

**SEN. LAURA ITZEL CASTILLO JUÁREZ**  
**PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE**  
**SENADORES**  
**LXVI LEGISLATURA DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN**  
**P R E S E N T E**

69

El suscrito, **JUAN ANTONIO MARTÍN DEL CAMPO MARTÍN DEL CAMPO**, Senador de la República del Congreso General de la Unión en la LXVI Legislatura, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71 fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como por los artículos 8° fracción I, 164 numeral 1, 169, 172 y demás aplicables del Reglamento del Senado de la República someto a consideración de esta Honorable Asamblea, la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 151 DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA**, al tenor de la siguiente:

### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

México enfrenta una tensión crónica entre la magnitud de sus necesidades sanitarias y la insuficiencia del financiamiento público. A pesar de ser una de las economías más grandes de la región, el país sigue en la base de la OCDE en gasto sanitario por persona (alrededor de USD 1,200, apenas 24% del promedio OCDE) y con cobertura financiera limitada, ya que solo 50% del gasto en salud proviene de prepagos obligatorios, frente a 76% en la OCDE.

El resultado se ve en el bolsillo de la gente: el 41% del gasto corriente en salud lo pagan directamente los hogares, más del doble del promedio OCDE (18%). Esta estructura hace que una gripe complicada, una terapia oncológica o el tratamiento de salud mental se conviertan con facilidad en un problema financiero para millones de familias.

El andamiaje fiscal vigente no corrige ese sesgo, por el contrario, lo acentúa. Hoy, las “deducciones personales” están sujetas a un tope global, el menor entre 15% del ingreso anual o 5 UMAs (en 2025, \$206,367.60), además de reglas que excluyen gastos clave (por ejemplo medicinas compradas en farmacia solo son deducibles si vienen incluidas en la factura hospitalaria).

La deducibilidad de los gastos médicos en México tiene antecedentes desde mediados del siglo XX, cuando se buscó incorporar al sistema tributario un principio básico de justicia fiscal, no gravar aquellos recursos que los contribuyentes destinan a preservar su salud y la de sus familias.

Durante las primeras décadas, estas deducciones eran limitadas en su alcance, pero se entendían como una medida de equidad que reconocía que la enfermedad deteriora la calidad de vida, y reduce la verdadera capacidad económica de las personas. Con la modernización del sistema tributario a partir de la década de 1980, las deducciones personales, incluidas las de salud, se incorporaron de manera más clara en la Ley del Impuesto sobre la Renta, aunque siempre sujetas a ciertos topes.

Con el paso del tiempo, y particularmente tras las reformas fiscales de principios de los años 2000, la deducibilidad de gastos médicos fue subsumida en un esquema más amplio de deducciones personales que incluyó rubros como intereses hipotecarios, colegiaturas o aportaciones voluntarias a fondos de retiro. La intención era ordenar el sistema bajo el principio de capacidad contributiva, que establece que las personas deben aportar impuestos en proporción a su ingreso disponible real, una vez descontados los gastos indispensables para preservar la vida y la salud.

Bajo esta lógica, los sistemas tributarios permiten restar ciertos desembolsos al calcular la base gravable, con el fin de no gravar recursos que no representan capacidad económica sino necesidad vital. Sin embargo, en México el diseño de la deducibilidad terminó por diluir la

importancia de los gastos médicos al colocarlos dentro de un tope global muy restrictivo, lo que en la práctica redujo su utilidad real para las familias que enfrentan enfermedades crónicas o emergencias de alto costo, y limitó su alcance únicamente a quienes pueden cumplir con requisitos formales y absorber los costos administrativos para hacerlos válidos ante la autoridad fiscal.

Asimismo, en la práctica, las deducciones personales funcionan mejor para quienes tienen acceso a contadores, asesores fiscales y seguros privados que facilitan la facturación conforme a los lineamientos del SAT. Para las familias que enfrentan enfermedades graves y que destinan una parte significativa de su ingreso a consultas, medicinas o terapias, el beneficio es mínimo o inexistente, ya sea porque rebasan rápidamente el tope global, porque sus gastos no cumplen con los requisitos formales de facturación o porque no tienen la capacidad administrativa de registrarlos.

Así, un instrumento concebido para aliviar la carga de los hogares se convierte en un privilegio regresivo, dejando sin protección precisamente a quienes más la necesitan, los millones de familias que enfrentan gastos desproporcionados para cubrir sus necesidades básicas de salud.

Con este panorama, esta propuesta busca restablecer el sentido original de la deducibilidad como un mecanismo de justicia fiscal, eliminando topes restrictivos y reconociendo la naturaleza indispensable de los gastos médicos y de salud. Permitir que los contribuyentes deduzcan el 100% de estos desembolsos no es un privilegio, sino una manera de aliviar la carga económica de las familias, fomentar la prevención y garantizar que la atención privada sea una opción accesible en un contexto donde el sistema público sigue mostrando serias carencias.

La evidencia social muestra por qué es urgente: el gasto de bolsillo presiona más a los hogares de menores ingresos. Con base en la ENIGH 2024, entre 2022 y 2024 el gasto de bolsillo en salud creció 7.9% real, hasta \$6,421 anuales por hogar, y, en el decil I aumentaron los casos de

gasto catastrófico y empobrecedor. Después de la pandemia, 3.9% de los hogares incurrió en gasto catastrófico, casi el doble que en 2018. Estas cifras no son abstractas, significan tratamientos interrumpidos, deudas y renuncias a atención temprana.

En salud mental, el rezago es aún más marcado. La ENSANUT Continua 2022 estimó 16.7% de adultos con sintomatología depresiva, con mayor prevalencia en mujeres, personas con menor bienestar y residentes rurales, y distintos estudios regionales documentan brechas de tratamiento superiores a 70% para depresión y otros trastornos en América Latina, incluida México.

El financiamiento público a salud mental es mínimo y se concentra en hospitales psiquiátricos, dejando subatendidos los servicios comunitarios y ambulatorios. Ampliar la deducibilidad al 100% para consultas psicológicas y psiquiátricas, psicoterapias y rehabilitación ataca la barrera de precio que hoy impide el acceso oportuno en el sistema privado a quienes no encuentran atención pública.

El comparativo internacional confirma que usar el sistema fiscal para aliviar el costo directo de la atención es una práctica extendida. Estados Unidos permite deducir gastos médicos que exceden 7.5% del ingreso. Canadá otorga un crédito fiscal por el monto que supere 3% del ingreso o una cifra fija actualizada anualmente. En España, varias comunidades autónomas aplican deducciones específicas para gastos sanitarios.

Más allá de la equidad, hay una lógica económica, reducir el precio efectivo para el usuario final incrementa el uso de servicios necesarios y evita complicaciones costosas. Cuando un diabético puede deducir íntegramente sus consultas, pruebas y fármacos, es más probable que mantenga controlada la HbA1c y evite hospitalizaciones. Cuando una persona con depresión accede sin barreras a terapia y medicación, disminuye el ausentismo y la pérdida de productividad.

Con gasto público limitado y alta saturación en el sector público, el margen de expansión de cobertura en el corto plazo vendrá del segmento privado. Por eso, eliminar topes bajos y reconocer el 100% de los gastos de salud como deducibles es una política costo-efectiva para proteger a las familias mientras se recupera la capacidad del sistema público.

Uno de los argumentos que suelen plantearse contra la deducción amplia de gastos médicos es el posible impacto recaudatorio. Sin embargo, la evidencia comparada sugiere que este efecto puede ser compensado por los beneficios sociales y económicos. La Secretaría de Hacienda ha estimado que, en México, las deducciones personales representan alrededor de 0.4 % del PIB en ingresos fiscales no percibidos, un margen relativamente bajo frente al beneficio social que se obtendría si esas deducciones se enfocan en aliviar uno de los mayores gastos de bolsillo de los hogares. Además, el costo fiscal debe ponderarse frente al ahorro futuro en hospitalizaciones, tratamientos de alta especialidad y pérdida de productividad laboral que se generan cuando la población posterga o abandona tratamientos preventivos.

En el plano distributivo, la reforma también ofrece ventajas claras. Los hogares de ingresos medios y bajos son los que más resienten el costo de una enfermedad, pues no cuentan con seguros privados ni con ahorros significativos. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2024) reveló que cerca del 60 % del gasto de bolsillo en salud se concentra en consultas médicas y medicamentos, partidas que hoy enfrentan limitaciones para deducirse plenamente.

Otro elemento crucial es la salud mental, históricamente relegada en la política pública mexicana. Los trastornos depresivos y de ansiedad son hoy la principal causa de años vividos con discapacidad en el país, según la carga de enfermedad estimada por el Instituto para la Métrica y Evaluación en Salud (IHME). Sin embargo, menos de 2% del gasto público en salud se destina a servicios de salud mental, y la cobertura en

hospitales y clínicas públicas es mínima. Esto genera que 7 de cada 10 personas con depresión no reciban atención adecuada.

La prevención también adquiere un papel central en esta reforma. La Organización Mundial de la Salud estima que cada dólar invertido en prevención y tratamiento temprano de enfermedades crónicas puede generar un retorno de entre 7 y 10 dólares en ahorros por hospitalizaciones evitadas y mayor productividad laboral. En un país donde el 75% de las muertes están asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión y cáncer, facilitar la deducción íntegra de medicamentos y consultas de seguimiento tiene un efecto macroeconómico, ya que reduce la presión sobre hospitales públicos, incrementa los años de vida saludable y disminuye el costo total de atención para el Estado y las familias.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha dejado claro, en casos como el Amparo en Revisión 758/2019 y en la tesis 1a. CCCLIV/2018 (10<sup>a</sup> época), que las limitaciones actuales a la deducción de gastos médicos no son inconstitucionales, pues el legislador cuenta con un margen de configuración amplio para establecer topes y requisitos. En otras palabras, la Corte no niega que las deducciones puedan ampliarse, simplemente valida que los topes hoy existentes son una decisión legislativa. Este razonamiento abre la puerta a una reforma como la que aquí se propone, si el Congreso tiene la facultad de restringir, también tiene la facultad de ampliar, ajustar o incluso reconocer la deducibilidad total como una herramienta de justicia fiscal y social.

Esta jurisprudencia se convierte así en un respaldo jurídico indirecto a la reforma, porque confirma que no existe un obstáculo constitucional para rediseñar el régimen de deducciones en favor de los contribuyentes. El legislador puede, de manera legítima, decidir que los gastos en salud y medicamentos se deduzcan al 100%, atendiendo a la crisis de abasto en el sistema público, a la elevada proporción de gasto de bolsillo de los

hogares y a la urgencia de garantizar acceso a tratamientos sin que ello implique un riesgo de empobrecimiento.

Lejos de contradecir la jurisprudencia de la Corte, esta propuesta se apoya en ella para demostrar que corresponde al Poder Legislativo tomar la decisión política de ampliar los beneficios fiscales en materia de salud, reconociendo que se trata de gastos indispensables y no de lujos o privilegios.

Si México quiere avanzar hacia un modelo exitoso de salud, debe reconocer que la participación del sector privado es complementaria, no excluyente. Mientras el gasto público siga por debajo de estándares internacionales, las familias seguirán cubriendo buena parte de su atención médica en consultorios, farmacias y hospitales privados.

Si se combina el aprendizaje internacional con la evidencia nacional, el mensaje es contundente, debemos permitir la deducción total de gastos médicos y de salud porque es una política costo-efectiva, socialmente justa y económicamente sostenible. Con ella, el Estado no renuncia a su papel de garante del derecho a la salud, pero reconoce que mientras no alcance niveles de inversión equivalentes al 6% del PIB recomendados por la OMS, debe proteger a las familias del riesgo de caer en gastos catastróficos. Esta medida devuelve certidumbre, fomenta la prevención, apoya la salud mental, corrige inequidades en el acceso y fortalece la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud.

La situación actual exige actuar con decisión y sin más dilaciones. No es aceptable que un país con los recursos de México, con una economía diversificada y con la capacidad técnica existente, siga permitiendo que millones de ciudadanos enfrenten desabasto de medicinas, citas diferidas y falta de atención básica. Cada receta no surtida y cada consulta retrasada no solo significan un servicio fallido, sino también un paciente que sufre, una familia que gasta de más y un sistema que pierde legitimidad.

Por todo lo anterior, esta propuesta debe verse como un paso firme hacia un modelo de protección financiera en salud más justo, moderno y humano. México no puede seguir postergando decisiones que garanticen el bienestar de su población. Debe, en cambio, demostrar que está dispuesto a poner la salud en el centro de sus prioridades. Este cambio legislativo sería una señal clara de compromiso con la ciudadanía, una acción que reconoce la dignidad de las personas y una inversión en el futuro del país.

Por lo anteriormente expuesto, someto a la consideración de esta Asamblea el siguiente:

### **PROYECTO DE DECRETO**

**ARTÍCULO ÚNICO:** Se adiciona un párrafo al artículo 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, para quedar como sigue:

**Artículo 151.** Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

I. Los pagos por honorarios médicos, dentales y por servicios profesionales en materia de psicología y nutrición prestados por personas con título profesional legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes, así como los gastos hospitalarios, efectuados por el contribuyente para sí, para su cónyuge o para la persona con quien viva en concubinato y para sus ascendientes o descendientes en línea recta, siempre que dichas personas no perciban durante el año de calendario ingresos en cantidad igual o superior a la que resulte de calcular el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año, y 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 tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.

...

...

...

...

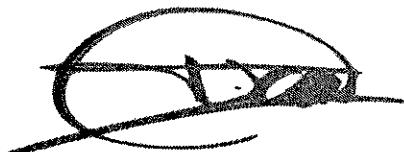
**Los pagos a que se refiere esta fracción serán deducibles aun cuando no formen parte de una factura hospitalaria, siempre que cuenten con receta médica expedida por profesional autorizado y se cumpla con los requisitos establecidos en el Código Fiscal de la Federación.**

**La deducción establecida en esta fracción será del 100% de los gastos erogados, sin sujeción al límite global señalado en el último párrafo de este artículo.**

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.** El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Atentamente



---

**Sen. Juan Antonio Martín del Campo Martín del Campo**

Dado en el Salón de Sesiones del Pleno del Senado de la República, el día 9 del mes de septiembre del año 2025.

## Referencias:

- Buzos de la Noticia. (2024, 8 de septiembre). Más recortes a salud: una estocada mortal. Buzos de la Noticia. <https://buzos.com.mx/noticiaVer/mas-recortes-a-salud-una-estocada-mortal>
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). (2024, septiembre). Gasto para salud en 2025: recortes en hospitales y para población sin seguridad social. CIEP. <https://ciep.mx/gasto-para-salud-en-2025-recortes-en-hospitales-y-para-poblacion-sin-seguridad-social>
- Consultor Salud. (2025, 12 de febrero). Reportes sobre desabasto de medicamentos en el IMSS. Consultor Salud. <https://consultorsalud.com.mx/reportes-desabasto-de-medicamentos-imss>
- El Economista. (2024, 6 de mayo). Sin surtir efectivamente 7.5 millones de recetas. El Economista. <https://www.economista.com.mx/politica/Sin-surtir-efectivamente-7.5-millones-de-recetas-20240506-0146.html>
- El Economista. (2025, 14 de enero). Número de recetas no surtidas cayó 50% en 2023: IMSS. El Economista. <https://www.economista.com.mx/empresas/50-numero-recetas-surtidas-20250114-742010.html>
- El Universal. (2025, 11 de enero). IMSS no surtió 11 millones de medicinas en 2024. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/imss-no-surtio-11-millones-de-medicinas-en-2024>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024>
- La Verdad Juárez. (2025, 25 de febrero). Desabasto de medicinas: IMSS falla en surtir entre 28 mil y 70 mil recetas al día. La Verdad Juárez. <https://laverdadjuarez.com/2025/02/25/desabasto-de-medicinas-imss-falla-en-surtir-entre-28-mil-y-70-mil-recetas-al-dia>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Global Health Expenditure Database. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-expenditure>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Recursos Humanos en Salud: Panorama regional. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/recursos-humanos-salud>

- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2019). Amparo en Revisión 758/2019. SCJN. [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento\\_dos/2019-11/AR-758-2019-191122.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-11/AR-758-2019-191122.pdf)
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2018). Tesis 1a. CCCLIV/2018 (10<sup>a</sup> época). SCJN. <https://www.scjn.gob.mx/consultas-jurisprudenciales>
- Servicio de Administración Tributaria (SAT). (2025). Deducciones personales: reglas y límites. SAT. <https://www.sat.gob.mx/consulta/62820/deducciones-personales>
- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2024). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>
- World Bank. (2023). Current health expenditure (% of GDP). The World Bank Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>