de 2013. CRC; New York
12. Committee on the Rights of the Child. General comment No. 16, 2013 - CRC-C-GC-16, 17 de Abril de 2013. CRC; Nueva York
13. Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, WHA57.17. OMS; Geneva
14. Organización Panamericana de la Salud (2013). Los impuestos a los refrescos y bebidas azucaradas como medida de salud pública.
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=627:los-impuestos-a-los-refrescos-y-a-las-bebidas-azucaradas-como-medida-de-salud-publica&catid=827:noticias
15. Dekker MJ, Su Q, Baker C, Rutledge AC, Adeli K. Fructose: a highly lipogenic nutrient implicated in insulin resistance, hepatic steatosis, and the metabolic syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2010;299:E685–E694

16. Bachman CM, Baranowski T & Nicklas TA Is there an association between sweetened beverages and adiposity? *Nutr Rev* 2006; 64, 153–174.
17. Pereira MA. The possible role of sugar-sweetened beverages in obesity etiology: a review of the evidence. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30, Suppl. 3, S28–S36.
18. Malik VS, Schulze MB & Hu FB Intake of sugar sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2006; 84, 274–288.
19. Vartanian LR, Schwartz B & Brownell KD Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 2007; 97: 667–675.
20. Blumenthal DM, Gold MS. Neurobiology of food addiction. *Curr Opin Clin Nutr* 2010; 13 :359-365.
21. WHO Regional Office for Europe (2006). Food and nutrition policy for schools. A tool for the development of school nutrition programmes in the European region. Copenhagen; Denmark.
22. Olivares S, Kain J, Lera L, Pizarro F, Vio F, Moron C. Nutritional status, food consumption and physical activity among Chilean school children: a descriptive study. *Eur J Clin Nutr* 2004; **58**(9): 1278-85
23. The Coca-Cola Company. Coca-Cola 2012 Annual Review. 2012
24. Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *American journal of public health* 2010; **100**(2): 216-22
25. Briggs AD, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Rayner M, Scarborough P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. *BMJ* 2013; **347**: f6189
26. Finkelstein EA, Zhen C, Bilger M, Nonnemaker J, Farooqui AM, Todd JE. Implications of a sugar-sweetened beverage (SSB) tax when substitutions to non-beverage items are considered. *Journal of health economics* 2013; **32**(1): 219-39
27. Fletcher JM, Frisvold DE, Tefft N. The effects of soft drink taxes on child and adolescent consumption and weight outcomes. *Journal of Public Economics* 2010; **94**(11–12): 967-74
28. Fletcher JM, Frisvold D, Tefft N. Can Soft Drink Taxes Reduce Population Weight? *Contemporary economic policy* 2010; **28**(1): 23-35
29. Mytton OT, Clarke D, Rayner M. Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *BMJ* 2012; **344**: e2931
30. Thow AM, Jan S, Leeder S, Swinburn B. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bull WHO* 2010;88:609-614
31. European Public Health Association. ***Update October 2012*** Food taxation in Europe: Evolution of the legislation. 2012. <http://www.epha.org/spip.php?article4814>
32. Asociación Nacional de Bebidas Refrescantes. Temas de la industria/Impuesto a las bebidas no alcohólicas. Qué es el IABA? http://www.anber.cl/inicio/temas_industria_iaba.php
33. Friedman R, B.K., Sugar--Sweetened Beverages Taxes. An updated Policy Brief, 2012, Yale Rudd Center
34. Chaloupka FJ, P.L., Chriqui JF, Sugar--sweetened beverage taxation as public health policy lessons from tobacco. *Choices*, 2011. 26(3): 1-6
35. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007. Santiago; Chile; 2008
36. Castillo-Carniglia A, Kaufman JS, Pino P. Alcohol-attributable mortality and years of potential life lost in Chile in 2009. *Alcohol and alcoholism* 2013; **48**(6): 729-36
37. Anderson P, Casswell S, Parry C, Rehm J. Alcohol. In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, eds. Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies: Ministry of Social Affairs and Health; 2013
38. Herttua K, Makela P, Martikainen P. Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data. *American journal of epidemiology* 2008; **168**(10): 1110-8; discussion 26-31

39. Anderson P, Moller L, Galea G. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Denmark: World Health Organization, Regional Office; 2012
40. Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet* 2010; **375**(9723): 1355-64.
41. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Ministerio de Salud; 2010
42. World Health Organization. The Tobacco Atlas, Fourth Edition. Geneva; 2012
43. Ministerio de Salud. Radiografía del Tabaquismo en Chile. Muerte, enfermedad y costos atribuibles al tabaco en Chile 2013. Documento de difusión del Ministerio de Salud. MINSAL; 2013
44. Debrott D. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Chile.
45. Lu Y, Hernandez P, Edejer T. The World Medicines Situation 2011. Medicines expenditures. 3rd Edition. The World Medicines Situation. Geneva; 2011 p. 34
46. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2013. OECD Indicators. 2013.
47. IMS-Health. The Global Use of Medicines: Outlook through 2017. New Jersey; 2013 p. 42
48. Wagner AK, Graves AJ, Reiss SK, Lecates R, Zhang F, Ross-Degnan D. The World Medicines Situation
2011. Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey. Health Policy (New York) [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2011 May [cited 2014 Feb 3];100(2-3):151–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828854>
49. Cameron A, Ewen M, Auton M. The World Medicines Situation 2011. Medicines prices, availability and affordability. The World Medicines Situation. Geneva; 2011 p. 32.
50. Vasallo C. El Mercado de Medicamentos en Chile: Caracterización y Recomendaciones para la Regulación Económica [Internet]. Junio 2010. Santiago de Chile; 2010 p. 129. Available from: <http://desal.minsal.cl/PUBLICACIONES-2010-2009-2008.html>
51. Centro Nacional de Farmacoeconomía. Medicamentos en Chile: revisión de la evidencia del mercado nacional de fármacos [Internet]. Santiago de Chile; 2013 p. 40. Available from: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/EstudioMedicamentos-22012014A.pdf>
52. Cid C, Prieto L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31(4):310–6.
53. Castillo C, Freile B. Medicamentos, insumos y prótesis en las Garantías Explícitas en Salud. Santiago de Chile; 2011 p. 31.
54. Roberts M, Reich M. Pharmaceutical Reform. A Guide to Improving Performance and Equity. Roberts M, Reich M, editors. Washington, D.C.: The World Bank; 2011.