



**Facultad de  
Ciencias Sociales y Humanísticas**

**PROYECTO DE TITULACIÓN**

“Diagnóstico de la implementación del Impuesto a los Consumos Especiales al tabaco y sus efectos en la salud pública en Ecuador,

2011-2021”

**Previa la obtención del Título de:**

**MAGISTER EN POLÍTICAS Y GESTIÓN PÚBLICA**

**Presentado por:**

JACKSON ROBERT RIVAS CONDO

**Guayaquil – Ecuador**

**2025**

## **AGRADECIMIENTO**

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al economista Juan Carlos Campuzano, quien, en su calidad de asesor de investigación, brindó una orientación valiosa y constante. De igual manera, extiendo mi gratitud al profesor Giovanny Bastidas por compartir generosamente su experiencia, fortaleciendo así mi compromiso y vocación con la profesión que ejerzo.

Asimismo, agradezco a todos los docentes de la ESPOL que, de manera directa o indirecta, contribuyeron con su apoyo, conocimiento y dedicación a lo largo de las distintas etapas de este proyecto. Su aporte ha sido fundamental para alcanzar este importante logro académico.

*JACKSON ROBERT RIVAS CONDO*

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi pilar de fortaleza y quien ha iluminado cada paso en este trayecto, otorgándome la sabiduría y la constancia necesarias para avanzar.

A mi querida esposa Carla y a mis adoradas hijas Danna y Eliana, cuyo amor y respaldo incondicional han sido el motor que me ha impulsado. Gracias a su fe en mí, he encontrado fuerzas para continuar y esforzarme al máximo.

A mis padres, Roberto y Flor, por inculcarme con su ejemplo el valor del esfuerzo, la entrega y el amor sin límites. Su presencia ha sido el fundamento de cada uno de mis logros.

A mis hermanas y hermano, Viviana, Kerly, Josué, Gabriela, Ivania y Fernanda, por estar presentes con sus palabras de ánimo y apoyo constante a lo largo de este camino.

*JACKSON ROBERT RIVAS CONDO*

## **COMITÉ DE EVALUACIÓN**

---

**MSc. Juan Carlos Campuzano Sotomayor**  
**Tutor del Proyecto**

---

**MSc. Giovanny Bastidas Riofrio**  
**Evaluador 1**

---

**MBA. María Cecilia Moreno Abramowicz**  
**Presidenta**

## **Declaración Expresa**

Yo, Jackson Robert Rivas Condo, acuerdo y reconozco que: La titularidad de los derechos patrimoniales de autor (derechos de autor) del proyecto de graduación corresponderá al autor o autores, sin perjuicio de lo cual la ESPOL recibe en este acto una licencia gratuita de plazo indefinido para el uso no comercial y comercial de la obra con facultad de sublicenciar, incluyendo la autorización para su divulgación, así como para la creación y uso de obras derivadas. En el caso de usos comerciales se respetará el porcentaje de participación en beneficios que corresponda a favor del autor o autores. El o los estudiantes deberán procurar en cualquier caso de cesión de sus derechos patrimoniales incluir una cláusula en la cesión que proteja la vigencia de la licencia aquí concedida a la ESPOL.

La titularidad total y exclusiva sobre los derechos patrimoniales de patente de invención, modelo de utilidad, diseño industrial, secreto industrial, secreto empresarial, derechos patrimoniales de autor sobre software o información no divulgada que corresponda o pueda corresponder respecto de cualquier investigación, desarrollo tecnológico o invención realizada por mí/nosotros durante el desarrollo del proyecto de graduación, pertenecerán de forma total, exclusiva e indivisible a la ESPOL, sin perjuicio del porcentaje que me/nos corresponda de los beneficios económicos que la ESPOL reciba por la explotación de mi/nuestra innovación, de ser el caso.

En los casos donde la Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI) de la ESPOL comunique al autor que existe una innovación potencialmente patentable sobre los resultados del proyecto de graduación, no se realizará publicación o divulgación alguna, sin la autorización expresa y previa de la ESPOL.

Guayaquil, 09 de septiembre de 2025.

Autor

# ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>VII</b>
<b>Capítulo I – Caracterización del problema .....</b>	<b>12</b>
1.1 Descripción del problema o situación actual .....	12
1.2 Contexto institucional, territorial y actores clave .....	13
1.3 Evidencia y datos relevantes .....	14
1.4 Objetivos y enfoques del proyecto .....	18
1.4.1 Objetivo general.....	18
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.4.3 Preguntas orientadoras del análisis .....	19
1.4.4 Justificación del proyecto.....	19
<b>Capítulo II: Revisión de experiencias previas o marco referencial.....</b>	<b>23</b>
2.1 Marco Conceptual .....	23
2.2 Estado del arte o antecedentes del tema .....	26
2.3 Buenas prácticas, políticas similares o lineamientos existentes .....	29
<b>Capítulo III - Propuesta metodológica .....</b>	<b>34</b>
3.1 Tipo de proyecto .....	34
3.2 Técnicas de recolección y análisis de información.....	34
3.3 Limitaciones, sesgos o supuestos.....	36
<b>Capítulo IV: Desarrollo del análisis y propuesta .....</b>	<b>37</b>
4.1 Resultados del análisis .....	37
4.2 Diseño de la intervención o propuesta de mejora .....	47
4.3 Cronograma y recursos necesarios .....	49
<b>Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>50</b>
5.1 Conclusiones.....	50
5.2 Recomendaciones .....	51
5.3 Líneas futuras de análisis o implementación .....	52
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>53</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>59</b>

## RESUMEN

El presente estudio analiza la implementación del Impuesto a los Consumos Especiales aplicado al tabaco en Ecuador y sus efectos en la salud pública durante el período 2011–2021. Partiendo del reconocimiento del tabaquismo como un problema prioritario de salud pública y uno de los principales factores de riesgo evitables vinculados a las enfermedades crónicas no transmisibles, la investigación adopta un enfoque cuantitativo, descriptivo y longitudinal para evaluar las variaciones en las tendencias de consumo, morbilidad y mortalidad tras las reformas fiscales. El análisis incluye una revisión documental y normativa fundamentada en fuentes oficiales y académicas que permite identificar los factores institucionales, sociales y económicos que han condicionado la efectividad del impuesto como herramienta sanitaria. Los resultados muestran una reducción sostenida del consumo, que pasa de 2.506 a 660 millones de cigarrillos anuales, y una caída de la tasa de mortalidad atribuible, que desciende de 24,6 a 19,2 por cada 100.000 habitantes, lo que equivale a una disminución relativa de aproximadamente 22% y sugiere un efecto positivo de las medidas fiscales. No obstante, persisten limitaciones estructurales, como la ausencia de un mecanismo automático de ajuste del impuesto, la falta de preasignación de ingresos a programas de salud y la vulnerabilidad frente al comercio ilícito y a recientes cambios normativos. Esta volatilidad refuerza la necesidad de una política tributaria sanitaria estable y basada en evidencia. En respuesta, la tesis propone una estrategia de fortalecimiento fiscal y sanitario que combina reformas tributarias progresivas, medidas de fiscalización y trazabilidad, asignación explícita de recursos y acciones sanitarias complementarias dentro de un marco de gobernanza interinstitucional alineado con estándares internacionales, con el fin de optimizar la eficacia del impuesto y contribuir al cumplimiento de los compromisos del Estado en materia de derecho a la salud y control del tabaco.

**Palabras clave:** Política fiscal, tabaquismo, salud pública, Impuesto a los Consumos Especiales, calidad de vida, equidad.

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	<b>Consumo estimado de cigarrillos en Ecuador (2011–2021).....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 2.</b>	<b>Tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo (2011–2021) .....</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 3.</b>	<b>Recaudación de ICE por año en Ecuador (2011-2021) .....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 4.</b>	<b>Plan de Implementación de la estrategia.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 5.</b>	<b>Cronograma de actividades .....</b>	<b>49</b>

## **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

<b>Ilustración 1. Control del tabaco en el Ecuador: principales hitos.....</b>	<b>37</b>
<b>Ilustración 2. Número de muertes anuales atribuidas al tabaquismo por cada 100.000 habitantes.....</b>	<b>39</b>
<b>Ilustración 3. Evolución anual de consumo de cigarrillos, 2011- 2021 .....</b>	<b>40</b>
<b>Ilustración 4. Comparación del consumo anual de cigarrillos y la tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo en Ecuador (2011-2021) .....</b>	<b>41</b>
<b>Ilustración 5. Evolución normalizada de ICE recaudado, Consumo de cigarrillos y Tasa de muerte por 100.000 habitantes, 2011–2021.....</b>	<b>42</b>

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo 1.</b>	<b>Evolución del ICE cigarrillos 1989-2023 .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 2.</b>	<b>Principales causas de muerte en el Ecuador – 2023 .....</b>	<b>62</b>
<b>Anexo 3.</b>	<b>Partes de un cigarrillo hecho con nicotina.....</b>	<b>63</b>

## **ABREVIATURAS**

BCE	Banco Central del Ecuador
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CMCT OMS	Convenio Marco de la OMS contra el Tabaquismo
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EE.UU.	Estados Unidos
IECS	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria
ICE	Impuesto a los Consumos Especiales
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IPC	Índice de precios al consumidor
LRTI	Ley de Régimen Tributario Interno
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIMAR	Sistema de Identificación, Marcación, Autentificación, Rastreo y Trazabilidad Fiscal
SRI	Servicio de Rentas Internas

## **Capítulo I – Caracterización del problema**

### **1.1 Descripción del problema o situación actual**

A nivel global, el consumo de tabaco sigue siendo la principal causa evitable de enfermedades y fallecimientos prematuros. Según estimaciones internacionales, entre 1990 y 2010, el tabaquismo fue responsable del 63% de las muertes tempranas y de los años de vida perdidos por discapacidad, lo que equivale a más de seis millones de muertes anuales derivadas principalmente de cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y patologías cardiovasculares (Ministerio de Salud Pública & Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2016).

En el contexto latinoamericano, se calcula que el tabaquismo ocasiona alrededor del 13% de las muertes en personas mayores de 35 años, con un impacto significativo en términos de años de vida perdidos y discapacidad (Sebrié et al., 2012). Además de sus consecuencias sanitarias, el consumo de tabaco contribuye a la reducción de la productividad laboral y al incremento del gasto personal en salud, factores que perpetúan situaciones de pobreza en determinados grupos sociales (Bunn et al., 2006).

En Ecuador, el tabaquismo representa un desafío importante tanto para el sistema de salud como para la economía del país. Las enfermedades derivadas del consumo de tabaco generan elevados costos sanitarios y pérdidas económicas asociadas a la disminución de la productividad laboral. El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha estimado que aproximadamente el 10% de las muertes registradas en Ecuador están vinculadas al tabaquismo, lo que se traduce en más de 6.800 fallecimientos anuales, además ocasiona más de 50.000 casos anuales de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), cáncer pulmonar, accidentes cerebrovasculares enfermedades cardiovasculares, entre otras (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2021).

En términos económicos, se estima que el tabaquismo genera una carga superior a 1.300 millones de dólares anuales, monto que supera ampliamente la recaudación fiscal proveniente de este producto. Aunque la creación del Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) tuvo como objetivo desalentar el consumo mediante el incremento de precios y, consecuentemente, reducir los daños sanitarios, persiste la duda sobre su eficacia real como herramienta de control. Esta situación resalta la necesidad de evaluar en detalle el marco

normativo vigente, los datos fiscales disponibles y los indicadores de salud pública relacionados, para identificar qué elementos han favorecido o limitado el efecto del ICE en el país.

En este contexto, la pregunta de investigación formulada es: ¿Cuál ha sido el efecto de la implementación del ICE al tabaco en los indicadores de salud pública en Ecuador entre 2011 y 2021?

La presente investigación resulta fundamental para comprender la relación entre ICE aplicado al tabaco y sus efectos en la salud pública en Ecuador. Su relevancia radica en aportar evidencia sobre la efectividad de esta medida fiscal como herramienta de control del tabaquismo, al analizar si ha contribuido a disminuir el consumo y reducir la carga sanitaria y económica asociada. Además, permitirá identificar los factores normativos, fiscales y sociales que han condicionado su implementación y resultados, con el objetivo de proponer mejoras que fortalezcan la política fiscal sanitaria del país, en coherencia con los compromisos internacionales asumidos por Ecuador en el marco del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre las principales limitaciones que puede enfrentar este estudio se encuentran la disponibilidad y calidad de los datos fiscales y sanitarios, así como posibles inconsistencias en los registros administrativos a lo largo del período 2011–2021. También podrían surgir dificultades para acceder a información desagregada o actualizada que permita analizar de forma integral la relación entre la política fiscal y los resultados en salud. A pesar de ello, se buscará mitigar estas limitaciones mediante el uso de fuentes oficiales, triangulación de información y un enfoque analítico riguroso.

## **1.2 Contexto institucional, territorial y actores clave**

El ICE en Ecuador se rige por la Ley de Régimen Tributario Interno (LRTI), y su administración recae en el Servicio de Rentas Internas (SRI) bajo supervisión del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). En el ámbito de salud pública, el MSP lidera la política antitabaco. En el año 2006, Ecuador oficializó la ratificación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y, posteriormente, para el 2011 aprobó la Ley Orgánica de Control del Tabaco, con lo cual consolidó su adhesión a los compromisos asumidos a nivel internacional. A nivel nacional se aplican los impuestos y

regulaciones uniformemente en todo el territorio. Las autoridades subnacionales (gobiernos provinciales y municipales) complementan las medidas nacionales, por ejemplo, participando en campañas educativas y declarando espacios libres de humo en sus jurisdicciones.

Entre los actores clave están: (i) Entidades gubernamentales, como el Gobierno Central y las carteras sanitarias y finanzas públicas, que diseñan y ejecutan las políticas sanitarias y tributarias, respectivamente. (ii) Legisladores, que aprueban leyes fiscales y sanitarias (por ejemplo, el reglamento del ICE). (iii) Organizaciones internacionales: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) provee guías y monitoreo sobre control del tabaco. (iv) Sociedad civil y la salud pública, incluyendo grupos antitabaco y colegios profesionales, que hacen seguimiento y presionan para el cumplimiento de la ley. Por ejemplo, ante la intención del SRI de ajustar el ICE por inflación a fines de 2022, el gobierno redujo el ICE al tabaco mediante el Decreto Ejecutivo 645 en enero de 2023. Esta medida fue cuestionada por la sociedad civil (Colectivo “Todos por la Vida”, entre otros) como lesiva a la salud pública. En abril de 2024 la justicia anuló dicho decreto, restableciendo las tarifas previas. (v) Industria tabacalera: históricamente se opone a regulaciones estrictas y ejerce influencia política para mantener bajos impuestos. En contraposición, organizaciones no gubernamentales y académicos (por ejemplo, el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina) han documentado la alta carga del tabaquismo e impulsan evidencia para fortalecer la política fiscal. En conjunto, estos actores interactúan en el proceso de formulación e implementación del ICE, creando un contexto político y social complejo que influye en los resultados de la medida fiscal.

### **1.3 Evidencia y datos relevantes**

#### **Prevalencia de tabaquismo en Ecuador**

En Ecuador, la proporción de fumadores es relativamente baja en comparación con otros países de la región. En 2018, estimaciones oficiales señalaban que el 13,7% de los adultos consumían tabaco de manera habitual, cifra que se redujo a alrededor del 11% en 2020 (Mena & Paraje, 2024). En 2021, la prevalencia de tabaquismo en personas de 15 años o más fue del 10,6%, según datos de la OPS. (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2024). Esta diferencia se explica por la mayor tasa en hombres (23,8% en 2018) frente a mujeres (4,0%)(Mena & Paraje, 2024). A nivel regional,

en las Américas la prevalencia alcanzaba el 17,4% en el año 2015 (Ministerio de Salud Pública, 2018), de modo que Ecuador figura entre los países con menor proporción de fumadores adultos (Ministerio de Salud Pública, 2018). Según la ENSANUT 2018, la incidencia de tabaquismo entre jóvenes de 10 a 17 años es muy baja (0,9% fumadores actuales), apuntando a una tendencia decreciente del consumo desde años previos. Las encuestas nacionales e internacionales indican una tendencia estable o levemente a la baja en el consumo de tabaco en Ecuador durante la última década, en línea con las estrategias de control implementadas.

**Tabla 1.** Consumo estimado de cigarrillos en Ecuador (2011–2021)

AÑO	ICE tabaco (USD/unidad)	Consumo anual de cigarrillos (millones de unidades)
2011	150% (ad valorem) 0,05	2.506
2012	0,05 - 150% (ene-jun); USD 0,0810 (jul-dic)	2.381
2013	0,0810	2.256
2014	0,0862 (ene-jun); USD 0,0925 (jul-dic)	2.102
2015	0,1310 (ene-jun); USD 0,1324 (jul-dic)	1.569
2016	0,1396	1.092
2017	0,16	915
2018	0,16	808
2019	0,16	700
2020	0,16	686
2021	0,16	660

Fuente: SRI-2023

### Morbilidad y mortalidad atribuible al tabaco

El consumo de tabaco representa una de las principales cargas de enfermedad y mortalidad en el país. Se estima que en Ecuador fallecen cada día alrededor de 15 personas por causas vinculadas al tabaquismo, lo que equivale a unas 5.500 muertes anuales (Ministerio de Salud Pública, 2018). En 2015, aproximadamente el 13,4% de las defunciones registradas en el país fueron atribuibles al tabaco, es decir, unas 7.800 muertes (Mena & Paraje, 2024). Las principales causas de estas muertes son enfermedades cardiovasculares, EPOC y cáncer (especialmente de pulmón y laringe) (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2020). A nivel global, la OMS advierte que el tabaco ocasiona cerca de 8 millones de muertes al año, lo que representa el 12% de la mortalidad mundial (Ministerio de Salud Pública, 2018). En América Latina, la mortalidad atribuible al tabaquismo alcanza alrededor

del 15% de las defunciones totales, porcentaje muy cercano al registrado en Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2018). Tanto la evidencia oficial como los estudios académicos coinciden en que el tabaquismo constituye la principal causa evitable de enfermedad y muerte en el país, además de generar un alto impacto en la morbilidad crónica, con pérdida significativa de años de vida saludable por accidentes cerebrovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2020; Ministerio de Salud Pública, 2018).

A continuación, se describe un histórico de muertes en el Ecuador, entre el período 2011-2021 (ver tabla 1).

**Tabla 2.** Tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo (2011–2021)

Año	tasa de mortalidad por 100.000 habitantes
2011	24,6
2012	23,9
2013	23,2
2014	23,0
2015	22,5
2016	22,5
2017	22,4
2018	22,2
2019	21,3
2020	19,6
<hr/>	<hr/>
2021	19,2

**Fuente:** Our World in Data – 2021

Elaborado por: Elaboración propia

### Recaudación fiscal por ICE al tabaco

El Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) sobre el tabaco constituye una fuente importante de ingresos tributarios, aunque insuficiente para cubrir los costos sanitarios que ocasiona el tabaquismo. La tarifa específica al 2021 es de USD 0,16 por cigarrillo (Servicio de Rentas Internas del Ecuador, 2024) (es decir, USD 1,60 por paquete de 10). En el período 2011–2021 la recaudación total del ICE creció constantemente; por ejemplo, entre enero y noviembre de 2021 el SRI registró unos USD 740 millones (El Comercio, 2023) (cifra que incluye todos los bienes sujetos al tributo). Aunque los ingresos generados por la venta de cigarrillos han aumentado con los últimos ajustes impositivos, diversos estudios indican que

la recaudación fiscal apenas cubre una fracción de los costos económicos y sanitarios atribuibles al tabaquismo. El Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) destaca que los impuestos sobre cigarrillos “sólo cubren una pequeña parte” de los costos sociales que provoca el consumo de tabaco (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2020). Este hallazgo coincide con análisis internacionales que muestran que los países latinoamericanos, incluido Ecuador, están lejos de compensar mediante impuestos los gastos en salud y pérdida de productividad asociados al tabaquismo (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2020; OECD, 2024). Si bien el ICE al tabaco contribuye al financiamiento público, las cifras oficiales y estudios especializados subrayan que su recaudación es modesta frente al perjuicio económico y sanitario total que genera el consumo de tabaco. **Comparación regional/global:** Los indicadores de Ecuador son comparables o incluso más favorables que los de otros países de la región. Su prevalencia de fumadores adultos (11%) está por debajo del promedio latinoamericano (Ministerio de Salud Pública, 2018), y la tendencia de mortalidad atribuible también sigue la reducción global observada tras la aplicación de regulaciones (sin embargo, la cantidad total de fallecimientos continúa siendo significativa). En contraste, países con políticas impositivas menos rígidas han mostrado prevalencias significativamente más altas; por ejemplo, según la OMS la prevalencia global de fumadores adultos era de 20% a mediados de la década pasada, muy superior a la de Ecuador (Mena & Paraje, 2024; Ministerio de Salud Pública, 2018, p. 9). Las referencias internacionales permiten dimensionar la gravedad del problema en Ecuador y subrayan la necesidad de mantener políticas fiscales y de salud pública efectivas que contribuyan a disminuir el consumo de tabaco y sus efectos (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2020; Ministerio de Salud Pública, 2018, p. 9).

**Tabla 3.** Recaudación de ICE por año en Ecuador (2011-2021)

Año	ICE tabaco (USD/unidad)	ICE recaudado
2011	150% (ad valorem) 0,05	2.987.984
2012 dic)	0,05 - 150% (ene-jun); USD 0,0810 (jul-	2.520.369
2013	0,0810	2.170.026
2014	0,0862 (ene-jun); USD 0,0925 (jul-dic)	2.060.073
2015	0,1310 (ene-jun); USD 0,1324 (jul-dic)	1.485.855
2016	0,1396	1.134.455
2017	0,16	126.336
2018	0,16	699.000
2019	0,16	646.155
2020	0,16	70.712
2021	0,16	42.326

**Fuente:** SRI -2023

**Elaborado por:** Elaboración propia

#### 1.4 Objetivos y enfoques del proyecto

##### 1.4.1 Objetivo general

Analizar el efecto del ICE al tabaco en Ecuador entre 2011 y 2021, mediante el estudio de los indicadores de salud pública, para la identificación de factores asociados y la propuesta de una estrategia de fortalecimiento de la política fiscal sanitaria.

##### 1.4.2 Objetivos específicos

1. Describir el marco normativo del ICE al tabaco en Ecuador entre 2011–2021 y su evolución en las diferentes reformas.
2. Identificar los principales indicadores de salud pública relacionados a las tasas de consumo y mortalidad atribuibles al tabaquismo.
3. Explicar los factores institucionales, sociales y económicos que han limitado o favorecido el impacto del ICE en la disminución del consumo de tabaco.
4. Proponer una estrategia de fortalecimiento de la política fiscal sanitaria basada en los hallazgos normativos, fiscales y sanitarios obtenidos en el análisis.

### **1.4.3 Preguntas orientadoras del análisis**

¿Cómo ha evolucionado el marco normativo del ICE al tabaco en Ecuador entre 2011 y 2021 y qué modificaciones en su diseño han condicionado su efectividad como instrumento de salud pública?

¿Cómo variaron el consumo anual de cigarrillos y la mortalidad atribuible en el periodo 2011–2021?

¿Qué factores institucionales, sociales y económicos favorecieron o limitaron el impacto del ICE?

¿Qué estrategia fiscal y sanitaria integral maximiza el beneficio en salud pública y la sostenibilidad de la recaudación??

### **1.4.4 Justificación del proyecto**

El tabaquismo está identificado a nivel mundial como uno de los principales factores de riesgo evitables para la salud, responsable de una elevada carga de enfermedad y mortalidad. Los residuos del tabaco contienen más de 7.000 sustancias químicas tóxicas, muchas de ellas cancerígenas (World Health Organization, 2021). En Ecuador su impacto es muy relevante, según un informe del MSP se estima que el tabaquismo provoca aproximadamente 6.800 muertes anuales evitables (13,4% de las defunciones en mayores de 35 años) y 204.686 años de vida perdidos cada año (Ministerio de Salud Pública, 2022). Además, genera altos costos sanitarios: unos USD 658 millones directos al año (0,47% del PIB) (Ministerio de Salud Pública, 2022). En contraste, la recaudación proveniente del ICE aplicado a cigarrillos apenas alcanza los USD 194 millones anuales, lo que cubre únicamente cerca del 29% de los gastos médicos directos ocasionados por el consumo de tabaco (Ministerio de Salud Pública, 2022). Esta brecha evidencia la necesidad de examinar con mayor detalle el efecto del ICE tanto en indicadores de salud pública como morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaco, como en las cifras fiscales en Ecuador. Aunque la literatura internacional ha documentado de manera consistente la eficacia de los impuestos para disminuir el consumo de tabaco y las enfermedades relacionadas (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2024; World Health Organization, 2021), en el país hay pocos estudios sistemáticos que cuantifiquen su impacto epidemiológico y financiero. Comprender esta dinámica es clave para llenar ese vacío científico.

Desde la perspectiva científica, este estudio aportará datos concretos sobre la relación entre política tributaria y salud. La OMS ha señalado que gravar el tabaco constituye

la medida más efectiva en términos de costo para reducir su consumo (World Health Organization, 2021). Estudios latinoamericanos respaldan este criterio: por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reporta que un alza del 50% en el precio de los cigarrillos evitaría unas 300.000 muertes y 1,3 millones de enfermos en la región, además de generar un ahorro económico de miles de millones de dólares en gastos sanitarios hacia el 2030 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2024). En Ecuador, la evidencia local sugiere beneficios similares: un documento técnico del IECS-OMS proyecta que un aumento del 25% en el precio del cigarrillo evitaría alrededor de 2.473 muertes y miles de eventos cardiovasculares y cánceres en 10 años (Ministerio de Salud Pública, 2022). Sin embargo, estas estimaciones requieren ser contrastadas con datos reales de evolución epidemiológica y tributaria. Este diagnóstico cuantificará las tendencias de mortalidad y morbilidad atribuible al tabaquismo entre 2011-2021 y las cruzará con cambios en el ICE, aportando valiosa evidencia empírica a la literatura científica nacional. Además, al sistematizar datos normativos y fiscales (leyes tributarias, resoluciones del SRI, recaudación del ICE), el proyecto enriquecerá el conocimiento académico sobre gobernanza sanitaria.

El tabaquismo no solo afecta la salud, sino que también genera pérdidas económicas significativas. Se estima en aproximadamente USD 320 millones por reducción de productividad laboral y USD 322 millones en costos asociados al cuidado familiar de personas enfermas (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2021). En América Latina, según la OCDE se calcula que los costos asociados al tabaco corresponden alrededor del 1,4% del Producto Interno Bruto (PIB) regional, según estimaciones del informe "Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2024". A pesar de aquello, la recaudación fiscal actual cubre una fracción mínima de esas pérdidas. Por ejemplo, un estudio regional concluye que en ocho países latinoamericanos seleccionados los impuestos al tabaco apenas recuperan el 15% de los costos económicos asociados al consumo (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2024). Según datos del MSP (2022), en Ecuador la recaudación por concepto del ICE cubre menos del 50% de los gastos médicos ocasionados por el consumo de tabaco, lo que implica un amplio margen para aumentar las tarifas sin desequilibrar las finanzas públicas. Esta investigación examinará cómo variaciones en el ICE han afectado la recaudación tributaria y estimará su potencial de ingresos futuros. Dicha información es crucial para la economía nacional: por un lado, permitirá al MEF proyectar ingresos fiscales relacionados con el tabaco y evaluar la

sostenibilidad de estos tributos; por otro, contribuirá a la visión de largo plazo sobre el impacto económico de políticas sanitarias. Además, confirmar la eficacia del ICE apoyaría estudios de costo-beneficio (analizando ahorro en salud versus recaudación) y guiaría decisiones sobre ajustes futuros al impuesto.

Desde una perspectiva social, la reducción del tabaquismo mejora la calidad de vida y una distribución más justa del bienestar sanitario. Según el Ministerio de Salud Pública (2022), en Ecuador cerca del 38% de la población masculina y el 16% de la femenina fuma, lo que expone a ciertos sectores a un riesgo desproporcionado. Disminuir el consumo mediante impuestos puede reducir las desigualdades sanitarias y liberar recursos para grupos vulnerables. Institucionalmente, este estudio respalda compromisos nacionales e internacionales. Ecuador ratificó en 2006 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), que insta a gravar el tabaco para proteger la salud. De hecho, la LRTI (Ley de Régimen Tributario Interno, LRTI, 2018) fijó un ICE de 150% al tabaco y recientemente el SRI lo actualizó por inflación en enero de 2023 (Ministerio de Salud Pública, 2023). Analizar los efectos de estas normativas aportará evidencia al cumplimiento de la CMCT OMS y a planes nacionales. El MSP, a través de su Plan Decenal 2022–2031, establece como objetivo la reducción de la mortalidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles y respalda la aplicación gradual de mayores impuestos con fines sanitarios (Ministerio de Salud Pública, 2023). Este diagnóstico ofrecerá datos técnicos a comités y organismos públicos (MSP, SRI, MEF, Banco Central del Ecuador, entre otros) para que calibrar sus políticas. Además, al documentar el impacto social del ICE, el estudio puede legitimizar políticamente ajustes futuros (como los realizados en 2023) y facilitar la comunicación de sus beneficios a la ciudadanía.

El presente estudio se enmarca además en los compromisos internacionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular en la Meta 3.4 para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (Organización de las Naciones Unidas, 2015). En este sentido, la política fiscal sobre el tabaco y sus efectos sobre prevalencia y mortalidad resulta central: una reducción de la prevalencia de consumo actual en un 30% entre personas de 15 años o más contribuiría de manera directa a la consecución de la Meta 3.4, al disminuir factores de riesgo asociados a EPOC, cáncer y enfermedades cardiovasculares. Por ello, el análisis del ICE al tabaco y la propuesta de fortalecimiento fiscal-sanitario que presenta esta tesis aportan evidencia técnica relevante para alinear las políticas nacionales con los objetivos sanitarios internacionales.

Finalmente, la evidencia obtenida resulta de utilidad directa para el diseño y la optimización de las políticas fiscales en salud. Para el MSP, disponer de información nacional sobre mortalidad y morbilidad atribuibles al tabaco constituye una herramienta clave para valorar la efectividad de las medidas implementadas y orientar nuevas acciones de control y prevención del tabaquismo. Un mejor entendimiento de la reducción real en casos de enfermedad vinculados al ICE respaldaría enfoques integrales (tabaquismo cero, entornos libres de humo, programas de cesación) y la asignación de recursos sanitarios. Para el MEF, los resultados facilitarán la modelación de escenarios fiscales: al cuantificar la relación entre tasa impositiva, consumo y recaudación, se podrán proyectar ingresos adicionales y determinar la elasticidad del consumo. Asimismo, las autoridades podrán utilizar estas conclusiones para reforzar normativas contra el contrabando como el SIMAR, sigla que corresponde al Sistema de Identificación, Marcación, Autentificación, Rastreo y Trazabilidad Fiscal o ajustar gradualmente los impuestos según inflación y PIB, siguiendo recomendaciones de la OMS (World Health Organization, 2021). En síntesis, esta investigación no solo aportará evidencia académica novedosa, sino que servirá como herramienta técnica para la formulación de políticas fiscales sanitarias basadas en resultados concretos.

## **Capítulo II: Revisión de experiencias previas o marco referencial**

### **2.1 Marco Conceptual**

#### **Tabaquismo y Salud Pública**

El término tabaquismo se refiere al consumo habitual de productos de tabaco y la consecuente adicción a la nicotina. Este comportamiento es reconocido globalmente como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte, asociado a padecimientos crónicos como cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedades cardiovasculares. La mortalidad atribuible al tabaco es elevada: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la principal causa evitable de mortalidad a nivel mundial (Ministerio de Salud Pública & Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2022). En Ecuador, se estima que el tabaquismo explica el 13,4% de todas las muertes en adultos mayores de 35 años aproximadamente 7.798 fallecimientos anuales que podrían prevenirse y causa la pérdida de 204.686 años de vida saludables cada año (Ministerio de Salud Pública & Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2022). Esta carga de morbilidad y mortalidad atribuible al tabaco refleja el enorme impacto del tabaco en la salud pública ecuatoriana. Reducir la prevalencia de fumadores no solo salvaría miles de vidas, sino que disminuiría significativamente la incidencia de enfermedades asociadas al tabaquismo en el mediano y largo plazo.

#### **Carga Económica del Tabaco**

El tabaquismo no solo perjudica la salud individual y colectiva, sino que impone una carga económica sustancial sobre la sociedad. Este concepto de carga económica del tabaco engloba los costos directos en el sistema de salud (gastos médicos para tratar enfermedades atribuibles al tabaco) y los costos indirectos (pérdida de productividad por morbilidad y mortalidad prematura, entre otros). En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública reportó que el consumo de tabaco genera un costo sanitario directo aproximado de 478 millones de dólares anuales, equivalente al 0,47% del PIB del país y al 6,32% del gasto público en salud (Ministerio de Salud Pública & Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2022). Estas cifras evidencian que una parte considerable del presupuesto de salud se destina a atender enfermedades relacionadas con el tabaco. A su vez, estudios internacionales estiman que los costos económicos totales (directos e indirectos) del tabaquismo en América

Latina rondan el 1,4% del PIB regional, lo que ilustra la magnitud del problema económico. Un aspecto importante es la comparación entre estos costos y los ingresos fiscales provenientes de los impuestos al tabaco. En Ecuador, la recaudación tributaria por la venta de cigarrillos (principalmente a través del Impuesto a los Consumos Especiales, ICE) alcanza apenas 194 millones de dólares al año, cubriendo solo alrededor del 40% de los gastos médicos directos atribuibles al tabaquismo (Ministerio de Salud Pública & Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2022). De manera similar, a nivel latinoamericano se calcula que, en promedio, los impuestos al tabaco recuperan únicamente cerca del 15% de los costos económicos que el consumo de cigarrillos provoca. Esto revela que el tabaquismo genera externalidades negativas significativas: la mayor parte de los costos recae en el sistema de salud pública y la economía nacional, y no en el individuo fumador. Por tanto, desde la perspectiva económica, existe una justificación sólida para gravar el tabaco de forma robusta, de modo que quienes consumen paguen un precio más acorde con los daños que ocasionan (internalización de costos) y para aliviar la carga financiera sobre el Estado y la sociedad.

### **Elasticidad-Precio de la Demanda de Tabaco**

La elasticidad-precio de la demanda es un concepto económico clave para entender el efecto de los impuestos en el consumo de tabaco. Esta elasticidad mide la sensibilidad de la cantidad demandada de un bien ante variaciones en su precio, calculada como el cambio porcentual en la demanda dividido por el cambio porcentual en el precio. En términos simples, indica en qué proporción baja el consumo cuando sube el precio de un producto. En el caso de los productos de tabaco, la demanda suele ser relativamente inelástica (es decir, la reducción en consumo es menor que el aumento de precio), pero no es perfectamente inelástica: los aumentos de precio sí reducen de forma significativa el consumo. La literatura internacional muestra que un incremento del 10% en el precio de los cigarrillos puede reducir el consumo aproximadamente entre 4% y 5% en países de ingresos medios y bajos. Esta respuesta negativa de la demanda se debe a que, ante precios más altos, muchos fumadores reducen la cantidad consumida, retrasan el inicio del hábito (especialmente en jóvenes) o intentan dejar de fumar, cumpliéndose así el objetivo sanitario de la política impositiva. De hecho, la OMS destaca que elevar los impuestos al tabaco es la medida más costo-efectiva para disminuir su consumo a nivel poblacional. En Ecuador, estudios recientes han cuantificado la elasticidad-precio de la demanda de cigarrillos en torno a -0,8 a nivel

nacional. Esto significa que un aumento del 10% en el precio real del tabaco reduciría el consumo en aproximadamente un 8% a 9%, evidenciando una respuesta significativa de los fumadores a las variaciones de precio. Cabe señalar que la sensibilidad al precio puede variar entre distintos grupos socio-demográficos. Por ejemplo, la elasticidad estimada para hogares encabezados por mujeres es alrededor de -2,22, y para aquellos con jefes de hogar jóvenes (20 a 40 años) es cercana a -2,32.

En otras palabras, ciertos grupos poblacionales presentan una elasticidad más alta, lo que implica que un alza de precios del tabaco del 1% podría contraer su consumo en más del 2% en esos segmentos. Esto sugiere que los impuestos al tabaco no solo reducen el consumo general, sino que pueden tener un impacto particularmente fuerte entre los grupos más sensibles al precio (por ejemplo, jóvenes y personas de menores ingresos), contribuyendo así a disminuir las desigualdades en salud relacionadas con el tabaquismo (Mena & Paraje, 2024). La evidencia de Ecuador y la región confirma que, pese a que la demanda de cigarrillos es inelástica en conjunto, los aumentos impositivos logran reducciones significativas en el consumo, a la vez que pueden aumentar la recaudación en el corto plazo debido al mayor precio por unidad vendida.

### **Impuesto a los Consumos Especiales en el tabaco**

El (ICE) es un impuesto selectivo aplicado en Ecuador a productos considerados nocivos, como los cigarrillos. Su objetivo es doble: desincentivar el consumo mediante el aumento del precio y generar ingresos fiscales (Servicio de Rentas Internas, 2024). Desde 2011, el ICE al tabaco evolucionó de un impuesto ad valorem a uno específico por unidad, permitiendo un mayor control sobre el precio final del producto (Ministerio de Salud Pública, 2022). La tarifa actual es de 0,16 dólares por cigarrillo, estable desde 2017, lo cual ha limitado su efecto disuasorio debido a la falta de actualizaciones automáticas por inflación (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2024). Aunque el ICE ha contribuido a la reducción del consumo, la carga tributaria total del tabaco en Ecuador (alrededor del 66% del precio de venta) sigue por debajo del umbral del 75% recomendado por la OMS para maximizar el efecto sanitario (World Health Organization, 2021).

## **Recaudación Fiscal y Asignación de Recursos**

El ICE al tabaco también tiene un componente fiscal importante. Sin embargo, en Ecuador, los ingresos generados no se asignan de manera específica a programas de salud, lo que limita su reconocimiento social como impuesto con fines sanitarios (Almeida et al., 2019). A medida que disminuye el consumo, también cae la recaudación fiscal, como reflejo del éxito de la política sanitaria, pero esto exige evaluar el balance entre ingresos y beneficios en salud pública.

### **2.2 Estado del arte o antecedentes del tema**

Numerosos estudios coinciden en que elevar los impuestos al tabaco es una de las medidas más eficaces para disminuir su consumo y reducir las consecuencias negativas en la salud pública. En el caso de Ecuador, el ICE representa el principal instrumento tributario para este fin; no obstante, su aplicación aún enfrenta retos significativos, entre los que destaca una carga impositiva limitada.

*Calzada et al.* (2022) realizaron un análisis sobre el tabaquismo como desafío de salud pública, resaltando su efecto tanto a escala mundial como nacional. Los autores sostienen que el consumo de tabaco sigue siendo una de las principales causas evitables de enfermedad y mortalidad, asociado con patologías como cáncer, enfermedades cardiovasculares y EPOC. Asimismo, destacan que el inicio del hábito ocurre con frecuencia en la adolescencia y está condicionado por factores sociales, psicológicos y económicos. En el contexto de América Latina, incluido Ecuador, el estudio enfatiza la relevancia de las políticas públicas orientadas a la prevención, entre ellas la creación de espacios libres de humo y las campañas educativas, con especial foco en la reducción del consumo juvenil.

*Paraje et al.* (2023) realizaron la evidencia sobre la tributación del tabaco como instrumento de salud pública, resaltando su eficacia para disminuir el consumo, en especial dentro de grupos poblacionales vulnerables. En su análisis emplean el concepto de elasticidad-precio de demanda, entendido como la variación porcentual en el consumo frente a un cambio porcentual en el precio. Con este enfoque, indican que un incremento del 10% en el precio genera una reducción del consumo entre 4% y 5% de países de ingresos bajos y medios, sin provocar un aumento relevante del comercio ilícito. En el caso de Ecuador y contextos regionales comparables, diversos autores señalan que los beneficios en términos

de salud pública y recaudación superan ampliamente los costos. Además, un esquema tributario bien diseñado promueve la equidad, al mejorar las condiciones de salud de los sectores más vulnerables, siendo los grupos de menores ingresos los principales beneficiarios.

*Mena y Paraje* (2024) estiman la elasticidad-precio promedio del tabaco en Ecuador en  $-0.8$ , lo que implica que un incremento del 1% en su precio se asocia con una reducción cercana al 0,89% en el consumo. Este valor corresponde al promedio nacional; sin embargo, la sensibilidad al precio varía según el grupo poblacional. Por ejemplo, en hogares encabezados por mujeres la elasticidad estimada es  $-2.22$  y en los encabezados por personas de 20 a 40 años es  $-2.32$ . En otras palabras, en esos grupos un aumento de precio del 1 % podría reducir el consumo en más del 2 %, lo que refuerza el impacto diferencial por género y edad. En resumen, la elasticidad nacional de  $-0.89$  implica una caída de consumo del 0.89 % por cada 1 % que suba el precio, pero los efectos son mucho mayores en grupos específicos.

*La OCDE* (2024) advierte que los costos económicos y sociales derivados del consumo de tabaco en varios países de América Latina y el Caribe ascienden a unos 500.000 millones de dólares anuales, lo que equivale aproximadamente al 1,4% del PIB conjunto de estas naciones. Sin embargo, los ingresos obtenidos a través de los impuestos al tabaco representan solo una fracción de esos gastos, alrededor del 15% según estimaciones recientes. Ante esta brecha, la OCDE recomienda implementar una reforma tributaria que eleve la carga impositiva (incluyendo el IVA) hasta alcanzar al menos el 75% del precio de venta al público de los cigarrillos. Este umbral coincide con la recomendación de la OMS respecto a la proporción de impuestos sobre el precio minorista de estos productos. En la práctica, dicha meta implica combinar los tributos específicos al tabaco con el IVA, de manera que juntos constituyan las tres cuartas partes del valor final del cigarrillo. Actualmente, únicamente cuatro países de la región (Argentina, Brasil, Chile y Nicaragua) han logrado alcanzar este estándar, lo que evidencia la necesidad de aumentar la presión fiscal. Es importante aclarar que el 75% debe calcularse sobre el precio minorista de los cigarrillos, al ser los productos de tabaco con mayor consumo en América Latina.

*Pichon-Rivière et al.* (2024) llevaron a cabo un estudio de modelación económica con microsimulación tipo Markov, incluyendo datos de ocho países que en conjunto concentran el 80% de la población de América Latina que son Brasil, Argentina, Chile,

Ecuador, Colombia, México, Uruguay y Perú. Sus resultados estiman que, en caso de aplicarse medidas tributarias que eleven los impuestos hasta el 75% del precio de venta, podrían evitarse más de 351.000 muertes, 2,25 millones de enfermedades y cerca de 1,4% del PIB en costos sanitarios en estos países. La implementación completa de estas políticas tales como prohibición de publicidad, espacios libre de humo, empaquetado neutro y apoyo para dejar de fumar tendría además la capacidad de reducir en 271.000 muertes adicionales y generar beneficios económicos por USD 63.800 millones en los próximos 10 años, aumentando hasta USD 70.000 millones si se consideran los siguientes 20 años.

*Gravely et al. (2017)* efectuaron una investigación transversal con datos de 126 países con el propósito de examinar la relación entre la puesta en marcha de medidas clave del CMCT y la disminución del tabaquismo. Los resultados mostraron que, entre 2007 y 2014, se incrementó de manera considerable la adopción de políticas como el aumento de impuestos, la creación de espacios libres de humo, el empaquetado neutro, la prohibición de la publicidad y el acceso a programas de cesación. La aplicación de estas medidas en su nivel más estricto se vinculó con una reducción promedio de 1,57 puntos porcentuales en la prevalencia del consumo de tabaco entre 2005 y 2015, lo que confirma el efecto positivo de dichas políticas en la salud pública mundial.

*Mays et al. (2015)* llevaron a cabo un experimento con 740 fumadores jóvenes entre 18 y 30 años en EE.UU. para analizar cómo el empaquetado neutro y las advertencias pictóricas influían en la motivación para dejar de fumar. Descubrieron que las advertencias sobre enfermedades como el cáncer y enfermedades pulmonares generaron la mayor motivación para cesar el consumo, especialmente cuando se presentaban en empaques neutros con mensajes enmarcados en ganancias para la salud. Este efecto se debe a que las advertencias gráficas aumentan la percepción del riesgo y generan una respuesta emocional más intensa, al hacer visibles y tangibles las consecuencias negativas del tabaquismo. Además, el enfoque en beneficios concretos para la salud facilita que los fumadores conecten la cesación con mejoras personales inmediatas, incrementando su disposición al cambio.

*Rana et al. (2023)* analizaron, a través de un modelo matemático de tipo Markov, los efectos proyectados de un incremento en los impuestos aplicados a los productos de tabaco fumado en la India para el periodo 2017–2025. El estudio evaluó cuatro posibles escenarios de aumento impositivo (0%, 25%, 50% y 100%) sobre una base inicial del 6%, incorporando las elasticidades precio-demanda y los riesgos de mortalidad asociados al

tabaquismo. Las proyecciones señalan que duplicar los impuestos (100%) permitiría reducir la prevalencia del consumo en un 9,42% hacia 2025 y evitar alrededor de 32.837 muertes vinculadas al tabaco, en su mayoría relacionadas con enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer y tuberculosis. Los autores concluyen que una política fiscal más estricta puede acelerar el cumplimiento de los objetivos nacionales de control de tabaco y constituye una medida altamente efectiva para disminuir su impacto sanitario.

### **2.3 Buenas prácticas, políticas similares o lineamientos existentes**

A continuación, se describen ejemplos internacionales de políticas fiscales y regulaciones al tabaco cuyos resultados aportan lecciones valiosas para el análisis del ICE al tabaco en Ecuador.

#### **MPOWER de la OMS**

El paquete *MPOWER* agrupa seis medidas basadas en evidencia: Monitor (vigilancia), *Protect* (protección contra el humo ajeno), *Offer* (oferta de ayuda para dejar de fumar), *Warn* (alertas sanitarias), *Enforce* (prohibición de publicidad) y *Raise* (subida de impuestos).

**Éxitos:** En países que han aplicado plenamente *MPOWER* se ha observado una caída promedio del consumo diario de cigarrillos de 5% a 10 % entre 2010 y 2018, especialmente cuando los aumentos de impuestos superaron al Índice de Precios al Consumidor (IPC)<sup>1</sup> (World Health Organization, 2019).

**Dificultades:** La implementación suele verse obstaculizada por el contrabando y la falta de capacidad de fiscalización en fronteras, lo que puede atenuar el impacto recaudatorio y sanitario (World Health Organization, 2019).

---

<sup>1</sup> El Índice de Precios al Consumidor constituye un indicador estadístico que refleja la variación promedio en los precios de una canasta de bienes y servicios representativos del gasto de los hogares durante un periodo específico. Su principal utilidad radica en evaluar la inflación y los cambios en el poder adquisitivo de la moneda.

### **Etiquetado frontal y empaquetado genérico en Australia**

Australia fue pionera en introducir el empaquetado genérico (*plain packaging*) en 2012 y etiquetas frontales con fotografías impactantes.

Éxitos: Investigaciones longitudinales evidenciaron una reducción del 15% en la prevalencia de fumadores jóvenes de 18 a 24 años durante los cinco primeros años de implementación, así como un incremento notable en las llamadas a los servicios de cesación

(Scollo et al., 2015). El éxito se atribuye a la combinación del empaquetado genérico con fuertes campañas masivas de educación y un continuo ajuste de impuestos, garantizando así coherencia entre mensaje sanitario y precio disuasorio (Scollo et al., 2015).

### **Aumentos impositivos en Uruguay**

Entre 2005 y 2015, Uruguay incrementó el impuesto específico al tabaco en promedio un 12% anual real, acompañado de un estricto control de contrabando y sanciones a la publicidad encubierta.

Logros: El consumo per cápita de cigarrillos cayó de 1.500 a 1.100 unidades al año, (consumo diario de 3 a 4 cigarrillos) y la recaudación del impuesto representó hasta un 1,2% del PIB, permitiendo financiar programas de prevención (Blecher & van Walbeek, 2014).

Retos: El aumento gradual y predecible de la tasa fue clave para que la industria se adaptara sin recurrir masivamente al mercado ilegal. Sin embargo, el control efectivo de la venta informal requirió invertir en sistemas de trazabilidad (Blecher & van Walbeek, 2014).

### **Ley General de Control del Tabaco en México**

Desde 2008 México reforzó las advertencias sanitarias en un 100% de la superficie frontal y aplicó aumentos anuales del ICE vinculados a la inflación.

Éxitos: Se detectó una reducción del consumo en adultos del 8% entre 2008 y 2016, especialmente en grupos de menor nivel socioeconómico (Gómez et al., 2017).

Aprendizajes: Vincular el impuesto a un índice de precios (inflación o PIB per cápita) evita que su poder disuasorio se diluya con el tiempo, pero es esencial complementar con campañas de sensibilización y programas de cesación (Gómez et al., 2017).

### **Enfoques teóricos o modelos de análisis si aplica**

Para orientar el análisis del impacto del ICE al tabaco en Ecuador, pueden aplicarse diversos enfoques teóricos y marcos analíticos que permitan comprender tanto la conducta

de los consumidores como la dinámica de las políticas fiscales y sanitarias. A continuación, se proponen tres perspectivas integradoras:

### **Teoría de la elasticidad-precio de la demanda**

La elasticidad-precio de la demanda mide la sensibilidad del consumo ante cambios en el precio (Universidad Estatal de Milagro, 2019). Este concepto se calcula dividiendo la variación porcentual de la cantidad demandada por la variación porcentual del precio. Cuando el valor absoluto supera 1, se considera que la demanda es elástica, es decir, que disminuye en una proporción mayor al aumento del precio; en cambio, si es inferior a 1, se clasifica como inelástica, lo que implica una menor reacción ante las variaciones de precio. Estudios internacionales han documentado que la elasticidad-precio del tabaco suele ser del orden de -0,4 a -0,5 (inelástica) (Chaloupka & Warner, 2000), aunque varía por país y grupo poblacional. Por ejemplo, la OMS señala que un aumento del impuesto del 10% típicamente reduce el consumo entre 4% y 8%. En Ecuador, estimaciones recientes apuntan a un valor cercano a -0,89. Esto indica que la demanda nacional de cigarrillos es relativamente inelástica (abs. <1): un alza de precios de 10% provocaría aproximadamente una caída de 8,9% en el consumo. No obstante, ciertos subgrupos (hogares encabezados por mujeres o adultos jóvenes) muestran elasticidades superiores a 1 (demanda más sensible). En suma, el efecto del ICE dependerá de esta elasticidad local; la evidencia sugiere que en general los cigarrillos en Ecuador reaccionan moderadamente al precio (inelásticos), aunque puede haber respuestas más elásticas en segmentos específicos (Mena & Paraje, 2024).

### **Modelo del ciclo de las políticas públicas**

El modelo del ciclo de las políticas públicas divide la acción del Estado en distintas fases de análisis: definición de agenda, formulación, implementación y evaluación (Winchester, 2011). Winchester (2011) explica la fase de agenda como el conjunto de temas a los que los decisores prestan atención en un momento dado; cuando coinciden atención pública, soluciones viables y voluntad política se abre una “ventana de oportunidad” para impulsar reformas (Camacho Peréz, 2021). Aplicado al ICE tabacalero, la etapa de agenda incluyó el reconocimiento del tabaquismo como desafío de salud pública y el encuadre del impuesto como solución viable (Winchester, 2011). Camacho (2021), en cambio, enfatiza que el cambio de políticas es impulsado por coaliciones (e.g. organizaciones de salud vs.

industria) que comparten creencias sobre el problema y sus soluciones; estas coaliciones influyen en la elaboración y ajuste de la política.

Agenda: Identificación del problema (consumo de tabaco) y priorización en el debate público (Winchester, 2011). Según Winchester (2011), la agenda surge cuando un problema “creíble” supera barreras institucionales y se considera urgente. En el caso ecuatoriano, factores como los objetivos del CMCT OMS y la preocupación por la salud pública crearon terreno fértil para proponer ajustes al ICE.

Formulación: Diseño de la política y toma de decisiones. Implica definir objetivos, buscar y comparar alternativas, y articular lo técnico con lo político. Por ejemplo, en esta fase se fijaron posibles incrementos al ICE, se analizaron sus efectos esperados y se negoció la propuesta final con legisladores y sectores interesados (Winchester, 2011).

Implementación: Puesta en marcha de la política aprobada. Aquí se aplican los nuevos aranceles ICE, se reorganizan los mecanismos de recaudación (SRI) y se procede a la fiscalización. Dado su carácter complejo (multiplicidad de actores y decisiones), se requiere monitoreo continuo. En la práctica surgen barreras como el contrabando de cigarrillos, resistencia de la industria o problemas de diseño de la medida, por lo que la implementación suele incluir ajustes operativos y campañas de difusión (Winchester, 2011).

Evaluación: Valoración de los resultados e impacto. Se mide sistemáticamente el efecto del ICE sobre los indicadores fijados (p.ej. precios reales, prevalencia de fumadores, ingresos fiscales). De acuerdo con Winchester (2011), la evaluación implica medir los resultados de una política en relación con los criterios y metas definidos. En esta fase se determina si mantener, modificar o eliminar el impuesto, a través de análisis de datos (encuestas de consumo, estadísticas de salud, etc.)

Cada etapa del ciclo aporta retroalimentación: p. ej., datos de implementación o evaluación pueden alimentar nuevas propuestas de ajuste del ICE. En conjunto, este modelo permite entender cómo y cuándo el ICE influyó en la política y qué obstáculos o facilitadores aparecieron en cada fase.

## **Teoría del cambio y lógica de intervención**

La teoría del cambio plantea un esquema lógico o cadena de resultados que vincula las actividades con sus efectos intermedios y finales (Rogers, 2014). En este enfoque se explicita cómo los inputs (ajustes al ICE) generan outputs (p.ej. aumento del precio real del cigarrillo) y, encadenados, producen outcomes (disminución de la prevalencia de fumadores) e impactos finales (mejora de la salud pública) (Rogers, 2014). Dicha cadena de causalidad se traduce en indicadores específicos para cada nivel (p.ej. precio promedio, tasa de fumadores, incidencia de enfermedades) y horizonte temporal.

Corto plazo: cambios inmediatos tras la medida. Por ejemplo, un aumento real del precio del cigarrillo (outputs iniciales) y la percepción de mayor costo del tabaco. Indicadores: variación del precio real y de la recaudación fiscal tras el ICE. Indicadores: variación del precio real y recaudación fiscal del ICE.

Mediano plazo: aparecen resultados en consumo y conductas, reflejados en la disminución de la prevalencia de fumadores y del consumo per cápita, además de eventuales sustituciones por productos más económicos. Indicadores: encuestas de prevalencia, ventas de cigarrillos, gasto familiar en tabaco.

Largo plazo: se alcanzan los impactos en salud y economía, tales como la reducción de la morbilidad y mortalidad vinculadas al tabaco (cáncer de pulmón, EPOC, enfermedades cardiovasculares, entre otras). Indicadores: tasas de mortalidad atribuible al tabaquismo, años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), carga de enfermedad, y costos sanitarios evitados(Rogers, 2014).

Este modelo de intervención-aprendizaje facilita evaluar el ICE en el contexto ecuatoriano al definir claramente qué se mide en cada etapa y en qué plazo puede observarse el efecto de un ajuste impositivo. Asimismo, el diagrama lógico (inputs → outputs → outcomes → impactos) constituye una herramienta clave para planificar el monitoreo y la evaluación de la política, diferenciando objetivos de corto, mediano y largo plazo en el proceso de cambio (Rogers, 2014).

## **Capítulo III - Propuesta metodológica**

### **3.1 Tipo de proyecto**

Este estudio corresponde a una evaluación de resultados de política pública aplicada al Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) sobre el tabaco en Ecuador entre 2011 y 2021. Su propósito es examinar el efecto de este impuesto en los principales indicadores de salud pública, particularmente en las tendencias de consumo y en la mortalidad atribuible al tabaquismo, considerando la evolución normativa y fiscal durante el período. La evaluación de resultados busca determinar en qué medida la intervención fiscal mediante el ICE ha contribuido a los objetivos esperados de reducción del consumo y de los daños asociados al tabaco.

### **3.2 Técnicas de recolección y análisis de información**

Para el desarrollo del estudio se emplearon técnicas cuantitativas, bajo un diseño descriptivo y longitudinal. Este enfoque resulta pertinente para analizar políticas públicas que no han sido asignadas de manera aleatoria, ya que permite examinar la evolución de los indicadores de consumo de tabaco, recaudación fiscal y mortalidad atribuible al tabaquismo en un periodo de once años (2011–2021). De esta forma, el análisis posibilita identificar patrones y tendencias asociados a la implementación del ICE en Ecuador.

#### **Recolección de información:**

**Datos secundarios:** Se recopilaron datos históricos provenientes de fuentes oficiales de base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio de Rentas Internas (SRI) y datos de organismos internacionales como OMS, IECS.

#### **Indicadores:**

Para la evaluación se seleccionan indicadores clave, justificados por su posición en la cadena causal del ICE y ordenados de manera lógica desde el precio hasta los resultados en salud, con una meta de corto, mediano y largo plazo.

**Indicador de corto plazo:**

- *Recaudación fiscal del ICE (USD anuales)*

**Indicador de mediano plazo:**

- *Consumo estimado de cigarrillos anualmente*

**Indicador de largo plazo:**

- *Tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo.*

**Análisis de información:**

El análisis de la información se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo y longitudinal, que permitió examinar la evolución de indicadores clave de salud pública y fiscales en Ecuador durante el período comprendido entre 2011 y 2021. La investigación se centró en observar y comparar las tendencias del consumo anual estimado de cigarrillos, la recaudación del Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) al tabaco y la tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo, con relación a los principales hitos normativos que modificaron la estructura del impuesto.

Se emplearon datos secundarios provenientes de fuentes oficiales como el Servicio de Rentas Internas (SRI), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), así como bases internacionales reconocidas como Our World in Data y el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Con base en estos datos se construyó una cronología anual que permitió representar gráficamente los indicadores seleccionados y analizar sus variaciones a lo largo del tiempo.

Los indicadores principales considerados fueron:

- Recaudación fiscal anual del ICE al tabaco
- Consumo estimado anual de cigarrillos en Ecuador
- Tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo por cada 100.000 habitantes

El análisis consistió en identificar asociaciones temporales entre los cambios normativos del ICE y la evolución de estos indicadores, a través de la interpretación de tendencias y patrones visualizados mediante gráficos comparativos. No se aplicaron

modelos econométricos de regresión ni inferencia causal, por lo que los hallazgos corresponden a una aproximación descriptiva basada en la observación empírica de los datos.

### **3.3 Limitaciones, sesgos o supuestos**

**Limitaciones de datos:** Puede existir subregistro o discontinuidad en las bases estadísticas de salud pública y en los datos fiscales históricos, lo que afectaría la precisión del análisis. Adicionalmente, tanto los datos sobre morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo como los registros fiscales del ICE al tabaco se encuentran desagregados únicamente a nivel nacional, sin disponibilidad de información a nivel cantonal o provincial. Esta limitación restringe la posibilidad de realizar un análisis territorial más específico del impacto de la política fiscal.

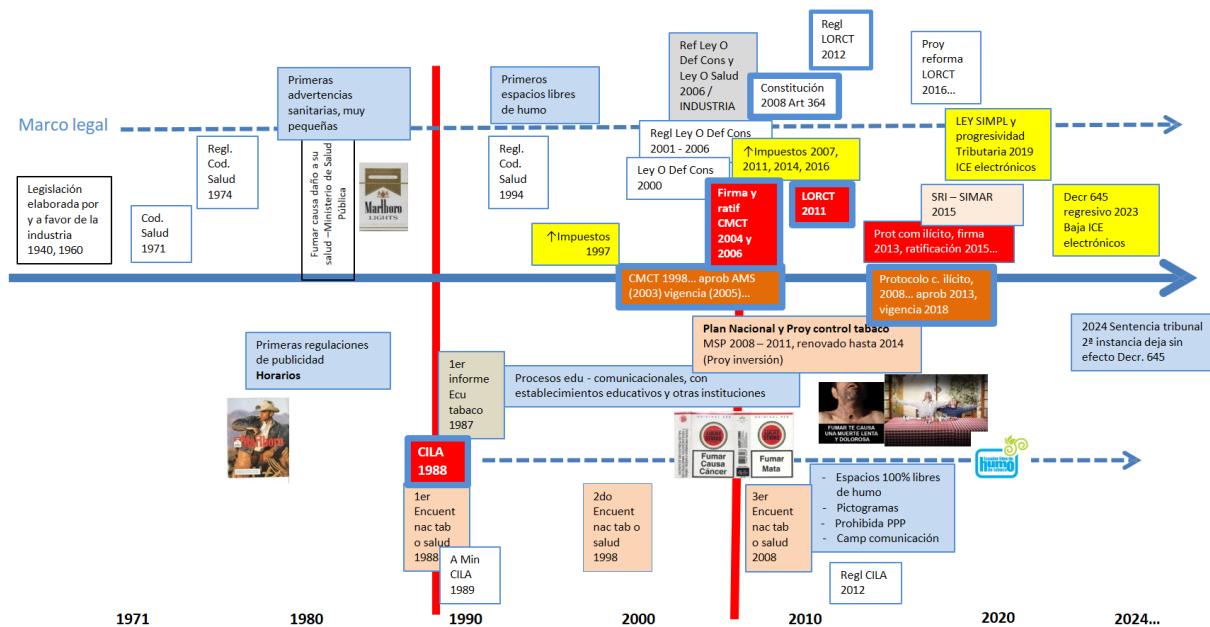
**Posibles sesgos:** se asume que las variaciones en consumo y mortalidad se deben al ICE, sin considerar otros factores concurrentes, tales como campañas educativas, cambios culturales, políticas de control del tabaco, disponibilidad de productos alternativos, pandemia de COVID-19.

## Capítulo IV: Desarrollo del análisis y propuesta

### 4.1 Resultados del análisis

**Objetivo 1.** Marco normativo del ICE al tabaco en Ecuador entre 2011–2021 y su evolución en las diferentes reformas.

#### Ilustración 1. Control del tabaco en el Ecuador: principales hitos



Fuente: Ministerio de Salud Pública

La normativa tributaria ecuatoriana introdujo el ICE al tabaco en 1989 con la LRTI, buscando gravar bienes nocivos. Desde entonces este impuesto ha sufrido múltiples reformas. A continuación, se resumen los hitos y reformas clave:

1989: se crea el ICE sobre el tabaco bajo modalidad ad valorem (hasta 260% para los cigarrillos rubios extranjeros) (World Bank, 2019a).

1993–2006: la tarifa ad valorem se reduce al 98% y se simplifica cobrando por tipo de cigarrillo (rubio o negro) (Almeida et al., 2019).

2007: la Ley Reformatoria para la Equidad Tributaria (R.O. 242) eleva el ICE a 150% para cigarrillos y sucedáneos del tabaco (Ley de Régimen Tributario Interno, 2007), nivel que se mantiene hasta fines de 2011.

2011: en noviembre se reforma el régimen tributario, cambiando el ICE del cigarrillo de ad valorem a impuesto específico (USD 0,08 por cigarrillo desde el 1.12.2011) (World Bank, 2019b). Desde entonces la tasa específica se ajusta semestralmente según la variación del IPC (consumidor).

2012–2018: el impuesto específico se incrementa progresivamente hasta llegar a USD 0,16 por cigarrillo en 2018. En este periodo la alícuota ad valorem del 150% permanece vigente únicamente para productos sucedáneos del tabaco con baja circulación (Almeida et al., 2019).

2014–2016: reformas puntuales aceleran el aumento del ICE. En 2014 la Asamblea Nacional aprobó la Ley 405-S, elevando la tasa a USD 0,131. En abril de 2016 la Ley Orgánica del Pacto para la Solidaridad de la Reconstrucción elevó la tasa específica a USD 0,16 por cigarrillo. Debido a la baja inflación de 2016-2017, esta tarifa quedó congelada desde 2018 en USD 0,16 (World Bank, 2019b).

2023: el Ejecutivo emitió el Decreto 645 (enero 2023), que rebajó diversos tributos sobre productos nocivos, incluyendo el ICE al tabaco (Cerra & Dorado, 2024). Este decreto redujo la carga tributaria sobre cigarrillos y cigarrillos electrónicos, pero fue demandado ante la justicia. En abril 2024 la Corte Constitucional declaró inconstitucional el Dto. 645 (Sisa & Mena, 2025), reafirmando el principio de progresividad en salud pública.

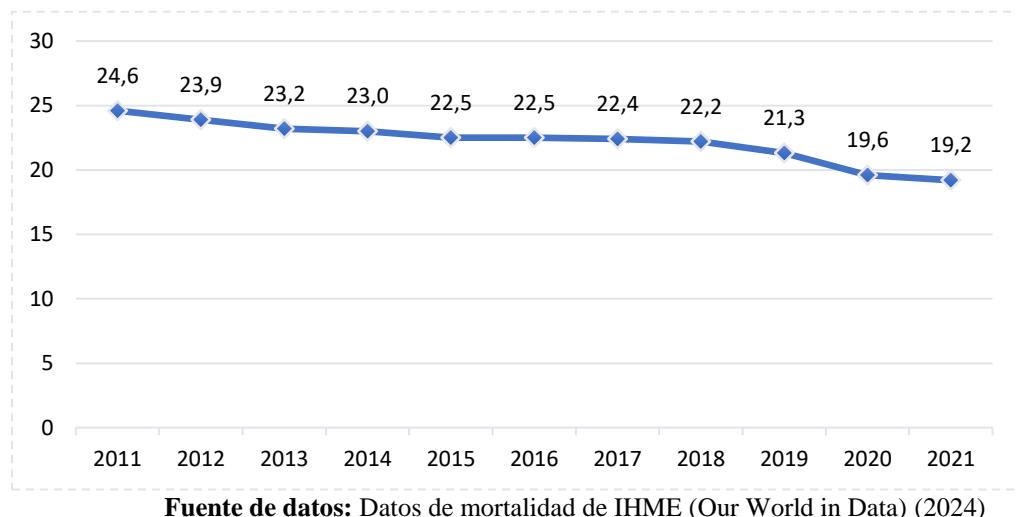
Estos eventos normativos reflejan la evolución regulatoria del ICE. Sin embargo, subsisten vacíos legales y retos técnicos. Por ejemplo, la carga fiscal total sobre el cigarrillo de mayor venta es hoy alrededor del 66%, aún inferior al 75% recomendado por la OMS. Tampoco existe un mecanismo formal de destinar los ingresos del ICE al financiamiento de salud; de hecho “los ingresos provenientes de la recaudación del ICE a los cigarrillos jamás se han preasignado para cubrir gastos públicos en salud” (Almeida et al., 2019). Además, los ajustes vinculados al IPC han sido insuficientes: tras la deflación de 2016-17 la tasa real se mantuvo sin aumento desde 2018.

Otro aspecto crítico es la vulnerabilidad del ICE frente a cambios ejecutivos: como evidenció el caso del Decreto 645, en 2023 la reducción de impuestos quedó sin efecto tras recurso judicial(Cerra & Dorado, 2024). En conjunto, estos hitos y deficiencias muestran que, aunque el ICE ha ido fortaleciendo su marco jurídico, aún se requiere perfeccionar la

ley – por ejemplo, con ajustes automáticos permanentes y una asignación explícita a la salud pública – para cerrar brechas regulatorias y garantizar su efectividad en la reducción del consumo de tabaco.

### **Objetivo específico 2: Indicadores de salud pública de consumo y mortalidad**

**Ilustración 2.** Número de muertes anuales atribuidas al tabaquismo por cada 100.000 habitantes

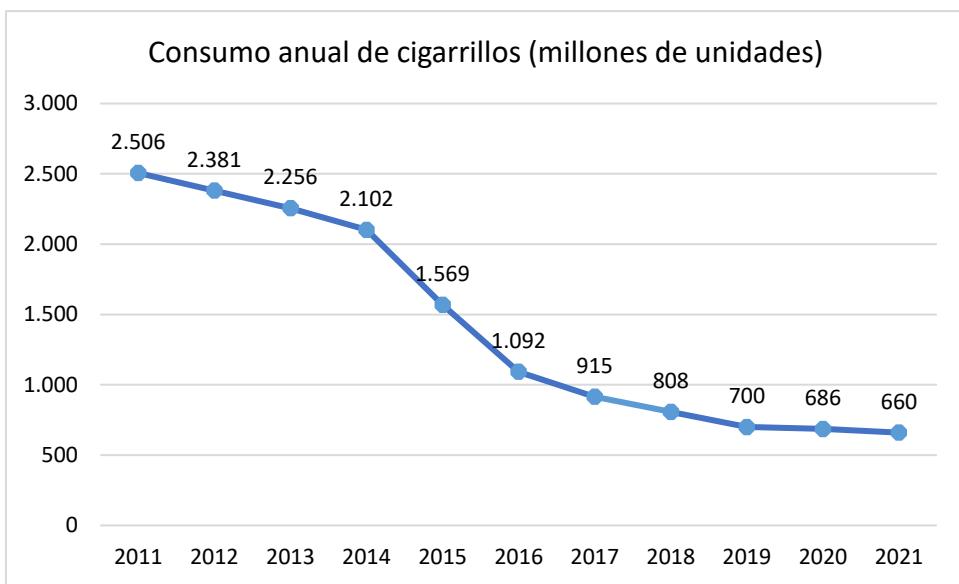


Fuente de datos: Datos de mortalidad de IHME (Our World in Data) (2024)

A lo largo de 2011 a 2021, la tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo en Ecuador muestra una caída moderada pero constante: de 24,6 muertes por cada 100.000 habitantes en 2011 pasa a 22,2 en 2018 y alcanza su mínimo en 2021 con 19,2.

La ilustración sugiere que, si bien Ecuador ha logrado reducir las muertes por tabaquismo en la última década, la pausa de ese descenso y la ligera alza reciente exigen investigar más a fondo qué factores regulatorios, económicos o sociales influyen en estas dinámicas.

**Ilustración 3.** Evolución anual de consumo de cigarrillos, 2011- 2021

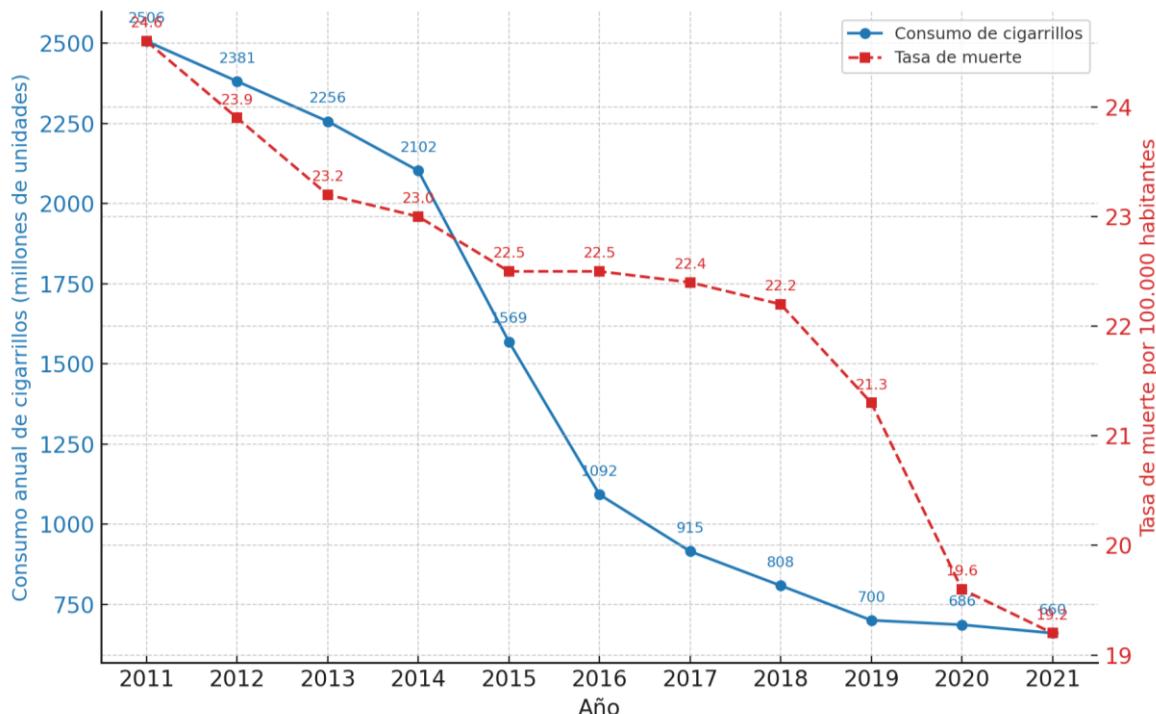


**Fuente:** Datos sobre consumo de cigarrillos obtenidos de World Bank (2019b) y del Servicio de Rentas Internas del Ecuador (2024).

La Ilustración 3 muestra la evolución anual del consumo de cigarrillos en Ecuador durante el período 2011–2021. Se observa una tendencia sostenida a la disminución, pasando de 2.506 millones de unidades en 2011 a 660 millones en 2021. La caída más pronunciada se presenta entre 2014 y 2016, cuando el consumo se redujo de 2.102 a 1.092 millones de unidades, lo que equivale a una disminución cercana al 48 % en apenas dos años.

A partir de 2016 la reducción continúa, aunque a un ritmo más gradual, estabilizándose entre 2019 y 2021 con cifras por debajo de los 700 millones de unidades anuales. Este comportamiento refleja un descenso acumulado del 74 % en el consumo de cigarrillos en una década. Este comportamiento indica una clara respuesta potencialmente atribuible a intervenciones públicas relacionadas con el control del tabaco, incluyendo medidas fiscales y regulaciones específicas.

**Ilustración 4.** Comparación del consumo anual de cigarrillos y la tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo en Ecuador (2011-2021)

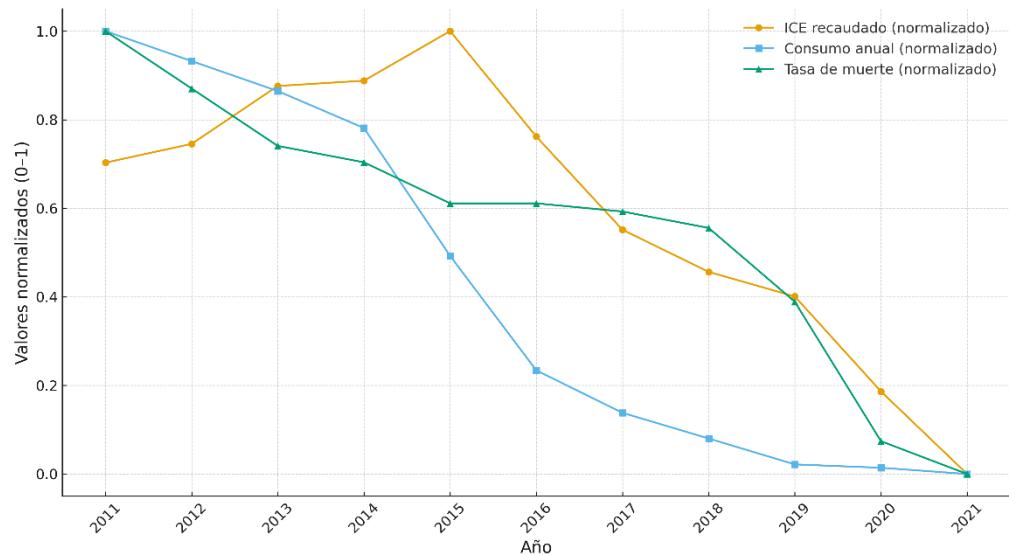


Fuente: Servicio de Rentas Internas, 2024

La Ilustración 4 muestra la evolución del consumo anual de cigarrillos y la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes en Ecuador durante el período 2011–2021. Se observa que el consumo de cigarrillos desciende de manera sostenida a lo largo de la década, pasando de 2.506 millones de unidades en 2011 a 660 millones en 2021. La disminución es más marcada entre 2014 y 2016, cuando el consumo cae de 2.102 a 1.092 millones de unidades.

De forma paralela, la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes también presenta una tendencia descendente, reduciéndose de 24,6 en 2011 a 19,2 en 2021. Si bien la reducción es menos abrupta que la observada en el consumo, se mantiene una disminución progresiva a lo largo del período analizado, con descensos más notables a partir de 2018. En conjunto, el gráfico evidencia un comportamiento decreciente en ambas variables, con trayectorias consistentes de reducción durante la década estudiada. La tendencia conjunta descendente sugiere un impacto positivo de las políticas públicas implementadas, incluyendo medidas fiscales y regulatorias en la reducción efectiva del tabaquismo y sus efectos adversos sobre la salud pública.

**Ilustración 5.** Evolución normalizada de ICE recaudado, Consumo de cigarrillos y Tasa de muerte por 100.000 habitantes, 2011–2021



Fuente: SRI, Our World in Data (2021-2021)

En la ilustración 5 se presentan tres indicadores relacionados con el consumo de tabaco y sus efectos en salud pública: el Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) recaudado, el consumo anual de cigarrillos y la tasa de mortalidad atribuida al tabaco por cada 100.000 habitantes.

Dado que estas variables se expresan en distintas unidades (miles de dólares, millones de unidades y tasas por habitantes), se aplicó una normalización mediante la técnica Min-Max, transformando cada serie al rango [0,1]. Esto permite una comparación relativa de las tendencias en el tiempo, sin que la magnitud de una variable oculte el comportamiento de las demás. En este procedimiento, el valor mínimo observado en cada serie se asigna a 0 y el máximo a 1, de manera que el resto de los valores se ubican proporcionalmente dentro de este rango.

Los resultados muestran una tendencia descendente en las tres series a lo largo del período 2011–2021, aunque con diferentes ritmos:

El consumo anual de cigarrillos presenta la disminución más pronunciada y sostenida, especialmente después del año 2015.

La recaudación del ICE sigue una trayectoria similar, con un crecimiento inicial hasta 2015 y una marcada caída en los años posteriores, lo cual se explica por la relación directa entre el impuesto y las ventas del producto.

La tasa de mortalidad atribuida al tabaco también desciende, pero de manera más gradual, evidenciando el efecto de rezago típico en indicadores de salud, dado que la reducción del consumo poblacional impacta en la mortalidad con cierto desfase temporal.

En conjunto, la ilustración permite visualizar de manera clara que la disminución del consumo de cigarrillos y de la recaudación del ICE está asociada a una tendencia descendente en la mortalidad atribuida al tabaco, lo que constituye un hallazgo coherente con la literatura internacional sobre control del tabaco y salud pública.

### **Objetivo específico 3: Factores institucionales, sociales y económicos asociados al impacto del ICE**

El impacto del ICE al tabaco en Ecuador ha estado condicionado por diversos factores institucionales, sociales y económicos que han favorecido o limitado su eficacia en la reducción del consumo. Desde el punto de vista institucional, la adopción del ICE fue facilitada por un entorno normativo favorable. Ecuador ratificó el CMCT en 2006 y promulgó la Ley Orgánica para el Control del Tabaco en 2011, lo que permitió justificar medidas fiscales con fines sanitarios (Camacho, 2021; Winchester, 2011). A partir de 2012, el ICE cambió de un modelo ad valorem a uno específico, aumentando progresivamente el valor por cigarrillo, lo que encareció el producto legal (SRI, 2024; OMS, 2021).

Sin embargo, se identifican limitaciones clave. La carga fiscal total sobre el precio minorista aún no alcanza el 75% recomendado por la OMS (IECS, 2021), y los ajustes al ICE se estancaron desde 2018 debido a una baja inflación, lo que redujo su valor real. Además, los ingresos del ICE no han sido destinados directamente a programas de salud, lo que limita su legitimidad como herramienta sanitaria (Almeida et al., 2019). La reducción del impuesto vía Decreto Ejecutivo en 2023, aunque luego declarada inconstitucional, evidenció la vulnerabilidad de la política ante intereses económicos, a pesar del respaldo posterior de la Corte Constitucional y del Ministerio de Salud Pública (Cerra & Dorado, 2024; MSP, 2023).

En términos de implementación, uno de los principales desafíos ha sido el contrabando de cigarrillos. Estimaciones independientes y de la industria coinciden en que entre el 50% y el 79% de los cigarrillos consumidos en Ecuador provienen del mercado ilegal, lo que reduce la efectividad del ICE y genera pérdidas fiscales significativas (Ortiz-Prado et al., 2022). A pesar de la implementación de sistemas de trazabilidad, como SIMAR y SIGVEF, el control del contrabando ha sido insuficiente. La Ley para combatir el comercio ilícito aprobada en 2021 representa un avance, pero su aplicación aún enfrenta barreras operativas (IECS, 2020).

Desde el ámbito social, la existencia de espacios libres de humo, advertencias sanitarias gráficas y la prohibición de publicidad han contribuido a desnormalizar el consumo, particularmente en jóvenes, favoreciendo la reducción de la prevalencia tabáquica (Gravely et al., 2017; OPS & OMS, 2024). Sin embargo, la desinformación generada por la industria tabacalera, que atribuye al ICE el auge del contrabando y otros impactos económicos negativos, ha erosionado parte del apoyo público a la medida (Paraje et al., 2023). La ausencia de campañas estatales sostenidas que expliquen los beneficios del impuesto también ha afectado su legitimidad social.

En cuanto a los factores económicos, la elasticidad-precio del tabaco en Ecuador ha sido estimada entre –0.8 y –0.9, lo que significa que un aumento del 10% en el precio reduce el consumo en 8–9% (Mena & Paraje, 2024). Este impacto varía según el grupo socioeconómico, siendo mayor en hogares de bajos ingresos, mujeres y jóvenes. No obstante, la existencia de productos sustitutos menos gravados (tabacos artesanales, electrónicos) y las diferencias de precios con productos ilegales limitan la efectividad del ICE. Además, en contextos de crecimiento económico, los ingresos adicionales pueden compensar el alza de precios, manteniendo la asequibilidad del cigarrillo (Banco Mundial, 2019b).

En conjunto, los datos muestran que el ICE ha contribuido a reducir la prevalencia de fumadores en Ecuador, que pasó de 18% en 2011 a 10,6% en 2021 (MSP, 2018; OPS & OMS, 2024). Sin embargo, su impacto se ha visto atenuado por deficiencias institucionales, debilidades en la fiscalización, estrategias de desinformación y factores de mercado. Para maximizar los beneficios del ICE, se recomienda fortalecer su diseño técnico con ajustes automáticos y mayor carga fiscal, asignar recursos a salud, combatir efectivamente el

contrabando y acompañar la política con comunicación pública sostenida y servicios de cesación tabáquica (OCDE, 2024; WHO, 2021).

#### **Objetivo específico 4: Estrategia de fortalecimiento de la política fiscal sanitaria**

**Fundamento normativo** Ecuador cuenta con un marco normativo que sustenta el uso de impuestos al tabaco como herramienta de salud pública. El ICE al tabaco está consagrado en la Ley de Régimen Tributario Interno (LRTI) y forma parte de las medidas del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, ratificado por el país (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2024). No obstante, el análisis normativo revela brechas importantes. La carga tributaria actual sobre los cigarrillos (66% del precio) se mantiene por debajo del umbral mínimo recomendado internacionalmente (al menos 70–75%) para desalentar el consumo (World Health Organization, 2021; OCDE, 2024). Tampoco existe un mecanismo de preasignación de ingresos del ICE hacia la salud: históricamente, “los ingresos provenientes de la recaudación del ICE a los cigarrillos jamás se han preasignado para cubrir gastos públicos en salud” (Almeida et al., 2019). Esta situación ha limitado el uso del ICE como herramienta sanitaria. Asimismo, la tasa específica del ICE sufrió estancamiento desde 2018, lo que redujo su valor real y eficacia (World Bank, 2019b). Estos hallazgos justifican la necesidad de una estrategia normativa más robusta y actualizada.

**Medidas fiscales** La estrategia fiscal propuesta se basa en tres pilares: i) incremento gradual del ICE hasta alcanzar al menos el 75% del precio final del cigarrillo; ii) creación de un mecanismo de ajuste automático indexado a la inflación; y iii) asignación directa de un porcentaje del ICE a programas de salud pública. Estas medidas permitirán reducir la asequibilidad del tabaco, mejorar la sostenibilidad financiera del sistema de salud y aumentar la legitimidad del impuesto ante la ciudadanía (Paraje et al., 2023; WHO, 2019).

**Acciones sanitarias complementarias** El fortalecimiento del ICE debe acompañarse de medidas sanitarias. Se propone implementar campañas masivas y sostenidas de comunicación pública sobre los efectos del tabaco y el uso de los recursos recaudados. Además, se deben ampliar los servicios de cesación tabáquica en el sistema público, con tratamientos accesibles, consejería y líneas de ayuda, así como reforzar el diagnóstico y atención de enfermedades vinculadas al tabaquismo (OPS & OMS, 2024).

**Aspectos institucionales y de gobernanza** Es necesario revitalizar el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (CILA) como ente articulador de la política fiscal-sanitaria, garantizando coordinación entre el Ministerio de Salud Pública, el SRI, Aduanas, Educación y gobiernos locales. Se debe fortalecer el sistema SIMAR y SIGVEF para controlar el contrabando y la evasión fiscal, modernizando la trazabilidad de productos. Estas mejoras deben alinearse con el Protocolo de la OMS para Eliminar el Comercio Ilícito de Tabaco (World Bank, 2019a).

### **Objetivos estratégicos**

1. Incrementar progresivamente la carga tributaria efectiva sobre productos de tabaco hasta alcanzar al menos el 75% del precio final.
2. Reducir la asequibilidad y disponibilidad de productos de tabaco legales e ilegales mediante ajustes fiscales y controles efectivos.
3. Fortalecer el financiamiento del sistema de salud mediante la asignación parcial de la recaudación del ICE.
4. Fortalecer la promoción de la salud mediante campañas educomunicacionales sobre los daños del tabaco y la función del ICE.
5. Reforzar la gobernanza intersectorial y la sostenibilidad política de la política fiscal-sanitaria.

### **Líneas de acción**

- Implementar un ajuste automático del ICE según inflación e ingreso, hasta alcanzar la carga tributaria mínima recomendada por la OMS.
- Implementar sistemas de trazabilidad digital y fortalecer los operativos de control aduanero y comercial, con el fin de reducir el contrabando y garantizar el cumplimiento de las obligaciones fiscales por parte de la industria.
- Establecer una preasignación del ICE para financiar programas de prevención, atención y cesación del tabaquismo en el sistema de salud.
- Implementar campañas educomunicacionales permanentes que informen sobre los riesgos del tabaco y la función del ICE en salud pública.
- Reactivar y fortalecer el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabaco como instancia de coordinación entre salud, finanzas, educación y control, asegurando la continuidad y legitimidad de la política tributaria-sanitaria.

## **4.2 Diseño de la intervención o propuesta de mejora**

En el marco de la propuesta de fortalecimiento fiscal-sanitaria del ICE aplicado al tabaco, resulta necesario establecer un plan de implementación que permita operativizar los objetivos estratégicos planteados. Este plan organiza las líneas de acción en torno a indicadores verificables, responsables institucionales y metas progresivas, con el propósito de garantizar su aplicación efectiva y sostenible en el tiempo. De esta forma, se busca no solo reforzar la capacidad recaudatoria del impuesto, sino también maximizar su impacto en la reducción del consumo de tabaco y en la protección de la salud pública.

La planificación se estructura con un horizonte de cinco años (2025–2029), en el cual cada objetivo estratégico se vincula con acciones concretas, indicadores de seguimiento y medios de verificación. Este enfoque permite evaluar periódicamente los avances y corregir posibles desviaciones, asegurando que la política tributaria al tabaco evolucione conforme a los estándares internacionales recomendados por la Organización Mundial de la Salud y a los compromisos asumidos por el Estado ecuatoriano.

A continuación, en la Tabla 4 se presenta el plan de implementación de la propuesta de mejora.

**Tabla 4.** Plan de Implementación de la estrategia

Objetivo estratégico	Línea de acción	Nombre del indicador	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Responsable	Medio de verificación	Línea base	Metas				
								2025	2026	2027	2028	2029
1. Incrementar progresivamente la carga tributaria efectiva sobre productos de tabaco hasta $\geq 75\%$ del precio final	Implementar un ajuste automático del ICE según inflación e ingreso	Carga tributaria total sobre precio final	(ICE + IVA) / Precio final × 100	%	Ministerio de Economía y Finanzas / SRI	Informes anuales de precios y recaudación (SRI / MEF)	66% (2023)	67%	69%	70%	73%	75%
2. Reducir la asequibilidad y disponibilidad de productos de tabaco legales e ilegales	Implementar trazabilidad digital y fortalecer controles aduaneros y comerciales	% de productos con trazabilidad certificada	(Productos trazables / Total productos comercializados) × 100	%	SRI / Aduanas / MSP	Reportes SIMAR/SIGVEF, actas de decomisos y operaciones aduaneras	40% (2023)	50%	60%	70%	80%	90%
3. Fortalecer el financiamiento del sistema de salud mediante la asignación parcial de la recaudación del ICE	Establecer preasignación del ICE para programas de prevención, atención y cesación	% de recaudación del ICE destinado a salud	(Recursos ICE destinados a salud / Recaudación total ICE) × 100	%	Ministerio de Finanzas / MSP	Ley o resolución de preasignación y ejecución presupuestaria MSP	0% (2023)	5%	10%	15%	20%	25%
4. Fortalecer la promoción de la salud mediante campañas edocomunicacionales permanentes	Implementar campañas edocomunicacionales permanentes	Nº de campañas nacionales implementadas por año	Conteo anual de campañas nacionales	Número	MSP / Ministerio de Educación	Informes de campaña, monitoreo de alcance y evaluación	2 campañas anuales (2023)	3	4	5	5	6
5. Reforzar la gobernanza intersectorial y la sostenibilidad política de la política fiscal-sanitaria	Reactivar y consolidar el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabaco (CILA) y mesas técnicas	Nº de reuniones efectivas del CILA / acuerdos implementados	Conteo anual de sesiones y acuerdos implementados	Número	MSP (convoca) / SRI / MEF / Aduanas / Educación	Actas oficiales del CILA, informes de seguimiento	Inactivo / 0 sesiones (2023)	2	3	4	4	5

Elaborado por: Elaboración propia

### 4.3 Cronograma y recursos necesarios

Para asegurar la implementación efectiva de la propuesta de fortalecimiento del ICE al tabaco se plantea un cronograma plurianual (2025–2029) que ordena las actividades por fases, indicando los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios y los responsables institucionales. En la siguiente tabla se sintetizan las principales intervenciones, su periodo de ejecución y los insumos críticos que requiere cada una. En la planificación se considera que Año 1 corresponde a 2025, Año 2 a 2026, y así sucesivamente hasta Año 5 (2029):

**Tabla 5.** Cronograma de actividades

Objetivo estratégico	Línea de acción	Periodo (años)	Recursos principales (financieros)	Recursos humanos	Recursos técnicos / institucionales	Responsable(s)
1. Incrementar la carga tributaria hasta $\geq 75\%$	Implementar ajuste automático del ICE	Año 1 (2025)	Consultorías legales y técnicas; estudio de impacto fiscal	Economistas fiscales, asesores legales, analistas de política pública	Marcos normativos, bases de datos de precios y recaudación	MEF / SRI / Asamblea Nacional
2. Reducir asequibilidad y contrabando	Trazabilidad digital y controles aduaneros	Años 1–2 (2025–2026)	Inversión en software, hardware, licencias y capacitación	Técnicos TI, auditores del SRI, personal aduanero	Plataforma SIMAR/SIGVE F modernizada; equipo de escaneo y trazabilidad	SRI / Aduanas / MSP
3. Financiar salud con la preasignación del ICE	Establecer y operacionalizar preasignación presupuestaria	Año 2–permanente (desde 2026)	Recursos del ICE destinados anualmente; soporte técnico para diseño presupuestario	Gestores financieros, planificadores del MSP	Sistema presupuestario y módulos de seguimiento financiero	Ministerio de Finanzas / MSP
4. Promoción de la salud	Campañas educomunicacionales permanentes	Años 2–3 (2026–2027)	Producción y difusión en medios, materiales educativos	Comunicadores, diseñadores, educadores en salud	Plataformas de difusión, alianzas con medios y escuelas	MSP / Ministerio de Educación
5. Gobernanza intersectorial	Reactivar y consolidar el CILA	Año 1–permanente (2025–2029)	Presupuesto operativo para coordinación, reuniones y seguimiento	Representantes intersectoriales, facilitadores técnicos	Plataforma de coordinación interinstitucional, actas y sistema de seguimiento	CILA (convocatoria MSP / SRI)

Elaborado por: Elaboración propia

## **Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones**

### **5.1 Conclusiones**

1. El análisis histórico revela que el ICE al tabaco en Ecuador ha sido fortalecido gradualmente mediante múltiples reformas tributarias (p. ej., cambio a impuesto específico en 2011 y aumentos posteriores). Sin embargo, la carga impositiva total efectiva actual (66% del precio) sigue por debajo del 75% recomendado por la OMS, y no existen mecanismos automáticos de ajuste ni preasignación de los ingresos del ICE para salud pública. Estas brechas regulatorias, evidenciadas además en la suspensión judicial del Decreto Ejecutivo 645, indican que, pese a los avances normativos, es necesario perfeccionar la ley tributaria para cerrar vacíos y garantizar la efectividad del impuesto en la reducción del tabaquismo.

2. Los indicadores epidemiológicos muestran una reducción sostenida en el consumo de tabaco y en la mortalidad atribuible al tabaquismo durante 2011–2021. El consumo anual de cigarrillos cayó en aproximadamente un 74% (de 2.506 a 660 millones de unidades), y la tasa de muertes atribuibles al tabaquismo disminuyó de 24,6 a 19,2 por cada 100.000 habitantes. La tendencia conjunta descendente de consumo y mortalidad sugiere un impacto positivo de las políticas públicas implementadas, incluidas las medidas fiscales y regulatorias. No obstante, la estabilización reciente en estas curvas pone de manifiesto la necesidad de continuar monitoreando y profundizando en los factores determinantes para fortalecer las estrategias de control del tabaco.

3. El ICE ha contribuido a reducir la prevalencia de fumadores en Ecuador (de 18% en 2011 a 10,6% en 2021), pero su impacto total se ha visto limitado por factores institucionales, sociales y económicos. La carga impositiva aún no alcanza el umbral recomendado, y la falta de asignación de recursos al sistema de salud dificulta su legitimidad como medida sanitaria. Además, problemas de contrabando (con un mercado ilegal estimado entre 50–79% de los cigarrillos) y campañas de desinformación de la industria han erosionado parte del apoyo social al impuesto. En conjunto, estas deficiencias institucionales y de mercado han atenuado el efecto potencial del ICE en la reducción del tabaquismo.

4. Frente a las brechas identificadas, la estrategia de fortalecimiento propuesta se basa en alinear el ICE con estándares internacionales. Se plantea incrementar gradualmente la carga tributaria del ICE hasta al menos el 75% del precio final del cigarrillo, incorporar

un mecanismo de ajuste automático indexado (por inflación u otras variables) y destinar directamente una fracción de los ingresos a la salud pública. Estas medidas fiscales, combinadas con acciones sanitarias complementarias (campañas masivas, servicios de cesación) y un refuerzo institucional (reforma tributaria escalonada, gobernanza intersectorial), están diseñadas para reducir la asequibilidad del tabaco y mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Se recomienda al Ministerio de Economía y Finanzas revisar y fortalecer el marco normativo del ICE en el LRTI. En particular, implementar ajustes automáticos indexados (según inflación u otros indicadores) y aumentar gradualmente la carga fiscal sobre los cigarrillos hasta alcanzar al menos el 75% de su precio de venta. Además, debe establecerse la destinación explícita de un porcentaje de la recaudación del ICE a programas de salud pública relacionados con el control del tabaco, a fin de dar sostenibilidad financiera a estas intervenciones.
2. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública mantener y reforzar las medidas de control del tabaco, coordinando con el SRI el seguimiento continuo de los indicadores de consumo y salud. En particular, el Ministerio de Salud Pública debe intensificar las campañas educativas y de sensibilización sobre los daños del tabaquismo y utilizar los sistemas de vigilancia epidemiológica para investigar las causas de la ralentización reciente en la disminución del consumo. Con base en estos hallazgos, se podrán ajustar oportunamente las políticas sanitarias y fiscales para asegurar la continuación de la tendencia a la baja.
3. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública coordinarse con el Servicio de Rentas Internas y Aduanas para fortalecer la fiscalización y trazabilidad del tabaco (por ejemplo, mediante la mejora de SIMAR/SIGVEF) y así combatir de manera más efectiva el contrabando. Asimismo, el MSP debe intensificar las campañas de comunicación pública sobre los riesgos del tabaco y los beneficios del ICE, contrarrestando la desinformación. Esto incluye informar sobre el destino de los recursos recaudados y ampliar los servicios de cesación tabáquica, lo que aumentará la legitimidad social de la política fiscal en salud.

4. Se recomienda que la Asamblea Nacional, apoyada por el Ministerio de Economía y Finanzas, apruebe e implemente la estrategia fiscal-sanitaria integral propuesta. En concreto, debe legislar una reforma gradual del ICE que incluya ajustes automáticos y mecanismos de preasignación de recursos a salud. También se debe fortalecer el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (CILA) como órgano coordinador, garantizando el seguimiento multisectorial de estas medidas para consolidar la política fiscal en salud y cumplir con los compromisos internacionales de control del tabaco.

### **5.3 Líneas futuras de análisis o implementación**

Ajustes periódicos y automáticos: Establecer mecanismos legales para que el ICE aumente automáticamente con la inflación y el crecimiento económico (p. ej. indexación anual de la tarifa), asegurando así que no pierda poder adquisitivo.

Ampliación de la base impositiva: Incluir explícitamente en el ICE a todos los productos de tabaco y nicotina emergentes, como cigarrillos electrónicos y dispositivos de tabaco calentado. Esto evitaría sustituciones hacia productos exentos y ampliaría la efectividad del impuesto.

Fortalecimiento de la fiscalización y trazabilidad: Modernizar los sistemas SIMAR/SIGVEF con tecnologías digitales de seguimiento para prevenir evasión y contrabando. Realizar auditorías periódicas a la industria tabacalera y endurecer las sanciones por incumplimiento, integrando información aduanera y de mercados ilícitos.

Monitoreo y evaluación continua: Desarrollar estudios periódicos de impacto con diseños cuasiexperimentales mejorados (p. ej. series temporales con grupo de control sintético) que permitan aislar el efecto del ICE en el tiempo. Establecer indicadores de corto (recaudación, precios), mediano (consumo, prevalencia) y largo plazo (mortalidad por tabaquismo) para evaluar resultados y ajustar la política.

Investigación adicional: Analizar los efectos socioeconómicos del ICE, por ejemplo el impacto diferencial según nivel de ingresos, y la demanda en poblaciones vulnerables (jóvenes, zonas rurales). Estudiar el destino real de los recursos del ICE en salud pública y evaluar su eficacia en prevención del tabaquismo y atención de enfermedades.

Fortalecimiento institucional: Reactivar plenamente el Comité Interinstitucional Antitabaco (CILA) como órgano coordinador multisectorial. Garantizar transparencia en la asignación de los ingresos del ICE, creando cuentas o fideicomisos específicos en salud, y exigir rendición de cuentas pública sobre su uso.

## Referencias bibliográficas

- Almeida, M. D., Amoroso, X., & Burgos, S. (2019). *Impuestos al Tabaco en América Latina*. [https://www.economicsforhealth.org/uploads/misc/2019/10/EP5-PUCE\\_2019.pdf#:~:text=cronol%C3%B3gicas%3A%20%E2%80%A2%20D e%201989%20a,cobra%20simplemente%20por%20tipo%20de](https://www.economicsforhealth.org/uploads/misc/2019/10/EP5-PUCE_2019.pdf#:~:text=cronol%C3%B3gicas%3A%20%E2%80%A2%20D e%201989%20a,cobra%20simplemente%20por%20tipo%20de)
- Bunn, W. B., Stave, G. M., Downs, K. E., Alvir, J. Ma. J., & Dirani, R. (2006). Effect of Smoking Status on Productivity Loss. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(10), 1099-1108. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000243406.08419.74>
- Calzada Iglesias, T., García Lores, R., Rodríguez Gutiérrez, J. G., Relova Crespo, A., & Marin Suárez, L. E. (2022). Smoking as a health problem. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*, 1, 307. <https://doi.org/10.56294/sctconf2022307>
- Camacho Peréz, J. (2021). *El enfoque del cambio en las políticas: Un análisis de la política urbana en México*. <https://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/download/281/281/>
- Cerra, B., & Dorado, D. (2024). *Ecuador Court Forces Tax Changes to Comply with the Right to Health – Health and Human Rights Journal*. <https://www.hhrjournal.org/2024/09/11/ecuador-court-forces-changes-to-tax-measures-to-comply-with-the-right-to-health/>

- Chaloupka, F. J., & Warner, K. E. (2000). Chapter 29 The economics of smoking. En *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, pp. 1539-1627). Elsevier.  
[https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80042-6](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80042-6)
- El Comercio. (2023, enero 12). *¿Qué tanto aporta la recaudación del ICE al Ecuador?* <https://www.elcomercio.com/actualidad/aporta-recaudacion-ice-ecuador/>
- Gravely, S., Giovino, G. A., Craig, L., Commar, A., D'Espaignet, E. T., Schotte, K., & Fong, G. T. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: An association study. *The Lancet Public Health*, 2(4), e166-e174. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30045-2)
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (2020). *Tabaquismo en Ecuador.* <https://tabaco.iecs.org.ar/documentos-ecuador/>
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (2021). *¿Por qué aumentar los impuestos al tabaco?* [https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/3-Tabaco\\_ECUADOR\\_final.pdf](https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/3-Tabaco_ECUADOR_final.pdf)
- Ley de Régimen Tributario Interno, Pub. L. No. 242 (2007).  
<https://assets.tobaccocontrollaws.org/uploads/legislation/Ecuador/Ecuador-Amnts.-to-Internal-Taxation-Law-native.pdf>
- Ley de Régimen Tributario Interno, LRTI (2018).  
<https://www.ces.gob.ec/lotaip/2018/Agosto/Anexos-literal-a2/LEY%20DE%20REGIMEN%20TRIBUTARIO%20INTERNO,%20LRTI.pdf>
- Mays, D., Niaura, R. S., Evans, W. D., Hammond, D., Luta, G., & Tercyak, K. P. (2015). Cigarette packaging and health warnings: The impact of plain

packaging and message framing on young smokers. *Tobacco Control*, 24(e1), e87-e92. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051234>

Mena, A. C., & Paraje, G. (2024). Tobacco price elasticity by socioeconomic characteristics in Ecuador. *PLOS ONE*, 19(4), e0302293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302293>

Ministerio de Salud Pública. (2018). Encuesta STEPS Ecuador 2018—Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. *Ministerio de Salud Pública*, 1-66.

Ministerio de Salud Pública. (2022). *El tabaquismo en Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/infografia-el-tabaquismo-en-ecuador-.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2023, enero 6). COMUNICADO: *Ministerio de Salud Pública respalda el ajuste al impuesto de productos no saludables*. <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-publica-respalda-el-ajuste-al-impuesto-de-productos-no-saludables/>

Ministerio de Salud Pública & Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (2016). *Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Ecuador y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos*. <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Documento-T%C3%A9cnico-ECUADOR-FINAL-1.pdf>

Ministerio de Salud Pública & Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (2022). *Impacto del aumento de impuestos al tabaco sobre las muertes y enfermedad atribuibles en Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/infografia-el-tabaquismo-en-ecuador-.pdf>

OECD. (2024). *Tobacco Taxation in Latin America and the Caribbean*.  
[https://www.oecd.org/en/publications/tobacco-taxation-in-latin-america-and-the-caribbean\\_080cd662-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/tobacco-taxation-in-latin-america-and-the-caribbean_080cd662-en.html)

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.  
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud/objetivos-desarrollo-sostenible-opsoms-material-cientifico>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Manual técnico de la OMS sobre política y administración de impuestos al tabaco*.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55952/9789275325162\\_spa.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55952/9789275325162_spa.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2024, septiembre 19). *Perfil del país—Ecuador*.  
<https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2024). *Tributación del tabaco en América Latina y el Caribe (versión abreviada): La urgencia de una reforma de los impuestos al tabaco*. OECD.  
<https://doi.org/10.1787/8c1c2fbb-es>

Paraje, G. R., Jha, P., Savedoff, W., & Fuchs, A. (2023). Taxation of tobacco, alcohol, and sugar-sweetened beverages: Reviewing the evidence and dispelling the myths. *BMJ Global Health*, 8(Suppl 8), e011866.  
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-011866>

Pichon-Riviere, A., Bardach, A., Rodríguez Cairoli, F., Casarini, A., Espinola, N., Perelli, L., Reynales-Shigematsu, L. M., Llorente, B., Pinto, M., Saenz De Miera Juárez, B., Villacres, T., Peña Torres, E., Amador, N., Loza, C., Castillo-Riquelme, M., Roberti, J., Augustovski, F., Alcaraz, A., & Palacios,

A. (2024). Health, economic and social burden of tobacco in Latin America and the expected gains of fully implementing taxes, plain packaging, advertising bans and smoke-free environments control measures: A modelling study. *Tobacco Control*, 33(5), 611-621. <https://doi.org/10.1136/tc-2022-057618>

Rana, K., Goel, S., & Prinja, S. (2023). Effect of tobacco taxation on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in India. *Indian Journal of Public Health*, 67(2), 278. [https://doi.org/10.4103/ijph.ijph\\_93\\_22](https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_93_22)

Rogers, P. (2014). *La teoría del cambio*. [https://cooperacionsursur.org/wp-content/uploads/Brief-2-Theory-of-Change\\_ES.pdf](https://cooperacionsursur.org/wp-content/uploads/Brief-2-Theory-of-Change_ES.pdf)

Scollo, M., Zacher, M., Coomber, K., & Wakefield, M. (2015). Use of illicit tobacco following introduction of standardised packaging of tobacco products in Australia: Results from a national cross-sectional survey. *Tobacco Control*, 24(Suppl 2), ii76-ii81. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-052072>

Sebrié, E. M., Schoj, V., Travers, M. J., McGaw, B., & Glantz, S. A. (2012). Smokefree policies in Latin America and the Caribbean: Making progress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(5), 1954-1970. <https://doi.org/10.3390/ijerph9051954>

Servicio de Rentas Internas. (2024). *Base de datos histórica del ICE al tabaco*. <https://www.sri.gob.ec/web/intersri/home>

Servicio de Rentas Internas del Ecuador. (2024). *Impuesto a los Consumos Especiales*. <https://www.sri.gob.ec/impuesto-consumos-especiales%C2%BFqu%C3%A9s>

Sisa, I., & Mena, M. B. (2025). A legal battle between Ecuadorian citizens and corporate power. *Journal of Global Health*, 15, 03017.  
<https://doi.org/10.7189/jogh.15.03017>

Universidad Estatal de Milagro. (2019). *La elasticidad del precio de la demanda*.  
[https://sga.unemi.edu.ec/media/recursotema/Documento\\_2021106124217.pdf](https://sga.unemi.edu.ec/media/recursotema/Documento_2021106124217.pdf)

Winchester, L. (2011). *La formulación e implementación de las políticas públicas en ALC*.

<https://pad.undp.org.mx/files/g/820dcf0c1242364677545293.44594fd/banco/archivo/133/0/la-formulacion-e-implementacion-de-las-politicas-publicas-en-alc.pdf>

World Bank. (2019a). *Confronting Illicit Tobacco Trade: A Global Review of Country Experiences*.

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/677451548260528135/pdf/133959-REPL-PUBLIC-6-2-2019-19-59-24-WBGTobaccoIllicitTradeFINALvweb.pdf>

World Bank. (2019b). *Overview of tobacco use, tobacco control, legislation, and taxation*.

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/812951560799796187/pdf/Ecuador-Overview-of-Tobacco-Use-Tobacco-Control-Legislation-and-Taxation.pdf>

World Health Organization. (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>

## Anexos

### ANEXO 1. Evolución del ICE cigarrillos 1989-2023

Base Legal	Fecha de Publicación / Registro Oficial	Art.	Tarifas
Ley de régimen tributario interno, de dic/89 a may/90	Registro Oficial 341 de 22-dic.-1989	Art. 78	<p>Ad valorem sobre el precio ex-fábrica o sobre el precio ex aduana.</p> <p>A. Elaborados con tabaco rubio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hebra con o sin filtro de marca extranjera, producido bajo licencia o importado: 260%</li> <li>b. Hebra con filtro de marca nacional, empaque especial: 240%</li> <li>c. Hebra con filtro de marca nacional, empaque convencional: 220%</li> <li>d. Hebra sin filtro de marca nacional, empaque convencional: 200%</li> </ul> <p>B. Elaborados con tabaco negro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nacionales de hebra con filtro importados: 70%</li> <li>b. Nacionales de hebra sin filtro: 30%</li> <li>c. Nacionales de hebra fronterizo: 10%</li> </ul>
Ley de régimen tributario interno, de dic/93 a mar/94	Artículo sustituido por Ley No. 51, publicada en Registro Oficial 349 de 31 de diciembre de 1993	Art. 72 y 78	<p>La base imponible se determinará sumando al precio ex fábrica los costos y márgenes de comercialización. Para los cigarrillos importados, la base imponible se determinará incrementando el valor ex aduana 110%. A esta base se aplicarán las tarifas ad valorem:</p> <p>Rubio: Tarifa única Negro: 100%</p>
Ley de régimen tributario interno, de dic/95 a dic/96	Sustituido por Ley No. 110, publicada en Registro Oficial Suplemento 852, de 29 de diciembre de 1995	Art. 78	<p>Tarifas ad valorem por clases de cigarrillos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Elaborados con tabaco rubio: 67%</li> <li>B. Elaborados con tabaco negro: 15%</li> </ul>
Ley de régimen tributario interno, de dic/96 a dic/97	Artículo sustituido por Ley No. 6, publicada	Art. 78	<p>Tarifas ad valorem por clases de cigarrillos:</p> <p>Rubio: 103% Negro: 48%</p>

	a en Registro Oficial Suplemento 98 de 30 de diciembre de 1996		
Ley de régimen tributario interno, de jul/97 a dic/97	Artículo sustituido, y Art. 10 de Ley No. 6 derogado, por Ley No. 7, publicada en Registro Oficial Suplemento 120 de 31 de julio de 1997	Art. 78	<p>Tarifas ad valorem por clases de cigarrillos:</p> <p>Rubio: 75%</p> <p>Negro: 18%</p>
Ley de régimen tributario interno, sep/98 a ago/99	Artículo reformado por el Art. 5 de Ley No. 129, publicada en Registro Oficial 381 de 10 de agosto de 1998	Art. 78	<p>Tarifas ad valorem por clases de cigarrillos:</p> <p>Rubio: 77,25%</p> <p>Negro: 18,54%</p>
Ley de régimen tributario interno, nov/99 a mar/2000	Artículo reformado por Art. 20 de Ley No. 41, publicada en Registro Oficial Suplemento 321 de 18 de noviembre de 1999	Art. 72	<p>Para productos gravados con ICE, base imponible será el valor ex aduana + 25% por costos y márgenes presuntivos.</p>
Ley de régimen tributario interno, de 28/jul/2004 a 11/ago/2004	Artículo reformado por Ley No. 39, publicada en Registro Oficial Suplemento 387 de 28 de julio de 2004	Art. 78	<p>Tarifas ad valorem por clases de cigarrillos:</p> <p>Rubio: 98,00%</p> <p>Negro: 18,54%</p>

Ley de régimen tributario interno, de dic/2007 a jul/2008	Artículo sustituido por Art. 137 de Decreto Legislativo No. 000, publicado en Registro Oficial Suplemento 242 de 29 de diciembre del 2007	Artículo 82	Tarifa ad valorem, se incluyen productos de tabaco y sucedáneos. Tarifa del 150%
Ley de régimen tributario interno, del 24/nov/2011 a dic/2011	Artículo agregado por Artículo 24 de Ley de Fomento Ambiental, publicada en Registro Oficial Suplemento 585 de 24 de noviembre del 2011	Art. 76 y 82	Tarifa ad valorem: 150%. Desde 2012 se establece tarifa específica de USD 0,08 USD por unidad.
Resolución No. NAC-DGERCGC11-00462 del Servicio de Rentas Internas	26 de diciembre del 2011	En el artículo 82	Tarifa específica a partir de enero 2012 para el cálculo del ICE es de USD 0,08
Resolución No. NAC-DGERCGC12-00365	20 de junio del 2012	Artículo 82	Tarifa por unidad de cigarrillo desde julio 2012: USD 0,0810
Resolución No. NAC-DGERCGC12-00834	18 de diciembre del 2012	Artículo 82	Tarifa desde enero de 2013: USD 0,0810
Resolución No. NAC-DGERCGC13-00276	19 de junio de 2013	Artículo 82	Tarifa desde junio 2013: USD 0,0862
Resolución No. NAC-DGERCGC13-00864	19 de diciembre de 2013	Artículo 82	Tarifa desde junio 2013: USD 0,0862
Resolución No. NAC-DGERCGC14-00437	19 de diciembre de 2014	Artículo 82	Tarifa 2014: USD 0,0862. Desde julio 2014: USD 0,0925
Resolución No. NAC-GERCIGS15-0000485	19 de junio de 2015	Artículo 82	Tarifa 2015: USD 0,1342
Resolución No. NAC-GERCIGS16-0000015	29 de diciembre de 2016	Artículo 82	Tarifa específica 2016: USD 0,16 por unidad.
Resolución NAC-DGERCGC16-000015	29-dic-16	Art. 82 LRTI	USD 0,16 sri.gob.ec+14sri.gob.ec+14sri.gob.ec+14pudeeco.com+5sri.gob.ec+5corralrosales.co m+5pwc.ec+1sempertegui.com+1
Resolución NAC-DGERCCG18-...? (vigilante 2017-2020): Sin cambio, se	-	-	USD 0,16

mantiene tarifa del Art. 82			
Resolución NAC-DGERCCG21-0 0000055	9-dic-21	Art. 82 LRTI	Mantiene USD 0,16 para cigarrillos
Resolución NAC-DGERCCG22-0 0000063	27-dic-22	Art. 82 LRTI	USD 0,17 por unidad para 2023
Decreto Ejecutivo No. 645	10-ene-23	modif. Art. 82 LRTI	Reduce a USD 0,16 vigente post-publicación

Fuente: SRI, MSP 2023

## ANEXO 2. Principales causas de muerte en el Ecuador – 2023

Causa de muerte	Número de fallecimientos	Porcentaje del total de defunciones (%)
Enfermedades isquémicas del corazón	13.318	15,2
Agresiones (homicidios)	7.308	8,3
Enfermedades cerebrovasculares	4.632	5,3
Diabetes mellitus	4.460	5,1
Accidentes de transporte terrestre	3.965	4,5
Influenza y neumonía	3.781	4,3
Enfermedades hipertensivas	3.557	4,1
Enfermedades del sistema urinario	2.707	3,1
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.595	3
Neoplasia maligna del estómago	1.782	2

Elaborado por: Elaboración propia

### Nota:

Algunas de las causas listadas están científicamente relacionadas con el consumo de tabaco. De acuerdo con la evidencia internacional:

- Hasta el 30% de todas las muertes por enfermedades isquémicas del corazón se atribuyen al tabaquismo (OMS, 2023).
- Aproximadamente el 25% de los accidentes cerebrovasculares están relacionados con el consumo de tabaco (CDC, 2023).
- El tabaquismo duplica el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, y puede estar asociado hasta con un 10% de los casos globales (WHO, 2020).
- Ciertos tipos de cáncer, como el de pulmón, boca, laringe, esófago y vejiga, tienen una asociación directa con el tabaco, siendo responsable de más del 85% de los casos de cáncer de pulmón (IARC, 2021).

Estas relaciones causales justifican el control fiscal y normativo del tabaco como medida de salud pública.

### **ANEXO 3. Partes de un cigarrillo hecho con nicotina**



Fuente: Tomado del Manual técnico de la OMS sobre política y administración de impuestos al tabaco (2022)