

07 ABR. 2026 SE REMITIO A LA CAMARA DE DIPUTADOS.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 151 DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA EN MATERIA DE DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS EN MEDICAMENTOS



59.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 151 DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA EN MATERIA DE DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS EN MEDICAMENTOS

Quienes suscriben, **senadoras y senadores Alejandro Moreno Cárdenas, Manuel Añorve Baños, Alma Carolina Viggiano Austria, Pablo Guillermo Angulo Briceño, Cristina Ruíz Sandoval, Rolando Rodrigo Zapata Bello, Claudia Edith Anaya Mota, Miguel Ángel Riquelme Solís, Mely Romero Celis, Paloma Sánchez Ramos, Ángel García Yáñez, Karla Guadalupe Toledo Zamora y Anabell Ávalos Zempoalteca, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional en la LXVI legislatura del Honorable Congreso de la Unión**, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71 y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los artículos 8 y 164 del Reglamento del Senado de la República; sometemos a la 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 en materia de deducción de impuestos en medicamentos** de conformidad con la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El sistema de salud pública mexicano ha atravesado, en los últimos años, una de las crisis más profundas de su historia contemporánea: el desabasto persistente de medicamentos esenciales. Lo que comenzó como una reconfiguración administrativa bajo la premisa de combatir prácticas indebidas en la adquisición de insumos médicos derivó, con el paso del tiempo, en una ruptura estructural de la cadena de suministro que impactó directamente en millones de pacientes.

En 2019, el Gobierno Federal decidió modificar de manera sustancial el modelo de compras consolidadas de medicamentos que durante años había sido coordinado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Bajo el argumento de erradicar prácticas de corrupción, se desmanteló un esquema que, con todas sus áreas de mejora,

había alcanzado niveles relevantes de eficiencia logística y cobertura nacional. Las facultades de adquisición fueron transferidas primero a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y posteriormente al Instituto de Salud para el Bienestar, organismo que sustituyó al Seguro Popular. Este rediseño institucional no estuvo acompañado de una transición operativa gradual ni de la consolidación de capacidades técnicas equivalentes, lo que generó interrupciones significativas en los procesos de compra y distribución.

Durante 2020, ante las dificultades operativas evidentes, el Gobierno Federal recurrió a un esquema de adquisición internacional mediante la participación de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS). La expectativa era lograr mayor transparencia y mejores condiciones contractuales. Sin embargo, el nuevo mecanismo enfrentó retrasos administrativos, falta de proveedores en determinadas claves y complicaciones logísticas que impidieron que los medicamentos adjudicados llegaran oportunamente a las unidades médicas del país.

En los años subsecuentes, particularmente entre 2021 y 2023, comenzaron a documentarse millones de recetas no surtidas en instituciones públicas de salud. Asociaciones civiles, colectivos de pacientes y organizaciones médicas denunciaron la ausencia de medicamentos oncológicos, antirretrovirales, insulinas, anticonvulsivos y tratamientos para enfermedades raras. Las consecuencias no fueron meramente administrativas: pacientes interrumpieron tratamientos, se presentaron amparos judiciales para exigir el suministro de fármacos y se multiplicaron las manifestaciones públicas de familiares que exigían medicamentos para niñas y niños con cáncer.

La narrativa oficial sostuvo en diversas ocasiones que el problema estaba siendo corregido y que los niveles de abasto superaban el noventa por ciento. No obstante, la percepción social mostró una realidad distinta. Encuestas nacionales revelaron que una amplia mayoría de la población consideraba que el desabasto persistía. El

contraste entre el discurso gubernamental y la experiencia cotidiana de quienes acudían a hospitales públicos generó una crisis de confianza institucional.

En 2024 y 2025 se anunciaron nuevas compras consolidadas de medicamentos a gran escala, con adjudicaciones millonarias destinadas a abastecer a más de veinte instituciones públicas de salud. Aunque se reportaron avances contractuales significativos, miles de claves quedaron sin adjudicar en las primeras rondas de licitación y se mantuvieron reportes ciudadanos sobre la falta de insumos en diversas entidades federativas. Paralelamente, se hicieron públicas investigaciones por irregularidades en procesos de compra que involucraron a empresas farmacéuticas, lo que añadió incertidumbre al panorama de suministro.

Esta secuencia de decisiones administrativas, rediseños institucionales, intentos de centralización, ajustes contractuales y conflictos regulatorios produjo un efecto acumulativo: la fragilización del sistema de abasto. Más allá de la discusión política, lo cierto es que el resultado tangible ha sido la transferencia progresiva del costo de los medicamentos a las familias mexicanas.

Cuando una institución pública no surte una receta, el paciente no suspende su enfermedad. Quien padece diabetes necesita insulina; quien enfrenta un tratamiento oncológico requiere quimioterapias; quien vive con hipertensión debe mantener su esquema farmacológico. Ante la ausencia del medicamento en el sistema público, la alternativa inmediata es la adquisición en farmacias privadas. Esta decisión no responde a un consumo voluntario ni a una preferencia de mercado; es una erogación forzosa para preservar la salud y, en muchos casos, la vida.

El fenómeno ha incrementado de manera significativa el gasto de bolsillo en salud. Familias que ya destinan una proporción relevante de su ingreso a necesidades básicas se ven obligadas a cubrir costos adicionales que debieron ser absorbidos por el sistema público. El impacto es particularmente severo en hogares con enfermedades crónicas, tratamientos especializados o padecimientos de alto costo.

En estos casos, el gasto mensual en medicamentos puede representar un porcentaje sustancial del ingreso disponible.

El problema no puede analizarse únicamente como una falla logística. Se trata de una cuestión estructural que afecta derechos fundamentales. El artículo 4º de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud. Este derecho implica no solo la existencia formal de instituciones médicas, sino el acceso efectivo a los insumos necesarios para el tratamiento. Cuando el suministro se interrumpe de manera reiterada y sistemática, el derecho se vacía de contenido práctico.

La persistencia del desabasto ha sido reconocida en medios de comunicación nacionales e internacionales, así como por trabajadores del sector salud que han convocado a movilizaciones para exigir soluciones. Incluso con cambios administrativos recientes y anuncios de fortalecimiento logístico, la percepción ciudadana continúa señalando que el problema no ha sido superado de manera integral.

En este contexto, resulta indispensable reconocer una realidad ineludible: millones de contribuyentes mexicanos han asumido con recursos propios la adquisición de medicamentos que el Estado no les proporcionó oportunamente. Esta circunstancia transforma la naturaleza del gasto farmacéutico privado. Ya no se trata exclusivamente de una opción de mercado o de servicios complementarios; en numerosos casos, constituye un mecanismo sustituto frente a la insuficiencia del sistema público.

La presente iniciativa parte de ese diagnóstico. No pretende convertir una falla institucional en argumento meramente político, sino reconocer sus efectos económicos concretos sobre los hogares mexicanos. Cuando el Estado incumple parcial o temporalmente su obligación de suministro, y las familias deben cubrir el costo para preservar su salud, el sistema fiscal no puede ignorar esa realidad.



La historia reciente del desabasto de medicamentos muestra una secuencia clara: una reestructuración institucional en 2019, intentos de compra internacional en 2020, dificultades operativas en los años subsecuentes, persistencia de recetas no surtidas, nuevas compras consolidadas con adjudicaciones parciales y una percepción social mayoritaria de insuficiencia en el abasto. Esta cronología evidencia que el problema no fue transitorio ni meramente coyuntural; se convirtió en una condición prolongada que afectó la economía de millones de familias.

Frente a esta situación, el debate legislativo no puede limitarse a la crítica administrativa. Debe traducirse en medidas concretas que mitiguen el impacto económico que el desabasto ha generado en los contribuyentes. **La reforma propuesta al artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta se inscribe precisamente en esa lógica: reconocer que el gasto en medicamentos adquiridos con prescripción médica, en un contexto de insuficiencia pública, no puede tratarse fiscalmente como una erogación ordinaria sujeta a limitaciones que desconocen su carácter indispensable.**

Este análisis establece el contexto fáctico y social que sustenta la iniciativa. **El desabasto no es un episodio aislado ni una percepción infundada; es un fenómeno documentado que ha obligado a las familias mexicanas a destinar recursos propios a cubrir necesidades básicas de salud. Esa realidad económica constituye el punto de partida para revisar la coherencia del régimen fiscal aplicable a los medicamentos y evaluar si el diseño vigente responde adecuadamente a los principios constitucionales de justicia tributaria**

El desabasto de medicamentos en México no puede entenderse únicamente como una falla técnica o logística. Con el paso de los años se ha convertido en un problema estructural vinculado a decisiones políticas concretas adoptadas durante la administración de la llamada Cuarta Transformación y del partido gobernante, Morena. Lo que en un inicio fue presentado como una cruzada contra la corrupción en el sector salud derivó en un rediseño

institucional precipitado que debilitó las capacidades de compra, almacenamiento y distribución de medicamentos en el país.

Diversos medios especializados y reportajes recientes han documentado que, lejos de haberse superado, la escasez de medicamentos en hospitales públicos continúa afectando a miles de pacientes. **Informes publicados en septiembre de 2025 señalaron que hospitales públicos enfrentan faltantes graves en tratamientos esenciales, particularmente en áreas oncológicas, terapias intensivas y enfermedades crónicas. Trabajadores del sector salud han advertido que el problema no es aislado ni local, sino extendido a múltiples entidades federativas, lo que revela que la crisis no es coyuntural sino sistémica.**

El desmantelamiento del modelo anterior de compras consolidadas no fue acompañado de una transición ordenada ni de una política pública técnicamente estructurada. **La desaparición del Seguro Popular, la creación del INSABI y posteriormente la reorganización hacia el modelo IMSS-Bienestar generaron un periodo prolongado de inestabilidad administrativa. Cada modificación institucional implicó ajustes contractuales, cambios de proveedores y redefiniciones logísticas que, en la práctica, produjeron interrupciones en la cadena de suministro.**

Especialistas en regulación sanitaria han advertido que la improvisación en los procesos de adquisición, la falta de planeación multianual y la concentración excesiva de decisiones en instancias centrales generaron retrasos acumulativos. **El problema no radica únicamente en la adjudicación de contratos, sino en la distribución final hacia clínicas y hospitales. La compra en papel no garantiza el medicamento en la mano del paciente.**

A esta situación se suma un elemento particularmente delicado en términos políticos y sociales: **mientras hospitales públicos reportaban escasez de medicamentos oncológicos y tratamientos de alta especialidad, se hicieron públicas solicitudes y gestiones vinculadas al envío o facilitación de medicamentos**

hacia Cuba. Diversos reportajes y denuncias públicas señalaron que legisladores y representantes afines al partido gobernante impulsaban mecanismos de colaboración internacional en materia de insumos médicos, al mismo tiempo que asociaciones civiles denunciaban faltantes críticos en México.

Organizaciones como “Nariz Roja”, que ha acompañado a pacientes con cáncer, denunciaron públicamente que el gobierno federal mostraba disposición para apoyar esquemas de suministro internacional mientras en territorio nacional persistían faltantes de tratamientos oncológicos infantiles. **Más allá de la discusión ideológica sobre política exterior, la percepción social fue contundente: las prioridades del gobierno parecían desalineadas respecto a las urgencias internas.**

El debate no se limita a una cuestión diplomática. Se trata de un problema de asignación de recursos y de responsabilidad constitucional. **El artículo 4º de la Constitución impone al Estado mexicano la obligación de garantizar el derecho a la protección de la salud. Esa obligación es primaria respecto de cualquier colaboración internacional.** Cuando en hospitales públicos se reporta ausencia de medicamentos esenciales y, simultáneamente, se anuncian esquemas de cooperación exterior en la materia, el mensaje institucional resulta contradictorio y erosiona la confianza pública.

El argumento oficial ha sostenido que el desabasto es herencia de administraciones anteriores o consecuencia de prácticas monopólicas históricas. Sin embargo, después de varios años de gobierno, la persistencia del problema impide atribuirlo exclusivamente al pasado. La responsabilidad política de garantizar la continuidad operativa del sistema de salud corresponde a quien ejerce el poder en el presente.

Los datos documentados por medios especializados muestran que el desabasto no se limita a medicamentos de alta especialidad. Se han reportado faltantes de antibióticos, analgésicos, insulinas, anticonvulsivos y tratamientos básicos para

enfermedades cardiovasculares. Estos medicamentos no son insumos extraordinarios; forman parte del cuadro esencial que cualquier sistema de salud funcional debe garantizar de manera permanente.

La consecuencia directa de esta situación ha sido el incremento del gasto de bolsillo. Cuando una madre acude a una institución pública y no recibe el medicamento prescrito para su hijo, la única alternativa es adquirirlo en el sector privado. Lo mismo ocurre con pacientes adultos mayores que dependen de tratamientos continuos para hipertensión o diabetes. En muchos casos, la compra privada no es eventual sino recurrente, lo que implica una carga económica sostenida.

Este fenómeno produce una transferencia silenciosa pero profunda del costo de la política pública hacia las familias. El Estado reduce su provisión efectiva y el hogar absorbe la diferencia. El impacto es mayor en sectores de ingresos medios y bajos, que no cuentan con seguros privados amplios ni capacidad de ahorro suficiente para enfrentar gastos médicos imprevistos.

Además, la narrativa oficial que insiste en que el problema está superado contrasta con movilizaciones sociales recientes. Trabajadores del sector salud han convocado a paros y protestas para exigir condiciones adecuadas de abastecimiento. Pacientes y familiares han recurrido a medios de comunicación para visibilizar casos concretos de tratamientos interrumpidos. Estas manifestaciones no pueden desestimarse como percepciones aisladas; constituyen evidencia social acumulada de una falla persistente.

En términos políticos, la administración de la Cuarta Transformación construyó parte de su legitimidad sobre la promesa de mejorar los servicios públicos y erradicar la corrupción. Sin embargo, la estrategia adoptada en el sector salud sustituyó un modelo con defectos por otro que no logró consolidarse operativamente. La centralización de compras, la ruptura con distribuidores tradicionales sin un plan de transición sólido y la modificación constante de reglas administrativas generaron incertidumbre tanto en proveedores como en instituciones médicas.

La combinación de rediseño institucional acelerado, litigios contractuales, investigaciones por presuntas irregularidades y redefinición de esquemas logísticos produjo un efecto acumulativo que se tradujo en escasez tangible. En ese contexto, insistir en que el problema está resuelto sin reconocer sus efectos reales en los hogares mexicanos resulta políticamente insostenible.

Es necesario subrayar que **la presente iniciativa no pretende utilizar el desabasto como herramienta retórica. La referencia a estos hechos cumple una función jurídica específica: demostrar que el gasto privado en medicamentos no es una elección libre del contribuyente, sino en muchos casos una respuesta obligada ante la insuficiencia del sistema público. Esta distinción es fundamental para el análisis fiscal posterior.**

Cuando el Estado no garantiza de manera plena el suministro de medicamentos y las familias deben adquirirlos por su cuenta, el gasto farmacéutico adquiere naturaleza de erogación indispensable vinculada a un derecho fundamental. No es consumo voluntario ni discrecional; es una medida de supervivencia. En tales condiciones, el régimen fiscal no puede tratar ese gasto como si reflejara capacidad económica adicional.

La persistencia del desabasto bajo la administración de Morena y la Cuarta Transformación ha generado un entorno en el cual **millones de contribuyentes destinan parte sustancial de su ingreso a cubrir medicamentos que deberían estar disponibles en hospitales públicos.** Esta realidad económica modifica la evaluación de la capacidad contributiva y **obliga al Grupo Parlamentario del PRI a revisar la coherencia del artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.**

La política pública en materia de salud debe evaluarse no solo por sus intenciones declaradas, sino por sus resultados. Y los resultados, documentados por medios nacionales, organizaciones civiles y testimonios directos, muestran que la escasez de medicamentos sigue siendo una preocupación central para la población mexicana. Ignorar esa circunstancia

al diseñar el sistema tributario implica una desconexión entre la norma fiscal y la realidad social.

Por ello, la crítica aquí formulada no es meramente partidista.

La evidencia disponible demuestra que los hogares dedicados a enfrentar la escasez de medicinas no sólo destinan más recursos que hace una década, sino que en muchos casos gastan más del doble que el promedio observado previamente, un dato que tiene implicaciones fiscales y sociales decisivas para la materia de la presente iniciativa.

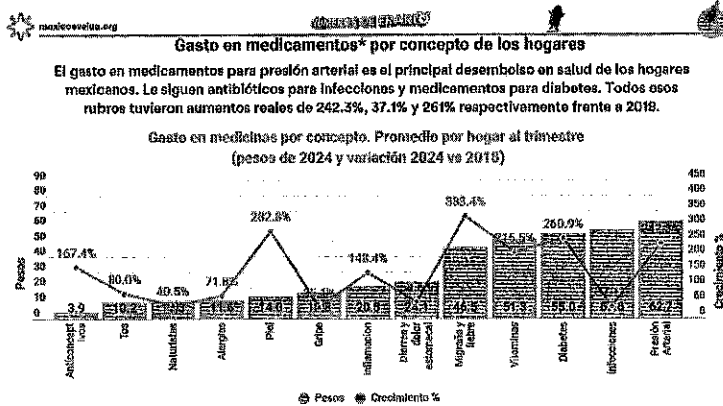


Ilustración 1 Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 a 2024.

El análisis elaborado por *México Evalúa* muestra que, independientemente del nivel de ingreso, los hogares mexicanos han visto un aumento considerable en lo que destinan a la compra de medicamentos. El estudio registra que

incluso familias de niveles socioeconómicos bajos enfrentan erogaciones que representan una proporción significativa de su ingreso disponible, lo cual estrecha su margen de maniobra económica e incrementa su vulnerabilidad financiera. La tendencia no es a la baja, sino a la consolidación de un patrón de gasto donde los medicamentos ocupan un lugar preponderante en el presupuesto familiar. Esto es particularmente relevante cuando se observa que otros rubros de gasto médico (como consultas o atención hospitalaria) presentan incrementos menos pronunciados, lo que indica que la adquisición de medicamentos adquiere una naturaleza estructural dentro de los arreglos de gasto en salud de los hogares mexicanos.

Este incremento no solo es cuantitativo, sino también cualitativo: el análisis de la evolución del gasto de bolsillo en salud, reflejado en encuestas nacionales como la

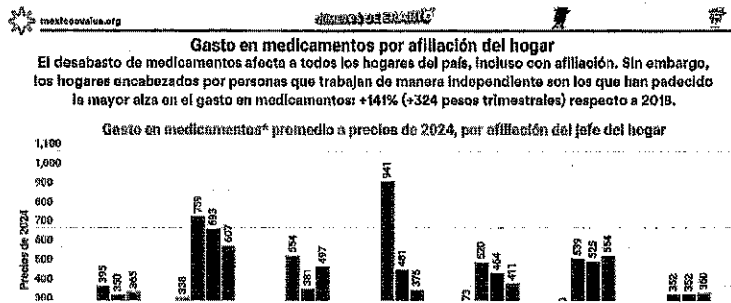


Ilustración 2 Elaborado por México Evalúa con información de la ENIGH 2018 y 2022.*El gasto en medicamentos se construyó conciliando las claves de medicamentos de la ENIGH 2024 con las reportadas en las ENIGH de 2018 a 2022.

Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2024), confirma que las familias enfrentan costos crecientes no solo por la compra de medicamentos, sino también por servicios

médicos, atención hospitalaria y tratamientos especializados. La ENIGH 2024 señala que, aun cuando el gasto en consultas y hospitalización mantiene niveles importantes, el componente más dinámico y con mayor crecimiento anual es precisamente el gasto en medicinas. Esto significa que los hogares enfrentan una presión financiera creciente para preservar la salud de sus integrantes, y que este patrón tiene un impacto directo en la capacidad contributiva real de los contribuyentes.

De acuerdo con *Animal Político*, esta tendencia está asociada tanto a la falta de abasto en el sistema de salud pública, como a la percepción de que el gasto farmacéutico no puede postergarse sin consecuencias severas para la condición de salud de las personas. El incremento del gasto en medicamentos refleja una respuesta económica a la ausencia de alternativas públicas efectivas, obligando a las familias a destinar recursos que, en condiciones normales, habrían sido canalizados a otros bienes o servicios esenciales. El gasto de bolsillo en medicamentos no solo cubre enfermedades comunes, sino también tratamientos crónicos y medicamentos de alto costo, cuyo impacto en el presupuesto familiar es particularmente significativo.

Incluso reportes económicos como los publicados por *El Economista* confirman que los mexicanos gastan una proporción considerable de sus recursos en consultas, atención hospitalaria y medicamentos. Si bien estos rubros están interrelacionados, el gasto en medicinas destaca porque es el elemento que permanece incluso cuando se intenta racionalizar otros gastos médicos. Las familias no pueden renunciar a sus tratamientos ni posponerlos indefinidamente sin poner en riesgo su salud, lo que convierte el gasto farmacéutico en un egreso rígido dentro de los presupuestos familiares.

Este contexto del gasto de bolsillo tiene implicaciones directas sobre la capacidad contributiva definible bajo el artículo 31, fracción IV de la Constitución. La teoría económica y la doctrina fiscal enseñan que la base gravable del impuesto sobre la renta debe reflejar la capacidad económica neta del contribuyente. Esto implica que, para efectos de determinar impuestos, deben excluirse erogaciones indispensables para la subsistencia y la protección de la salud, especialmente cuando esas erogaciones no se originan en una opción de consumo discrecional, sino en la ausencia del suministro público.

La evidencia empírica señala que una proporción relevante de las familias ocupa sus ingresos no solo en cubrir el costo de los medicamentos, sino también en financiar desplazamientos y logística para adquirirlos cuando faltan en los establecimientos públicos. Este fenómeno incrementa el gasto total de bolsillo y reduce de manera concreta la capacidad real de contribución de los hogares. En muchos casos, los hogares que destinan ingresos sustanciales a la compra de medicamentos quedan con una base gravable menor a la que el esquema fiscal actual reconoce, precisamente porque la legislación vigente no permite la deducción total de estos gastos, sujetándolos a un límite global que puede agotarse con otros rubros de deducciones personales.

En consecuencia, no se trata únicamente de un problema de acceso o de capacidad de compra, sino de la necesidad de ajustar el ordenamiento fiscal para reconocer que la experiencia económica real de los contribuyentes incluye erogaciones

indispensables que, por fallas del sistema de salud pública, no pueden ser cubiertas con mecanismos alternativos. El Estado no puede exigir contribuciones fiscales como si tales erogaciones no hubiesen ocurrido, ni como si no redujeran efectivamente la capacidad económica material de los contribuyentes.

La correlación entre la falta de abasto de medicamentos, el incremento del gasto de bolsillo y la presión fiscal sobre quienes enfrentan enfermedades obliga al Grupo Parlamentario del PRI a considerar que el diseño actual del artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta resulta insuficiente para reflejar la realidad económica de los hogares. Es decir, mantener un límite global que ignora el peso del gasto en medicamentos es incorporar en la normativa un sesgo que perjudica a quienes han debido destinar una parte sustancial de su ingreso a cubrir necesidades básicas de salud.

La medición del gasto de bolsillo no solo ofrece una radiografía de la presión económica que enfrentan los hogares mexicanos, sino que también constituye un indicador relevante para la evaluación del sistema tributario. **Cuando el gasto en medicamentos se convierte en una carga recurrente y significativa, el legislador debe preguntarse si la normativa fiscal vigente sigue siendo coherente con los principios de justicia tributaria, equidad y proporcionalidad establecidos en la Constitución.** La presente iniciativa, por tanto, no se limita a reivindicar un derecho fiscal adicional, sino a reconfigurar el régimen de deducciones personales con base en evidencia empírica sobre el gasto de bolsillo y sus efectos en la economía familiar. El reconocimiento de la deducibilidad total de medicamentos prescritos médicamente, sin sujeción al límite global de deducciones, se presenta como una medida técnica y socialmente responsable para ajustar el sistema fiscal a la realidad económica de millones de contribuyentes que han debido enfrentar la ausencia de medicamentos en el sistema de salud pública mexicana.

El sistema tributario mexicano descansa sobre principios constitucionales que delimitan el ejercicio de la potestad impositiva del Estado. **El artículo 31, fracción IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que**

es obligación de los mexicanos contribuir al gasto público de manera proporcional y equitativa. Esta disposición no constituye una cláusula meramente declarativa; es un mandato normativo que impone al legislador la obligación de diseñar contribuciones que reflejen la verdadera capacidad económica de los gobernados.

La proporcionalidad tributaria exige que la carga fiscal guarde relación con la capacidad contributiva real del sujeto pasivo. No se trata de una capacidad abstracta o presunta, sino de una capacidad económica efectiva, es decir, aquella que subsiste después de que el contribuyente ha cubierto sus necesidades básicas y erogaciones indispensables. Entre estas erogaciones, la doctrina fiscal y la jurisprudencia constitucional han reconocido tradicionalmente los gastos en salud como elementos que reducen la base gravable, en tanto constituyen desembolsos necesarios para preservar la integridad física y la vida.

El problema se agrava en el contexto descrito en las partes anteriores de la presente exposición de motivos: **la falta recurrente de medicamentos en el sistema público de salud ha trasladado al ámbito privado una carga que originalmente correspondía al Estado.** Así, el contribuyente no solo asume el costo económico de adquirir medicamentos que deberían estar disponibles en instituciones públicas, sino que además enfrenta una carga fiscal que no reconoce plenamente ese gasto.

Desde la perspectiva constitucional, esta situación genera una distorsión relevante. El Estado, por una parte, no provee de manera efectiva el acceso oportuno a medicamentos; por otra, grava como ingreso disponible recursos que en realidad fueron destinados a satisfacer una necesidad básica de salud. El resultado es que la base gravable no refleja la capacidad contributiva real, sino una capacidad económica ficticia, inflada por la omisión de reconocer deducciones indispensables.

El principio de equidad tributaria también se ve comprometido. **Contribuyentes con igual ingreso nominal pueden encontrarse en situaciones económicas**

radicalmente distintas si uno de ellos enfrenta enfermedades crónicas o gastos elevados en medicamentos. Sin un mecanismo que permita deducir plenamente estos gastos, el sistema fiscal trata de manera idéntica a quienes se encuentran en circunstancias materiales desiguales. Esto contraviene el entendimiento constitucional de la equidad, que exige tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales. Cuando el diseño de una deducción resulta manifiestamente insuficiente para reflejar erogaciones indispensables que impactan directamente la capacidad contributiva, el análisis constitucional exige revisar si el límite impuesto resulta razonable y proporcional.

En este caso, la evidencia empírica demuestra que el gasto en medicamentos no es un consumo suntuario ni discrecional. Es un gasto rígido, inaplazable y, en muchos casos, vital. Sujetarlo a un límite global que puede agotarse con otros conceptos deducibles implica desconocer su naturaleza esencial. La reforma propuesta no crea un privilegio fiscal; corrige una asimetría estructural entre el diseño normativo y la realidad económica.

Desde el punto de vista técnico-tributario, **permitir la deducción plena de medicamentos prescritos médicamente, sin sujeción al límite global de deducciones personales, cumple con tres objetivos: primero, restablece la coherencia entre ingreso gravable y capacidad económica real; segundo, fortalece la progresividad efectiva del impuesto sobre la renta al reconocer que ciertos contribuyentes enfrentan cargas extraordinarias; tercero, introduce un incentivo indirecto a la formalidad y a la facturación de gastos médicos, fortaleciendo la trazabilidad y la cultura contributiva.**

La reforma debe diseñarse con criterios de precisión normativa para evitar abusos y garantizar su operatividad. La deducción deberá limitarse a medicamentos prescritos por profesional autorizado y comprobados mediante documentación fiscal válida. Asimismo, deberá establecerse que no estarán sujetos al límite global

previsto para otras deducciones personales, manteniendo intacto el resto del esquema.

El impacto fiscal de la medida debe evaluarse bajo el principio de justicia tributaria, no únicamente bajo criterios recaudatorios. El sistema fiscal no puede sostenerse en la captación de recursos derivados de gastos que reducen materialmente la capacidad económica de los hogares. La función recaudatoria del Estado debe armonizarse con la protección de derechos fundamentales, particularmente el derecho a la salud.

En conclusión, la reforma al artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta encuentra sustento constitucional en los principios de proporcionalidad y equidad tributaria; sustento técnico en la necesidad de ajustar la base gravable a la capacidad económica real; y sustento social en la evidencia del incremento sostenido del gasto de bolsillo en medicamentos. El legislador no solo está facultado para realizar esta adecuación normativa, sino que está constitucionalmente obligado a hacerlo cuando la configuración vigente produce efectos desproporcionados.

DICE	DEBE DECIR
<p>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</p> <p>I. a VI. ...</p> <p>(Sin correlativo)</p>	<p>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</p> <p>I. a VI. ...</p> <p>VI. Bis. Los gastos erogados por la adquisición de medicamentos prescritos por profesional con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, siempre que se encuentren amparados por la</p>

<p>} VII. a VIII.</p> <p>El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo, no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco veces el valor anual de la Unidad de Medida y Actualización, o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose de la fracción V de este artículo</p>	<p>receta correspondiente y consten en comprobante fiscal digital por Internet.</p> <p>VII. a VIII.</p> <p>El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco veces el valor anual de la Unidad de Medida y Actualización o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose de las fracciones V y VI. Bis de este artículo</p>
--	---

EN RAZÓN DE LO ANTERIOR SOMETO A LA CONSIDERACION DE ESTA ASAMBLEA EL SIGUIENTE:

PROYECTO DE DECRETO

ARTÍCULO ÚNICO. - Se adiciona una fracción VI BIS y se reforma el último párrafo del 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

I. a VI. ...

VI. Bis. Los gastos erogados por la adquisición de medicamentos prescritos por profesional con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, siempre que se encuentren amparados por la receta correspondiente y consten en comprobante fiscal digital por Internet.

VII. a VIII. ...

...

...

...

El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco veces el valor anual de la Unidad de Medida y Actualización o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose **de las fracciones V y VI. Bis** de este artículo

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor el 1 de enero del ejercicio fiscal siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Las deducciones previstas en el presente Decreto serán aplicables únicamente respecto de los gastos efectivamente erogados a partir de la entrada en vigor del mismo y que cumplan con los requisitos establecidos en la Ley del Impuesto sobre la Renta y en las disposiciones fiscales aplicables.

TERCERO. El Servicio de Administración Tributaria emitirá, dentro de los noventa días naturales siguientes a la publicación del presente Decreto, las reglas de carácter general necesarias para su correcta aplicación, privilegiando mecanismos de control y trazabilidad que eviten prácticas indebidas.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA
EL ARTÍCULO 151 DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA EN
MATERIA DE DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS EN MEDICAMENTOS



CUARTO. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público deberá realizar una evaluación anual del impacto recaudatorio de la presente reforma y remitirla a la Cámara de Diputados como parte del Paquete Económico correspondiente.

Salón de Sesiones del Senado de la República, a 3 de marzo de 2026

SUSCRIBEN

**SEN. ALEJANDRO MORENO
CÁRDENAS**



**SEN. MANUEL AÑORVE
BAÑOS**

**SEN. ALMA CAROLINA
VIGGIANO AUSTRIA**

**SEN. PABLO GUILLERMO
ANGULO BRICEÑO**

**SEN. CRISTINA RUÍZ
SANDOVAL**

**SEN. ROLANDO RODRIGO
ZAPATA BELLO**

**SEN. CLAUDIA EDITH ANAYA
MOTA**

**SEN. MIGUEL ÁNGEL
RIQUELME SOLÍS**

SEN. MELY ROMERO CELIS

**SEN. PALOMA SÁNCHEZ
RAMOS**

**SEN. KARLA GUADALUPE
TOLEDO ZAMORA**

SEN. ÁNGEL GARCÍA YÁÑEZ

**SEN. ANABELL ÁVALOS
ZEMPOALTECA**