

Tarifa IVA 0% a medicamentos. Un análisis jurídico y de equidad.

Javier Jiménez
Ana Oña*

1. Introducción.....	1
2. Régimen Jurídico	3
3. Tratamiento del IVA a medicamentos en derecho comparado.....	4
4. Acceso a medicamentos en Ecuador.....	6
5. Composición del consumo de fármacos y análisis de incidencia del iva 0%.....	7
6. La desigual incidencia de los beneficios fiscales	11
7. Conclusiones	14
8. Itinerario para un análisis integral de la cuestión.....	15

Los artículos presentados son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no necesariamente representan la posición oficial del CEF – SRI.

1. INTRODUCCIÓN

Conviene iniciar este documento con dos ideas claves que deben presidir cualquier análisis de incidencia del IVA:

1) Existe un fenómeno de inequidad fiscal en impuestos al consumo como el IVA: quienes menos tienen dedican una mayor parte de sus ingresos a satisfacer-

lo, por lo que tiene características regresivas. La Constitución del Ecuador llama a priorizar los impuestos directos y progresivos (artículo 300).

2) Esta inequidad trata de paliarse mediante exenciones o tarifas 0% a bienes y servicios que conforman la canasta básica, de suerte que la cesta familiar más elemental no quede gravada con impuestos al consumo. Pero a su vez, estas exoneraciones pre-

* Investigadores del Centro de Estudios Fiscales.

sentan el siguiente comportamiento:

a) Las exoneraciones no son focalizadas, por lo que benefician a todos los consumidores, y en mayor medida a quienes más gastan. Este fenómeno no es necesariamente regresivo, ya que el ahorro relativo sobre el ingreso familiar que la exoneración supone para la mayoría más pobre es más importante que el que obtiene la minoría más rica. Puede servir el paralelismo con el subsidio al gas: hay hogares que, objetivamente, no deberían disfrutar del mismo, pero una eliminación no discrecional del subsidio supondría un incremento de precios inasumible para la mayoría de hogares.

b) Afectan a la capacidad recaudatoria del sistema y por tanto a la suficiencia financiera. Precisamente, al ser bienes y servicios de consumo masivo, el impuesto global que deja de percibirse es muy importante. De ahí la importancia de una rigurosa selección de los bienes y servicios que deben formar parte de esa canasta exenta.

Los medicamentos están entre los productos que aplican esta exen-

ción cuyo fundamento ha dado lugar a acaloradas discusiones en países que gozan de la misma y se han planteado eliminarla¹. Hemos querido traer este análisis al caso ecuatoriano, partiendo de una realidad normativa: la Constitución proclama la gratuidad de los servicios médicos públicos y los medicamentos que aquéllos prescriban. Si el Ecuador ha alcanzado una cobertura universal de dicha gratuidad entre la población más vulnerable —si los sectores más pobres tienen garantizadas prestaciones gratuitas—, y solo bajo esa estricta condición, la eventual eliminación de la exención podría redundar en una mayor equidad del sistema tributario.

También existen dudas de que el consumo de medicamentos responda al patrón que hemos señalado más arriba (a mayor renta, mayor consumo): en principio, los fármacos (entendidos por tales aquellos que se prescriben con receta médica en las consultas médicas) son consumidos por

1 El debate para eliminar la exención de IVA a medicamentos estuvo en presente en la sociedad mexicana durante años. Finalmente, y pese a la fuerte presión mediática llevada a cabo por la prensa conservadora que abogaba por la derogación del beneficio, la propuesta de reforma fiscal de septiembre de 2013 dejó intacta la exoneración.

Política fiscal y tributaria

quienes los necesitan y no constituyen un tipo de bienes que se preste fácilmente a un uso superfluo. A priori no es previsible que quien tenga más capacidad de consumo los vaya a consumir en mayor medida, distinto es que la población se divida entre quienes, por razones económicas, tienen un acceso total a dichos tratamientos y quienes lo tienen mermado, o no lo tienen.

Con estas razones de partida, el presente documento realiza un análisis jurídico y cuantitativo que quiere iluminar en clave de equidad cualquier decisión de política pública que pretenda revisar el régimen vigente de exoneración de IVA a medicamentos y servicios de salud.

2. RÉGIMEN JURÍDICO

De acuerdo con el artículo 55.6 de la Ley de Régimen Tributario Interno (LRTI) están gravados con tarifa 0% de IVA la entrega de los siguientes bienes:

Medicamentos y drogas de uso humano, de acuerdo con las listas que mediante Decreto establecerá anualmente el Presidente de la República, así como la materia

prima e insumos importados o adquiridos en el mercado interno para producirlas (...).

También los están la prestación de siguientes servicios (artículo 56.2 LRTI)

Los de salud, incluyendo los de medicina prepagada y los servicios de fabricación de medicamentos.

En ambos casos la redacción fue dada por Ley de Equidad Tributaria, de 29/12/2007, que incluso añade un segundo grupo de servicios relacionados con la salud que aplican tarifa 0% (artículo 56.22 LRTI):

Los seguros y reaseguros de salud y vida individuales, en grupo, asistencia médica y accidentes personales, así como los obligatorios por accidentes de tránsito terrestres.

La razón de ser de esta exención responde a la necesidad de garantizar el acceso a los bienes y servicios de mérito social como son los servicios básicos de salud y farmacia, y que tuvo un correlato constitucional en el artículo 37.1 cuando proclama el derecho de “atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gra-

tuito a medicinas”, así como los principios de principios de equidad, universalidad y solidaridad, que informan la prestación del servicio de salud (artículo 32 de la Constitución).

3. TRATAMIENTO DEL IVA A MEDICAMENTOS EN DERECHO COMPARADO

El derecho comparado se muestra mayoritario en otorgar un trato fiscal favorable al IVA en medicamentos, bien mediante el establecimiento de tarifas cero, como en el Ecuador, o mediante tipos reducidos respecto al tipo general, como es la regla en la Unión Europea.

3.1. Tratamiento en América Latina

El apéndice 1 (ver al final) hace un recorrido de las alícuotas generales y reducidas de los principales países de América Latina. Observamos un panorama dual, que no permite llegar a grandes conclusiones sobre las consideraciones que determinan el tratamiento fiscal a medicamentos y servicios de salud. Entre los países que, como Ecuador, aplican exoneraciones absolutas encontramos a Colombia, México y

Venezuela; otros aparentemente no dan un tratamiento especial a los mismos (Brasil, Chile, Bolivia, Paraguay y Perú), mientras que Argentina aplica tipos reducidos solo a determinados servicios de asistencia sanitaria.

3.2. Tratamiento en Europa

La Directiva 2006/112/CE, de 28 de noviembre de 2006, del Consejo de la Unión Europea, relativa al sistema común del impuesto sobre el valor añadido, los enumera en su Anexo III entre los productos que pueden aplicar IVA reducido o súperreducido:

(...) 3. Los productos farmacéuticos del tipo de los utilizados normalmente para el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y tratamiento con fines médicos o veterinarios, incluidos los contraceptivos y los productos de higiene femenina;

4. Los equipos médicos, los aparatos y demás instrumental utilizados normalmente para aliviar o tratar deficiencias, para uso personal y exclusivo de minusválidos, incluida la reparación de dichos bienes y la entrega de asientos infantiles para acoplar en automóviles; (...)

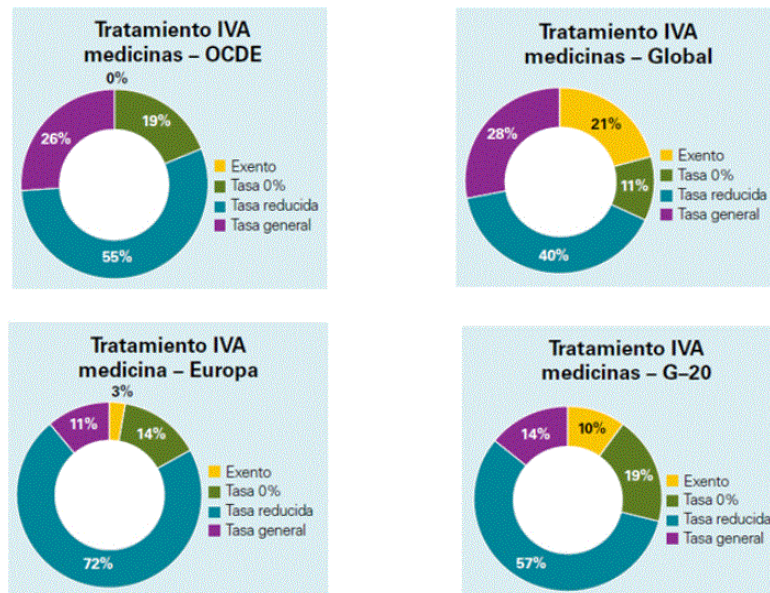
Política fiscal y tributaria

La regla en los países de la Unión Europea es que los medicamentos apliquen tipos reducidos o superreducidos. Así, en el caso de España, su regulación prevé el tipo súperreducido de IVA (4%) en los medicamentos para uso humano, así como las sustancias medicinales, formas galénicas y productos intermedios, susceptibles de ser utilizados habitual e idóneamente en su obtención, mientras que los productos de parafarmacia, medicamentos para animales, sustancias medicinales así como instrumentos ópticos

para corrección de la vista y, en general, los productos sanitarios, material, equipos o instrumental que, objetivamente considerados, solamente puedan utilizarse para prevenir, diagnosticar, tratar, viar o curar enfermedades o dolencias del hombre o de los males aplican el reducido del 10% (artículo 91 de la Ley 37/1992, del Impuesto al Valor Añadido).

El Gráfico 1 da una idea de cuál es la tendencia de trato fiscal de los medicamentos en las principales economías del planeta, así como a nivel global.

Gráfico 1. Tratamiento del IVA en el mundo



Fuente: KPMG México

4. ACCESO A MEDICAMENTOS EN ECUADOR

El artículo 37.1 de la Constitución reconoce el derecho a la “*atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas*”. Los artículos 102 y siguientes de la Ley de Seguridad Social (LSS, Ley de 30 de noviembre de 2011) prevén el alcance de la protección del seguro general de salud individual y familiar, y las contingencias aseguradas y prestaciones de salud de carácter universal. De acuerdo con el inciso final del artículo 103 (prestaciones de salud): “*Las unidades médicas del IESS o los demás prestadores acreditados, según el caso, proporcionarán al sujeto de protección la prestación de salud suficiente, que incluirá los servicios de diagnóstico auxiliar, el suministro de fármacos y la hotelería hospitalaria establecidos en los respectivos protocolo y tarifario, bajo su responsabilidad. Dentro de estos límites, no habrá lugar a pago alguno por parte del sujeto de protección*”.

Asimismo, la contingencia de enfermedad da derecho al asegurado a “*La asistencia médica, quirúrgi-*

ca, farmacéutica y de rehabilitación (...)” (artículo 104 LSS).

Junto al seguro general de salud conviven regímenes especiales como es el de trabajadores campesinos, de la construcción, o de miembros de las fuerzas armadas que, en todos los casos, reconocen prestaciones médicas y farmacéuticas. Conviene recordar que para gozar de las prestaciones, el usuario debe ser afiliado a algunos de los regímenes previstos en la LSS, lo que permite concluir que son los trabajadores (y sus familiares) quienes tienen garantizado el acceso universal a la atención médica y farmacéutica. Fuera de esto, no contamos con un diagnóstico sobre el nivel de penetración de la gratuidad de medicinas en los sectores más desfavorecidos del Ecuador.

Tenemos serias dudas de que la distribución gratuita de fármacos alcance a la población más necesitada, sin excepción; siendo que, por otra parte, las personas en riesgo de exclusión social suelen ser más vulnerables a la contracción de enfermedades, en tanto, a menudo, no siguen patrones de consumo ni hábitos saludables, ni tienen acceso a medicina preventi-

Política fiscal y tributaria

va. Para ellos, la supresión de la tarifa 0% de IVA (caso de que no esté garantizada el acceso gratuito a los mismos) podría suponer un grave quebranto de sus economías domésticas y, peor, de su salud, si ello llegar a determinar la renuncia a tratar sus enfermedades.

5. COMPOSICIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS Y ANÁLISIS DE INCIDENCIA DEL IVA 0%

El Centro de Estudios Fiscales (CEF) ha realizado diversos estudios que sugieren regresividad en algunos de los beneficios fiscales que se introdujeron con la idea de dotar de mayor equidad al sistema tributario. En general se observa una fuerte concentración del gasto tributario en los estratos poblacionales de mayores rentas y capacidad de consumo. De entrada es fácil comprender que los individuos que no tienen capacidad fiscal para contribuir, no disfrutan de los beneficios previstos en el Impuesto a la Renta de las Personas Naturales (IRPN)², y sí —en

cambio— de las exoneraciones de IVA de productos de la canasta básica, dado que todos, en alguna medida, son consumidores. Bien es cierto, como se dijo al comienzo, que estas exoneraciones también aplican para consumidores de rentas altas, y lo hacen en mayor medida, en cuanto su mayor poder adquisitivo permite adquirir más cantidad de productos exentos.

El medicamento —si entendemos por tal, aquel que requiere prescripción médica en caso de enfermedad— no parecería un producto que se preste al “impulso consumista” y podría ser la excepción a esta regla: el consumo responsable por prescripción facultativa rebajaría la correlación con la capacidad adquisitiva; una vinculación que sí es muy patente en fármacos de libre dispensación y productos de parafarmacia (si bien estos últimos no están amparados por la exoneración de IVA).

Un análisis en detalle la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR)³ para comprobar la

² El “subsidio directo” que suponen los beneficios tributarios solo lo reciben los individuos que declaran rentas, y no aquellos quienes no lo hacen por no disponer de unos ingresos mínimos.

³ A la hora de valorar la ENIGHUR deberíamos contar con que aquel individuo que accede a medicamentos gratuitos es, en sentido estricto, un consumidor de los mismos. Distinto es que no haya realizado ningún des-

validez del razonamiento antecedente arroja conclusiones que pudieran parecer contradictorias.

Por un lado se confirma que sí hay una relación directa entre consumo de medicamentos e ingresos familiares, y esta relación se cumple tanto en el consumo general de medicamentos (Tabla 2) como en los prescritos con receta (Tabla 3), pero a la constatación de que mayores rentas supone más consumo de medicamentos de todo tipo se superpone un dato adicional, muy revelador.

En efecto, la composición del gasto en salud (columnas 8 y 9 de la Tabla 2) pone de relieve que el gasto de productos farmacéuticos sobre el total gasto en salud de los deciles inferiores es sensiblemente mayor, en términos porcentuales, que lo que significa en los deciles superiores, y que el porcentaje que dicho gasto representa sobre los ingresos (columna 7) también es mayor en los deciles inferiores.

Esto se puede observar también en el gráfico 2. Mientras que para el primer decil el consumo en pro-

ductos farmacéuticos representa el 3,23% del ingreso per cápita de cada hogar, para el decil 10 representa el 2,76%. Si se observa de manera agregada, el primer decil gasta alrededor de 41 mil dólares en productos farmacéuticos mientras que el decil 10 gasta 256 mil dólares. Las diferencias, que son abrumadoras, corresponden a las condiciones de inequidad que todavía persisten en el Ecuador. Por estas mismas razones es que los estratos pobres, a pesar de dedicar una mayor parte de sus ingresos al consumo de productos farmacéuticos, pueden adquirir menor cantidad de los mismos que los estratos superiores.

embolso y que, por tanto, responda “no haber gastado” en dichos productos (o haberlo hecho en menor medida). Esta situación podría estar distorsionando en alguna medida los resultados de la encuesta.

Tabla 2. Consumo anual de productos farmacéutico por decil de ingreso. Año 2012.

Deciles de Ingreso per capita (USD)	Número de individuos por hogar (promedio)	Consumo Total (Miles USD)	Consumo Medio por Hogar (USD)	Consumo Medio per Capita (USD)	Cosumo per capita/ Ingreso per capita	Total consumo Salud (Miles USD)	Participación consumo fármacos del total de gasto en salud
1 De 116 a 921	5,42	41.732	106	22	3,23%	65.046	64,2%
2 De 921 a 1.244	4,79	58.262	149	35	3,21%	91.740	63,5%
3 De 1.244 a 1.543	4,49	73.690	188	43	3,08%	117.717	62,6%
4 De 1.543 a 1.871	4,16	81.456	208	54	3,17%	147.761	55,1%
5 De 1.871 a 2.227	3,97	96.838	247	66	3,25%	168.442	57,5%
6 De 2.227 a 2.698	3,79	112.327	286	79	3,24%	197.144	57,0%
7 De 2.698 a 3.343	3,50	118.218	301	96	3,22%	217.375	54,4%
8 De 3.343 a 4.402	3,17	138.981	354	123	3,24%	251.591	55,2%
9 De 4.402 a 6.550	2,92	154.127	393	148	2,79%	319.663	48,2%
10 De 6.550 a 348.433	2,60	256.392	654	293	2,76%	572.608	44,8%

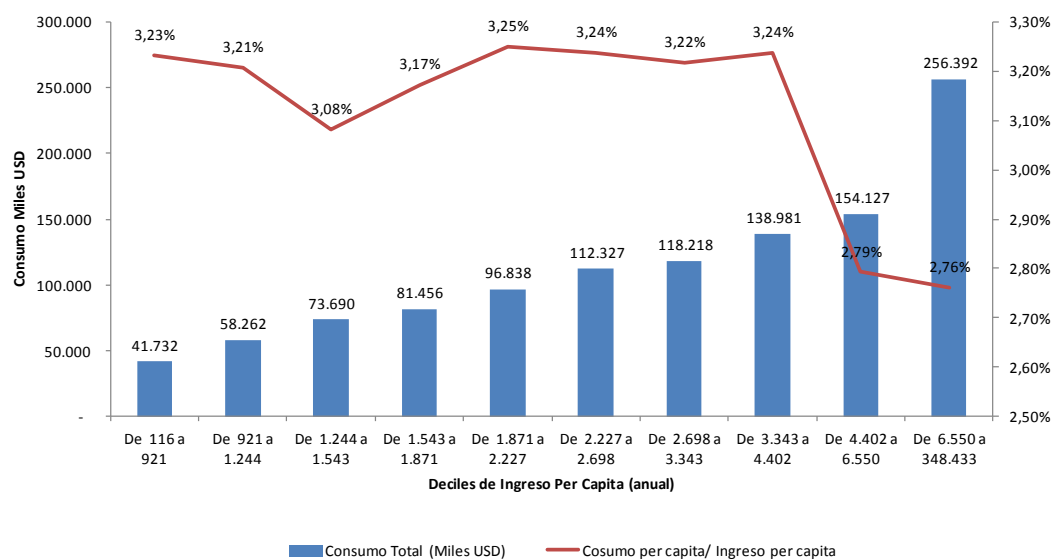
Fuente: elaboración propia a partir de la ENIGHUR (INEC)

Tabla 3. Consumo anual de medicamentos bajo prescripción médica, por decil de ingreso. Año 2012.

Deciles de Ingreso per capita (USD)	Número de individuos por hogar (promedio)	Consumo Total (Miles USD)	Consumo Medio por Hogar (USD)	Consumo Medio per Capita (USD)	Cosumo per capita/ Ingreso per capita	Total consumo Productos Farmacéuticos (Miles USD)	Participación consumo Receta Médica del total de consumo productos farmacéuticos
1 De 116 a 921	5,42	3.601	9	2	0,30%	41.732	8,6%
2 De 921 a 1.244	4,79	6.064	15	4	0,36%	58.262	10,4%
3 De 1.244 a 1.543	4,49	6.427	16	4	0,27%	73.690	8,7%
4 De 1.543 a 1.871	4,16	6.789	17	5	0,27%	81.456	8,3%
5 De 1.871 a 2.227	3,97	8.373	21	5	0,25%	96.838	8,6%
6 De 2.227 a 2.698	3,79	15.518	40	10	0,39%	112.327	13,8%
7 De 2.698 a 3.343	3,50	10.810	28	8	0,26%	118.218	9,1%
8 De 3.343 a 4.402	3,17	11.299	29	10	0,27%	138.981	8,1%
9 De 4.402 a 6.550	2,92	13.477	34	13	0,24%	154.127	8,7%
10 De 6.550 a 348.433	2,60	21.239	54	23	0,24%	256.392	8,3%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENIGHUR (INEC)

Gráfico 2. Consumo anual de productos farmacéuticos y participación sobre los ingresos por decil de ingreso. Año 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de la ENIGHUR (INEC)

Las conclusiones en términos de progresividad son meridianas: la tarifa 0% en IVA no es necesariamente regresiva pese a que los ricos consuman más medicinas en términos absolutos. Los ahorros nominales que obtienen los más ricos por el consumo de productos exentos son mayores, por cuanto en promedio invierten más dinero en los mismos; sin embargo el ahorro relativo sobre los ingresos es más importante para los estratos pobres (destinan una mayor parte de su renta al consumo porque no tienen capacidad de ahorro), de donde se infiere que el incremento

de precios que significa gravarlos con IVA afectaría a los estratos sociales bajos en mayor medida que a los altos.

En resumidas cuentas la medida resultaría regresiva por cuanto compromete en mayor medida los ingresos de los primeros, y ello pese a que la recaudación tributaria se concentraría más en los segundos, por su mayor capacidad de consumo⁴.

⁴ Existe la posibilidad de que sectores de población que no tienen capacidad de acceso a los fármacos ni siquiera aparezcan en los datos. Esa invisibilidad estadística de los “excluidos” podría llevarnos a conclusiones erróneas sobre la regresividad de la exención del IVA a medicinas.

6. LA DESIGUAL INCIDENCIA DE LOS BENEFICIOS FISCALES

En el apartado anterior hemos avanzado un diagnóstico de regresividad de un hipotético IVA a medicamentos. Pero existen factores adicionales que agravan dicho diagnóstico, y que derivan de las particularidades de la normativa tributaria ecuatoriana. Nos referimos al catálogo de beneficios fiscales adicionales (distintos a la tarifa 0% de IVA) que amparan al consumo medicamentos:

a) Dentro del mismo IVA, la Ley Orgánica de Discapacidad y el artículo 181 del Reglamento de la LRTI prevén el derecho de personas discapacitadas y de la tercera edad a solicitar la devolución del IVA soportado en sus adquisiciones, sean del tipo que sean. También aquí, el análisis de la información del SRI demuestra que los solicitantes de la devolución de IVA son principalmente contribuyentes con consumos medios y al-

tos y que, a menudo, operan como verdaderos “agentes de compras” para recuperar el IVA pagado en las compras familiares. Por otra parte, las personas discapacitadas y de la tercera edad son, presumiblemente, los dos colectivos que acaparan una mayor parte del gasto farmacéutico. Se da la circunstancia, por tanto, de que ambos tendrían derecho a recuperar el IVA pagado en la compra de medicamentos. El resultado es que otra vez será el perfil del pequeño consumidor, que a menudo desconocen el derecho que les asiste a solicitar la devolución, quien soporten efectivamente el IVA a medicamentos, dado que los mayores consumidores podrán recuperarlo vía devoluciones. Ello sin contar el presumible incremento de solicitudes y montos de devolución, y el riesgo de colapso de los efectivos de la administración tributaria, ya de por sí numerosos, que hoy se dedican a tareas de devolución de impuestos.

La supresión de la exención sería un escollo adicional para el acceso a la salud de estos ciudadanos.

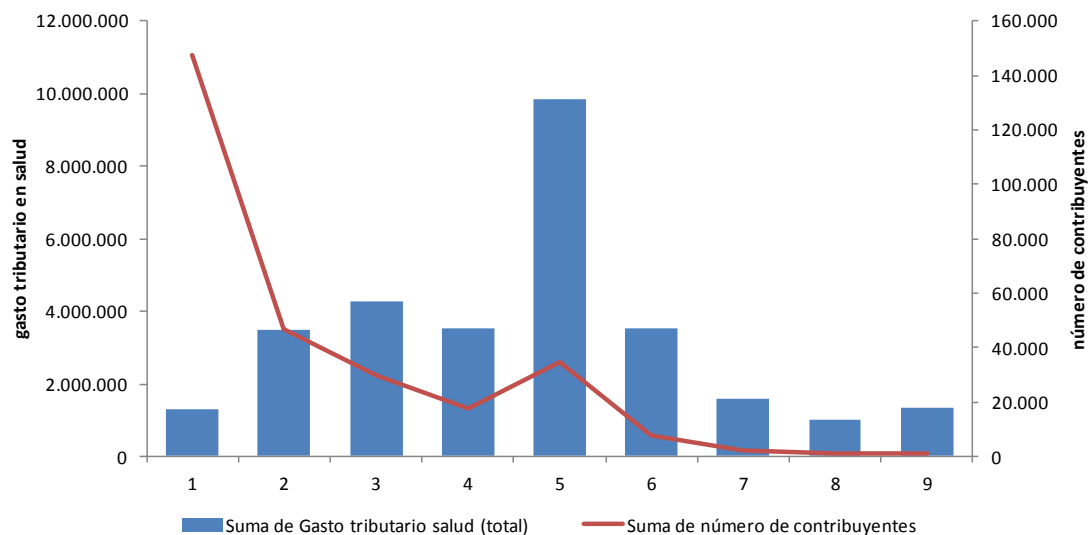
b) Por otra parte, en el ámbito del IRPN el artículo 10.16 LRTI contempla la deducción de gastos personales de salud, con el límite de 1,3 veces el valor de la franja exenta del impuesto. En 2014, este límite se traduce en un monto máximo de USD 13.533, lo que puede suponer un ahorro fiscal en la factura del impuesto de hasta el 35% (USD 4.736) en el mejor de los casos. Se da la paradoja de que al consumidor que tiene capacidad económica para pagar IRPN y aplicar gastos personales, se le estaría devolviendo una buena parte de sus costos farmacéuticos y de salud (por un valor muy superior al IVA que soporta en la compra de los mismos, si bien justamente ese IVA no es deducible como gasto personal). También aquí el único consumidor que soportará efectivamente el gasto farmacéutico será aquel que no dispone de ingresos suficientes para ser sujeto del IRPN y, por tanto, el derecho a deducir gastos. En resumidas cuentas, la deducción por gastos

personales opera como un subsidio a las familias, en un monto mayor cuanto más ingreso perciben, como podemos comprobar en los gráficos que siguen. El Gráfico 3 pone en relación el número de contribuyentes que aplican gastos de salud en cada tramo, y el monto total que representan dicho gasto tributario en cada tramo de la tarifa.

El Gráfico 4 complementa a lo anterior poniendo de relieve que el gasto tributario promedio de los contribuyentes con mayores rentas (y que por tanto se ubican en tramos más altos) es sensiblemente superior, y suponen un porcentaje de sus ingresos también mayor.

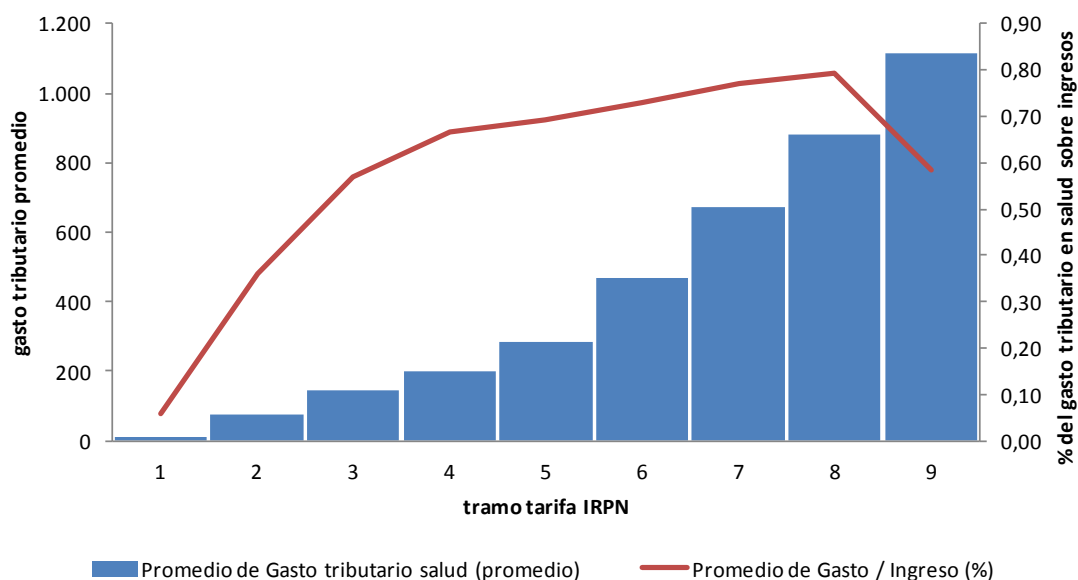
Con estas evidencias cabe concluir sin género de dudas que una eliminación de la exoneración de IVA a medicamentos que no atiende al concurso de los otros beneficios fiscales que rodean su consumo agravaría la inequidad que, a menudo, encierran la aplicación efectiva de los beneficios fiscales.

Gráfico 3. Gasto tributario y número de contribuyentes por tramo. IRPN 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos fiscales IRPN 2012 (SRI)

Gráfico 4. Valor promedio del gasto tributario en salud, por tramos del IRPN 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos fiscales IRPN 2012 (SRI)

7. CONCLUSIONES

El debate para eliminar la tarifa 0% a medicamentos estuvo presente en la sociedad mexicana durante años. Finalmente, y pese a la presión mediática de la prensa conservadora partidaria de la derogación del beneficio como medio de obtener mayores ingresos tributarios, la propuesta de reforma fiscal de septiembre de 2013 dejó intacta la exoneración que aplica para alimentos y medicinas, en una decisión en la que quizá pesó más la reacción popular contraria a la medida, que la voluntad real del gobierno conservador del Presidente Enrique Peña Nieto, de cuyo entorno salió la propuesta.

El análisis de la cuestión en el Ecuador presenta complejidades adicionales: es preciso conocer el alcance del sistema de gratuidad de servicios médicos y farmacéuticos, y si éstos llegan sin restricción a los sectores de población más vulnerables. Si la respuesta es positiva, ello sería un buen

motivo para revisar la equidad de la exoneración, sin embargo, como se apuntó en el apartado anterior, surgen otras cuestiones.

Y es que la legislación tributaria permite recuperar una buena parte de los gastos médicos y farmacéuticos a las familias con ingresos medios y altos vía deducción de gastos personales en el IRPN y devolución de IVA a personas discapacitadas y de la tercera edad, que en la práctica presentan altos índices de consumo (porque, además operan, inevitablemente, como “agentes de compras familiares”).

Por todo ello, pensamos que el impacto recaudatorio en IVA que se obtendría con la medida quedaría parcialmente neutralizado por el efecto de estos otros dos beneficios fiscales, cuyos montos de gasto tributario se incrementarían notablemente. Así pues, sólo una reforma integral que revise las condiciones para disfrutar de aquellos otros beneficios (gastos personales en IRPN y devoluciones de IVA) permitiría gravar

con un IVA efectivo a los estratos de población con más ingresos — como parece que debe ser el propósito de una propuesta de esta índole en una sociedad tan desigual como la ecuatoriana—.

8. ITINERARIO PARA UN ANÁLISIS INTEGRAL DE LA CUESTIÓN

Creemos que una decisión de política pública que pretendiera revisar la exoneración de IVA a medicamentos debería seguir un itinerario que permita focalizar debidamente la propuesta. Sugerimos el siguiente:

a) Asegurar que la gratuidad de los tratamientos farmacéuticos alcanza a los sectores pobres de la población, vulnerables y/o en riesgo de exclusión, sin excepción.

b) Revisar todos los beneficios fiscales vigentes a salud y medicinas (no solo la tarifa 0% a IVA medicamentos, sino también el beneficio de devolución de IVA y la deducción de gastos personales

en IRPN), y cómo interrelacionan entre sí.

c) Analizar la posibilidad de introducir un régimen menos riguroso, consistente en un tipo reducido de IVA, específico para estos servicios de mérito social, como es la regla en la Unión Europea.

d) Analizar la posibilidad de que el IVA (en su modalidad general o reducida) sólo se produzca para medicamentos de patentes, pero se mantenga con tarifa 0% en el caso de medicamentos genéricos. Esto, adicionalmente, podría ser un incentivo a una industria nacional del medicamento que coadyuve a la estrategia de sustitución selectiva de importaciones y cambio de la matriz productiva.

