

FINANCIAMIENTO INEQUITATIVO PARA LA FUNCIÓN SALUD

Dra. Pastora Melgar Manzanilla

La doctrina subyacente puede designar a la salud de diversas formas: como un derecho humano básico, como una inversión para el desarrollo, como una mercancía que se compra y se vende, como una demanda política o como un gasto, sin que necesariamente sean incompatibles unos con otros. Se esperaría que el diseño del sistema de salud, su financiamiento, así como las disposiciones operacionales reflejen y sean congruentes con la doctrina que subyace o fundamenta a la salud.¹

México, a partir de junio de 2011, se encuentra en el conjunto de Estados que acogieron en su Constitución el paradigma de los derechos humanos. La salud o la protección a la salud, como lo designa la Constitución mexicana, es considerado un derecho humano, por tanto, el Estado tiene un deber positivo para con las personas en lo que respecta a la salud. El derecho a la protección de la salud requiere que el Estado adopte las medidas apropiadas para asegurar la plena

¹ Cfr. Maharaj Sr., Paul TJ., "Ethical issues in Healthcare Financing", *West Indian Med Journal*, Julio 2011, No. 60 (4), pp. 498- 501, visible en <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v60n4/a23v60n4.pdf>, consultado el 10 de mayo de 2017.

efectividad de este derecho. Entre estas medidas se encuentra lo relativo a la financiación o financiamiento del sistema de salud que debe ser ético; es decir, congruente con la doctrina de derechos humanos: suficiente y equitativo.

Siguiendo a Santo Tomás de Aquino,² la ética política se ocupa de las acciones llevadas a cabo por la sociedad política, es decir, los actos mediante los cuales esta sociedad se da a sí misma una forma y una organización en sus diversos aspectos, esto es, constitucional, legislativo, administrativo, inclusive su sistema de salud. La valoración de tal organización se realiza desde el punto de vista del fin propio de la comunidad política en cuanto tal, podríamos hablar del respeto, protección y realización de los derechos humanos. De esta manera, la moralidad del sistema de salud depende de la posibilidad de que dicho sistema haga efectivo el derecho humano a la protección de la salud.

141

Si la salud es vista como un derecho humano, es válido esperar que la financiación y las acciones de política y planificación estén dirigidas a asegurar el acceso equitativo de todos los miembros de la sociedad a toda la gama de servicios y recursos disponibles en los sectores dedicados a las actividades de salud.

Por otro lado, de considerarse una demanda política o una mercancía, por ejemplo, el acceso equitativo sería de menor importancia, de tal manera que el diseño del sistema sería más sensible a cubrir el acceso a cierta base de la población que tiene determinada influencia o que tiene capacidad de pagar por los diversos servicios de salud. Asegurar servicios de salud a la sociedad en su conjunto o a grupos vulnerables no sería de importancia.³

En este breve artículo sobre la financiación del sistema de salud y la función salud en México, consideraremos dos aspectos impor-

² Cfr. Tomás de Aquino, *Comentario a la Ética a Nicómaco*. Buenos Aires: Ciafic, 1983.

³ Cfr. Maharaj Sr., Paul TJ. *Op. cit.*

Financiamiento inequitativo para la función salud

tantes: el financiamiento público y el financiamiento a través de gasto de bolsillo. Respecto del financiamiento público, tomaremos en cuenta la suficiencia financiera y la equidad entre grupos tales como empleados y no empleados; y, respecto del gasto en bolsillo, nos enfocaremos en su tratamiento fiscal en cuanto a la limitación a las deducciones personales.

Financiación insuficiente

Una parte importante del sistema de salud, que es indicativo de su moralidad, es su financiación. Por tanto, si se pretende contribuir, aunque sea mínimamente, a llevar el sistema de salud hacia el estado de universalización o generalización y perfección al que aspira, es decir a su entelequia, es necesario revisar su financiamiento.

142

Financiamiento o financiación se refiere al conjunto de recursos monetarios y de crédito destinados a una empresa, actividad, organización o individuo(s), con el objetivo de que los mismos realicen determinada actividad, cumplan determinado compromiso o concreten algún proyecto. La financiación pública es una forma de financiación donde los medios económicos provienen de una institución o un organismo público del Estado; mientras que, en la financiación privada o personal, los fondos provienen de una o varias personas o entes privados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la financiación de la atención de la salud se centra en la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente. Establece que, en el sistema de la salud, los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean

eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.⁴

Aunque no se señale de manera explícita, en la anterior definición se advierten los principios de suficiencia financiera y equidad, entre otras. La suficiencia financiera se refiere a que los recursos financieros deben permitir hacer frente a las obligaciones del sistema de salud y la equidad a que todos los individuos con necesidad reciban o tengan acceso a los mismos servicios y en las mismas condiciones.⁵

Un acercamiento a la valoración de la suficiencia en la financiación de la salud puede realizarse a través de la comparación con la financiación que otros Estados realizan a la salud. Podemos tomar en cuenta aspectos como gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) y dependencia del gasto de bolsillo.

Según estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), para el año 2015, el gasto total en salud como porcentaje del PIB fue de 5.8%. De entre los países de la OCDE, sólo Turquía (5.2%) y Latvia (5.36%), reportan menores gastos por concepto de salud como porcentaje del PIB. El país que reporta el gasto más alto es Estados Unidos con 16.9% del PIB; mientras que el promedio de la OCDE es de 9.0%.⁶

El porcentaje de gasto en salud mencionado incluye tanto gasto público como de bolsillo. Respecto del gasto público en salud para

⁴ Cfr. Organización Panamericana de la Salud, "Financiamiento de los sistemas de Salud", visible en http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es, consultado el 5 de mayo de 2017.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Conjuntos de prestaciones de salud. Objetivos, diseño y aplicación*, OPS, 2003, p. 35.

⁶ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Health expenditure and financing", visible en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, consultado el 2 de mayo de 2017.

Financiamiento inequitativo para la función salud

México, en el 2015 fue de 2.89%;⁷ en el 2016 fue de 2.80%;⁸ y, en el 2017 es de un aproximado de 2.70%.⁹ Cabe mencionar, que durante el 2000 y el 2013, el gasto público en salud aumentó como porcentaje del PIB de 2.59% a 3.26%.¹⁰

En países como Japón, Alemania y Suecia se destinan más del 9% del PIB al gasto público en salud. El promedio para los países de la OCDE es 6.6%.¹¹

Como se advierte, aproximadamente la mitad del gasto en salud en México es gasto privado, del cual la gran mayoría es absorbido por las personas. La OCDE reporta como gasto de bolsillo para la salud para México un 45%.¹² En este rubro de gasto, la calificación de México es pobre, pues para ser congruente con la doctrina de la protección de la salud como un derecho humano, la salud no debe depender de la capacidad de pago, el Estado debe asegurar la realización del derecho. En el rubro de gasto de bolsillo, México se encuentra en el primer lugar de entre los países miembros de la OCDE.

Estos datos resultan preocupantes pues pone en riesgo de empobrecimiento a las personas. Esta alta carga de pago del bolsillo

144

⁷ Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, "El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud 2015-2106", México: Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u Análisis, Subdirección de Análisis económico, 2016, p. 12, visible en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-26-15.pdf>, consultado el 11 de mayo de 2017.

⁸ Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, "El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2016-2017", México: Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u Análisis, Subdirección de Análisis económico, 2016, p. 12, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-23-16.pdf>, consultado el 12 de mayo de 2013.

⁹ *Ídem*.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, "La salud de México en cifras", visible en http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=780&Itemid=310, consultado el 1 de mayo de 2017.

¹¹ Méndez Méndez, Judith Senyacen, "Gasto en salud: Propuesta 2017", CIEP, de 1 de noviembre de 2016, visible en http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#_ftnref2, consultado el 2 de mayo de 2017.

¹² Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OECD publishing, 2016.

puede crear barreras financieras en el acceso a servicios sanitarios, particularmente para grupos poblacionales de bajos ingresos, como se ha destacado reiteradamente por diversas instancias, entre ellas la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Ahora bien, se puede pensar que la comparación realizada líneas arriba es injusta pues se está comparando a México sólo con países de la OCDE, sin embargo, México es uno de los países con un gasto público en salud bajo no sólo entre los países de la OCDE. Se encuentra en el puesto 116 de los 192 países que componen el ranking.¹³ Eso es relevante especialmente si se toma en consideración que nuestro país es la economía número 16, conforme al Fondo Monetario Internacional.

La conclusión a la que se puede llegar es que México invierte poco en salud pública. Comparando el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, éste se ha mantenido en la misma proporción desde 2006, alrededor de 11%. En 2016 representó el 11.9% mientras que en 2017 es del 11.2%.¹⁴ En este caso, el desempeño de México es mejor (datos 2015/ 2014), se encuentra en el puesto 95 de 192 países.¹⁵

La financiación limitada del sistema de salud se refleja en los recursos para la salud. México cuenta con 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeras practicantes por cada 1 000 habitantes, mucho menos que el promedio de la OCDE de 3.3 y 9.1, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja, con 1.6 camas por cada 1 000 habitantes en 2013, comparado con 4.8 camas por cada 1 000 habitantes promedio de la OCDE.¹⁶ Por supuesto, deben tomarse en

¹³ Cfr. "México - Gasto público en salud", visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/mexico>, consultado el 2 de mayo de 2017.

¹⁴ Méndez Méndez, Judith Senyacen, "Gasto en salud: Propuesta 2017", *op.cit.*

¹⁵ Cfr. "Gasto público en salud", visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud>, consultado el 2 de mayo de 2017.

¹⁶ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016", *op.cit.*

Financiamiento inequitativo para la función salud

cuenta otros factores como la ineficiencia del uso de los recursos públicos. No obstante, no se puede dejar de advertir que la financiación parece insuficiente.

Financiación pública de salud e inequidad en el acceso y calidad de los servicios de salud

Los sistemas de salud pueden agruparse en tres grandes modelos:

- Modelo de seguro social (seguridad social o mixto), que ofrece cobertura por la pertenencia laboral, el nivel de ingresos y la residencia. El financiamiento es público vía el seguro social.
- Modelo Universalista, que ofrece cobertura universal y su financiamiento es público vía impuestos.
- Modelo privado, cuya cobertura es restringida y su financiamiento es privada.

146

El sistema mexicano de salud surgido en 1940 es predominantemente conforme al modelo de seguro social. Una de sus características es la escisión entre la población asegurada con cobertura por la seguridad social, y la población no asegurada. De esta manera, los que no tienen empleo formal, los auto-empleados y los desempleados, no tenían igual cabida en los esquemas públicos de aseguramiento en salud.

Este modelo de sistema de salud no es compatible con la concepción de la salud como bien social o derecho humano y no es apto para garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la sociedad ya que carece del elemento de universalidad o de generalidad.

En el 2003, aún antes del cambio al paradigma de los derechos humanos, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, un decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS) para

crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).¹⁷ Este sistema es un sistema paralelo y complementario al de seguro social que tiene como objetivos alcanzar un financiamiento justo y democratizar el sistema de salud. El principio rector del financiamiento justo y de la democratización del sistema de salud es que la atención a la salud se garantice a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación.¹⁸

Así, se advierte que la base ética de la reforma a la Ley General de Salud realizada en mayo de 2003, es la universalización del sistema de salud para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud (que ahora podemos considerar, sin temor a equivocarnos, un derecho humano), independientemente de la situación laboral, social o económica de las personas.

El Sistema Nacional de Salud es el encargado de la atención a la salud en México. Este sistema se conforma por el conjunto de entidades públicas, federales y estatales, entidades del sector social y entidades privadas que prestan servicios de salud a la población mexicana.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Salud Pública está conformado por entidades públicas que atienden a la población, se compone principalmente del Sistema de Seguridad Social en Salud que atiende a personas y sus familiares con seguridad social ligada a su empleo y del Sistema de Protección Social en Salud, que atiende a personas que no tienen seguridad social ligada al empleo.

¹⁷ Cfr. DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2013, visible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003, consultado el 15 de mayo de 2017.

¹⁸ Para más información sobre el Sistema de Protección Social en Salud, cfr. Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez Daniel y Melgar Manzanilla Pastora, *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México...* pp. 229-242.

Financiamiento inequitativo para la función salud

El primero se integra por instituciones tales como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Por su parte, el Sistema de Protección Social en Salud se integra por instituciones y programas orientados hacia la atención de la población desempleada, que labora en la economía informal y a la población en estado de pobreza, vulnerabilidad o marginación. Las principales instituciones y programas que lo componen son el Seguro Popular que, como su nombre lo indica, es un seguro por lo que tiene algunas similitudes con el seguro social atado al empleo, pero sin estar ligado al trabajo; el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), y IMSS PROSPERA.

148

Ahora bien, se ha mencionado que uno de los objetivos de la creación del Sistema de Protección Social en Salud fue alcanzar un financiamiento justo y democratizar el sistema de salud, de tal manera que se garantice a todos los ciudadanos y residentes del país su derecho a la protección de la salud.

En efecto, dicha reforma resultó en un aumento en la cobertura en servicios de salud; incluso, en 2012 la OMS felicitó a México por el Seguro Popular que permitía al país acercarse a la cobertura universal de salud.¹⁹ Sin embargo, en su informe sobre salud de México, la OCDE señala que México está lejos de alcanzar una cobertura efectiva y servicios de alta calidad.²⁰

Además, señala que las características del sistema de salud hacen que se apliquen reglas diferenciadas de financiamiento y de acceso a los servicios de salud. Esto se avizora al observar el presu-

¹⁹ Cfr. Cruz, Antimio, “La OMS felicita a México por cobertura universal en salud”, *La Crónica* de 03 de abril de 2012, visible en <http://www.cronica.com.mx/notas/2012/650718.html>, consultado el 15 de mayo de 2017.

²⁰ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, op. cit, pp. 3 y 102.

puesto por afiliado en términos de gasto per cápita. El presupuesto promedio en términos de gasto per cápita es equivalente a \$2 726 por afiliado.²¹ Empero, existen considerables diferencias entre el gasto per cápita de afiliados de las distintas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud Pública.

A los afiliados al IMSS, corresponde un gasto per cápita de \$3 510; a los del ISSSTE, \$3 973; a los de SEDENA y SEMAR, \$10 671; y a los del Seguro Popular, \$1 168.²²

Además, la OCDE señala que cada una de esas instituciones presta servicios distintos, con precios distintos y resultados distintos. Por otra parte, la distribución de los recursos del Seguro Popular a los estados se realiza conforme al criterio de número de afiliados. Si se toma en cuenta que se busca un acceso equitativo porque la protección a la salud es un derecho humano, tal como lo señala la OCDE, un criterio de distribución de recursos más efectivo parece ser la necesidad y no el número de afiliados, pues la distribución puede resultar en inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diversos Estados.

149

En suma, estamos de acuerdo con la OCDE en que el financiamiento de la salud pública entre los diversos subsistemas resulta inequitativo y a su vez, lleva a la inequidad en el acceso y calidad de los servicios.²³

Otras recomendaciones de la OCDE son: la implantación de un sistema de salud centrado en las personas, un paquete explícito de beneficios más homogéneo para todo el sistema y cambiar de una dependencia de

²¹ Méndez Méndez, Judith Senyacen, "Gasto en Salud: Propuesta 2017".

²² *Ídem*.

²³ Según la OCDE, un reto fundamental es que la atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. Establece que México necesita un sistema funcional unificado donde el acceso esté determinado por la necesidad y no por la situación laboral. *Cfr.* Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*.

Financiamiento inequitativo para la función salud

la seguridad social para financiar las instituciones de seguridad social y depender más de ingresos por impuestos generales.²⁴

Al respecto de la financiación mediante impuestos generales, de acuerdo con datos de la OCDE, en 2013, 28.7% del total del gasto en salud fue pagado con fondos de la seguridad social, mientras que 22.4% fue financiado con fondos generales del gobierno.²⁵

Así, a pesar de que los aparentes esfuerzos por garantizar a la población su derecho a la protección de la salud, lo que es compatible con una concepción de la salud como un derecho humano, el hecho de que el acceso sea diferenciado según el trabajo de las personas o según su situación social o económica, pone en duda la anterior concepción y hace pensar que nos acercamos más a la concepción de la salud como un bien de mercado.

150 No se puede hablar de sistema general o universal si persisten las inequidades entre los subsistemas y entre los estados del país. Parece necesario, por tanto, establecer estándares homogéneos entre los sistemas y entidades, y que la distribución de recursos se realice conforme a las necesidades de las personas.

Tratamiento fiscal del gasto de bolsillo en salud e inequidad

Como ya se mencionó, México todavía no alcanza una cobertura efectiva y servicios de alta calidad, ni el acceso generalizado, esto posiblemente resulta en el elevado gasto de bolsillo para la salud. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012),²⁶ señalan que, aun siendo afiliados a alguna institución pública de salud,

²⁴ *Ídem.*

²⁵ *Ídem.*

²⁶ Instituto Nacional de Salud Pública, "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales", México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, visible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012Resultados-Nacionales.pdf>, consultado el 10 de mayo de 2017.

las personas utilizan otros servicios de salud además de aquel de su afiliación, especialmente los privados. Así, los afiliados de IMSS utilizan su institución de afiliación en un 65.3% para atención curativa ambulatoria y en un 82.2% para atención hospitalaria; utilizan los servicios de otras instituciones públicas en un 4.1% para atención curativa ambulatoria y en un 5.1 para atención hospitalaria; por otra parte, utilizan a las instituciones privadas en un 30.9% para atención curativa ambulatoria y en un 12.7% para atención hospitalaria.²⁷

En el caso del ISSSTE, los afiliados utilizan esta institución para atención curativa ambulatoria en un 65.9% y para atención hospitalaria en un 75.1%; utilizan otras instituciones públicas para atención curativa ambulatoria en un 5.6% y para atención hospitalaria en un 7.3%; asimismo, utilizan a instituciones privadas para atención curativa ambulatoria en un 28.4% y para atención hospitalaria en un 17.3%.²⁸

151

Por su parte, tratándose del seguro popular, sus afiliados lo utilizan en un 65.9% para atención curativa ambulatoria y en un 80.3% para atención hospitalaria; utilizan otras instituciones públicas en un 3% en el caso de atención curativa ambulatoria y en un 7.5% para atención hospitalaria; asimismo, utilizan instituciones privadas en un 31.1% para atención curativa ambulatoria y en un 12.2 % para atención hospitalaria.²⁹

En el caso de otros seguros públicos como el de las fuerzas armadas, los afiliados utilizan sus instituciones en un 63.1% para atención curativa ambulatoria y en un 91.6% para atención hospitalaria; utilizan otras instituciones públicas en un 0.3% para atención curativa ambulatoria y en un 0.4% para atención hospitalaria; y, utilizan otras instituciones privadas en un 36.6% para atención curativa ambulatoria y en un 8% para atención hospitalaria.³⁰

²⁷ *Ibidem*, pp. 45 y 51.

²⁸ *Ídem*.

²⁹ *Ídem*.

³⁰ *Ídem*.

Financiamiento inequitativo para la función salud

Como se advierte, las personas aseguradas utilizan, en porcentajes significativos los servicios de salud privados. Si bien es cierto que la dependencia del gasto de bolsillo implica inequidad dado que el acceso a los servicios de salud se vincula a la posición económica, también es cierto que las personas optarían por los servicios privados en la medida de lo posible y generarían gastos de bolsillo por la falta de calidad en los servicios otorgados por el Estado.

Recordamos que siendo que la protección de la salud un derecho humano, el Estado tiene el deber de realizar acciones para hacerlo efectivo; esto es, el Estado debe asegurar la efectividad del derecho humano. No obstante, los datos mencionados en apartados anteriores muestran que no hay un financiamiento público suficiente para la salud, no hay equidad en el acceso y que el gasto de bolsillo es elevado. Es decir, las personas se ven obligadas sufragar por sí mismos sus gastos en salud.

Ahora bien, es importante referirnos al tratamiento fiscal del gasto de bolsillo en salud.³¹ La legislación fiscal cataloga a ciertos gastos que realizan las personas físicas como deducciones personales. Es decir, se trata de gastos que se pueden deducir de los ingresos brutos y por tanto no son susceptibles de imposición sobre la renta. Ciertos gastos médicos y hospitalarios que realizan los particulares son considerados como deducciones personales.³²

³¹ Para abordar el tema del tratamiento fiscal del gasto de bolsillo en salud, se toman argumentos vertidos en Melgar Manzanilla, Pastora, *Proporcionalidad y equidad tributarias a la luz del paradigma de los derechos humanos*, México: UNAM Posgrado, 2017, especialmente, pp. 185 a 189.

³² El artículo 151, fracción. I, de la Ley del Impuesto sobre la Renta, considera a los honorarios médicos, dentales y gastos hospitalarios, del contribuyente y sus dependientes como deducciones personales que corresponden a las personas físicas, siempre que dichos dependientes no perciban durante el año de calendario ingresos en cantidad igual o superior a la que resulte de calcular el salario mínimo general elevado al año, y los honorarios y gastos se efectúen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México o mediante

En términos generales, la doctrina considera a las deducciones personales como aquellos gastos y erogaciones que realizan las personas físicas con fines meramente de protección tanto de su persona como de sus familiares directos; no cabe duda de que los gastos en salud son una especie de estos gastos. La doctrina ha considerado que estas deducciones son un mecanismo que busca salvaguardar el mínimo vital; esto es, las necesidades personales y familiares para una vida digna.

El mínimo vital, se considera el derecho de gozar de ciertas prestaciones e ingresos mínimos que aseguren a toda persona su subsistencia y un nivel de vida digno, así como la satisfacción de necesidades básicas.³³ No obstante, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido que las deducciones personales no son necesarias para la generación de los ingresos y, por tanto, no tienen que permitirse; establece que dichas deducciones son otorgadas y no reconocidas por el legislador;³⁴ es decir, no se toma en cuenta su vínculo con derechos humanos. De esta manera, las deducciones personales, como los gastos de bolsillo para la salud que realizan las personas físicas con la finalidad de la subsistencia digna de su per-

153

tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.

Las autoridades fiscales podrán liberar de la obligación de pagar las erogaciones a través de los medios establecidos en el párrafo anterior, cuando las mismas se efectúen en poblaciones o en zonas rurales sin servicios financieros.

³³ Celi Maldonado, Alejandra, "Mínimo vital", en *Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales*, España, Universidad de Alcalá-AECID, visible en http://diccionario.prapdi.es/index.php/terminos_pub/view/9, consultado el 5 de mayo de 2017.

³⁴ *Cfr.* Tesis 1ª./J. 103/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 108, de rubro: "DEDUCCIONES. CRITERIOS PARA DISTINGUIR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS CONTEMPLADAS EN LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD TRIBUTARIA CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 31, FRACCIÓN IV, CONSTITUCIONAL"; y Tesis 1ª./J. 15/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXXIII, febrero de 2011, p. 170, de rubro: "DEDUCCIONES ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES. RAZONES QUE PUEDEN JUSTIFICAR SU INCORPORACIÓN EN EL DISEÑO NORMATIVO DEL CÁLCULO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA".

Financiamiento inequitativo para la función salud

sona y de sus familiares, son considerados no como una exigencia del derecho humano a la protección de la salud o del mínimo vital, sino como una concesión graciosa del Estado.

Ahora bien, a partir de 2014, la legislación fiscal establece un límite a las deducciones personales que las personas físicas pueden realizar. A partir de 2016, conforme al último párrafo del artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR) vigente, el monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco salarios mínimos generales elevados al año (\$146 073.00), o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto.

154 Al respecto, hemos mencionado que las deducciones personales, por lo menos en la doctrina, se consideran un mecanismo que busca salvaguardar el mínimo vital, se refieren a bienes que requiere una persona para una vida digna, como aquellos ligados a la salud. Respecto de los servicios de salud, se debe aceptar que, si el Estado no es proveedor de servicios de salud en calidad y cantidad adecuadas, en ocasiones las personas necesitan realizar gastos extraordinarios, no por su voluntad, sino porque es necesario para preservar la vida, la salud o la integridad física. Tomando en consideración lo anterior, el límite a las deducciones personales, tal como está diseñado, no es congruente con la protección a la salud concebida como derecho humano.

En los años 2013 y 2014 se presentaron acciones de inconstitucionalidad en contra del límite a las deducciones personales. No obstante, la SCJN resolvió su constitucionalidad por considerar que eran infundadas las impugnaciones presentadas a través de las acciones de inconstitucionalidad 40/2013 y 5/2014. Sin embargo, vale la pena mencionar algunos argumentos expuestos por el ministro Cossío Díaz durante la discusión. El ministro señaló que:

Todos los anteriores [gastos personales] contienen sus limitantes y requisitos para la deducibilidad en función de lo que el legislador ha estimado necesario para el control y la fiscalización, con el propósito de evitar posibles abusos por parte de los contribuyentes. Es en eso donde reside, a mi juicio, la inconstitucionalidad del precepto que estamos analizando, así como la violación al principio de proporcionalidad tributaria que considero contiene la disposición que limite la deducción a la suma de todos estos conceptos.³⁵

Asimismo, señaló que: “artificialmente se está estableciendo un techo o tope para la suma de una serie de variables, cuya predicción por el legislador, o inclusive, el contribuyente resulta imposible”.³⁶

El límite a las deducciones personales fue justificado estableciendo que se trata de una medida para evitar abusos de los contribuyentes; es decir que deduzcan más de lo debido por concepto de deducciones personales. Sin embargo, coincidimos con Cossío Díaz, pues dicha limitante padece de tres inconvenientes: a) lo subjetivo de los indicadores como tope o techo a las deducciones; b) lo falso de la justificación del límite a las deducciones en virtud de la evasión fiscal; y c) puede ser un obstáculo al derecho a la protección de la salud y del mínimo vital.

Por otra parte, en la sesión pública ordinaria del Pleno de la SCJN en donde se analizaron las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, también se argumentó que, por tratarse de deducciones no estructurales, las deducciones personales

³⁵ Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el martes 26 de agosto de 2014 respecto a las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, promovidas por diversos senadores y diputados de la Sexagésima Segunda Legislatura del Congreso de la Unión, pp. 7 y 8, visible en: https://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver_taquigraficas/26082014PO.pdf, consultado el 7 de mayo de 2017.

³⁶ *Ibidem*, p. 8.

Financiamiento inequitativo para la función salud

no inciden en la proporcionalidad y equidad tributarias dado que la proporcionalidad y equidad se imprime al llegar al ingreso neto. Por tanto, se señaló que las deducciones personales supuestamente otorgan una deducción adicional a lo que ya sería proporcional y equitativo. Al respecto, Cossío Díaz señaló que tal como el Pleno de la SCJN ya había establecido, las deducciones personales se fundamentan en el Artículo 31, fracción IV, de la Constitución “como mecanismo necesario para la materialización del principio de proporcionalidad tributaria, por lo que sí inciden en la proporcionalidad y la equidad de los tributos”.³⁷

156 Dichos argumentos son importantes ya que, aunque no se discute específicamente sobre el derecho a la protección de la salud (las deducciones personales no sólo involucran gastos relacionados con la salud), sí inciden en dicho derecho.

Los gastos relacionados con el mínimo vital y la dignidad humana no deberían ser susceptibles de imposición. Para llegar a la capacidad contributiva y a la proporcionalidad tributaria se deben restar dichos gastos. Los gastos relacionados con la salud son gastos que forman parte del mínimo vital, son gastos necesarios para actualizar la dignidad humana, eje de los derechos humanos.

Incluso, la SCJN ha señalado que el “derecho constitucional al mínimo vital cobra plena vigencia a partir de la interpretación sistemática de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución General y particularmente de los Artículos 1o., 3o., 4o., 6o., 13, 25, 27, 31, fracción IV, y 123”.³⁸ Como se observa, entre los artículos constitucionales mencionados, se encuentra el Artículo 4º que es el artículo que reconoce el derecho a la protección de la salud.

En el mismo criterio, la SCJN advierte que el mínimo vital es un presupuesto del Estado Democrático de Derecho, necesario para

³⁷ *Ibidem*, p. 9.

³⁸ Tesis 1a. XCVII/2007, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XV, mayo de 2007, p. 793, de rubro: “DERECHO AL MÍNIMO VITAL EN EL ORDEN CONSTITUCIONAL MEXICANO”.

que los individuos tengan las condiciones que les permitan desarrollar un plan de vida autónomo y para facilitar su participación activa en la vida democrática.³⁹

En efecto las deducciones inciden en los derechos humanos de proporcionalidad y equidad tributarias, en el mínimo vital y en el derecho a la protección de la salud. Pero, como hemos señalado con anterioridad, la SCJN pretende ver a las deducciones como una concesión o apoyo del Estado y no como un mecanismo para hacer efectivo el derecho humano al mínimo vital, a la protección de la salud, entre otros derechos.

A partir de esta idea de las deducciones, se habla de un “programa de salud” que no está administrado por el IMSS, por el ISSSTE, o por el Seguro Popular, sino por el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Se señaló que la base legal de tal programa de salud se encuentra en la deducibilidad de gastos médicos que permite la LISR. Este programa, se dirige a apoyar principalmente a los ingresos más altos de la economía pues las personas que se benefician del “subsidio a la salud”, que representa la deducibilidad de gastos médicos, son personas que causan ISR, lo cual es indicativo de la posibilidad de percibir recursos.⁴⁰

157

Si tomamos en cuenta que el Estado tiene la obligación de proveer servicios de salud para hacer efectivo ese derecho humano, entonces, cuando el Estado no es capaz de proveerlos y las personas los costean por sí mismos, no es el Estado que subsidia la salud sino al contrario, son las personas las que subsidian al Estado. En estos casos, el mínimo vital exento de contribuciones debe proveer para los gastos de salud.

Así, se hace evidente la falacia estructural de los argumentos a favor del límite a las deducciones personales, el gasto médico de

³⁹ *Ídem.*

⁴⁰ Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, *op. cit.*, pp. 13 y 14.

Financiamiento inequitativo para la función salud

bolsillo –el que realizan los particulares en instituciones de salud también particulares– no es un “subsidio a la salud”, sino que parece mostrar la incapacidad del Estado para brindar los servicios de salud con la intensidad y calidad que los gobernados demandan y, como consecuencia, se les debe permitir que mantengan esa parte de su riqueza, que de contar con instalaciones hospitalarias y médicos suficientes, debería percibir el Estado vía impuestos.

158 El gasto de bolsillo no ha disminuido de manera significativa en la última década a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud a través de la reforma del Seguro Popular. Las razones por las cuales se mantienen los niveles altos y sostenidos del gasto de bolsillo no son claras. Pero en parte puede ser por la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proporcionan las instituciones a las cuales se encuentran afiliados; lo que los lleva a buscar atención médica con prestadores privados. De hecho, México muestra la mayor relación de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE para los cuales hay información disponible, ya que cuenta con 11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes, lo que visibiliza al sector privado como una parte importante del sistema de salud.⁴¹

Son indicios de la calidad en los servicios, los siguientes datos: casi tres de cada diez mexicanos mueren dentro de un mes de un infarto cardíaco (y esta tasa está empeorando), en comparación con menos de uno de cada diez en promedio para los países de la OCDE (donde las tasas de supervivencia en general están mejorando). Del mismo modo, casi dos de cada diez mexicanos mueren dentro de un mes posterior a un accidente cerebrovascular, sin ninguna mejora en la tasa de supervivencia en los últimos cinco años, en comparación con menos de uno de cada diez en promedio

⁴¹ Cfr. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, op. cit.

para la OCDE (donde las tasas de supervivencia están mejorando en general).⁴²

Además, la OCDE señala que existe buena evidencia de que los recursos escasos de México no se están usando efectivamente. La atención primaria no está tan desarrollada como debería. Como ejemplo, señala que no se ha establecido el registro con un médico de atención primaria, y las horas de apertura son limitadas. Por tanto, la gente busca atención médica por episodios en las salas de emergencia (y cada vez más en los consultorios médicos adyacentes a las farmacias), lo que significa que se pierden las oportunidades de una atención proactiva.⁴³

Otro argumento a favor del límite a las deducciones personales utiliza datos relativos a los recursos que “deja de percibir el Estado” por las deducciones. Así, en la sesión pública ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el martes 26 de agosto de 2014 respecto a las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, se señaló que el gasto fiscal que representa el programa de salud insertado en la LISR ascendió en 2013 a un total aproximado de seis mil millones de pesos. También se estableció que los gastos médicos representan 40% de dicho rubro y que en comparación con los presupuestos asignados en 2014 a las diversas secretarías de Estado, el monto del gasto fiscal correspondiente a deducciones por gastos médicos representó aproximadamente el mismo presupuesto de la Secretaría de Turismo, el doble del presupuesto de la Secretaría de Energía, 20% más que el presupuesto de la Secretaría del Trabajo y 80% del presupuesto de la Secretaría de Relaciones Exteriores.⁴⁴

El argumento parece ignorar que el origen de esos recursos es el trabajo de los particulares y que dichos recursos nunca estuvieron

⁴² *Ídem.*

⁴³ *Ídem.*

⁴⁴ Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, *op. cit.*, p. 15.

Financiamiento inequitativo para la función salud

en la bolsa tributaria ni le corresponden al Estado en consideración a que su utilización es para salvaguardar el mínimo vital y el derecho a la protección de la salud.

Los argumentos aparentan ser argumentos eminentemente económicos en función de recaudar lo más posible. Obviamente no pone al contribuyente como ser humano al centro de la toma de decisiones, error que permite que la protección de la salud de las personas sea relegada, no sea vista como un derecho humano sino como un gasto o como un bien que se compra y se vende.

Se advierte un supuesto derecho del Estado a percibir los recursos, sin considerar que, en primer lugar, el contribuyente, la persona humana, debe satisfacer sus necesidades mínimas para llevar una vida digna (entre estos, los de salud) y sólo después de satisfechas éstas, puede legalmente ser sujeto obligado al pago de contribuciones.

160

Aun así, podemos entretener la idea de que las deducciones personales pueden ser utilizadas para evadir impuestos; sin embargo, de ser así, los ingresos, mayores o menores que percibe el contribuyente no debe ser el indicativo de cuanto puede deducir por salvaguardar su salud.

Un problema importante del límite a las deducciones personales, tal como está diseñado y regulado, es que redundando en inequidad fomentada por el mismo Estado.

Como se ha mencionado, las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes no podrán exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco salarios mínimos generales elevados al año (\$146 073.00, para 2017), o el 15% del total de los ingresos del contribuyente.

Esto significa que las personas que obtienen ingresos por \$1 000 000.00 o más durante el año 2017 podrán deducir por concepto de deducciones personales hasta 5 salarios mínimos generales elevados al año; mientras que los contribuyentes que ganen menos, sólo podrán deducir el 15% de sus ingresos; y mientras menos ingresos obtengan, menos podrán deducir en cantidades reales.

Así, por ejemplo, una persona que percibe ingresos anuales de cinco salarios mínimos o \$146 073.00, podrá deducir \$21 910.95; mientras que una persona que percibe 10 salarios mínimos anuales o \$292 146.00, podrá deducir \$42 821.90; y, una persona que percibe ingresos anuales por 15 salarios mínimos o \$438 219.00, podrá deducir \$65 732.85 al año.

No es difícil ver como las disposiciones fiscales que establecen los límites a las deducciones personales resultan en inequidad. Se pretende que una persona que gana menos necesita menos para solventar sus gastos para la salud y llevar una vida digna, mientras que una persona que gana más necesita más para solventar los gastos para la salud y llevar una vida digna.

De esta manera, el acceso a los servicios públicos de salud de mayor calidad parece estar determinado por la situación laboral de las personas, quedando en desventaja los que no tienen un trabajo formal, cuestión que implica inequidad; en el caso del tratamiento fiscal al gasto de bolsillo como deducciones personales, los más favorecidos son los que obtienen mayores ingresos, cuestión que también lleva a inequidad si pensamos en el derecho a la protección de la salud como derecho humano. En ningún caso se toma en cuenta las necesidades de salud de la persona.

La limitación a las deducciones personales resulta arbitraria pues bien una persona puede obtener pocos ingresos y aun así tener más necesidades de servicios de salud. Sí lo que se pretende es evitar el fraude fiscal a través de las deducciones personales, el criterio para determinar cuánto se puede deducir debe ser en función de las necesidades de servicios de salud y no en función de los ingresos.

A manera de conclusión

Podemos aceptar la noción de protección a la salud como derecho humano y estar a favor del acceso equitativo universal o general. Sin embargo, ello no impide comprender, especialmente al hablar

Financiamiento inequitativo para la función salud

de financiamiento, que una de las barreras es precisamente los recursos limitados con los que se cuenta.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que los Estados han de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.⁴⁵

El derecho a la protección de la salud es considerado uno de estos derechos. La realización progresiva es parte importante de las obligaciones de los Estados. Los estados tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas para lograr la plena efectividad de estos derechos hasta el máximo de los recursos de que se dispongan.

162 De esta manera, se reconoce que los recursos disponibles de un Estado pueden obstaculizar la efectividad de los derechos, sin que se le atribuya responsabilidad al Estado. Aun así, los Estados, para dar efectividad a los derechos económicos, sociales y culturales, entre estos el derecho a la protección de la salud, deben adoptar inmediatamente las medidas posibles.

Entre estas medidas podemos pensar en el financiamiento sólido del sistema de salud, así como de otras cuestiones relacionadas con la salud, y que también son derechos, como el acceso al agua, la vivienda, entre otros. Dicho financiamiento, en primer lugar, debe corresponder a la concepción de la protección de la salud como un derecho humano, que sea suficiente y adecuado en relación con los recursos del Estado; hay que valorar en dónde el Estado está invirtiendo demasiados recursos, por ejemplo, en los partidos políticos y en los sueldos de altos funcionarios, que podrían reasignarse para hacer efectivos los derechos humanos. Ello va ligado a la financiación general como recomienda la OCDE o a un impuesto particular.⁴⁶

⁴⁵ Artículo 2.

⁴⁶ Cfr. Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez, Daniel y Melgar Manzanilla, Pastora, *Medicinas y estructuras jurídico-administrativas*, op.cit., pp. 322 y ss.

Es también muy importante las decisiones que se toman respecto del diseño de un sistema de salud que corresponda a la noción de protección de la salud como derecho humano, con acceso equitativo, tomando en cuenta la necesidad de las personas y no la situación laboral, social o económica.

Por último, es necesario tomar en consideración disposiciones legales y políticas que, aunque no parezcan directamente relacionadas con la protección de la salud, sí inciden en ella de manera significativa; por ejemplo, disposiciones fiscales relativas a las limitaciones de las deducciones personales que abonan a la inequidad en la protección de la salud.

Para ser éticas, todas estas decisiones deben corresponder a la concepción de la protección de la salud como un derecho humano.

Referencias

- “Gasto público en salud”, visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud>.
- “México - Gasto público en salud”, visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/mexico>.
- Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez Daniel y Melgar Manzanilla Pastora, *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*, México: UNAM-IIJ, 2014.
- Celi Maldonado, Alejandra, “Mínimo vital”, en *Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales*, España: Universidad de Alcalá-AECID, visible en http://diccionario.pradpi.es/index.php/terminos_pub/view/9.
- Cruz, Antimio, “La OMS felicita a México por cobertura universal en salud”, *La Crónica* de 03 de abril de 2012, visible en <http://www.cronica.com.mx/notas/2012/650718.html>.
- DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 15 de mayo de

Financiamiento inequitativo para la función salud

2013, visible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003.

Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales, México, Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, visible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

Maharaj Sr., Paul TJ., "Ethical issues in Healthcare Financing", *West Indian Med Journal*, Julio 2011, no. 60 (4), pp. 498- 501, visible en <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v60n4/a23v60n4.pdf>.

Melgar Manzanilla, Pastora, Proporcionalidad y equidad tributarias a la luz del paradigma de los derechos humanos, México, UNAM Posgrado, 2017.

164 Méndez Méndez, Judith Senyacen, "Gasto en salud: Propuesta 2017", CIEP, de 1 de noviembre de 2016, visible en http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#_ftnref2.

Organización Panamericana de la Salud, "Conjuntos de prestaciones de salud. Objetivos, diseño y aplicación", OPS, 2003.

Organización Panamericana de la Salud, "Financiamiento de los sistemas de Salud", visible en http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud, "La salud de México en cifras", visible en http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=780&Itemid=310.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016", OECD publishing, 2016.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Health expenditure and financing", visible en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, "El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud 2015-2106". México: Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u

- Análisis, Subdirección de Análisis económico, 2016, visible en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-26-15.pdf>.
- Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, "El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2016-2017", Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u Análisis, Subdirección de Análisis económico, México 2016, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-23-16.pdf>.
- Tesis 1a. XCVII/2007, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. X V, mayo de 2007, p. 793, de rubro: "DERECHO AL MÍNIMO VITAL EN EL ORDEN CONSTITUCIONAL MEXICANO".
- Tesis 1ª./J. 103/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 108, de rubro: "DEDUCCIONES. CRITERIOS PARA DISTINGUIR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS CONTEMPLADAS EN LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD TRIBUTARIA CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 31, FRACCIÓN IV, CONSTITUCIONAL".
- Tesis 1ª./J. 15/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXXIII, febrero de 2011, p. 170, de rubro: "DEDUCCIONES ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES. RAZONES QUE PUEDEN JUSTIFICAR SU INCORPORACIÓN EN EL DISEÑO NORMATIVO DEL CÁLCULO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA".
- Tomás de Aquino, *Comentario a la Ética a Nicómaco*. Buenos Aires: Ciafic, 1983.
- Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el martes 26 de agosto de 2014 respecto a las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, promovidas por diversos senadores y diputados de la Sexagésima Segunda Legislatura del Congreso de la Unión, visible en https://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver_taquigraficas/26082014PO.pdf.