



El problema financiero del servicio de salud universal en México durante la pandemia COVID-19

The Financial Problem of the Universal Health Service in Mexico During the COVID-19 Pandemic¹

Dasaev Sosa Arellano²

Sumario: Introducción I. De la seguridad social con base en aportaciones a Seguridad Social al seguro de salud universal en México; II. Método de financiamiento del Sistema de Salud Mexicano; III. Equilibrio presupuestal y método de financiamiento a la contención COVID-19 en México; IV. Conclusiones; V. Referencias.

Resumen

El presente artículo aborda la problemática financiera generada por la extensión y el impacto de la pandemia global COVID-19, la cual requirió un incremento inmediato y drástico de los recursos destinados a un sector salud, limitado en sus capacidades y diseñado bajo esquemas de previsión social, situación que generó la necesidad de redefinir los mecanismos de financiamiento público.

Palabras clave: COVID-19, financiamiento, salud pública, presupuesto, ingreso fiscal

¹ Recibido: 23/02/2024

Aceptado: 26/04/2024

² Doctor en ciencias del derecho con énfasis en derecho fiscal. Administrativo por la Universidad Autónoma de Sinaloa, ha laborado como asesor jurídico de la Comisión de Hacienda Pública y Administración del H. Congreso del Estado de Sinaloa. Actualmente es profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Baja California y forma parte del Sistema Nacional de Investigadores. dasaev.sosa@uabc.edu.mx; <https://orcid.org/0000-0001-7835-8289>



Abstract

This article study the financial problems generated by the extension and impact of the global COVID-19 pandemic, which required an immediate and drastic increase in resources allocated to a health sector, limited in its capabilities and designed under social security schemes, a situation that generated the need to redefine public financing mechanisms.

Keywords: COVID-19, financing, public health, budget, tax income.

INTRODUCCIÓN

En México la salud se trata de un derecho humano reconocido por el Estado y constitucionalizado en el artículo 4 de nuestra Carta Magna, el cual señala que toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, a la protección de la salud, a un medio ambiente sano, al agua potable, al disfrute de la cultura y el deporte entre otras prerrogativas.

Sumado a esto, el Estado mexicano ha formado parte de diversos acuerdos internacionales que buscan el reconocimiento al derecho universal de la seguridad social, un ejemplo de esto es la Declaración de Filadelfia de 1944 que en su apartado III señala la responsabilidad de la:

...Organización Internacional del Trabajo (OIT) de fomentar en el mundo programas que permitan:

- f) extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa;
- g) proteger adecuadamente la vida y la salud de los trabajadores en todas las ocupaciones;
- h) proteger a la infancia y a la maternidad;

i) suministrar alimentos, vivienda y medios de recreo y cultura adecuados;...³

Por su parte el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también denominado como “Protocolo de San Salvador”⁴ define en su artículo 10 lo que debe considerarse como derecho a la salud al determinar que se trata del “... disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”⁵, y obliga a los Estados que han firmado el acuerdo a reconocer la salud como un bien público y establecer mecanismos que lo protejan tales como:

- a. La atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de la salud, y;
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.⁶

³ Declaración de Filadelfia, Adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su vigésima sexta reunión, Filadelfia (10 de mayo de 1944).

⁴ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador (Adoptado el 17 de noviembre de 1988).

⁵ *Ibíd*em

⁶ *Ibíd*em.

Sin embargo, resulta imposible lograr una nación en donde se erradiquen los problemas de salud, ya que muchos de ellos tienen como fuente la simple convivencia con otros seres de la naturaleza o son derivados de deficiencias de carácter genético en los que el Estado se encuentra sin posibilidades de injerir tal como lo señala Juan José Bestard:

La salud o mejor dicho, el estado básicamente ausente de enfermedad o de funcionamiento anormal del cuerpo, depende de muchos factores ajenos al hombre y de otros dependientes de este. Como factores intrínsecos a la persona se encuentra la propia biología humana, la alimentación o los hábitos de vida, y como factores extrínsecos podemos referirnos el hábitat, al medioambiente, el entorno social, a la situación económico-laboral, a condicionantes familiares o el contacto con sustancias o agentes nocivos, entre otros.⁷

Es por esto que los razonamientos del propio Estado no solo deben limitarse a una incansable lucha en contra de los males que aquejan a la población, sino que también, debe asumir la idea de que la enfermedad es una condición biológica del ser humano y por lo tanto tiene que adjudicarse una función preventiva y garante de los servicios de contención, que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentren en dicho supuesto, ya sea que las enfermedades tengan como fuente una actividad laboral o que sea producto de las circunstancias medioambientales u otras.

El reciente descubrimiento del virus COVID-19 detectado en la ciudad de Wuhan en la República Popular China ha dejado descubierto el estado real de los sistemas de salud de los países del mundo, esto tomando en cuenta la facilidad de contagio que caracterizan el virus y la falta de estrategias definidas para atender una amenaza epidemiológica incluso en los Estados económicamente más preparados de occidente.

⁷ Juan José Bestard Perelló, *La asistencia sanitaria pública* (España: Díaz de Santos Ed., 2015), 72.

Al respecto los Doctores Ramón Pérez, Jesús Gómez y Alejandro Dieguez de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín en la República de Cuba señalan que:

La rápida expansión de la enfermedad hizo que la Organización Mundial de la Salud, el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias y la reconociera como una pandemia el 11 de marzo. Hasta la fecha del 10 de abril de 2020 se reportó 182 países con casos positivos de COVID-19, con 1563 857 casos confirmados y 95 044 fallecidos para una letalidad del 6,08 %.⁸

Ahora bien, según los datos arrojados por el sitio *ourworldindata* dedicado al análisis estadístico que monitorea el número de casos reportado por las instituciones oficiales de salud al día 15 de enero del año 2021 se tenían registrados 93.88 millones de casos confirmados de coronavirus⁹.

Este grado de contagiosidad de la enfermedad, fue observado por las autoridades mexicanas y se implementaron estrategias de contención sanitaria e inversión en infraestructura hospitalaria, principalmente incorporando a las áreas de terapia intensiva las camas con ventiladores suficientes para satisfacer los potenciales casos graves que requirieran respiración asistida para su atención, así como contratando nuevos médicos y enfermeras para incorporarlos a la atención de los pacientes con Covid-19.

Sobre esto las autoridades a cargo de la pandemia a penas el día 19 de enero señalaron en conferencia de prensa, que antes de la contingencia sanitaria, se contaba con un déficit de personal médico de alrededor de 200 mil profesionales de la salud, lo que deja observar la dimensión del problema.

⁸ Manuel Ramón Pérez Abreu et al., "Características Clínico-Epidemiológicas del COVID-19", *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19, no. 2 (2020).

⁹ "Our World in Data", acceso el 17 de enero de 2021, <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Estas circunstancias, han representado un reto financiero de una magnitud nunca antes vista, considerando que el sistema de salud mexicano, tradicionalmente había enfocado su servicio a través de los dos grandes sistemas de seguridad social, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), los cuales se encuentran financiados principalmente por aportaciones a seguridad social obrero patronales y del Estado.

I. DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON BASE EN APORTACIONES A SEGURIDAD SOCIAL AL SEGURO DE SALUD UNIVERSAL EN MÉXICO

En México desde hace décadas subsisten estos dos grandes modelos de seguridad social que ofrecen el seguro de enfermedades, que garantiza el acceso a los servicios de hospitalización, atención, medicamentos, rehabilitación y otros.

Sin embargo, es importante señalar que dichas prerrogativas solo constituyen derechos de aquellos trabajadores que se encuentren inscritos al régimen obligatorio o el voluntario de la seguridad social en el caso del IMSS y a los trabajadores burocráticos en el sistema ISSSTE, situación que dejaba sin acceso a los servicios de salud y otros a todas aquellas personas que no se encontraran en dichos supuestos.

También es relevante hacer mención al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), el cual también ofrece a sus derechohabientes el Servicio Médico Integral y solamente garantiza servicios a los miembros de las fuerzas armadas y sus familiares.

Así el 29 de noviembre del año 2019 la Ley General de Salud fue reformada para incorporar el derecho al acceso a la salud universal, al señalar como un derecho ciudadano el acceso al servicio médico, medicamentos y otras prestaciones a todas aquellas personas que no se encuentren inscritos a algún sistema de seguridad social.

Con esto fue creado el Instituto de Salud para el Bienestar, que se trata de un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, que tiene como objeto el proveer y garantizar servicios de salud, atención médica, medicamentos y

otros insumos a las personas que carezcan de la protección de alguno de los institutos de seguridad social.

Este instituto ha jugado un rol de gran relevancia en el combate a la pandemia, ya que según lo estipula la Ley General de Salud en su artículo 77 Bis 6, este tiene la facultad de coordinarse con las dependencias de las Entidades Federativas para lograr un alcance mayor.

Así la estrategia del Gobierno Federal para la atención de la emergencia sanitaria, fue la de integrar a todos los Institutos, para que de forma coordinada suministraran la atención médica y hospitalaria a todos aquellos pacientes que requirieran atención por Covid-19, habilitando espacios que tradicionalmente se encontraban solamente disponibles para los derechohabientes que integran el padrón de beneficiarios de cada instituto.

Sumado a esto, el artículo 5 de la Ley General de Salud dispone que:

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.”

Por lo que, por medio de convenios de colaboración, fue posible disponer del personal y la infraestructura hospitalaria del sector social y privado, en aras de que fueran dichas instituciones quienes suministraran los servicios necesarios para la atención no relacionada con el Covid-19, permitiendo de esa forma que se aumentara la capacidad hospitalaria y de atención del sector público y que esta se destinara a la contingencia sanitaria.

II. MÉTODO DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Uno de los problemas fundamentales que subsisten en relación al sistema de salud mexicano es, que por encontrarse integrado principalmente por instituciones de seguridad social que son financiadas mayoritariamente por

aportaciones obrero patronales, estas cuentan con un alcance limitado únicamente a los derechohabientes inscritos en el padrón de cada uno de los institutos.

Así por ejemplo en lo que respecta al Instituto Mexicano de Seguro Social, el seguro de enfermedades y maternidad que ofrece a sus derechohabientes, se encuentra financiado por aportaciones obrero patronales y aportaciones federales, en los términos del artículo 106 de la Ley de Seguro Social, en donde por cada trabajador con un salario de una a tres veces el Salario Mínimo (SM), le corresponderá al patrón el pago mensual de una cuota diaria del 13.9 por ciento del salario mínimo y en caso de que el trabajador tenga un salario mayor a tres SM, al patrón le corresponderá pagar una cuota de 6 por ciento y al trabajador una del 2 por ciento sobre la diferencia que resulte entre los tres SM y el Salario Base de Cotización (SBC) registrado ante el instituto.

Por su parte el Gobierno Federal pagará una cuota de 13.9 por ciento de un SM, actualizando trimestralmente su aportación de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Por su parte el servicio de salud que oferta el sistema ISSSTE tiene la característica de ser financiado por dos tipos de aportaciones gubernamentales y una obrera, ya que estas se distribuyen entre tres sujetos obligados, siendo las dependencias que hacen la parte de patrones en la relación laboral, la Federación y los trabajadores al servicio del Estado.

Así los trabajadores deben aportar el 2.75 por ciento del Sueldo Básico (SB) para el financiamiento del seguro de salud de los trabajadores en activo y los familiares derechohabientes y por otro lado también le corresponde una cuota de 0.625 por ciento del SB para el seguro de salud de los trabajadores pensionados y de sus familiares.

Respecto a lo que le corresponde a la Dependencia o entidades, estas deben aportar el 7.375 por ciento del SB para el financiamiento de las prerrogativas correspondientes a los trabajadores en activo y sus familiares y 0.72 por ciento para el de los trabajadores pensionados y sus familiares.

Por último, el Gobierno federal queda obligado al pago mensual de una cuota diaria correspondiente a 13.9 por ciento del Salario Mínimo vigente, actualizándose trimestralmente con referencia al INPC.

En el caso del servicio médico integral que ofrece el sistema ISSFAM, le corresponde al Gobierno Federal la aportación anual del 15 por ciento de los haberes, haberes de retiro y pensiones de los miembros de las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Por último, el financiamiento del sistema INSABI, es fundamentalmente distinto a los planteados con anticipación, esto considerando que se trata de un organismo cuyo objetivo es el de brindar servicios de salud a todos aquellos ciudadanos que no se encuentren inscritos en un determinado sistema de seguridad social, por lo que los recursos económicos no podrían tener como procedencia el mecanismo de aportaciones.

En su lugar, es pertinente señalar, que este servicio se sufraga con recursos obtenidos por impuestos generales y su consecuente asignación presupuestal, por lo que es susceptible de ser aumentado de acuerdo a las necesidades públicas por diferentes mecanismos recaudatorios, de deuda o de austeridad.

Al respecto el artículo 77 bis 12 de la Ley General de Salud señala lo siguiente:

“El Gobierno Federal, conforme a lo que se establezca en el Presupuesto de Egresos de la Federación, destinará anualmente recursos para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados cuyo monto no deberá ser inferior al del ejercicio fiscal inmediato anterior, en términos de lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias y sujeto a la disponibilidad presupuestaria.”

Así para sufragar los gastos extraordinarios derivados de la aparición del virus Covid-19, fue necesario realizar un plan de financiamiento, que se adaptara a

los requerimientos del propio sistema de salud, respecto a las necesidades hospitalarias, medicamentos y la propia vacuna contra la enfermedad.

III. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL Y MÉTODO DE FINANCIAMIENTO A LA CONTENCIÓN COVID-19 EN MÉXICO

En México la Constitución Política establece en su artículo 31 fracción IV el marco de principios que sirven como base para el establecimiento del modelo recaudatorio, al señalar que:

“Artículo 31. Son obligaciones de los mexicanos:

...

IV. Contribuir para los gastos públicos, así de la Federación, como de los Estados, de la Ciudad de México y del Municipio en que residan, de la manera proporcional y equitativa que dispongan las leyes.”

De él se desprende el principio de destino al gasto público con el que se busca que todo ingreso tenga como objetivo exclusivo el financiamiento de los rubros señalados en el presupuesto de egresos, así la administración pública quedaría impedida para realizar recaudaciones de forma arbitraria o que no se justifiquen en relación a las necesidades de gasto público aprobadas por el Poder Legislativo.

Esta correlación entre lo que se denomina Ley de Ingresos de la Federación y el presupuesto de Egresos de la federación se encuentra determinada en función del artículo 73 fracción VII en donde se estipula que es facultad exclusiva del Congreso de la Unión “Imponer las Contribuciones necesarias para cubrir el presupuesto” y por otro lado el artículo 74 Faculta específicamente a la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión para aprobar anualmente, previo examen, discusión o en su caso modificación, el presupuesto de egresos que establecerá el gasto público de la Federación para un determinado periodo.

Al respecto la Dra. María del Carmen Compañ refiriéndose al contenido del artículo 74 fracción IV agrega:

“Por otra parte, en el artículo 74 fracción IV, de la Ley fundamental se señala que es facultad exclusiva de la Cámara de Diputados, examinar, discutir y aprobar anualmente el Presupuesto de Egresos de la Federación... Discutiendo primero las contribuciones que, a su juicio, deben decretarse para cubrirlos....

La disposición constitucional prevé el orden en el que deben discutirse los proyectos que se sometan a consideración de la soberanía Nacional, precisando que se discutan primera las contribuciones que deben decretarse para cubrir el presupuesto.”¹⁰

El efecto de establecer en términos de ley parte del proceso financiero del Estado, obedece a los principios constitucionales antes aludidos, pero también a motivaciones de control presupuestal, ya que, de la determinación de ambas normativas, se deriva una ejecución presupuestal basada en la disciplina financiera y la responsabilidad hacendaria, enfocada a los retos planteados en un Plan Nacional de Desarrollo.

Al respecto Hugo Carrasco señala que:

“Un gobierno que gasta su dinero sólo por gastar equivale a un barco sin brújula, destinado a perderse en las aguas intensas de los mares... un titular de la administración pública que actúa de forma inteligente sabe que en la actualidad, para tener éxito, todo gasto público debe estar vinculado a planes, programas y objetivos y acorde con fines específicos que se pretende alcanzar.”¹¹

Sin embargo, aun cuando siempre ha sido un tema importante, hasta la existencia de esta pandemia, en décadas no se había visto una emergencia

¹⁰ María del Carmen Compañ, "*Procedimiento de elaboración de las leyes fiscales*", en Dolores Chapoy Bonifaz y José Fernández y Cuevas, *Derecho fiscal* (México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 1991), 10.

¹¹ Hugo Carrasco Iriarte, *Derecho Fiscal I*, 6ª ed. (México: Editorial IURE, 2010), 65.

nacional de tal magnitud y urgencia que implicará una paralización económica y a la par la necesidad de inversión extraordinaria en infraestructura de salud.

Incluso resulta muy importante señalar que el presupuesto de egresos aun cuando ya contemplaba un crecimiento presupuestal en el sector salud y los órganos autónomos de seguridad social, por razones lógicas, no tenía contemplado un aumento tan drástico, lo que implicó un problema económico.

Ejemplo de esto fue que el presupuesto para el ejercicio fiscal del año 2019 contemplaba un gasto en salud de poco más de 123 200 millones de pesos, 746 700 millones de pesos para el IMSS y 323 300 millones para el ISSSTE que si es contrastado con el presupuesto proyectado para el ejercicio fiscal 2020 encontramos que al sector salud le fueron asignados 128 500 millones, 825 mil millones de pesos para el IMSS y 349 400 millones para el sistema ISSSTE.

Ahora bien, es necesario señalar, que ambos presupuestos fueron aprobados antes de la existencia de la emergencia sanitaria que hoy afecta la salud y la economía de las naciones del mundo, por lo que para realizar una comparación también resulta menester el contraste con los datos que arroja el presupuesto para el ejercicio fiscal 2021.

En dicho ejercicio presupuestal podemos observar que el sector salud tuvo un crecimiento exponencial al recibir poco más de 145 400 millones de pesos, el sistema IMSS por su parte 901 600 millones de pesos y el ISSSTE obtuvo 373 500.

Al respecto debemos agregar, que el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía para el último trimestre del año 2020 fue de 3.15% con un máximo en el mes de octubre del 4.09% y un mínimo en el mes de abril de 2.15%.¹²

¹² INEGI, *Índice Nacional de Precios al Consumidor por mes*, acceso el 27 de febrero de 2024, <https://www.inegi.org.mx/temas/inpc/>

El contraste de los datos del INEGI que indican la inflación, son elementos que se deben tomar en cuenta para observar un crecimiento presupuestal en términos reales.

Así también resulta relevante señalar que no es solamente asignar presupuesto a los rubros u organismos que lo requieren, si no que a la par, para continuar con el equilibrio presupuestal, es necesaria la determinación de fuentes de financiamiento.

Es destacable respecto de este tema, la ausencia de deuda pública como medio principal para sufragar el aumento presupuestal para la contingencia sanitaria, sino que se trata de una estrategia que retoma la disciplina financiera y la austeridad gubernamental para utilizar el método de las adecuaciones presupuestarias y el ahorro presupuestario que contempla la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Por otro lado, es destacable que, las medidas de restricción implementadas para controlar la pandemia, tal como la política de “quédate en casa”, impacta las proyecciones recaudatorias determinadas en la Ley de Ingresos.

Lo anterior es así considerando que, buena parte de dichos recursos provienen de los denominados impuestos al consumo, entre los que destaca el Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios, mismo que se encuentra señalado por el artículo 73 Fracción XXIX de la Norma Constitucional y que recae principalmente sobre consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y combustibles fósiles.

Por ente, una disminución en el consumo de dichos productos, indudablemente impide la consecución de los objetivos planteados, y genera un desequilibrio financiero que implica la necesidad de incrementar otros conceptos de ingreso.

Sobre esto, el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas señala que:

“En 2019, el IEPS muestra incrementos constantes, principalmente por mayores ingresos por gasolinas y diésel. No obstante, en el 2020 y 2021 los

ingresos de este impuesto se vieron afectados por el impacto desproporcionado de la pandemia y de las medidas para contenerla, situación que afectó principalmente las ventas de hidrocarburos y combustibles de Pemex.”¹³

Además, agrega que:

“De manera particular, destaca el IEPS proveniente de la venta de gasolina y diésel que registró una recaudación por 146 mil 246.5 mdp, cifra que representa una caída de 22 mil 324.4 mdp respecto al programa. Esta deriva del menor volumen de ventas internas de gasolinas y diésel, que fue ocasionado por las medidas de confinamiento adoptadas por la pandemia del Covid 19.”¹⁴

Así también debemos mencionar que a la fecha no se ha planteado el aumento de las tasas y cuotas de los impuestos que componen los ingresos del Estado, situación que contrasta con lo que se había llevado a cabo tradicionalmente, en donde se observa el aumento paulatino en las tasas y cuotas correspondientes principalmente a impuestos indirectos al consumo, como el IVA y el IEPS, aun cuando también se ha planteado el aumento del Impuesto Sobre la Renta.

Sobre esto David Martínez nos señala:

“En 2009 se aprobó un aumento del IVA de 15% a 16%, y debido a que aumentó la informalidad, el IDE se cobró al 3% sobre los depósitos

¹³ Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, *Participación de los Principales Impuestos en los Ingresos Tributarios 2006-2021*, 15, acceso el 27 de febrero de 2024, <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2022/notacefp0342022.pdf>

¹⁴ Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, *Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios Enero-Junio 2020*, 1, acceso 27 de febrero de 2024, <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2020/notacefp0582020.pdf>

mayores a 15 mil pesos. En 2014 desaparece el IDE y al mismo tiempo aumenta la tasa máxima de ISR de 30 a 35%.

... el pago de impuestos se concentra en los contribuyentes cautivos restando competitividad a los salarios del trabajador formal. El aumento del IVA y la aparición de nuevos impuestos como el gravamen a telecomunicaciones, gravamen a bebidas y alimentos "chatarras", gravamen a alimentos para mascotas, entre otros, disminuyen el poder adquisitivo de los salarios formales e informales. Los aumentos en el ISR afectan directamente a los salarios reales del sector formal."¹⁵

En su lugar, la política fiscal ha dado un vuelco en el sentido de sostener un modelo recaudatorio más sólido, aplicando el contenido del artículo 28 constitucional¹⁶, referente a la prohibición expresa de las condonaciones y exenciones fiscales condicionándolas a las propias determinaciones señaladas por las leyes secundarias.

Cabe señalar, que la aplicación de este instrumento de desgranamiento, fue utilizado durante décadas, preponderantemente para disminuir las responsabilidades de pago de los grandes contribuyentes de este país.

En la actualidad, se ha buscado la recuperación de los adeudos principalmente de los grandes contribuyentes, para efectos de elevar la recaudación Federal, con la intención de lograr el cumplimiento de la entrega de los programas sociales y la compra de material médico, en específico el relacionado con los contratos de suministro de vacunas anti covid 19.

¹⁵ David Martínez et al., "Política Fiscal, Mercado de Trabajo y Empleo Informal en México", *Revista de Economía y Finanzas*, 13, no. 1 (2018):77-98.

¹⁶ Gregorio Rodríguez Mejía, "Las exenciones de impuestos," *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 94 (1999): 122-123.

IV. CONCLUSIONES

El modelo de seguro de salud en México, no se encontraba apto para contener una emergencia sanitaria, como la que el mundo se encuentra experimentando desde finales del año 2019, ya que se trataba de un sistema enfocado a ofrecer servicios únicamente a los ciudadanos derechohabientes.

Incluso así, es importante destacar, que los propios sistemas de seguridad social, contaban un importante déficit de personal y de infraestructura que les permitiera afrontar la demanda de servicios.

Por esto, la inversión pública en el sector salud durante la pandemia, resulta un remedio obvio en una emergencia sanitaria, lo que hace la diferencia respecto a lo que se realizaba tradicionalmente, es que el origen del financiamiento provenga de aspectos derivados de la responsabilidad hacendaria, la eficiencia presupuestal, la eficaz recaudación y sin recurrir a la herramienta del endeudamiento público.

Estas circunstancias, aun cuando no lograron contener la debacle económica que representa la medida de distanciamiento social, si han mantenido un equilibrio económico y han permitido que la economía pueda recuperarse con agilidad.

Así también resulta relevante, que el objetivo principal de dicha estrategia, fue el de garantizar el acceso a los servicios de salud a todas las personas que requirieran atención por Covid-19, situación que según indican los datos que arrojan las propias autoridades de salud, se ha logrado, tomando en cuenta que los datos de disponibilidad hospitalaria arrojan una suficiencia de espacios de atención¹⁷.

Sin embargo, también es importante señalar, que a pesar de los esfuerzos gubernamentales y principalmente de las familias, negocios y personas en general, a la fecha 20 de enero 2021 se han registrado 108873 decesos por la enfermedad.

¹⁷ "Sistema de Información de la Red IRAG," acceso el 10 de enero de 2021, <https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>

V. REFERENCIAS

Bestard Perelló, Juan José. *La asistencia sanitaria pública* (España: Díaz de Santos Ed., 2015).

Carrasco Iriarte, Hugo. *Derecho Fiscal I*. 6ª ed. (México: Editorial IURE, 2010).

Compañ, María del Carmen. "Procedimiento de elaboración de las leyes fiscales." *en Derecho fiscal*, editado por Dolores Chapoy, Bonifaz y José Fernández y Cuevas, 10. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 1991.

Hemerografía:

Pérez Abreu, Manuel Ramón, et al. "Características Clínico-Epidemiológicas del COVID-19." *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19, no. 2 (2020), Cuba, vol. 19, no. 2.

Martínez, Luis David, Caamal Cauich, Ignacio, Ávila Dorantes, José Antonio y Pat Fernández, Lucio Alberto "Política Fiscal, Mercado de Trabajo y Empleo Informal en México." *Revista de Economía y Finanzas*, 13, no. 1 (2018): 77-98.

Rodríguez Mejía, Gregorio. "Las exenciones de impuestos." *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 94 (1999): 122-123.

Páginas de Internet:

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, "Participación de los Principales Impuestos en los Ingresos Tributarios 2006-2021," 15, acceso el 27 de febrero de 2024.
<https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2022/notacefp0342022.pdf>

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. "Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios Enero-Junio 2020." Acceso el 27 de febrero de 2024.
<https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2020/notacefp0582020.pdf>

"Sistema de Información de la Red IRAG," acceso el 10 de enero de 2021.
<https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>

Our World in Data, acceso el 17 de enero de 2021,
<https://ourworldindata.org/coronavirus>

INEGI. Índice Nacional de Precios al Consumidor por mes. Acceso el 27 de febrero de 2024. <https://www.inegi.org.mx/temas/inpc/>

Normatividad:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 5 de febrero de 1917.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 30 de marzo de 2006.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH.pdf>

Ley General de Salud, 17 de febrero de 1984.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Ley de Seguro Social, 21 de diciembre de 1995.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

Ley ISSSTE, 31 de marzo de 2007.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>

LEY ISFAM, 9 de julio de 2003,
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/84_070519.pdf

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2019.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/pef_2019/PEF_2019_abro.pdf

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2020.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/pef_2020/PEF_2020_orig_11dic19.pdf

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2021.
https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Presupuesto/DecretosPEF/Decreto_PEF_2021.pdf

Declaración de Filadelfia. Adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su vigésima sexta reunión, Filadelfia, 10 de mayo de 1944.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador. Adoptado el 17 de noviembre de 1988.