



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e  
Igualdad  
España

López Casasnovas, Guillem

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

Revista Española de Salud Pública, vol. 87, núm. 6, noviembre-diciembre, 2013, pp. 541-548  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17029591001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## EDITORIAL

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

Guillem López Casasnovas

Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

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

En este texto pretendemos señalizar los aspectos principales del análisis que deberían acompañar su implantación, revisando el papel de la fiscalidad y su racionalidad, tanto para incentivar cambios en los comportamientos como para compensar las externalidades sociales negativas que se generen y constantando los factores que inciden en los cambios. Finalmente se discute lo que supone esta forma de intromisión en las esferas de de-

cisión individuales en beneficio del reforzamiento de las responsabilidades colectivas.

### IMPUESTOS Y ESTILOS DE VIDA

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

Consideremos también, como campo 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 haciendo abstracción de la realidad, ya que sus efectos (elasticidades)

Guillem Lopez Casasnovas  
Professor of Economics  
Universitat Pompeu Fabra  
Ramon Trias Fargas, 25-27  
08005 Barcelona  
guillem.lopez@upf.edu  
[http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez\\_casasnovas/](http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/)

dependen de las circunstancias, 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, perseguir este tipo de incidencias es cuestionable, aunque menos si se acompaña del paternalismo libertario<sup>1</sup>. Además, es discutible si el nuevo equilibrio entre preferencias de consumo y precios relativos completos no se podría conseguir igualmente por otras vías, siendo estas la información (educación, cambios culturales,...) o la subvención de alternativas de consumo saludables. Más aún, la evaluación de dichas intervenciones parece mostrar una curva de incidencia logística según la cual la efectividad de las medidas necesita de una cuantía muy elevada para empezar a desplegar efectos (impuestos elevados). Luego esta efectividad puede tocar 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 substitutos, etcétera. Tampoco cabe obviar los efectos renta y disposición a pagar como sustitutos generadores de potencial desigualdad social a la vista de cómo se combinan ambos.

Igualmente podría plantearse que el problema no está tanto en lo que se consume como en los estilos de vida que acompañan la ingesta. De hecho, algunos autores señalan el cambio en las tecnologías de producción (menos trabajo manual, forzado, de pie, en movimiento) y no el cambio en la ingesta calórica o de grasas como la causa de la epidemia de obesidad. Por ello, los remedios debieran buscarse más por el lado del modelo productivo y contra el sedentarismo de los estilos de vida que gravando los consumos, los cuales no son 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 diferentes a las de las adicciones. En estas se perciben consecuen-

cias distintas según (1) la visualización que se hace de sus efectos, (2) la intensidad de la supuesta adicción racional que provocan, violada a menudo por la inconsistencia temporal del ‘querer abandonar sin poder’ y (3) su correlato de dilación en el tiempo de las rectificaciones racionales generadas.

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 en sus efectos entre individuos en el caso de la obesidad que, por ejemplo, en el del tabaco, por lo que esta referencia nos permite otorgarles un tratamiento diferenciado.

### EL FAT TAX

En *The ‘fat tax’: Economic incentives to reduce obesity*<sup>2</sup>, Leicester y Windmeijer analizan las posibilidades de nuevos impuestos para luchar contra la obesidad. Se trata de impuestos sobre la grasa que injerimos con los alimentos (lo de *fat* conjuga bien con lo de *flat* -el impuesto lineal-, este sí por definición más ‘delgado’ y también regresivo). Los autores introducen el tema por el lado de las externalidades: el impuesto de Pigou debería ayudar a ‘internalizar’ los costes asociados a la obesidad, que hoy no estarían soportando las personas obesas (básicamente, los de su potencial enfermedad). Los autores exploran distintas modalidades de este posible impuesto que, en principio, debiera suministrar incentivos para reducir la gordura: gravar según el contenido nutriente de los alimentos (más grasa y/o más sal, más impuestos), por tipo de productos (snacks, dulces,...) o con base imponible según calorías.

La motivación es clara: combatir la tendencia a la obesidad, bien documentada 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 también 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<sup>2</sup> 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; 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* (NHS) inglés y un peso del 6% de las defunciones totales.

Tras aproximar la magnitud del problema, los autores analizan el papel potencial de la imposición sobre el consumo supuestamente relacionado con la obesidad. Del repaso de la evidencia disponible<sup>3-8</sup> y de las estimaciones precedentes los autores derivan un inusitado optimismo sobre el papel de los incentivos fiscales en este terreno, a pesar de que las medidas analizadas son muy diferentes. Por lo que atañe al tipo de impuesto utilizado, puede tratarse bien de 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 expendedadoras). Sin embargo, no parece lógico 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 (qué se puede vender en centros educativos) o de información.

Los autores se dan cuenta de la heterogeneidad del ámbito de estudio para ‘recetar’ medidas fiscales desde su optimismo tributario como elemento de afectación de conductas individuales. Así, 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 monosaturadas, sal sódica y colesterol. Claro que los efectos de esta imposición van a depender de las reacciones de los consumidores (elasticidades precio). En su repaso de la evidencia disponible recogen valores de -0,5 para el queso; -0,7 para la mantequilla; -1,0 para la leche entera, etcétera. Parece irremediable tomar cifras generales de otros contextos y momentos (sin elasticidades cruzadas, sin considerar sustitutos alimenticios no gravados, etcétera.), 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 quién consume y de quién 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 y muertes prematuras y sanitariamente evitables. 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 ya 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 parece que aumentar la presión fiscal pueda provocar a estas alturas demasiado entusiasmo y menos aún si recae sobre el consumo, 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 deba leer en la clave suficientemente cruel de una bajada alternativa de gasto que puede afectar al bienestar colectivo. Puestos 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 productos es poco elástica, los partidarios de la eficiencia en la imposición ciertamente lo deberían 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 5 y 7 por lata según el tamaño), 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 libertaria, y de poder entender la reacción de los afectados. 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. Los alcaldes de New York, Richmond, Philadelphia o Mississippi están en las mismas. En Dinamarca no tuvieron tanta suerte y el impuesto no ha perdurado a causa de la presión de los afectados. Pero créanme que pronto o tarde este será un impuesto normal en nuestros sistemas tributarios, ya que es un impuesto razonable.

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 en los stands de los supermercados: *packaging, pricing, promoting y placing*. 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 el 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<sup>9</sup>, 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 dinástico familiar o gradiente social) y los 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, y que por lo tanto han de depender necesariamente sólo del ejercicio de la libertad individual estando, supuestamente, suficientemente informado.

El debate 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 que no sigue 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 favorezcan 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 observar y medir netamente: 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 distintas posiciones de Roemer y Barry<sup>10</sup> al respecto: por ejemplo, de cómo tratar la presión familiar y la cultura ‘lo que se espera como normal’- en el esfuerzo, pongamos por caso, del estudiante en sacar buenas notas (caso de los alumnos asiáticos en general<sup>11</sup>). 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, pero no para Roemer en el de los asiáticos, que harían ‘lo normalmente esperable’. En el campo de los fumadores, el punto de conflicto sería el de si se debería considerar a 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 los agentes tenían las mismas 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.

Por último, a la cuestión aquí tratada se añade 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 deba ser compensada deviene menos obvio. La transmisión de valores en este sentido ‘quita mérito’: si de pequeño te acostumbran en casa a 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 el punto de vista de los descendientes, no. Si se hace prevalecer la generación joven en la aplicación del principio de compensación, deberíamos considerar que la totalidad del bagaje 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, los esfuerzos parentales debieran 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 Swift<sup>12</sup> 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 variables del pasado y las variables a considerar son las del esfuerzo que representa la libre elección de la generación presente. Para Roemer el vector de circunstancia incluye todas las variables pasadas, de manera que los esfuerzos de los descendientes han de ser ‘limpiados’ 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. 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.

### 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 su traducción al *policy making*, en particular a la priorización de los recursos sanitarios públicos. En el Reino Unido, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) 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 tenerlo en cuenta. (Aunque, comúnmente es imposible para el individuo decidir si la condición dependió de su propio comportamiento o no).

**Preocupación por la desigualdad.** El 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, el NICE no debería recomendar intervenciones sobre la base de los ingresos de los individuos, la clase social o posición en la vida (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 tomadas tras estudiar 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’. El NICE hasta ahora ha sido muy rea-

cio a apartarse del criterio de que un año de vida ajustador por calidad (AVAC) tiene idéntico valor acreza a quien acreza 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 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.

Concluyendo, la falta 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, esta ha sido la tónica general (intuiciones y sospechas más que experiencias contrastadas) y sin embargo no 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 más homogéneas, 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 falta (sobre

la base o sobre la cuota) y unos costes de transacción (inspección) ciertamente no desdenables (según fase o fases gravadas, en origen o destino, producción o venta). Ello fuerza a valorar muy rigurosamente todas estas pérdidas de bienestar 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, 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,...), 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 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 de I+D a productos menos nocivos, reforzando de este modo los impactos negativos a corto y medio plazo en la salud poblacional. Sin objeción de eficiencia: impuesto ‘pigouviano’ que internaliza 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 la 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 el doble dividendo: ya sea como freno al consumo reduciendo gasto (por las conse-

cuencias 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).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thaler RH, Sunstein CR. Libertarian paternalism. *Am Econ Rev*. 2003;93:175-79.
2. Leicester A, Windmeijer F. The 'fat tax': economic incentives to reduce obesity. London: Institute for Fiscal Studies; 2004; Briefing Note num. 49.
3. OECD's current tax agenda. OECD; 2012.
4. IPH. Proposed Sugar Sweetened Drinks Tax: Health Impact Assessment (HIA); Ireland: Institute of Public Health; 2012.
5. Mazzocchi M, Traill WB, Shogren JF. Fat Economics: Nutrition, Health, and Economic Policy. Oxford Univ. Press; 2009.
6. Brownell KD, Farley T, Willet WC, et al. The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar Sweetened Beverages. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1599-1605.
7. Farley T, Just DR, Wansink B. Clinical decisions: regulation of sugar-sweetened beverages. *N Engl J Med*. 2012; 367: 1464-6.
8. Faulkner GEJ, Grootendorst P, Windmeijer F, et al. Economic Instruments for Obesity Prevention: Results of a scoping review and modified Delphi Survey. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8: 109.
9. Roemer JE. Equality of opportunity. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
10. Barry B. Why Social Justice Matters. Cambridge: Polity Press; 2005.
11. Jusot F, Tubeuf S, Trannoy A. Circumstances and Efforts: How important is their correlation for the measurement of Inequality of Opportunity in Health? *Health Econ*. 2013 Jan 24. doi: 10.1002/hec.2896. [Epub ahead of print].
12. Swift A. Justice, Luck and the Family: Normative Aspects of the Intergenerational Transmission of Economic Status. In Bowles S., Gintis H., Osborne-Groves M., eds. *Unequal Chances: Family Background and Economic Success*. Princeton: Princeton University Press; 2002.p.256-76.