



Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud



CUESTIÓN SALUD | 26

Publicación trimestral | Cali, Enero de 2020 | PROESA - Año 8
ISSN: 2256-5787 (En línea)





—
Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

CUESTIÓN SALUD | 26

Publicación trimestral | Cali, Enero de 2020 | PROESA - Año 8
ISSN: 2256-5787 (En línea)



Cuestión Salud - PROESA

Impacto de los impuestos sobre el contrabando de cigarrillos en Colombia.

© Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA.

Cali / Universidad Icesi, 2020

ISSN: 2256-5787 (En línea)

Palabras claves:

Salud / Economía / Investigación / Cali (Colombia)

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Primera edición / Julio de 2012

Rector: Francisco Piedrahita Plata

Secretaria General: María Cristina Navia Klemperer

Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano

Decanos de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas:

Carlos Enrique Ramírez, Ramiro Guerrero

Comité Editorial: Norman Maldonado, Victoria E. Soto, Ramiro Guerrero,
Sergio I. Prada, Yuri Takeuchi.

Redacción: PROESA- William García, Catalina Saavedra, Jefferson Muñoz,
Santiago Mosquera

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño y Diagramación: Sandra Moreno

Cali - Colombia

Calle 18 No. 122-135 (Pance), edificio B - piso 2.

Teléfono: +57 (2) 555 2334

E-mail: editorial@icesi.edu.co



PROESA es el centro de investigación en economía de salud de la Universidad ICESI y la Fundación Valle del Lili (FVL).

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud, tanto a nivel nacional como internacional.

Misión

La misión es realizar investigación de alta calidad, diseminar el conocimiento y proveer orientación imparcial y objetiva para las políticas en protección social y economía de la salud.

Visión

La visión es ser reconocidos a nivel nacional como el centro de pensamiento líder en su campo, e internacionalmente como generador y transmisor de conocimiento en protección social y economía de la salud.

Principios

Pertinencia | Independencia | Transparencia | Excelencia

Contenido

Este contenido es interactivo, si quieres ir a una sección específica, haz clic en el título o en el icono ✨

Pág



Artículo principal ✨

6 - 7 ✨

Impacto de los impuestos sobre el contrabando de cigarrillos en Colombia.

6

Norman Maldonado, Director PROESA.



Radiografía financiera ✨

8 - 9 ✨

Estado de Resultados 2019
Indicadores financieros 2019

8

8



Indicadores sectoriales ✨

9 - 13 ✨

Inflación
Valor agregado
Construcción
Empleo

10

10

11

12



Actualidad normativa ✨

14 ✨

Noticias PROESA ✨

15 ✨



IMPACTO DE LOS IMPUESTOS SOBRE EL CONTRABANDO DE CIGARRILLOS EN COLOMBIA.

**En Colombia
existen cerca
de 3.5 millones
de fumadores.**

Colombia tiene cerca de 3.5 millones de fumadores, y la evidencia científica en carga de enfermedad y factores de riesgo sugiere que al menos la mitad de ellos van a morir prematuramente como consecuencia del consumo de cigarrillo. Las medidas más costo efectivas y basadas en evidencia científica para controlar la epidemia del tabaquismo están contenidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, que hace parte integral de dicho convenio.

Dentro de las medidas que buscan controlar la demanda de cigarrillos, los impuestos al consumo de productos de tabaco son la medida más costo efectiva en términos de los beneficios que genera en salud pública, en parte debido a que el precio es el principal determinante del consumo de un producto. Por ser un bien inelástico, además de tener un efecto importante en salud pública tiene como efecto adicional la generación de recaudos fiscales, que, al ser una renta cedida en Colombia, forman parte de los recursos que tienen las entidades territoriales para la salud.

Los cigarrillos en Colombia son baratos; de hecho, Colombia es uno de los 4 países con cigarrillos más baratos de la región, en gran parte causado por unos impuestos bajos y una débil administración del impuesto. Adicionalmente Colombia tiene aún mucho camino por recorrer en implementar adecuadamente las políticas de control establecidas en el CMCT, no solo en impuestos. A manera de ejemplo, las advertencias sanitarias ocupan tan solo el 30% del paquete de cigarrillos, cuando la recomendación es tener un etiquetado plano, es decir, que la advertencia sanitaria ocupe la mayor parte de la cajetilla y

El principal obstáculo para seguir aumentando los impuestos a productos de tabaco en Colombia ha sido la interferencia directa o indirecta de la industria tabacalera.

Los resultados de la evaluación muestran que subir el impuesto no tuvo impacto significativo a nivel nacional en el comercio ilícito de cigarrillos, desmintiendo científicamente los mitos sembrados por la industria tabacalera en tomadores de decisiones de la rama ejecutiva y legislativa.

que además del nombre de la marca no existan distintivos adicionales. En el frente de impuestos, desde el aumento al impuesto específico en 2016, que ha generado impactos positivos en reducir el consumo y por tanto beneficios importantes en salud, Colombia no ha aumentado los impuestos al cigarrillo, a pesar de varios intentos en Congreso de pasar proyectos de ley para tal aumento.

El principal obstáculo para seguir aumentando los impuestos a productos de tabaco en Colombia ha sido la interferencia directa o indirecta de la industria tabacalera, pues toda la evidencia científica rigurosa y sin conflictos de interés apoya la necesidad de seguir aumentando de manera importante el impuesto. Este es un mercado que a nivel global es controlado principalmente por cinco multinacionales, incluyendo las tres que operan en Colombia, Phillip Morris International, British American Tobacco y Japan Tobacco International. Uno de los principales argumentos que la industria tabacalera ha logrado posicionar con estudios que no tienen los mínimos elementos para ser considerados como evidencia científica es que un impuesto más alto conduciría a un aumento exponencial del contrabando de cigarrillos. El artículo "Tobacco taxes and illicit cigarette trade in Colombia" publicado hace un par de semanas en la revista científica *Economics and Human Biology*, hace una evaluación del impacto del aumento del impuesto al cigarrillo en 2016 sobre el contrabando de cigarrillos en Colombia. La conclusión es de gran interés para el diseño de política pública, pues los resultados muestran que subir el impuesto no tuvo impacto significativo a nivel nacional en el comercio ilícito de cigarrillos, desmintiendo científicamente los mitos sembrados por la industria tabacalera en tomadores de decisiones de la rama ejecutiva y legislativa.

Retos importantes para el país. El primero es, dentro del Plan Decenal de Salud Pública, reconocer el papel cada vez más importante que desafortunadamente están tomando los determinantes comerciales de la salud en todos los sistemas de salud del mundo, incluyendo el nuestro, y que dicho reconocimiento vaya acompañado de un conjunto de acciones que minimicen o eliminen su influencia en la toma de decisiones de salud pública, acciones que ya han sido definidos tanto en el CMCT como en los lineamientos de conflictos de interés establecidos por la OECD. En segundo lugar, tomar tres decisiones que, según las estimaciones, evitarían miles de muertes prematuras en Colombia: (i) triplicar el impuesto específico al cigarrillo, (ii) ratificar en Congreso e implementar, de manera apropiada, el Protocolo para la Eliminación de Comercio Ilícito de productos de tabaco, y (iii) regular, bajo los mismos estándares del CMCT, los nuevos productos derivados del tabaco, que incluyen a los vapeadores y los cigarrillos electrónicos, productos que representan innovaciones tecnológicas de la industria que no tienen daño reducido y que activamente están inundando el mercado de Colombia para revivir la epidemia de tabaquismo.

Norman Maldonado
Director PROESA

RADIOGRAFÍA FINANCIERA



Tabla 1: Estado de Resultados 2019

Partidas	Régimen	
	Contributivo	Subsidiado
Ingresos operacionales	\$ 33,472,426,930	\$ 12,728,383,940
Costos	\$ 32,623,285,259	\$ 12,513,894,637
Gastos operacionales de administración	\$ 2,139,738,960	\$ 992,178,798
Utilidad Operacional	\$ (1,290,597,288)	\$ (777,689,495)
Otros ingresos	\$ 652,075,291	\$ 333,579,138
Otros gastos	\$ 244,511,689	\$ 167,873,246
Resultado neto del ejercicio	\$ (883,033,686)	\$ (611,983,602)

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Catálogo de información Financiera. Cálculos propios. *Cifras en miles de pesos.

Tabla 2: Indicadores financieros 2019

Indicador	Régimen	
	Contributivo	Subsidiado
Siniestralidad	97.46%	98.31%
G operacionales/ingresos	6.39%	7.80%
Margen Operativo	- 3.86%	- 6.11%
Margen Neto	- 2.64%	- 4.81%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Catálogo de información Financiera. Cálculos propios. *Cifras en miles de pesos.

Los recursos resultan siendo insuficientes para cubrir los gastos operacionales y no operacionales

Las tablas 1 y 2 presentan la información financiera de 13 aseguradoras del régimen contributivo y 18 aseguradoras del régimen subsidiado publicada por la Superintendencia Nacional de Salud para el año 2019. De acuerdo con las cifras, ambos regímenes finalizan el cuarto trimestre del año 2019 con pérdidas netas del orden de los \$883 mil millones en el caso de las entidades del régimen contributivo y de \$611 mil millones en el caso de las entidades del régimen subsidiado. Esto se refleja en un margen neto de -2.64% y de -4.81% para el régimen contributivo y subsidiado, respectivamente. De las partidas del estado de resultados se puede evidenciar que los ingresos operacionales para ambos regímenes alcanzan a cubrir los costos dejando un margen pequeño como utilidad bruta. Esto se ve reflejado en un indicador de siniestralidad (Costo/ Ingreso operacional) del 97% para el régimen contributivo y de 98% para el régimen subsidiado. De acuerdo con lo anterior, los recursos resultan siendo insuficientes para cubrir los gastos operacionales y no operacionales. Por ejemplo, en el régimen contributivo el margen operativo es aproximadamente del -3.9% lo que significa que las pérdidas para este régimen se evidencian desde la utilidad operativa. Lo anterior se puede concluir igualmente para el caso del régimen subsidiado, en el cual el margen operativo es aproximadamente el -6%.

INDICADORES SECTORIALES



¿Cuál es la situación actual del sector salud en Colombia?

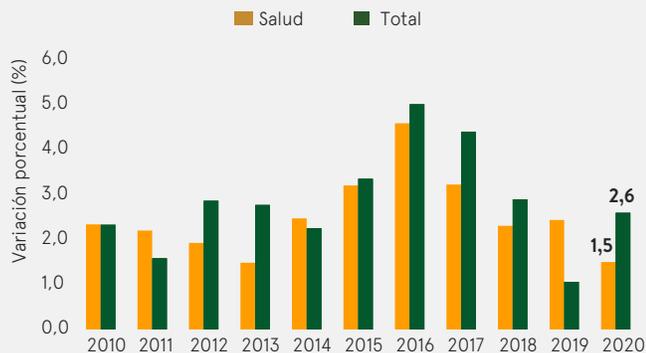
A continuación, se resume el comportamiento de las principales variables publicadas por el DANE.



INFLACIÓN

La inflación al consumidor acumulada a mayo de 2020, para todos los grupos de gasto, fue del 1.5%. El gasto en salud, por su parte, registró una variación año corrido a mayo de 2020 de 2.6%, lo que se contrasta con los grandes cambios opuestos percibidos en Comunicaciones (-5.6%) y Alimentos y bebidas no alcohólicas (5.7%). Como se evidencia en el gráfico, la inflación causada del sector salud entre los meses de enero y mayo ha sido superior al incremento acumulado del nivel general de precios de la economía en igual período, situación revertida en los años 2010, 2011, 2014 y 2019, donde la inflación año corrido de este último a mayo de 2020 para el grupo de gasto en salud fue de 2.6% versus la inflación para el nivel general de precios en el mismo período.

Gráfica 1: Inflación Sector Salud y Total. Variación año corrido a Mayo, 2010 - 2020.



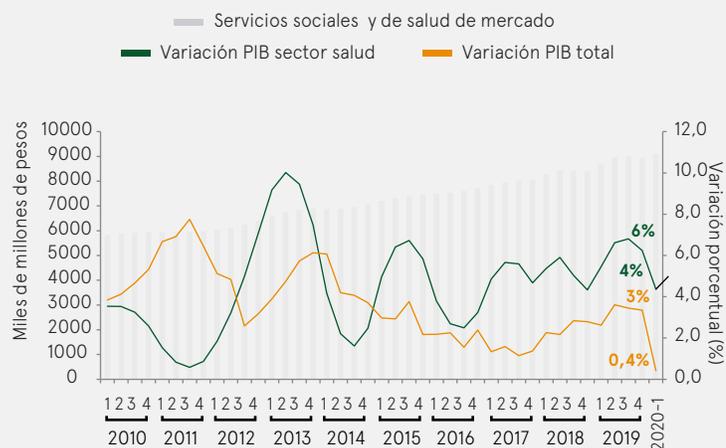
Nota: (A partir de 2019, el DANE aplica los cambios metodológicos para el cálculo del IPC y cambio de base a diciembre de 2018. El análisis incluye estos cambios metodológicos).
Fuente: DANE, Cuentas Nacionales.



VALOR AGREGADO

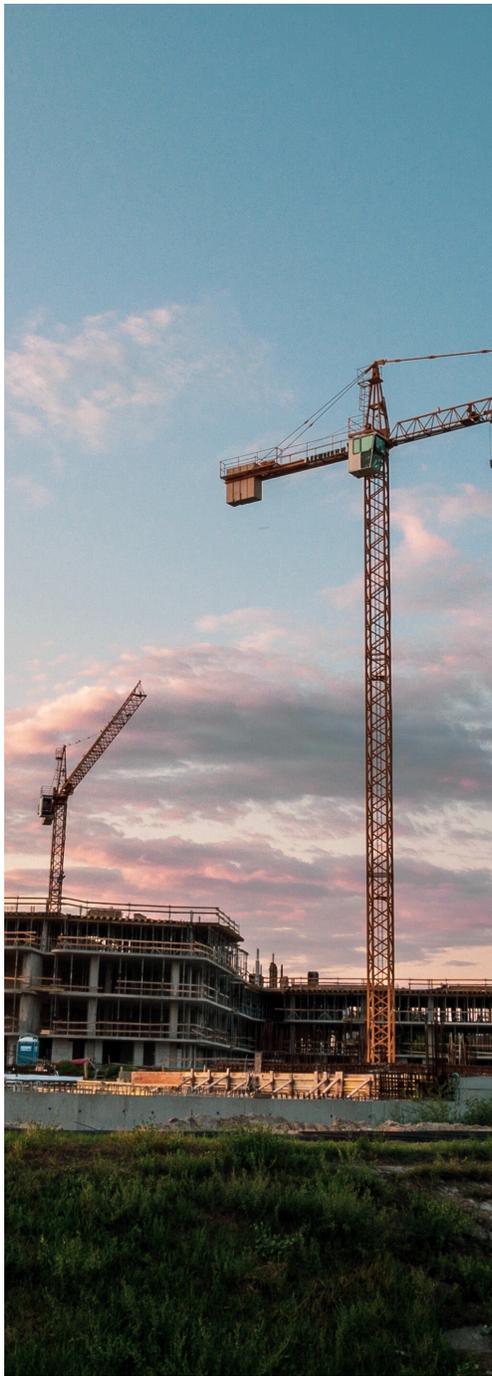
En el primer trimestre de 2010, el PIB del sector salud creció 3.5%, en relación con igual trimestre del año anterior, variación superior al crecimiento agregado de la economía (3.4%) entre iguales períodos. En los trimestres corridos entre los años 2015 y 2020, el sector salud ha mantenido un crecimiento superior al de la economía en su conjunto por cerca de 3 puntos, versus la diferencia promedio de 5,5 puntos por trimestre para el año 2013. El crecimiento del PIB sector salud crecía a una tasa de 6.24% en diciembre de 2019, lo cual se redujo a 4.36% para el primer trimestre de 2020. Situación similar se aprecia en el PIB total cuyo crecimiento anual en diciembre fue de 3.35% comparado al crecimiento anual del primer trimestre de 2020 de 0.41%.

Gráfica 2: valor total y variación anual del PIB y sector salud. Trimestres 2010 - 2020.



Fuente: DANE, Cuentas Nacionales.

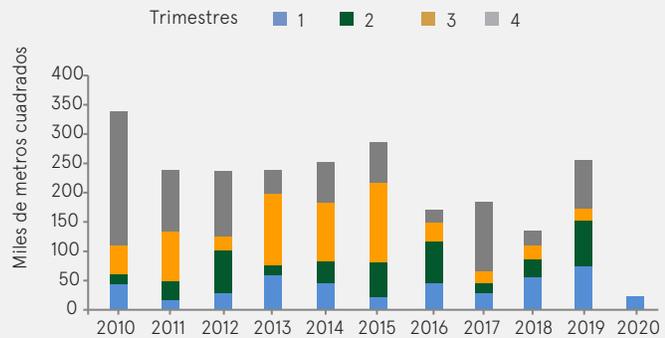
 CONSTRUCCIÓN



El Censo de Edificaciones reportado en 2019 inició con cuatro regiones adicionales (Santa Marta, Tunja, Valledupar y Montería), cuya información está disponible desde el último trimestre de 2015-I. Considerando esta información adicional, el área nueva destinada para la construcción de hospitales totalizó poco más 27 mil metros cuadrados (27,660 metros cuadrados) durante el primer trimestre de 2020, presentándose un detrimento superior al 68% en el área aprobada con igual destino, en comparación con el mismo período del año anterior (87,872 metros cuadrados). Este comportamiento se observa también en el área nueva total construida durante el primer trimestre de 2020, el cual se redujo en 40.6% comparado al valor registrado en el mismo período en 2018 (pasó de 4,564,410 m a 2,713,120 m).

Por otro lado, para las 15 ciudades del siguiente gráfico, el área nueva destinada para la construcción de hospitales totalizó cerca de 23.5 mil metros cuadrados (23,687 metros cuadrados) para el primer trimestre de 2019, lo cual representa un decrecimiento de 68,73% en el área aprobada con igual destino para el primer trimestre de 2020 (75,741 metros cuadrados). Por último, el área nueva total de las 15 ciudades durante el primer trimestre de 2020 fue inferior al valor reportado para el primer trimestre del año anterior por 40,31%.

Grafica 3: Área nueva: hospitales. 15 ciudades¹. Trimestres 2010 - 2019.



1. Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Manizales, Villavicencio, Neiva, Pasto y Popayán.
Fuente: DANE, Censo de Edificaciones.

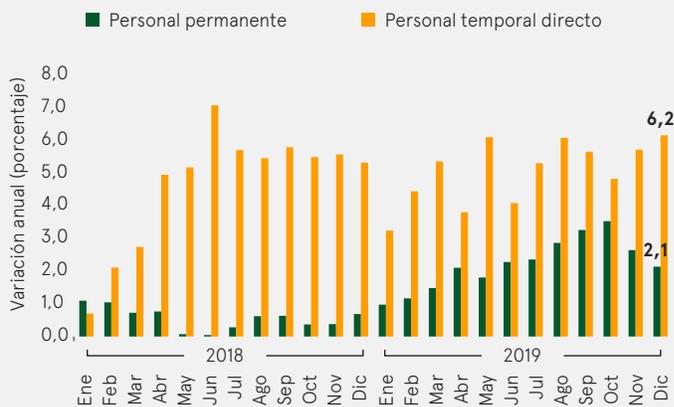
EMPLEO

A partir de la publicación de los resultados de enero de 2020 la Encuesta Mensual de Servicios presenta sus resultados bajo una nueva desagregación de subsectores de servicios, además incluye la variable variación de los salarios por tipo de contratación y según subsector de servicios. Con este cambio, se pasa de 15 a 18 subsectores de servicios, entre los cuales la desagregación se aplicó sobre el subsector Salud humana privada, el cual fue dividido en dos, a saber, Salud humana privada con internación y Salud humana sin internación. Con esto en mente, se desarrolla la presente sección considerando dos grupos de análisis, uno previo y otro posterior al cambio metodológico, lo que se traduce en un antes y un después de diciembre de 2019.

De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), el volumen del personal ocupado en diciembre de 2020 disminuyó en 0,8% frente al mismo mes del año anterior. No obstante, de acuerdo con la Encuesta Mensual de Servicios (EMS), el personal ocupado total del sector Salud Humana Privada registró un incremento de 2,8% frente al mismo mes del año anterior. De forma desagregada, la variación anual del empleo del sector salud se explicó por el crecimiento del empleo permanente (2,1%), el temporal directo (6,2%) y el temporal por agencias (0,5%). Desde febrero de 2018 no se evidencia en el sector salud una variación anual del empleo permanente superior al correspondiente del personal temporal directo (observar gráfica).



Gráfico 4. Variación anual del personal ocupado en las categorías permanente y temporal directo. Servicios de salud humana privada. Meses 2018-2019.



Fuente: DANE - Encuesta Mensual de Servicios (EMS).

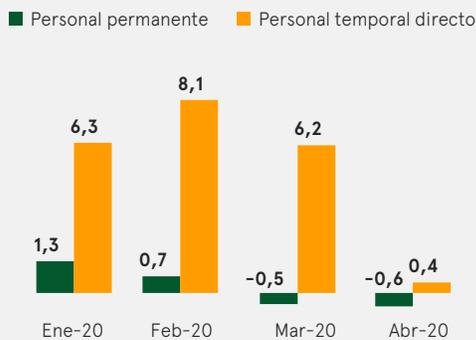
En lo concerniente al año 2020 y siguiendo lo mostrado por GEIH, el volumen del personal ocupado en abril de 2020 disminuyó en 24.5% frente al mismo mes del año anterior. Por su parte, de acuerdo con la EMS, el personal ocupado total de los sectores Salud Humana Privada con y sin internación registraron un cambio de 0.1% y -5.5%, respectivamente, frente al mismo mes del año anterior. De forma desagregada, la variación anual del empleo del sector salud con internación se explicó por el decrecimiento del empleo permanente (-0.6%), y el crecimiento en el temporal directo (0.4%) y el temporal por agencias (2.1%). Por su parte, la desagregación que explicó la variación anual del empleo del sector salud sin internación se explicó por el decrecimiento del empleo permanente (-0.7%), el temporal directo (-12.4%) y el temporal por agencias (-44.8%). De acuerdo con las dos siguientes gráficas, el sector salud presenta una variación anual del empleo permanente inferior al correspondiente del personal del temporal directo para el subsector de Salud Humana Privada con internación, situación que se revierte con el subsector homónimo sin internación.

Gráfico 5. Variación anual del personal ocupado en las categorías permanente y temporal directo. Servicios de salud humana privada. Meses 2018-2019



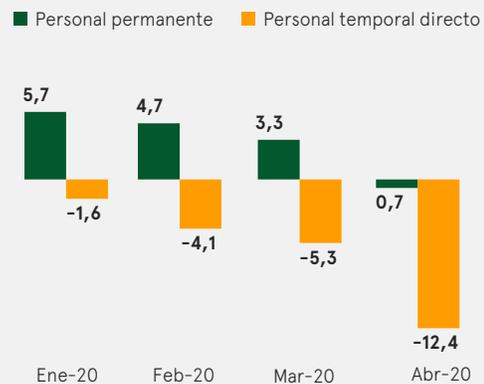
Fuente: DANE - Encuesta Mensual de Servicios (EMS).

Gráfico 6. Variación anual del personal ocupado en las categorías permanente y temporal directo. Servicios de salud humana privada con internación. Meses 2019-2020.



Fuente: DANE - Encuesta Mensual de Servicios (EMS).

Gráfico 7. Variación anual del personal ocupado en las categorías permanente y temporal directo. Servicios de salud humana privada sin internación. Meses 2019-2020.



Fuente: DANE - Encuesta Mensual de Servicios (EMS).

ACTUALIDAD

NORMATIVA

Los recursos destinados a salud podrán ser destinados por las entidades territoriales para el pago de los servicios que se hayan prestado o se presten por concepto de urgencias a la población migrante regular no afiliada o irregular.

La actualidad normativa, para este trimestre del año gira en torno a la pandemia que se ha registrado a nivel mundial. El Decreto 491 de 2020, por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

De igual manera, el 18 de junio mediante la resolución No. 1161 de 2020 por la cual se establecen los servicios y tecnologías en salud que integran las canastas para la atención del Coronavirus COVID-19 y se regula el pago del anticipo por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios. Así mismo, mediante la resolución 1155 del presente año, se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en la prestación de los servicios de salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y alimentación.

En este mismo decreto, el Artículo 2. en el marco de los hechos que dieron lugar a la Emergencia Económica, Social y Ecológica, esto es, la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, tiene por objeto que las autoridades cumplan con la finalidad de proteger y garantizar los derechos y libertades de las personas, la primacía de los intereses generales, la sujeción de las autoridades a la Constitución y demás preceptos del ordenamiento jurídico, y el funcionamiento eficiente y democrático de la administración y la observancia de los deberes del Estado y de los particulares.

Otro de los decretos que más relevancia ha tenido en épocas de pandemia es el Decreto 800 de 2020, por el cual se adoptan medidas para el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y mantener la afiliación al mismo de quienes han perdido la capacidad de pago, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

El Decreto actual, adiciona un parágrafo al artículo 16 de la Ley 1816, con la siguiente información: los recursos destinados a salud podrán ser destinados por las entidades territoriales para el pago de los servicios que se hayan prestado o se presten por concepto de urgencias a la población migrante regular no afiliada o irregular. La Nación podrá cofinanciar el pago de estas obligaciones, siempre y cuando la entidad territorial certifique la auditoría de las cuentas y la insuficiencia de recursos para financiar dichas atenciones.

NOVEDADES

PROESA



Ofertas de empleo

El Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA - de la Universidad ICESI requiere contratar profesional con maestría en Economía para la posición de Investigador. [CLICK](#)

Revistas científicas

Tobacco taxes and illicit cigarette trade in Colombia, Juan M. Gallego, Blanca Llorente, Norman Maldonado, Susana Otálvaro-Ramírez, Paul Rodríguez-Lesmes, Economics & Human Biology, 2020. [CLICK](#)

Direct cost of Parkinson's disease in a health system with high judicialization: evidence from Colombia, Autores: Sergio I. Prada, Ana Melissa Pérez, Jaime Valderrama-Chaparro, María Isabel, Molina-Echeverry, Jorge Luis Orozco & Yuri Takeuchi, Journal: Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 2020. [CLICK](#)

Health sector spending and spending on HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, and development assistance for health: progress towards Sustainable Development Goal 3. Sergio I. Prada, Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, The Lancet, 2020. [CLICK](#)

Academic Well-Being and Structural Characteristics of Peer Networks in School. Arja Rimpelä, Jaana M. Kinnunen, Pirjo Lindfors, Victoria Eugenia Soto, Katariina Salmela-Aro, Julian Perelman, Bruno Federico and Vincent Lorant. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020 [CLICK](#)

Health policy and systems research publications in Latin America warrant the launching of a new specialised regional journal. Miguel González, Juan Arroyo, Oscar Cetrángolo, Pedro Crocco, Ramiro Guerrero, Daniela Riva, Abdul Ghaffar, Patricia Pavón, María del Rocío Saénz, Rosanna González, Beatriz Martínez y Emilio Gutiérrez. Journal: Health Research Policy and Systems, 2020. [CLICK](#)

Utility of the Suficiencia database in Colombia: an application to health-care costs of rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Sergio I. Prada, William R. García, Ivana Nieto-Aristizábal & Gabriel J. Tobón, Journal of Public Health, 2020 [CLICK](#)

Blog PROESA

Guerrero, Ramiro. (2020). Lo que nos dicen los muertos. [CLICK](#)

PROESA



Calle 18 No - 122-135
Universidad Icesi - Oficina B 102
Telefono: +57(2) 321-20-92
Cali - Colombia
icesi.edu.co/proesa

Encuétranos en:



@centro_proesa



ProesaCali