

Impuestos al consumo dañino

Carmen Gómez
Cristina Guillén

FISCALIDAD PARA LA

EQUIDAD SOCIAL

síntesis para el debate

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgos, la obesidad y el tabaquismo, son determinantes del deterioro de la calidad de vida de las personas y del aumento de la morbimortalidad por dichos eventos, produciendo además una sobrecarga al sistema de salud.

Paraguay firmó y ratificó varios instrumentos legales internacionales vinculantes que lo obligan a su cumplimiento, entre ellos la Declaración de los Objetivos de Desarrollo Sustentable 2015-2030, que constituye el marco legal pertinente para el abordaje de las ECNT, con base en los objetivos: 3.4 Reducción de la mortalidad prematura por ECNT; 3.5 Prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, y 3.a. Aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco.

Caracterización de las ECNT

Las ECNT -cardiovasculares (infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); cáncer; enfermedades respiratorias crónicas (broncopatía obstructiva crónica o el asma), y la diabetes- son causas de tres de cada cuatro defunciones, y un tercio (34%) de las muertes debidas a ellas son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a 69 años” (OPS, 2014, p.4).

Un factor de riesgo (FR) para las ECNT es la obesidad, para el desarrollo de diabetes, enfermedades del corazón y ciertos tipos de cánceres. Otros factores de riesgo son el tabaquismo y el alcoholismo. Las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo, según la OPS (2016), se expresan en la muerte de una persona cada seis segundos, a más de ser “un factor de riesgo para 6 de las 8 causas principales de muerte en el mundo entero; así como para las 4 enfermedades no transmisibles más prevalentes: las cardiovasculares, los cánceres, las respiratorias crónicas y la diabetes” (p. i).

Situación de las ECNT en Paraguay

En Paraguay, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles, constituyen un fenómeno epidemiológico conocido como la “doble carga de enfermedad”, una transición epidemiológica que se caracteriza por la aparición y aumento de las ECNT y una serie de factores de riesgo compartidos, mientras aún persisten las enfermedades transmisibles como un problema de salud pública (MSPBS, 2014, p.11).

Las ECNT se encuentran entre las 5 primeras causas de muerte: la diabetes fue aumentando su porcentaje de mortalidad, de 6,5% (2006) al 8,3% (2015). Su tasa de mortalidad (TM) por 100.000 habitantes pasó de 26,2 (2008) a 34,5 (2015). Del mismo modo,

la tasa de mortalidad por hipertensión arterial pasó de 10,9 por 100.000 habitantes (2008) a 17,6 (2015). Los Indicadores Básicos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2006-2015) también muestran que la TM por enfermedades isquémicas del corazón se elevó en el mismo lapso de 31,5 a 36,9 por 100.000 habitantes.

Factores de Riesgos (FR): obesidad, tabaquismo, alcoholismo

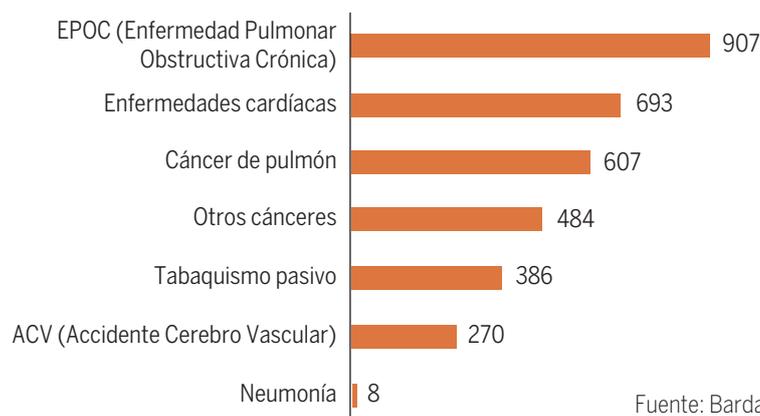
Según los datos de la Primera Encuesta de Factores de Riesgo (ENFR) del 2011, el sobrepeso está presente en el 34,8% de la población y la obesidad en el 23,2%, totalizando así el 58% de la población adulta. Analizando por género, el sobrepeso en hombres es ligeramente mayor al de las mujeres (35,3% y 34,4%, respectivamente). Pero en el caso de la obesidad, las mujeres (26,6%) superan a los hombres (19,9%) en 6,7 puntos porcentuales (MSPBS, 2012).

Las cifras de muertes atribuibles a Sobrepeso u Obesidad (SO), periodo 2010-2014, varían por sexo. Del total de muertes de mujeres, 58.297 casos, unos 15.518 se debían a causas asociadas a SO y 7.852 eran atribuibles al SO. En el caso de hombres, 74.738 casos, 13.432 muertes tienen causas asociadas a SO y las atribuibles alcanzan la cifra de 5.507 (Sequera, 2016).

Un aspecto a considerar es la relación que existe entre el consumo de bebidas azucaradas y el SO, ya que presentan un riesgo para la salud pública al contener una alta dosis de calorías, estar altamente disponibles y relativamente baratas. El aumento en su consumo provoca un “incremento de casos de diabetes y obesidad temprana en niños y jóvenes” (OPS, 2015, p.93).

En cuanto al tabaquismo, según estadísticas del MSPB, el 34,3% de la población (1.444.517 personas) alguna vez fumó, y la cantidad de hombres casi triplica la de las mujeres. El porcentaje de la población fumadora en el año 2011 fue de 14,5%, siendo los varones el 22,8% y las mujeres 6,1% (MSPBS, 2012). Una importante cantidad de personas enferma por motivos atribuibles al tabaco, entre ellas sobresalen las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y las enfermedades cardíacas. El tabaquismo ocasiona una considerable cantidad de enfermedades, muertes (Gráfico 1), y costos sanitarios.

Gráfico N° 1
Muertes anuales por enfermedades atribuibles al tabaco



Fuente: Bardach et al. (2016).

El presupuesto destinado al Programa de lucha contra el tabaco fue ínfimo entre el 2006 (con 213 millones) al 2009 (de 280 millones), y a partir del 2010, fue incluido en una sección del Programa de Enfermedades no Transmisibles (PENT), y carece de desglose. Globalmente, el presupuesto 2015 destinado a todas las ECNT fue de apenas Gs 1.369 millones, y se ejecutó el 50% (BOOST – Ministerio de Hacienda).

En contraste, el precio de la marca más vendida (paquete de 20 cigarrillos) fue de Gs 1.500, o de USD 0.54; el porcentaje de impuesto sobre el precio final de la marca más vendida fue 16 (impuesto al consumo ad valorem 6,91 más impuesto al valor agregado IVA 9,09). Los impuestos al consumo específico, de derecho a la importación, u otros impuestos, fueron inexistentes.

Cuadro N° 1: Impuestos indirectos al tabaco

Impuestos como porcentaje del precio final de la marca más vendida		
Impuestos selectivos al consumo	Impuesto específico	0,00%
	Impuesto ad valorem	6,91%
Impuesto al valor agregado/ventas (IVA)		9,09%
Derecho de Importación		0,00%
Otros impuestos		0,00%
Impuesto indirecto total		16,00%

Fuente: OPS (2016).

A esta situación debemos añadir el hecho que la recaudación impositiva por venta de cigarrillo fue de guaraníes 318.945 millones anuales, mientras que los gastos directos provocados por el cigarrillo en el sistema de salud alcanzaron la suma de 1.568.718 millones anuales (Bardach et al. 2016), casi 5 veces más de lo tributado por el rubro.

Otro factor de riesgo es el alcoholismo. El porcentaje de consumo de alcohol a nivel nacional es 75,2%, al preguntar por el consumo en los últimos 12 meses, siendo la tasa más elevada en los hombres (84%). El grupo etario de mayor consumo es de 25-34 años (82,2%) con una brecha de alrededor de 20 puntos entre hombres (94,6%) y mujeres (74,8%) (MSPBS, 2012).

En el periodo 2010-2014 se registraron 6.557 muertes por causas agudas y crónicas atribuibles al alcohol en ambos sexos, cifras mucho mayores entre hombres (5.335 muertes) que entre mujeres (1.230 muertes) (Sequera, Leiva, Santacruz y Cañete, 2016).

Las muertes atribuible al alcohol en accidentes de tránsito -para el mismo periodo- totalizaron 1.708, predominando las de hombres (1.490), sobre las de mujeres (218). La mortandad más alta se da en la franja de 25-34 años.

Cuadro N° 2: Muertes atribuibles al alcohol en accidentes de tránsito

Grupo de edad	M	F	Factor M	Factor F	MM M	MM F	MAA Total
0-14	174	113	0,15	0,15	26	17	43
15-19	531	157	0,26	0,2	138	31	169
20-24	715	116	0,46	0,36	329	42	371
25-34	858	121	0,49	0,37	420	45	465
35-44	551	85	0,47	0,34	259	29	288
45-54	437	103	0,41	0,28	179	29	208
55-64	344	99	0,28	0,16	96	16	112
65 y más años	354	117	0,12	0,08	42	9	52
Total	3964	911			1490	218	1708

Fuente: Sequera et al. (2016). Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

Conclusiones

La alta prevalencia de las ECNT y su relación con la obesidad, el tabaco y el alcohol, tornan necesario atender el problema en forma transectorial, multidisciplinaria y en diferentes entornos, dado que, por un lado, aumenta la demanda de servicios de salud; y, por el otro, afecta el desarrollo económico y social.

Para disminuir el alto consumo (y sus consecuencias negativas) de alimentos hiper-procesados, alcohol y tabaco, existen planes de prevención y aumento de impuestos a dichos productos.

Al considerar la calidad de vida y la salud como un derecho humano, deben construirse indicadores que permitan captar inequidades, desglosando datos por sexo, discapacidad, origen étnico, religión, idioma y condición social y regional.

La alta prevalencia de las ECNT y sus factores de riesgo supone seguir construyendo el Sistema Nacional de Salud para que sea universal, que garantice el acceso equitativo a servicios de salud, orientados a la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, así como el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de buena calidad para las ENT (entre ellas, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), con énfasis en la atención primaria de salud.

Es fundamental fortalecer la vigilancia y la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de programas.

Referencias

Bardach, A., Palacios, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Rodriguez, B., Sequera V.G., Cañete, F., Augustovski, F.,

Pichon-Riviere, A. (2016). "Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos". Documento técnico IECS N° 18. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: www.iecs.org.ar/tabaco

Sequera, G., Leiva, M., Santacruz, E. y Cañete, F. (2016). Muerte Atribuible al Consumo de Alcohol en el Paraguay. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles Diciembre.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – MSPBS. (2014). *Plan Nacional de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014- 2024*. Asunción: MSPBS.

Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2015). *Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública*. México DF, México: OPS.

Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2016). Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio marco de la OMS para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS.

Este Proyecto es financiado por el CONACYT a través del Programa PROCENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación – FEEL.



Febrero, 2018

Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana
París 1031 c/ Colón
Asunción, Paraguay
(595-21) 425-850
comunicacion@decidamos.org.py
www.decidamos.org.py
f Decidamos Paraguay
@decidamospy