

Recaudación de impuestos al tabaco
y gasto en salud
en México.





Somos un **centro de investigación de la sociedad civil**, *sin fines de lucro ni agenda partidista*, que provee información y análisis accesibles, relevantes y técnicamente sólidos para **incidir, mejorar y democratizar las discusiones** y la toma de decisiones en economía y finanzas públicas, con el propósito de darle sostenibilidad al sistema fiscal **en beneficio de las generaciones presentes y futuras**.

Recaudación de los impuestos al tabaco y gasto en salud en México.

Adrián García Gómez

adriangarcia@ciep.mx

Judith S. Méndez Méndez

judithmendez@ciep.mx

Alejandra Macías Sánchez

alejandramacias@ciep.mx

Héctor J. Villarreal Páez

hectorvillareal@ciep.mx

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.

1 de septiembre de 2020



CONTENIDO

CONTENIDO	4
1. Mensajes clave.....	5
2. Resumen Ejecutivo	6
3. Introducción.....	7
4. Efectos de cambios en el IEPS a tabaco.....	9
5. Gasto y costos en salud	15
6. Comentarios finales	28
7. Acrónimos.....	29
8. Bibliografía.....	30
9. Anexo I.....	35
10. Anexo II.....	36
11. Anexo III	37



1. Mensajes clave

- Incrementar el IEPS específico a tabaco a 1.4944 pesos por cigarro incrementa la recaudación del IEPS a tabaco en 35.6%, disminuye las ventas en 18.1% e incrementa el precio de venta de las cajetillas de 58.1 pesos a 82.9.
- Los costos médicos de enfermedades asociadas al tabaco representan más de lo que se recauda actualmente por concepto de IEPS al tabaco. En 2019, los costos médicos atribuibles a enfermedades relacionadas al tabaquismo son de 82 mil 183 millones de pesos, mientras que la recaudación del IEPS al tabaco en el mismo año es de 42 mil 484 millones de pesos.
- Los costos de salud para las personas sin afiliación a alguna institución de seguridad social son 19 veces más altos que el presupuesto ejercicio en prevención y atención.
- Etiquetar los recursos provenientes del IEPS a tabaco es una manera efectiva de incrementar el presupuesto del sector salud. En México la manera más efectiva de realizarlo es mediante modificaciones directas a la Ley IEPS.



2. Resumen Ejecutivo

El tabaquismo es un problema de salud en México y a nivel mundial. Cada año, el tabaquismo es causante de alrededor de 8 millones de muertes en el mundo, la mayor parte en países de ingreso bajo y medio. Adicionalmente, el consumo de tabaco lleva a incrementos en el gasto en salud y a pérdida de capital humano (OMS, 2020).

El gasto en salud a nivel mundial de las enfermedades relacionadas al tabaco en 2012 se estima en 422 mil millones de dólares. Este costo se incrementa a 1,436 billones si se incluye la pérdida de productividad (Goodchild, Nargis, & Tursan d'Espaignet, 2018).

Una de las medidas más efectivas para reducirlo es mediante la implementación de impuestos. Un incremento del componente específico del IEPS al tabaco de 0.4944 pesos por cigarro a 1.4944 pesos por cigarro incrementa la recaudación del IEPS a tabaco en 35.6%, disminuye las ventas en 18.1% e incrementa el precio de venta de las cajetillas de 58.1 pesos a 82.9.

El presupuesto del sector salud en México, específicamente el relacionado a atención y prevención de enfermedades relacionadas al tabaquismo, es insuficiente. Los costos médicos para atender a la población que no cuenta con afiliación a las instituciones de seguridad social se aproximarían a 48 mil 223 mdp, **diecinueve veces el presupuesto ejercido en prevención y atención del tabaquismo, y son mayores a el total de la recaudación estimada para 2020 del IEPS al tabaco.**

Los recursos obtenidos a través de la recaudación de impuestos al tabaco pueden utilizarse para financiar el sistema de salud en México. Una posibilidad es etiquetar, total o parcialmente, los recursos obtenidos de la recaudación del IEPS a tabaco para financiar los servicios de salud de las personas sin seguridad social. Este tipo de prácticas se ha realizado en diversos países a nivel internacional y, aunque presenta ciertos retos desde el punto de vista legal, en México legalmente es posible realizarlo, siendo la manera más viable y efectiva modificando la Ley IEPS.



3. Introducción

El tabaquismo es un problema de salud mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso del tabaco es una causa de riesgo para enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Anualmente más de 8 millones de personas mueren a causa del uso de tabaco, con la mayoría de las muertes en países de bajo y medio ingreso. De los 8 millones de muertes anuales, aproximadamente 1.2 millones son de fumadores pasivos (OMS, 2020).

Adicionalmente, el uso del tabaco genera incrementos en los costos de salud pública y pérdida de capital humano debido a la morbilidad y mortalidad atribuible al uso del tabaco (OMS, 2020). Se estima que, en 2012, a nivel mundial, el gasto en salud en enfermedades atribuibles al tabaquismo es de 422 mil millones de dólares. Si se incluye la pérdida de productividad, el monto asciende a 1,436 mil millones de dólares (Goodchild, Nargis, & Tursan d'Espaignet, 2018).

Existen diferentes medidas para reducir el consumo de tabaco. Los impuestos al tabaco son la medida más costo-eficiente para reducir el consumo de tabaco y los costos de salud, al mismo tiempo que se incrementan los ingresos públicos (OMS, 2020). Idealmente, los impuestos al tabaco deben de ir acompañados de otro tipo de medidas, como programas de prevención, las cuales ayudan a hacer más efectivas las políticas tributarias. Sin embargo, tanto la atención de las enfermedades atribuibles al tabaco como las campañas de prevención requieren de financiamiento público adecuado para tener el efecto esperado en la población.

Desde 1981, México implementa un impuesto selectivo al tabaco, el impuesto especial sobre producción y servicios (IEPS) al tabaco. A lo largo de los años las tasas impositivas han evolucionado, sin embargo, desde 2011 se había mantenido constante, con una tasa *ad valorem* de 160% sobre el precio del fabricante más un componente específico de 0.35 pesos por cigarro. A partir de 2020, el componente fijo fue actualizado de acuerdo con la inflación, quedando en 0.4944 pesos por cigarro.

El IEPS al tabaco representa una fuente de ingresos para el Gobierno Federal. En 2019, la recaudación del IEPS al tabaco fue de 42 mil 484 millones de pesos, mientras que en



la Ley de Ingresos (LIF) 2020, la recaudación del IEPS a tabaco se estima en 43 mil 679 millones de pesos.

Una de las recomendaciones internacionales para obtener mayor financiamiento en el sector salud es la del etiquetado de impuestos, es decir, que los recursos obtenidos por los impuestos tengan un destino específico. En este caso, que el IEPS al tabaco sea destinado para financiar el sistema de salud en México. Sin embargo, no siempre es posible el etiquetar los impuestos, ya que pueden existir impedimentos legales.

En este documento se exploran los efectos que diferentes cambios en la tasa impositiva del IEPS al tabaco pueden tener en las ventas de cigarros, la recaudación de impuestos y el precio de los cigarros. Adicionalmente, se explora el gasto en salud relacionado con el tabaquismo, evaluando la posibilidad, desde un punto de vista de salud y legal, de etiquetar los recursos provenientes de los impuestos al tabaco para financiar el sistema de salud en México.

3.1 Estructura del documento

El presente estudio se divide de la siguiente forma: La sección cuatro presenta el análisis de diferentes cambios tributarios al tabaco en México a través de simulaciones, mostrando que incrementos en el impuesto aumentan la recaudación; disminuye las ventas e incrementan el precio de los cigarros. La quinta sección presenta un análisis del gasto en atención y prevención de enfermedades vinculadas al consumo de productos de tabaco. La sección seis explora la posibilidad legal y el camino que podría seguirse para lograr el etiquetado de los ingresos provenientes de impuestos al tabaco para financiar el sistema de salud en México. La última sección presenta los comentarios finales.

3.2 Objetivos del estudio

El objetivo es analizar el impacto que cambios tributarios en el tabaco tendrían en la recaudación tributaria, el consumo de tabaco y su precio. Así mismo, analizar la vía para dirigir los ingresos por impuestos al tabaco hacia fortalecer el gasto de salud general y aquel enfocado en el tabaquismo. Para ello, es necesario observar la estructura y suficiencia del gasto en salud.



4. Efectos de cambios en el IEPS a tabaco

4.1 Impuestos al tabaco en México

En México los cigarros se gravan principalmente mediante tres impuestos: el Impuesto al Valor Agregado (IVA), el IEPS y el impuesto a la importación. El IVA es un impuesto general al consumo que grava todos los bienes y servicios, a una tasa del 16%; el IEPS es un impuesto especial que grava a productos que producen externalidades negativas como el alcohol, la gasolina y el tabaco. En el caso de los cigarros, el IEPS grava a una tasa de 160% sobre el precio del productor más un impuesto específico adicional de 0.4944 pesos por cigarro, vigente durante 2020, que se actualiza anualmente de acuerdo con la inflación y, finalmente, un impuesto a la importación que grava los cigarros a una tasa de 67%.

La tarifa impositiva por IEPS cambia anualmente. Desde 2011, este impuesto había mantenido su componente fijo a 0.35 pesos. No fue hasta el año 2020 cuando se actualizó con la inflación acumulada durante el periodo 2011-2019 quedando en la tarifa vigente para 2020 de 0.4944 pesos por cigarro. A partir de 2020 el componente fijo será actualizada anualmente de acuerdo con la inflación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2020). Para un recuento detallado de los cambios en el IVA, el IEPS y los impuestos a la importación de 1980 a la fecha ver Macías et al, 2020.

En esta sección se busca simular el efecto que cambios en el IEPS tendría en la recaudación, las ventas y el precio de los cigarros.

4.1.1 Fuentes de información

Las fuentes de datos utilizados son las siguientes:

- **Participación del mercado:** La participación de mercado de cada una de las marcas de cigarros corresponde al año 2018 y se obtuvo de Euromonitor.
- **Precio minorista:** El precio minorista de cada marca de cigarros es el promedio del



precio reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

- **Margen minorista de ganancias:** Se utiliza un margen de 10.72% sobre el precio antes de IVA, tomado de Waters, Sáenz de Miera, Ross, & Reynales Shigematsu (2010).
- **Ventas de cigarros:** El volumen de ventas para 2020 son derivadas de la recaudación estimada en la Ley de Ingresos 2020 (Cámara de Diputados, 2019).
- **Elasticidad precio de la demanda:** Se utilizan las elasticidades obtenidas en Macías, Méndez, García, & Villarreal, 2020.

4.1.2 Metodología

Para realizar las simulaciones, se llevó a cabo un proceso de ingeniería de reversa mediante los siguientes pasos:

1. Se obtuvo la participación de mercado de las principales marcas de cigarros comercializadas en México.
2. Se obtuvo el precio minorista promedio de las cinco marcas con mayor participación en el mercado y el precio promedio de todas las demás por 20 cigarros. Debido a que en la base de datos se presenta precio de diferentes presentaciones, es decir, precio de cajetillas de 14 cigarros, 20 cigarros y 24 cigarros, entre otras, se obtuvo el precio por cigarrillo y se multiplicó por 20.
3. Con información de las dos anteriores etapas se calculó el precio promedio ponderado por participación de mercado de 20 cigarrillos.
4. El valor del IVA fue deducido en base a la información anterior.
5. Teniendo el precio ponderado sin IVA, se deduce el margen minorista de 10.72% sobre el precio antes del IVA en el escenario base. A partir de este margen, se calcula la proporción correspondiente al dividir el margen entre el precio de fábrica y se mantiene esta misma proporción para el margen minorista en las simulaciones.
6. El IEPS se dedujo de los valores obtenidos en los pasos anteriores. Primero el componente fijo del IEPS y posteriormente el componente *ad valorem*. Con esto se obtiene el precio del fabricante.



7. Una vez que la información desglosada de los pasos anteriores fue obtenida, se obtiene el precio ponderado del fabricante. A partir de ese precio, se pueden aplicar modificaciones en el IEPS para calcular los efectos en recaudación y precio. Debido a que las simulaciones calculan los cambios para 2021, se actualiza el precio del fabricante de acuerdo con una inflación esperada en 2020 de 3.5% (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2020).
8. Para calcular los cambios en las ventas derivados del cambio en el IEPS, se utilizaron las elasticidades estimadas en Macías, et al (2020).

La descomposición de la carga tributaria de una cajetilla de cigarros se realiza mediante los siguientes pasos. Para ilustrarlo, se utiliza un precio de 63 pesos por cajetilla de 20 cigarros, que es el precio actual al consumidor de las marcas premium.

El primer paso es restar el IVA, el cual es del 16% al precio final:

$$\text{Precio sin IVA} = 63 - \left(\frac{63}{1.16} \right) * 0.16 = 54.3$$

Posteriormente, se resta el margen del detallista, el cuál es de 10.72%, mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Precio sin margen} = 54.3 - \left(\frac{54.3}{1.1072} \right) * 0.1072 = 49.04$$

A continuación, se resta el componente específico del IEPS, el cual es de 0.4944 pesos por cigarro:

$$\text{Precio sin IEPS específico} = 49.04 - (0.4944 * 20) = 39.2$$

Finalmente, una vez teniendo el precio sin el IEPS específico, a este se le resta el IEPS *ad valorem*, el cual es de 160% sobre el precio del fabricante, para obtener el precio de venta del fabricante:

$$\text{Precio del fabricante: } 39.2 - \left(\frac{39.2}{2.6} \right) * 1.6 = 15.1$$

4.1.3 Supuestos

La industria incrementa el precio de fábrica en un porcentaje igual a la inflación anual.



Se asume que, de un año a otro, el precio de venta del fabricante se incrementa en la misma proporción que la inflación acumulada durante el año.

Se traspasa la totalidad de los impuestos al consumidor final. Esto implica que productores y vendedores no absorben una parte del impuesto, por lo que el incremento en los precios refleja un traspaso del 100%.

Al aumentar el precio por aumentos de impuestos, el consumidor no sustituye por una marca más económica. Un cambio en el precio de los cigarros podría ocasionar que el consumidor cambie a una marca de cigarros más económica, lo que podría tener efectos no contabilizados en las simulaciones.

No se incluye los efectos sobre el mercado ilegal o la evasión impositiva. Ante la posibilidad de que exista un mercado ilegal grande o un aumento de la evasión, se reduce la efectividad de las medidas tributarias debido a que éstas reducirían el impacto del aumento de impuesto. Al respecto, en un estudio se encontró que a nivel nacional el mercado ilegal de cigarros representa el 8.8% del consumo total, siendo Durango la ciudad con un mayor mercado ilegal, con 27.5%, mientras que en ciudades como Veracruz y Hermosillo el mercado ilegal es menor al 1%. En la Ciudad de México se estima un mercado ilegal de cigarros de 6.6%. Las cifras encontradas para México son menores al promedio mundial (10%) y menores a la de países de la región como Brasil (40%), Uruguay (11.8%) y Chile (10.9%) (Sáenz & Reynales, 2019). Estas cifras indican que el efecto del mercado ilícito en México es limitado, por lo que no altera considerablemente los resultados de las simulaciones.

4.1.4 Escenarios

Se analizan tres escenarios en donde se modifica el componente específico del IEPS para observar los cambios en la recaudación, las ventas y en el precio ponderado por cajetilla de cigarro. Los escenarios por analizar son:

1. **Aumento del IEPS específico a 0.511704 pesos por cigarro:** Este escenario se analiza porque se encuentra vigente en la ley. De acuerdo con la ley IEPS actual, el componente específico se actualiza de acuerdo con la inflación. Utilizando una inflación esperada en 2020 de 3.5%, el componente específico del IEPS quedaría en 0.511704 pesos por cigarro.



2. **Aumento del IEPS específico a 1.4944 pesos por cigarro:** Este escenario se analiza debido a que actualmente es una iniciativa de ley en la Cámara de Diputados (Medel Palma & Pérez Segura, 2020).
3. **Carga impositiva de 82.4%:** Este escenario se analiza debido a que con esta proporción de impuestos se alcanza el punto de recaudación máxima. Incrementos adicionales en el impuesto ocasionarían que la pérdida derivada de la disminución en el consumo sea mayor que la ganancia en recaudación derivada del aumento en el impuesto. La carga impositiva se refiere tanto al IVA como al IEPS. En este escenario la carga impositiva del IEPS es de 68.6%.

Los tres escenarios se analizan utilizando una elasticidad de -0.424, obtenida en Macías, et al, (2020).

4.1.4.1 Resultados

En el primer escenario, en el que el componente específico del IEPS se incrementa de 0.4944 pesos por cigarro a 0.511704 pesos por cigarro, el precio promedio ponderado por cajetilla se incrementa de 58.1 pesos a 60.1, las ventas disminuyen 1.5% y la recaudación del IEPS a tabaco aumenta en 2.0%. Este aumento en la recaudación es menor que la inflación esperada para 2021 de 3.5%.

En el escenario dos, en donde se aumenta el componente del IEPS específico a 1.4944 pesos por cigarro, el precio promedio ponderado aumenta a 82.8 pesos por cajetilla de 20 cigarros, las ventas disminuyen 18.1% y la recaudación del IEPS a tabaco aumenta en 35.6%.

Finalmente, en el escenario de carga tributaria total del **82.4%**; es necesario que el componente específico del IEPS sea de 2.6 pesos por cigarro. En este escenario, el precio promedio ponderado por cajetilla queda en 108.5 pesos, las ventas caen 36.9% y la recaudación del IEPS a tabaco aumenta 48.7%. Los resultados se muestran en la [Tabla 1](#)¹.

¹ Incrementar la recaudación del IEPS al tabaco incrementa los recursos a las Entidades Federativas. Esto se muestra en el Anexo III.



Tabla 1 Resultados

	2020	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
Tasa IEPS específico	0.4944	0.511704	1.4944	2.6
Tasa IEPS ad valorem	160%	160%	160%	160%
Precio minorista ponderado (pesos)	58.1	60.1	82.9	108.5
IVA	8.0	8.3	11.4	15.0
Margen detallista	4.8	5.0	5.0	5.0
IEPS específico	9.9	10.2	29.9	52.0
IEPS ad valorem	21.7	22.5	22.5	22.5
Precio mayorista	13.6	14.1	14.1	14.1
Variación ventas		-1.5%	-18.1%	-36.9%
Millones de cajetillas	1,381.3	1,360.8	1,130.8	872.1
Carga impositiva total	68.3%	68.3%	77.0%	82.4%
Carga impositiva IEPS	54.5%	54.5%	63.2%	68.6%
Recaudación IVA (mdp)	11,061.9	11,279.1	12,929.0	13,056.2
Recaudación IEPS (mdp)	43,679.4	44,537.3	59,235.3	64,965.8
Recaudación total (mdp)	54,741.3	55,816.4	72,164.3	78,022.0
Cambio recaudación IEPS		2.0%	35.6%	48.7%
Cambio recaudación total		2.0%	31.8%	42.5%

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020), Euromonitor, y (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019)



5. Gasto y costos en salud

En este capítulo se analizan primero los costos médicos de las enfermedades atribuibles al tabaco, posteriormente el gasto en enfermedades relacionadas al tabaco en el Sistema Nacional de Salud, incluyendo los programas presupuestarios enfocados en atención y prevención del tabaquismo, el gasto de la Secretaría de Salud y el gasto de las instituciones de seguridad social. Finalmente, se analiza la posibilidad de etiquetar recursos del IEPS al tabaco al sistema de salud.

5.1 Fuentes de información

Las fuentes de información utilizadas en este capítulo son:

- **Costos médicos directos de enfermedades atribuibles al tabaco:** Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS, 2017) en 2015 y Pichon-Riviere, et al., en (2013).
- **Distribución de las muertes atribuibles al tabaco:** Institute for Health Metrics and Evaluation, (2017).
- **Gasto de programas presupuestarios:** Cuenta pública para los años 2010 a 2019 y Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el año 2020.
- **Gasto en Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI):** Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud de la Comisión Nacional de Protección en Salud (SSa, Informes de labores de la CNPSS, 2019).
- **Gasto en atención a enfermedades relacionadas al consumo del tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE):** Para el IMSS se obtiene del Informe 2018 – 2019 al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2019). Para el ISSSTE se obtiene del Informe Financiero y Actuarial 2019 (ISSSTE, 2019).

5.2 Metodología

La metodología utilizada en esta sección se divide en dos partes, la primera es para obtener los costos médicos de las enfermedades atribuibles al tabaco, mientras la segunda es para calcular el gasto público que se ejerce para prevención y atención de estas enfermedades.

Para obtener los costos se toman los cálculos realizados por el IECS de enfermedades atribuibles al tabaco para los años 2013 y 2015. En dicho cálculo se incluyen siete padecimientos: enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares obstructivas



crónicas (EPOC), fumadores de segunda mano y otras, cáncer de pulmón, otros tipos de cáncer, infartos y neumonía e influenza. Las cifras de 2015 se toman como base para la proyección de costos de los años subsecuentes.

Utilizando las estimaciones del *Global Burden of Disease* del *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME, 2017) se dividen los costos de acuerdo al porcentaje de muertes atribuibles directamente a fumadores y a fumadores pasivos para los años 2016 y 2017.

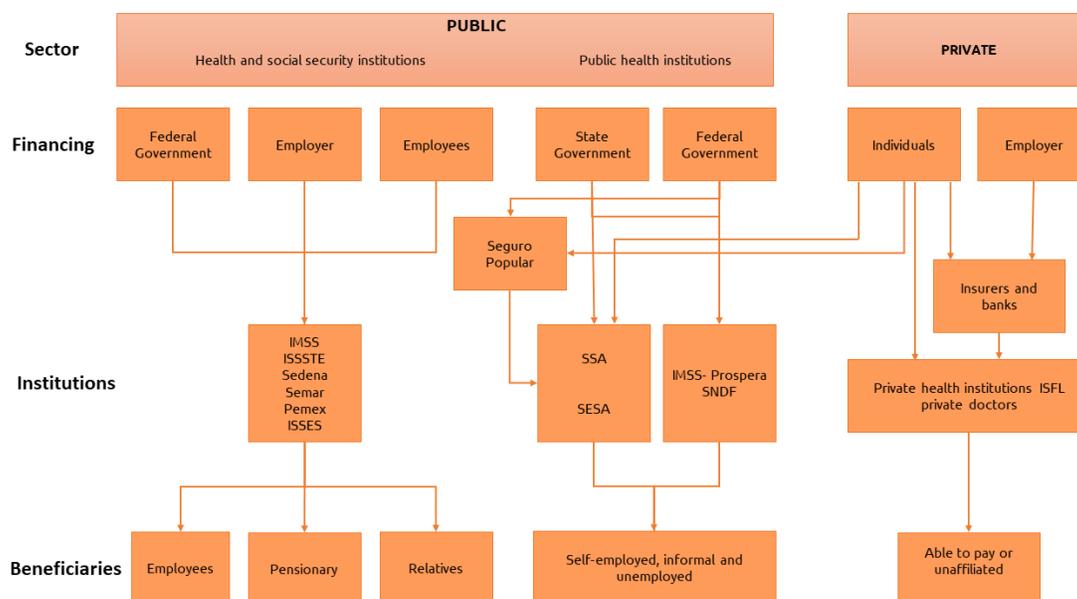
Para obtener los costos médicos de los años 2016 y 2017, se ajusta el último dato disponible, en este caso 2015, por inflación y de acuerdo al porcentaje de muertes atribuibles presentado por el IHME. Para 2018 y 2019, no se encuentran disponibles los datos de muertes atribuibles, por lo que la actualización se realiza bajo el supuesto de que los porcentajes se mantienen constantes y sólo se actualiza por inflación general.

5.3 Estructura del Sistema Público de Salud en México

Para el cálculo del gasto, es necesario entender cómo se estructura el sistema de salud mexicano. Como se muestra en la [Figura 1](#), el SNS está organizado por instituciones públicas y privadas. En el sector público, por un lado, existen instituciones de seguridad social, como IMSS e ISSSTE, que se financian con contribuciones del trabajador, el empleador y el gobierno federal. Existen otras instituciones de seguridad social como ISSFAM y Pemex para trabajadores militares y federales. Por otro lado, se encuentra la Secretaría de Salud (SSa) que cabeza del sector y es financiado en más de 90% por el gobierno federal o gobiernos estatales (CIEP, 2018).



Figura 1 Sistema Nacional de Salud



Fuente: Elaboración propia con base en (Dantés, et al, 2011).

Para cuantificar el presupuesto destinado a prevención y atención de enfermedades relacionadas al tabaquismo se considera, por un lado, los programas de la SSA y por otro el de las instituciones de seguridad social, IMSS e ISSSTE, esto en congruencia con la fragmentación del sistema.

En el Presupuesto de Egresos de la Federación y Cuenta Pública se identificó que la SSA tiene un solo programa de vinculación directa y el presupuesto que el Seguro Popular, ahora Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), reporta en atención de infarto agudo al miocardio.

No se encuentra información de otras afecciones; por un lado, esto tiene que ver con la disponibilidad de datos y, por otro, con las intervenciones que cubre el INSABI, actualmente su paquete de atención es equivalente al 20% del paquete de atención del IMSS y, en su Fondo de Bienestar² no está incluido, por ejemplo, el cáncer de pulmón.

Existen dos programas más, que no fueron incluidos en este análisis, cuyo objetivo no está directamente relacionado a la prevención de consumo de tabaco, pero podría tener algunas acciones complementarias; estos programas son: Fortalecimiento a la atención médica y Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. (Sur & ETHOS, 2019).

² Hasta 2019 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).



Por tanto, se analizan las cuentas públicas 2010-2019 y PEF 2020 para obtener el gasto del programa presupuestario Prevención y atención contra las adicciones; en el caso del INSABI, se consultó el Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud, en él se enlistan el gasto de atención de algunas enfermedades de tercer nivel³. Entre las enfermedades incluidas, la única relacionada al tabaquismo es el infarto agudo al miocardio. Además, se identificaron los casos de emergencias relacionadas a enfermedades cardíacas y ambos conceptos se utilizaron como aproximación al gasto ejercido para atender enfermedades relacionadas al tabaquismo.

Para obtener el gasto de las instituciones de seguridad social se revisaron sus informes institucionales al congreso. De dichos informes se obtuvo el gasto en atender enfermedades cardíacas, la única dentro de las reportadas directamente relacionada al tabaquismo para el ISSSTE e IMSS.

5.4 Resultados

5.4.1 Costos médicos de las enfermedades atribuibles al tabaco

De acuerdo con las estimaciones del IECS, en 2015, los costos médicos de las enfermedades relacionadas al tabaco en México fueron \$75,569 millones de pesos (0.4% del PIB en 2015), 23.3% más que los costos médicos en 2013 (Tabla 2).

Tabla 2 Distribución del costo total por enfermedad en 2015

Enfermedad	Costo (mdp)	Porcentaje del total
Enfermedades del corazón	26,252	34.7%
EPOC	25,644	33.9%
Fumadores pasivos y otras causas	8,694	11.5%
Otros tipos de cáncer	7,491	9.9%
Cáncer de pulmón	4,803	6.4%
Infartos	2,215	2.9%
Neumonía e influenza	471	0.6%
Total	75,569	100%

Fuente: (IECS, 2017)

En la Tabla 2 se presenta la distribución del costo total en 2015⁴. Del total de los costos, 34.7% es atribuible a enfermedades del corazón, seguido del 33.9%, atribuible a EPOCs. La tercera causa que contribuye con un mayor costo está vinculada al efecto en fumadores pasivos, con 11.5% del total.

³ El tercer nivel corresponde a la atención especialidades, de mayor complejidad. En este segmento se encuentran los institutos nacionales de especialidades (OPS, 2012).

⁴ Dato más reciente publicado por el IECS.



Tabla 3. Proyección de costos médicos de enfermedades asociadas al consumo de tabaco

	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Costos medicos totales (mdp)	61,252	75,569	76,391	76,708	79,991	82,183
Fumadores	54,206	66,875	67,446	67,633	70,528	72,461
Fumadores de segunda mano	7,047	8,694	8,945	9,074	9,463	9,722

Fuente: (IECS, 2017), (IHME, 2017)

5.4.2 Gasto en enfermedades relacionadas al tabaco en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

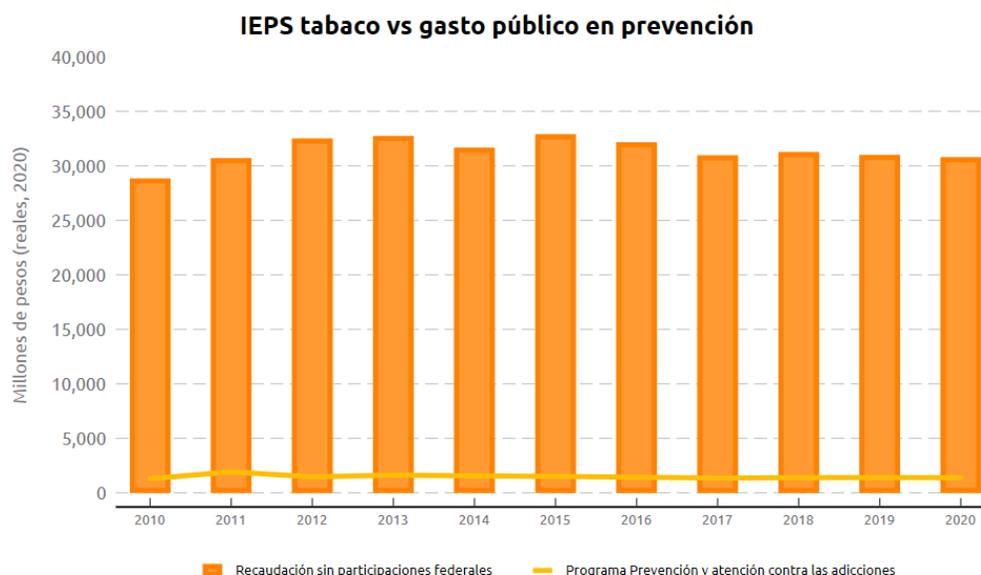
5.4.2.1 Programa presupuestario: *Prevención y atención contra las adicciones*

El **programa presupuestario Prevención y atención contra las adicciones es un programa federal y está a cargo de la SSa**. Incluye, entre otras actividades, la prevención y atención al tabaquismo. Este programa se enfoca en la población sin una afiliación formal a las instituciones de seguridad social. Este programa no representa la totalidad del gasto público enfocado a combatir el tabaquismo. Sin embargo, es **el único programa federal** que atiende a las personas más vulnerables, es decir las que no cuenta con afiliación a las instituciones de seguridad social.

En 2020, el gasto asignado a este programa se ha mantenido en la misma relación gasto / ingresos que en 2012. **El presupuesto del programa equivale a 4,4% de los ingresos provenientes del IEPS a cigarros** (Ver Anexo I).



Figura 2 Recaudación vs gasto



Fuente: Elaboración propia con datos de (SHCP, 2020)

De acuerdo con CONEVAL, el programa opera a través de apoyos financieros, capacitación en temas de adicciones y medicamentos dirigidos a unidades especializadas de atención (CONEVAL, Ficha de monitoreo 2017 - 2018. Prevención y atención contra las adicciones, 2018).

En 2020, el presupuesto aprobado para este programa es de 1,387 millones de pesos (mdp). Dicho presupuesto está asignado a tres unidades responsables, que son el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (1.27 mdp), Centros para la Integración Juvenil (CIJ), con 717.6 mdp, y la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), con 668.2 mdp. La primera unidad responsable solo tiene presupuesto para la Ciudad de México, mientras que CONADIC y el CIJ tienen un presupuesto asignado por estado.

El desglose del gasto del programa por clasificación económica, en 2019 y 2020, se observa en la [Tabla 4](#).

**Tabla 4** Gasto desagregado del programa presupuestario (pesos 2020)

Concepto	2019	2020	Diferencia
Materiales y suministros	15,966,153	8,479,152	-46.9%
Servicios generales	106,619,404	84,208,488	-21.0%
Servicios personales	1,169,849,767	1,186,257,974	1.4%
Transferencias	111,839,614	108,057,600	-3.4%
Total	1,404,274,938	1,387,003,214	-1.2%

Fuente: Elaboración propia con datos de (SHCP, 2020)

En 2020, el presupuesto para el programa Prevención y atención contra las adicciones disminuyó 1.2%, en términos reales, respecto a 2019. Las tres unidades responsables asignaron principalmente el presupuesto al concepto de servicios personales, es decir, para el pago de personal (ver [Tabla 4](#)).

A pesar de que se conoce el presupuesto asignado a las unidades, **no hay información desagregada sobre los recursos que el programa ha destinado a la estrategia contra tabaquismo.**

El programa se basa en indicadores de cobertura, no cuenta con un indicador para monitorear el impacto en el consumo de tabaco, ya que su indicador final es el porcentaje de la población adolescente de 12 a 17 años del país que consume alcohol de manera nociva; su indicador de propósito es el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención de adicciones (CONEVAL, 2020).

Con los datos disponibles **no es posible conocer el impacto que ha tenido el programa de prevención y atención contra las adicciones en la prevención del consumo de tabaco** debido que los indicadores no están desglosados por tipo de adicción y a que los indicadores que existen se refieren a cobertura, pero no a impacto.

5.4.2.2 Gasto de las instituciones de seguridad social

En 2017, en el IMSS, las enfermedades cardíacas fueron la primera causa de consulta médica (18.2 millones), la tercera causa de altas hospitalarias (105 mil) y la quinta causa de casos de emergencia (700 mil)⁵ (IMSS, 2019). En 2018, en el ISSSTE, la enfermedad cardíaca es el padecimiento que representa un mayor gasto, con 6,031 millones de pesos, incluyendo consultas médicas y altas hospitalarias (ISSSTE, 2019).

⁵ No se presenta el gasto vinculado a estos conceptos.



5.4.2.3 Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

En enero de este año, 2020 se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), antes Seguro Popular, para atender a la población sin afiliación a las instituciones de seguridad social. El INSABI ofrece atención primaria y secundaria, mientras que para atender intervenciones de alto costo existe el Fondo de Bienestar, antes Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

En el INSABI⁶, los padecimientos cardiacos son la sexta causa de casos de emergencia. En 2018, el FPGC presenta el gasto desglosado para algunas enfermedades y atención de emergencia. Entre ellas, las únicas directamente relacionadas al tabaquismo es el infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco) con un gasto de 75.8 millones de pesos⁷ (SSa, Informes de labores de la CNPSS, 2019) y el gasto destinado a emergencias por enfermedades cardiacas, en donde, el reporte institucional de la SSa reporta 108 mil 919 casos en 2018, equivalente a un monto de 2 mil 247 mdp⁸ (SSa, Informes de labores de la CNPSS, 2019). En el caso del ataque cardíaco, el gasto atribuible a tabaquismo es de 61%, mientras que en el caso de atención de emergencias cardiacas es de 49% (Reynales-Shigematsu, et al, 2006). Utilizando estos porcentajes, el gasto directamente relacionado al tabaquismo de ambos padecimientos queda en 46.2 millones de pesos y 1 mil 101 millones de pesos, respectivamente.

En la **Tabla 5** se presenta el gasto de la SSa en prevención y atención de intervenciones asociadas al tabaquismo. **En 2018, en total se destinaron 2 mil 441 mdp a prevención y atención; en contraste, para el mismo año se estima un costo médico, es decir, el costo que tendría atender a toda la población que lo requiera, de 79 mil 991 mdp** (IECS, 2017).

Considerando la proporción de población potencial de la SSa⁹ respecto a la población total del país, los costos médicos para atender a la población que no cuenta con afiliación a las instituciones de seguridad social se aproximarían a 48 mil 223 mdp, **diecinueve veces el presupuesto ejercido en prevención y atención.**

⁶ Hasta 2019, Seguro Popular.

⁷ Corresponde al gasto total de atención por infarto agudo al miocardio (IAM). La fracción atribuible al consumo de tabaco en IAM se estima, en promedio de 0.61 (0.53-0.69) (Reynales-Shigematsu, et al, 2006)

⁸ Corresponde al gasto total por concepto de casos de emergencia por enfermedades cardiacas. La fracción atribuible al consumo de tabaco en enfermedades cardiacas se estima, en promedio de 0.49 (0.43-0.55) (Reynales-Shigematsu, et al, 2006)

⁹ Se incluye a la población afiliada al Seguro Popular, ahora INSABI y la población que no está afiliada a ningún programa o institución de salud, en suma 75 millones 198 mil 558 personas, 60.3% de la población reportada por CONAPO a mitad del año 2018.



Tabla 5. Gasto en prevención y atención de enfermedades asociadas al tabaquismo, SSa

Concepto	Gasto 2018
Programa de prevención	1,294.2
Infarto agudo al miocardio	46.2
Casos de emergencia por enfermedades cardiacas	1,101.0
Total	2,441.4

Nota: Estimación propia considerando 108,919 casos reportados y un costo unitario de \$20,633 para diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca y edema agudo de pulmón de acuerdo al CAUSES.

Fuente: Elaboración propia con datos de (SHCP, 2020)

Uno de los hallazgos principales de esta sección es la **diferencia que existe entre los costos médicos** asociados a la atención de enfermedades relacionadas con el tabaquismo **y el gasto efectivamente ejercido** para atender estas enfermedades. El gasto destinado a la prevención del consumo de tabaco y a la atención de enfermedades asociadas al tabaquismo **resulta insuficiente ante los costos médicos asociados a la atención.**

5.5 Vinculación del ingreso por IEPS a tabaco con el gasto en salud

El etiquetado de recursos se refiere a la asignación de ingresos de una fuente tributaria específica a un gasto particular.

Existen argumentos a favor de la asignación de fondos sobre la base de que mejora la supervisión del gasto público (Dhillon & Perroni, 2001); por otro lado también se menciona que el etiquetado puede introducir rigideces en el presupuesto las cuales podrían limitar el uso de los fondos para propósitos alternativos, desalentando la asignación óptima de recursos (Wilkinson, 1994).

Se identifican dos tipos de etiquetado de acuerdo con: 1) la naturaleza del vínculo entre el impuesto y el gasto que financia, y 2) el tipo de gasto que se financia de los ingresos. El vínculo puede ser fuerte/ajustado, lo que significa que todos o la mayoría de los ingresos fiscales se destinan a financiar un gasto particular; o débil/suelto, lo que significa que solo una parte de los ingresos fiscales se destina a financiar un gasto particular. El tipo de gasto que se beneficia del etiquetado puede ser específico o limitado, por ejemplo, un programa de control de tabaco; o amplio, por ejemplo, programas de seguridad social o educación (NCI & OMS, 2016).

En esta sección se revisan experiencias internacionales y nacionales, así como las leyes relevantes para obtener la viabilidad de etiquetar los ingresos por impuestos al tabaco y la ruta más eficiente para ello.



5.5.1 Experiencia internacional

El etiquetado de impuestos al tabaco para fines de salud se practica en más de 20 países de todo el mundo (OMS, 2009c). La **Tabla 6** muestra cómo algunos países han aplicado la asignación. Tailandia puede ser la mejor historia de éxito en el caso de la asignación de impuestos al tabaco (y alcohol). El Gobierno de Tailandia creó ThaiHealth, que recibe el 2% de los ingresos fiscales nacionales totales sobre el alcohol y los productos de tabaco.

Tabla 6 Ejemplos de etiquetado de ingresos

Destino del gasto etiquetado	Países
Control de tabaco y promoción de la salud	Estados Unidos (California y Massachussets) y Tailandia
Control de cáncer y cuidados de emergencia	Estados Unidos (Kentucky), Nepal, El Salvador y Paraguay
Programas sociales y de salud	Argentina, Costa Rica, Jamaica, Panamá, Mongolia y Filipinas.
Programas para la protección de niños, ancianos y población con discapacidades	Costa Rica
Deportes y eventos artísticos	Colombia, Estonia, Australia y Nueva Zelanda

Fuente: (OMS, 2010)

Los países latinoamericanos pioneros son Argentina, Costa Rica, Jamaica y Panamá, quienes han dedicado los ingresos generados por este impuesto para actividades que incluyen programas sociales y de salud y programas para la protección de los niños.

Panamá ha tenido avances significativos, tales como restricciones a la publicidad, prohibición de máquinas expendedoras de cigarrillos, uso de advertencias sanitarias y un aumento del Impuesto Selectivo al Consumo de Cigarrillos (ISC), del ISC recaudado el 20% se asignó al Ministerio de Salud; 20% al Instituto Nacional de Cáncer; y 10% a la Autoridad Nacional de Aduanas, esta última asignación para disminuir el contrabando de comercio ilícito (OMS & PAHO, 2016). Por otro lado, Colombia, El Salvador y Paraguay han dedicado estos recursos para atención de emergencia y actividades deportivas (OMS, 2010).

5.5.2 Caso mexicano

Históricamente, en México, el etiquetado de ingresos no se ha dado propiamente en impuestos, sino principalmente en aportaciones a la seguridad social y en ingresos por derechos. Como antecedente, en 2013 se presentó un esfuerzo de etiquetado de



IEPS a bebidas saborizadas en la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2014 (DOF 20 nov, 2013).

Para la LIF 2014 anteriormente mencionada, se adicionó un artículo SEXTO transitorio que entró en vigor el 1 de enero de 2014, fue modificada en la Ley de Ingresos de la Federación de 2015 (DOF 13 de noviembre 2014) y permaneció vigente durante los ejercicios 2016, 2017 y 2018, siendo eliminada para el ejercicio 2019.

Entre los aspectos destacables de la experiencia del etiquetado de IEPS a bebidas saborizadas destacan: primero, **envía un mensaje claro de destino de recursos no tanto de etiquetado de impuesto**, se habla de una asignación equivalente de lo recaudado restando las participaciones a los Estados, lo que significa que el recurso no era propiamente el mismo; segundo, jurídicamente tiene la misma validez estando dentro del articulado ordinario de la **Ley de Ingresos que en los artículos transitorios**, sin embargo, en la práctica se vio fácilmente removible de un ejercicio fiscal a otro; tercero, la redacción era suficientemente amplia para dar **margen de maniobra al gasto sin dejar fuera el propósito específico, es decir, el destino de los ingresos se componía por varios conceptos, no solo un programa presupuestario o algo que limitara de manera excesiva el ejercicio del gasto.**

5.5.2.1 Disposiciones constitucionales.

Las disposiciones constitucionales a tener en cuenta para el etiquetado de IEPS son fundamentalmente dos: **artículo 73, fracción XXIX y artículo 74**. El primero nos permite observar que algunos de los elementos del IEPS se circunscriben a aquellas materias que la Constitución establece como competencia exclusiva de la federación, y por tanto **se obliga a la participación -por orden constitucional- a las entidades federativas. Por esta razón, es posible etiquetar los recursos provenientes del IEPS, respetando la parte que corresponde a las participaciones.** Para poder etiquetar las participaciones, se requeriría un cambio constitucional.

El artículo 74, fracción IV fija la facultad de la Cámara de Diputados como única encargada de aprobar el Presupuesto de Egresos de la Federación sin más restricciones que aquellas que la propia Constitución le establezca.

En la Constitución no se menciona el etiquetado de impuestos. Al no haber mención expresa, **queda implícito que son permitidos dentro del marco constitucional general de los impuestos**, esto es: su respeto a los principios formales de legalidad y destino a sufragar el gasto público, como a los principios materiales de proporcionalidad, equidad y otros aplicables.

En relación con el artículo 74 de la Constitución, existe la posibilidad, muy poco probable, pero jurídicamente latente, de que el Congreso apruebe un Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) donde no prevea a plenitud lo que la propia Ley de Ingresos de la Federación (LIF) u otra ley refieran respecto a etiquetado, ocasionando con ello un conflicto que habría que resolver la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Ante ese escenario, poco probable pero posible, creemos que es mejor



establecer de manera expresa en la fracción IV del artículo 74 constitucional que en todo caso el PEF deberá respetar el destino específico que las leyes dispongan.

5.5.3 Implementación en México

En esta sección se describe la ruta a seguir, en términos legales, para lograr el etiquetado del IEPS al tabaco en México.

5.5.3.1 Ley de Ingresos de la Federación y Presupuesto de Egresos de la Federación

El etiquetado podría implementarse desde la LIF, pero como ya ha ocurrido, no es la mejor técnica legislativa y no brinda la certeza y fijeza que puede ser óptima. En cuanto al PEF, tampoco resulta el documento más idóneo para instituir el etiquetado de tributos debido a que el PEF no es una ley y se modifica año con año, pero evidentemente en él debe reflejarse el etiquetado establecido en otras leyes; de tal manera que el **PEF sólo debe ser el primer “entregable” o evidencia de que efectivamente se está realizando el etiquetado** que las normas fiscales están previendo.

5.5.3.2 Código Fiscal de la Federación

El Código Fiscal de la Federación (CFF) es el código de normas tributarias por excelencia del país, por lo que es necesario revisar si necesita modificarse para implementar el etiquetado.

En el artículo 1º del **Código Fiscal de la Federación (CFF)** se menciona la posibilidad de establecer un destino específico a determinados ingresos, siendo la única consideración que se menciona que lo referente al etiquetado se haga por medio de una ley, por ejemplo, que se establezca en la Ley IEPS.

5.5.3.3 Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (Ley IEPS)

El vehículo óptimo **para establecer un fin específico del impuesto, o etiquetado, debe ser en la ley IEPS**, pues de esa manera se podrá distinguir con precisión qué elementos o modalidades específicas se pretenden etiquetar. También parece pertinente utilizar esta ley para el etiquetado ya que en ella **se contemplan disposiciones relativas al Sistema Nacional de Coordinación Fiscal** o a los estados que no se adhieran al mismo, de tal manera que al hacer adecuaciones a esta ley sería innecesario modificar otras relacionadas.

De manera específica, el etiquetado de recursos provenientes del IEPS a tabaco se puede establecer en dos vías:

- **Artículo 2, fracción I, inciso C), tercer párrafo.** Enunciado cuya redacción sea similar a la siguiente: “la recaudación del impuesto por concepto de enajenación e importación de los bienes descritos en el presente inciso deberá destinarse a ...”



- **Artículo 1 de la LIF.** De manera global se indique algo como lo siguiente: Los ingresos previstos en este artículo, respecto al Impuesto especial sobre producción y servicios en lo que respecta a tabacos labrados, bebidas con contenido alcohólico y cerveza ... deberán considerarse en el PEF con destino específico a ...”

Hacer las reformas a nivel de Ley de IEPS disminuye el riesgo permanente de modificación que encierra la LIF. Además, ello permitiría ser más puntual en los conceptos que se pretenden etiquetar y los destinos que podrían tener. Los pasos para seguir para modificar la ley IEPS se encuentran en el Anexo II.



6. Comentarios finales

El tabaquismo es causante de 8 millones de muertes al año y cuesta billones de dólares en gasto de salud y pérdida de productividad a nivel mundial. Disminuir el consumo es un objetivo de política con impacto tanto en el sector salud como económico.

Los impuestos al tabaco son un mecanismo efectivo para reducir el consumo de estos, recaudar ingresos y reducir la carga al sistema de salud. Un incremento del componente específico del IEPS a los cigarros a 1.49 pesos por cigarro podría disminuir las ventas de cigarros en 18.1% e incrementar la recaudación del IEPS a tabaco en 35.6%. Aumentos superiores incrementarían aún más la recaudación, generando mayores reducciones en el consumo, lo que en el largo plazo beneficia en mayor medida a los hogares de menores recursos (Macías, et al, 2020). En el escenario de elasticidad más alta, un aumento de componente específico del IEPS hasta 3.7 pesos por cigarro resultaría en una recaudación mayor a la estimada en la LIF 2020. Bajo este aumento, los incrementos en la recaudación no serían los más elevados, pero es el escenario en donde las ventas se reducen en mayor proporción y por ende el gasto en salud pública.

En México, la diferencia entre el costo médico atribuible a las enfermedades relacionadas con el tabaco y el gasto efectivamente realizado es particularmente relevante debido al bajo gasto en el sistema de salud mexicano y a las desigualdades entre subsistemas en términos de intervenciones o enfermedades que cubre.

Con datos de 2018, el presupuesto ejercido en prevención y atención de enfermedades relacionadas al tabaco para atender a la población sin afiliación a las instituciones de seguridad social es diecinueve veces menor al costo médico requerido para atender a todas las personas que lo requieran.

Ante la falta de mecanismos claros para financiar el INSABI, canalizar los ingresos provenientes de la recaudación del IEPS a tabaco al sistema de salud es una alternativa viable para financiar el acceso a servicios de salud de las personas que no cuentan con afiliación a las instituciones de seguridad social. El etiquetado de ingresos presenta retos legales, sin embargo, como se muestra en este documento, es posible realizarlo mediante modificaciones a la Ley IEPS.



7. Acrónimos

DALY Disability-Adjusted Life Year

EMIM Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera

ENCODAT Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

ENIGH Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

ENT Enfermedades No Transmisibles

IECS Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria

IEPS Impuesto Especial a Producción y Servicios

IHME Institute for Health Metrics and Evaluation

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IVA Impuesto al Valor Agregado

LIEPS Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios

LIF Ley de Ingresos de la Federación

OMS Organización Mundial de la Salud

PEF Presupuesto de Egresos de la Federación

QALY Quality-adjusted life year

SAT Sistema de Administración Tributaria

SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público

YLD Year Lost Due to Disability

YLL Year Life Lost



8. Bibliografía

- Blakely, T., Cobiac, L., Cleghorn, C., Pearson, A., van der Deen, F., Kvizhinadze, G., . . . Wilson, N. (2015). Health, health inequality, and cost impacts of annual increases in tobacco tax: multistate life table modeling in New Zealand. *PLOS Medicine*. Retrieved from <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001856>
- Cámara de Diputados. (2019). Ley de Ingresos de la Federación 2020. Retrieved from http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lif_2020.htm
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). Ley de Coordinación Fiscal. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31_300118.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2020). *Cámara de Diputados*. Retrieved from Ley del Impuesto al Valor Agregado: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/liva.htm>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2020). *Cámara de Diputados*. Retrieved from Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lieps.htm>
- Cantú, R. (2013). *An Optimal Tobacco Tax*. Global Development Network.
- CIEP. (2018). *Sistema Universal de Salud: Retos de cobertura y financiamiento*. Retrieved from <https://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>
- Comisión Federal de Mejora Regulatoria. (2012). *Tabaquismo en México: análisis y recomendaciones de mejora regulatoria*. Retrieved from https://www.cofemer.gob.mx/Varios/Adjuntos/14.05.2012/IAPA_COFEMER_TABAQUISMO_EN_MEXICO_2012.pdf
- CONEVAL. (2018). *Ficha de monitoreo 2017 - 2018. Prevención y atención contra las adicciones*. Retrieved from https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2017_2018/FMyE_12_E025.pdf
- CONEVAL. (2020). *Evaluación de la política social*. Retrieved from <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Evaluacion.aspx>
- Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México.
- Dhillon, A., & Perroni, C. (2001). Tax earmarking and grass-roots accountability. *Economics Letter*, 72:99-106.



- Fuchs, A., & Meneses, F. (2017). *Are Tobacco Taxes Really Regressive? Evidence from Chile*. World Bank Group. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/389891484567069411/Are-tobacco-taxes-really-regressive-evidence-from-Chile>
- Fuchs, A., Matytsin, M., & Obukhova, O. (2018). *Tobacco Taxation Incidence: Evidence from the Russian Federation*. World Bank Group. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/691831540997110202/Tobacco-Taxation-Incidence-Evidence-from-the-Russian-Federation>
- Global Tobacco Economics Consortium. (2018). The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: compartmental model study. *BMJ*, 361. Retrieved from <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1162>
- Goodchild, M., Nargis, N., & Tursan d'Espaignet, E. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control*, 27, 58-64. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>
- IECS. (2017). *El Tabaquismo en México*. Retrieved from <http://www.iecs.org.ar/tabaco/>
- IHME. (2017). Global Burden of Disease, Compare. Retrieved from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- IMSS. (2019). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018-2019*. Retrieved from <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Frequently Asked Questions*. Retrieved from IHME Measuring what matters: <http://www.healthdata.org/gbd/faq>
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (2017). *El Tabaquismo en México*. Retrieved from <http://www.iecs.org.ar/tabaco/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Consulta de Precios Promedio. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/app/preciospromedio/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera. Retrieved from <https://www.inegi.org.mx/programas/emim/2007/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Consulta de Precios Promedio. Retrieved from <https://www.inegi.org.mx/app/preciospromedio/?bs=18>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*. Retrieved from <https://encuestas.insp.mx/ena/>
- ISSSTE. (2019). *Informe Financiero y Actuarial 2019*. Retrieved from <https://www.gob.mx/issste/documentos/informe-financiero-y-actuarial-ifa>



- John, R., Chelwa, G., Vulovic, V., & Chaloupka, F. (2019). Using Household Expenditure Surveys for Research in the Economics of Tobacco Control. A Tobacconomics Toolkit. Retrieved from https://tobacconomics.org/wp-content/uploads/2019/03/UIC_HES-Tool-Kit_Eng_final.pdf
- Macías, A., Méndez, J., García, A., & Villarreal, H. (2020). Análisis costo-beneficio del consumo de tabaco en México.
- Medel Palma, C., & Pérez Segura, L. I. (2020). Reforma que modifica diversas disposiciones de la ley IEPS. Obtenido de <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/64/2020/abr/20200421-I-2.html#Iniciativa3>
- NCI & OMS. (2016). *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. Retrieved from <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.html>
- NCI & WHO. (2016). *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. Retrieved from <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.html>
- OMS & PAHO. (2016). *Tobacco Control and illicit trade in tobacco products in panama*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/tobacco-PAHO-Fact-sheet-Tobacco-control-illicit-trade-products-Panama-2015.pdf>
- OMS. (2009c). *Database on tobacco earmarking practices globally*.
- OMS. (2010). *Chapter IV: The political economy of tobacco taxation*.
- OMS. (2020). *World Health Organization*. Obtenido de Tobacco Key Facts: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- OPS. (2012). *Respuesta del sector salud*. Retrieved from https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387
- Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015*. Retrieved from <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>
- Pichon-Riviere, A., Bardach, A., Augustovski, F., Alcaraz, A., Reynales-Shigematsu, L., Pinto, M., . . . Navia-Bueno, M. (2016). Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Pan American Journal of Public Health*. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31302>
- Pichon-Riviere, A., Reynales-Shigematsu, L., Bardach, A., Caporale, J., Augustovski, F., Alcaraz, A., . . . E., H. S. (2013). *Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en México*. Documento Técnico No. 10, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Retrieved from <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Carga-de-enfermedad-tabaquismo-Mexico-AGO2013-IECS-Doc-Tec-N%C2%B0-10-1.pdf>



- Redacción Animal Político. (22 de Abril de 2020). *Animal Político*. Recuperado el 2020, de <https://www.animalpolitico.com/2020/04/diputadas-morena-aumento-ieps-cigarros-alcohol-botanas-refrescos/>
- Reynales-Shigematsu, L., Rodríguez-Bolaños, R., Jiménez, J., Juárez-Márquez, S., Castro-Ríos, A., & Hernández-Ávila, M. (2006). Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*.
- Sáenz, B., & Reynales, L. M. (2019). *El consumo de cigarros ilícitos en México. Una estimación robusta y transparente para apoyar la toma de decisiones*. 2019: American Cancer Society.
- Secretaría de Economía. (2019). Sistema de Información Arancelaria Vía Internet. Retrieved from <http://www.economia-snci.gob.mx/>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2020). Estadísticas Oportunas de Finanzas Públicas. Retrieved from http://www.shcp.gob.mx/POLITICAFINANCIERA/FINANZASPUBLICAS/Estadisticas_Oportunas_Finanzas_Publicas/Paginas/unica2.aspx
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2020). Pre criterios de política económica 2021. Retrieved from https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/work/models/Finanzas_Publicas/docs/paquete_economico/precgpe/precgpe_2021.pdf
- SHCP. (2020). *Paquete Económico*. Retrieved from https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas_Publicas/Paquete_Economico_y_Presupuesto
- SSa. (2019). *Informes de labores de la CNPSS*. Obtenido de <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/planes-programas-e-informes/22-planes-programas-e-informes/39-informes-de-labores-de-la-cnpss>
- SSa. (2019). *Informes de labores de la CNPSS*. Retrieved from <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/planes-programas-e-informes/22-planes-programas-e-informes/39-informes-de-labores-de-la-cnpss>
- Sur, R., & ETHOS. (2019). *Impuestos al tabaco en América Latina. México*. Retrieved from http://salud.edomex.gob.mx/imca/documentos/omexdat/publicaciones/impuestos_tabaco_latam.pdf
- Torrealba, N. A. (2018). *Derecho Tributario Iberoamericano*. Bogotá: Instituto Colombiano de Derecho Tributario.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>



- Verguet, S., Gauvreau, C., Mishra, S., MacLennan, M., Murphy, S., Brouwer, E., . . . Jamison, D. (2015). The consequences of tobacco tax on household health. *The Lancet Global Health*. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70095-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70095-1/fulltext)
- Waters, H., Sáenz de Miera, B., Ross, H., & Reynales Shigematsu, L. (2010). *La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México*. Paris. Retrieved from https://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/mexico_annex2_economy_of_tobacco_and_taxes_in_mexico.pdf
- WHO & PAHO. (2016). *Tobacco Control and illicit trade in tobacco products in panama*. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/tobacco-PAHO-Fact-sheet-Tobacco-control-illicit-trade-products-Panama-2015.pdf>
- WHO. (2009c). *Database on tobacco earmarking practices globally*.
- WHO. (2010). *Chapter IV: The political economy of tobacco taxation*.
- Wilkinson. (1994). Paying for Public Spending: Is There a Role for Earmarked Taxes?
- World Health Organization. (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Retrieved from Tobacco Free Initiative: https://www.who.int/fctc/text_download/en/
- World Health Organization. (2011). *Economics of tobacco toolkit: assessment of the economic costs of smoking*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44596>
- World Health Organization. (2019). *Report on the Global Tobacco Epidemic*. Retrieved from https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- World Health Organization. (2019). Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). *Health statistics and information systems*. Retrieved from https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/



9. Anexo I

Tabla 7 Recaudación vs Gasto (2010-2014) a pesos de 2020

Concepto (mdp)	2010	2011	2012	2013	2014
Recaudación	41,062	43,950	46,069	46,450	45,046
Recaudación sin participaciones	29,509	31,585	33,108	33,381	32,372
Programa Prevención y atención contra las adicciones	1,301	1,923	1,470	1,626	1,556
Gasto / recaudación	3.4%	6.1%	4.4%	4.9%	4.8%

Fuente: Elaboración propia con datos de (SHCP, 2020)

Tabla 8 Recaudación vs Gasto (2015-2020) a pesos de 2020

Concepto (mdp)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Recaudación	46,849	46,293	44,209	44,607	44,014	43,679
Recaudación sin participaciones	43,668	33,268	31,771	32,057	31,630	31,390
Programa Prevención y atención contra las adicciones	1,512	1,429	1,357	1,393	1,404	1,387
Gasto / recaudación	4.5%	4.3%	4.3%	4.3%	4.4%	4.4%

Fuente: Elaboración propia con datos de (SHCP, 2020)



10. Anexo II

Los pasos por seguir para modificar la ley IEPS son los siguientes:

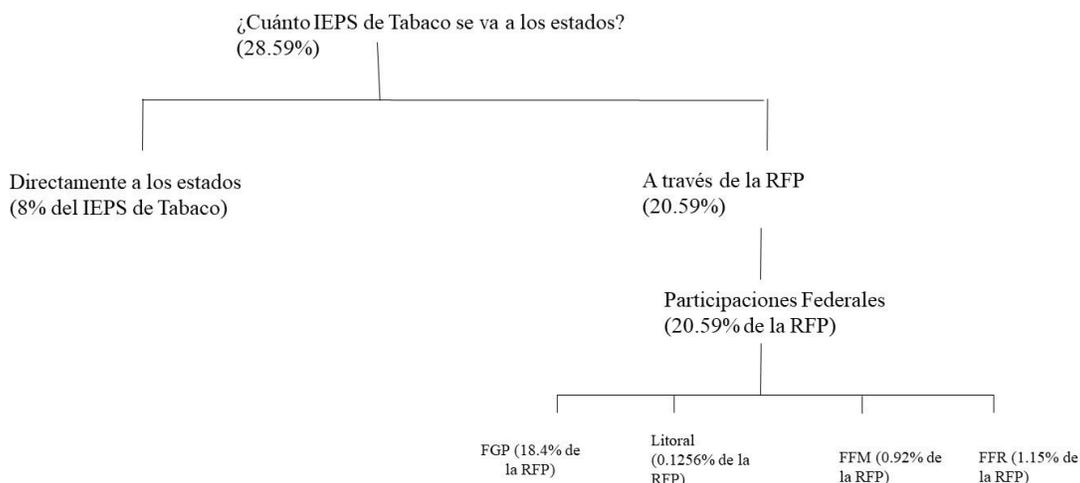
- El cambio de reforma a la ley puede ser presentado en cualquier momento por cualquier diputado, senador, congreso estatal o el presidente.
- La Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados debe de dictaminar y aprobar la propuesta.
- Una vez aprobada por la Comisión de Hacienda, la reforma debe de ser aprobada en el pleno de la Cámara de Diputados.
- Ya aprobada por los diputados, pasa a la Cámara de Senadores, en donde, igual que con los diputados, primero es aprobada por la Comisión de Hacienda y Crédito Público y posteriormente en el pleno. Tanto en el caso de los diputados como de los senadores, la reforma debe de ser aprobada por mayoría simple.
- Finalmente, pasa al presidente, quien debe de promulgarla y enviar para su publicación en el Diario Oficial de la Federación. El presidente tiene la facultad de vetar, por única vez, una reforma de ley ya aprobada por el poder legislativo.



11. Anexo III

28.59% del IEPS a tabaco se distribuye a las entidades federativas. 8% se distribuye directamente a los estados; y 20.59% a través de la Recaudación Federal Participable (RFP) en forma de participaciones federales (Figura 3).

Figura 3 Distribución estatal de IEPS a tabaco



Fuente: Elaboración propia con información de (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018)

El 20.59% del IEPS a tabaco se distribuye a los estados a través de cuatro fondos de participaciones federales. 18.4% a través del Fondo General de Participaciones; 0.1256% del Fondo de flujos comerciales; 1.15% del Fondo de Fiscalización y Recaudación; y 0.92% Fondo de Fomento Municipal. Los anteriores son cálculos propios basados en la Ley de Coordinación Fiscal (Tabla 9).

**Tabla 9** Porcentajes de la RFP y del IEPS al tabaco destinados a las entidades federativas

Fondo	Porcentaje de la RFP	Porcentaje del IEPS al tabaco
Fondo general de participaciones	20%	18.4%
Fondo de flujos comerciales	0.136%	0.1256%
Fondo de fiscalización y recaudación	1.25%	1.15%
Fondo de fomento municipal	1%	0.92%
Total	22.38%	20.59%

Fuente: Elaboración propia con información de (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018)

Para determinar la distribución a las entidades federativas en el escenario actual y en un escenario donde el componente específico del IEPS al tabaco aumenta a 1.4944 pesos por cigarro se siguieron los siguientes pasos:

- Primero se extrajo directamente el 8% del IEPS a tabaco por estado. Esta información se descargó directamente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para enero-julio de 2020.
- Se calculó el IEPS a tabaco destinado a cada fondo de participaciones. Para lograrlo primero se obtuvo el 92% del IEPS a tabaco, que es el destinado a la RFP, se multiplicó por el porcentaje de la RFP que se destina a cada fondo.
- Se obtuvo la proporción del fondo destinado a cada estado, para lo que se dividió el monto que le corresponde a cada entidad federativa entre el total del fondo. Este cálculo se repitió por mes y fondo. Se calculó el IEPS a tabaco por estado para cada fondo, multiplicando cada coeficiente por la cantidad del IEPS a tabaco por fondo.
- Se obtuvo la proporción del fondo destinado a cada estado, para lo que se dividió el monto que le corresponde a cada entidad federativa entre el total del fondo. Este cálculo se repitió por mes y fondo. Se calculó el IEPS a tabaco por estado para cada fondo, multiplicando cada coeficiente por la cantidad



del IEPS a tabaco por fondo.

- Por último, se calculó el IEPS a tabaco estatal total para 2020; sumando el IEPS de tabaco por fondo más el que se transfiere directamente a cada estado (mencionado al principio de esta sección). La distribución estatal del IEPS a tabaco resultante se muestra en la [Tabla 10](#).



Tabla 10 IEPS al tabaco por entidad federativa

Entidad Federativa	Statu quo (mdp)	IEPS a 1.4944 (mdp)	Cambio
Aguascalientes	141.9	192.4	50.5
Baja California	381.3	517.1	135.8
Baja California Sur	92.1	124.9	32.8
Campeche	80.2	108.7	28.6
Coahuila	305.6	414.5	108.9
Colima	97.7	132.4	34.8
Chiapas	385.9	523.3	137.4
Chihuahua	398.1	539.9	141.8
Ciudad de México	1,389.9	1,884.9	495.0
Durango	165.7	224.7	59.0
Guanajuato	543.3	736.8	193.5
Guerrero	249.1	337.8	88.7
Hidalgo	224.4	304.4	79.9
Jalisco	905.7	1,228.2	322.5
México	1,840.5	2,496.0	655.5
Michoacán	406.2	550.9	144.7
Morelos	158.9	215.5	56.6
Nayarit	113.8	154.4	40.5
Nuevo León	670.3	909.0	238.7
Oaxaca	288.2	390.8	102.6
Puebla	494.6	670.7	176.1
Querétaro	268.1	363.6	95.5
Quintana Roo	152.7	207.1	54.4
San Luis Potosí	253.2	343.4	90.2
Sinaloa	295.5	400.8	105.3
Sonora	359.1	487.0	127.9
Tabasco	304.4	412.7	108.4
Tamaulipas	385.0	522.1	137.1
Tlaxcala	114.4	155.2	40.7
Veracruz	670.5	909.3	238.8
Yucatán	208.0	282.1	74.1
Zacatecas	146.1	198.1	52.0
TOTAL	12,490.2	16,938.4	4,448.2

Fuente: Elaboración propia con información de (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018), (Cámara de Diputados, 2019) y (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2020).

Recaudación de impuestos al tabaco
y gasto en salud
en México.

