
IMPUESTOS QUE PREVIENEN LA ENFERMEDAD

Alfredo Jácome Roca¹

En recientes semanas, se ha debatido en el Congreso de la República y en los medios de comunicación el parágrafo de la Reforma Tributaria que aborda la conveniencia de gravar con un mayor impuesto las bebidas azucaradas con el objeto de reducir su consumo y obtener recursos adicionales para cubrir el hueco fiscal. Como es lógico, los gremios del sector han controvertido dicho parágrafo desestimando las razones emitidas desde la medicina preventiva y a las que aduce el Ministro de Salud. Fundamentan sus críticas en algunas tesis de carácter económico como el eventual perjuicio que se ocasionaría a las tiendas de barrio, el presunto riesgo en que pondría a las cerca de doscientas mil familias que dependen de la cadena de producción de la caña de azúcar y sostienen que sería un impuesto regresivo que afectaría a los hogares colombianos de bajos recursos.

Por otra parte, quienes contradicen los argumentos gremiales señalan que el impuesto constituye una medida de costo efectiva para salvar vidas. Si se analiza lo defendido por el sector productor, sólo los nuevos canales de compra (del tipo de los supermercados D1, Ara y Euro) sufrirían una afectación económica real. Además, la producción

de bebidas azucaradas utiliza únicamente el 9% del azúcar de los cultivos y ésta se ha sustituido paulatinamente por el uso de edulcorantes artificiales en los últimos años. A lo que se suma, el hecho de que a partir de la caña de azúcar, además de ésta (cuyos destinos importantes son el consumo directo de los hogares y las exportaciones) se producen bioetanol, vinagre, citratos minerales, plastificantes y ácido cítrico, entre otros, que generan un valor agregado y divisas, como explicó en un diario bogotano la economista Martha Yaneth Sandoval, investigadora de impuestos saludables para educar consumidores (1). En ese sentido, el asunto central a considerar estriba en el tema de la salud por encima del económico.

Así pues, se trata de un impuesto progresivo que busca proteger la salud, en especial la de los niños, disminuyendo la aparición de enfermedades como la diabetes y la obesidad. Existen múltiples estudios en la literatura médica internacional que confirman lo anterior (2- 4). Las investigaciones demuestran que el consumo frecuente de bebidas azucaradas se ha asociado con el riesgo de sufrir sobrepeso y obesidad, el desarrollo de síndrome metabólico, diabetes de tipo 2 y con la aparición

¹ Editor de la revista Medicina.

de cardiopatías. Si bien la obesidad consiste en un proceso multicausal, requiere de un conjunto de medidas estratégicas como advertencias en las etiquetas, la limitación del tamaño de los envases o la restricción del uso de máquinas dispensadoras de bebidas azucaradas como gaseosas; y, teniendo en cuenta que el precio constituye uno de los principales factores influyentes en la elección de esos alimentos, se espera que el impuesto disminuya el consumo, particularmente entre las clases populares en las cuales el riesgo de adquirir las patologías mencionadas es mayor.

Siguiendo esta línea, los nuevos impuestos a este consumo conforman una tendencia mundial que ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como medida clave para evitar la expansión de enfermedades no transmisibles. Incluso varios países han intentado gravar con impuestos los alimentos con alto contenido en grasas saturadas y sal, ya que se podría moderar su consumo (2). De forma que, la discusión se puede extender a contemplar el pago de impuestos que graven sustancias nocivas o potencialmente nocivas para la salud de los colombianos como el tabaco y el alcohol. En la actualidad, se ha comprobado la eficacia de la medida de aumentar los gravámenes al tabaco para mejorar la salud pública y el impacto sería mejor si los dineros captados se invierten en programas de control y educación, como se ha hecho desde hace varias décadas en el país, financiando programas de medicina preventiva y salud pública con los impuestos que pagan las licorerías y los juegos de azar.

Sin embargo, las empresas productoras no se quedan quietas (5, 6). Algunas compañías licorerías y otras que comercializan cigarrillos han trabajado estrechamente compartiendo información y estrategias para luchar contra las iniciativas de la salud pública. Un estudio australiano analizó 29 documentos de la industria seleccionados dentro

de millones de papeles que se publicaron tras el Acuerdo Maestro de Conciliación de 1998, acuerdo que se pactó entre cuatro firmas tabacaleras y el fiscal general de 46 estados de la unión en los Estados Unidos (6). El estudio reveló que los dos tipos de industria usaron estrategias similares para mantener sus niveles de ventas, las cuales incluían la ubicación de los productos y el enfoque comercial destinado a la población joven y hacia grupos étnicos especiales. Este tipo de estrategias desarrollan y divulgan campañas potencialmente contraproducentes en aras de mostrar un control más estrecho sobre los productos que comercializan esas compañías y los hace aparecer como socialmente responsables de los efectos del consumo.

En los 18 meses que duró un estudio hecho en Maryland sobre el aumento contributivo del 3% a la venta de licores, se observó una disminución de 5,1% del consumo de licores fuertes, 3,2% en la venta de cervezas y 2,5%, en vinos (7). Un análisis hecho por los mismos autores sobre las acciones tomadas por la industria para reducir la circulación de conductores ebrios demuestra que no éstas reflejan las recomendaciones basadas en la evidencia hecha por el sector de la salud pública. En Colombia, algunas medidas gubernamentales que persiguen dicho propósito consisten en la medición de la concentración del alcohol en la sangre de los conductores, que no debe sobrepasar 0,05 gramos por decilitro, y la implementación de lugares donde se puede medir el estado de sobriedad, en la ciudad de Bogotá, esta medida se aplica en algunos sitios para aparcar.

En otras latitudes como en México, donde la epidemia de la obesidad no da tregua, crearon una policía nutricional como estrategia. En los Estados Unidos, controlan a las grandes compañías de comidas rápidas mediante la obligación de informar a sus clientes el número de calorías que se consumen en cada producto, pues la agitada vida

del mundo moderno ha hecho de esta práctica de alimentación algo cotidiano. Asimismo, en algunas grandes empresas no se reciben fumadores o no les aumentan el sueldo anualmente.

En Colombia, se aprobó una ley de la marihuana medicinal, pero detrás de eventuales argumentos científicos está, además, el interés de hacer parte del negocio. En varios estados americanos y en el Uruguay, la reglamentación se extendió al uso recreativo de la Cannabis (8). Habrá que ver cómo se aborda este nuevo fenómeno.

REFERENCIAS

1. El Espectador.com. Un impuesto que salva vidas. El Espectador. 2016 noviembre 7. Secc. Pulirreportaje. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/publirreportaje/un-impuesto-salva-vidas-articulo-664389>
2. Quiles-Izquierdo J. Un dulce impuesto para no amargar la salud. Gac Sanit. 2014 Ene; 28 (1): 72- 3. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259511857_Un_dulce_impuesto_para_no_amargar_la_salud
3. Studdert DM, Flanders J, Mello MM. Searching for Public Health Law's Sweet Spot: The Regulation of Sugar-Sweetened Beverages. PLoS Med. 2015 Jul; 12 (7): e1001848. DOI:10.1371/journal.pmed.1001848
4. Green R, Cornelsen L, Dangour AD, Turner R, Shankar B, Mazzocchi M, et al. The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression. BMJ. 2013 Jun; 346: f3703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f3703>
5. Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. Tob Control. 2012; 21 (2):172-180. DOI:10.1136/tobaccocontrol-2011-050417
6. Bond L, Daube M, Chikritzhs T. Selling addictions: Similarities in approaches between Big Tobacco and Big Booze. AMJ. 2010; 3 (6): 325- 332.
7. Esser MB, Waters H, Smart M, Jernigan DH. Impact of Maryland's 2011 alcohol sales tax increase on alcoholic beverage sales. Am J Drug Alcohol Abuse. 2016 Jul; 42 (4): 404- 11. DOI: 10.3109/00952990.2016.1150485.
8. Jácome-Roca A. Cannabis medicinal. Medicina (Bogotá). 2014; 36 (4): 293- 297.