

## **Fuentes de Financiamiento: Impuestos y Contribuciones.**

*Dr. Esteban Martín Chiotti Kaneshima.*

*Subjefe del Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud (MINSA).*

El tema de financiamiento es muy amplio y es un poco difícil hablar cuando uno es médico, pero por la función que hemos hecho, hemos podido entrar en contacto y tener un marco teórico para poder traer y centrarnos, en el tema de impuestos versus contribuciones. El tema de financiamiento tiene 3 aspectos básicamente orientados a una política de financiamiento. Existe primero el tema de las fuentes de financiamiento, los mecanismos de financiamiento y los mecanismos de pago. Estará directamente en la obtención de resultados. ¿Qué es financiamiento? Es la provisión de recursos financieros para la producción o compra de Servicios de Salud, dependiendo del rol que se está ejecutando, si soy prestador o si soy financiador.

Principios Básicos. Hay un principio en Economía que hace su campo de estudio, que dice que los recursos financieros y económicos son finitos y las necesidades son infinitas. "Los recursos financieros y económicos que los países destinan a cubrir los costos de las atenciones a la salud de su población enfrentan la restricción normal de recursos limitados contra necesidades ilimitadas". Si hay recursos finitos y hay necesidades infinitas, hay que tomar decisiones a la asignación de los recursos disponibles. Frente a esto primero hay una decisión a nivel macro, ¿Qué es lo que tengo que hacer, invierto en educación, en infraestructura o invierto en salud? Esta es la primera decisión, ¿Qué sector es el que va a recibir más financiamiento?, esa es una decisión política. Y el otro tema es la decisión que se tiene al interior del Sistema de Salud: ¿Lo que yo recibo de financiamiento alcanza para atender todas las necesidades? Si no alcanza tengo que ver qué va a traer mayor bienestar en el campo de la salud, esa es una decisión racional y tiene que ser tomada en función de lograr los resultados que yo deseo, los impactos con la calidad necesaria disponible con estos recursos que cuento. Allí está el quid del asunto y creo que allí está la discusión de todos los problemas, de cómo lograr el financiamiento. Entonces, el problema es cómo lograr un financiamiento óptimo combinando calidad al menor costo, como llaman los economistas:

contención de costos, y en función de una satisfacción de las necesidades de la población expresados de manera individual o de manera colectiva dentro de un sistema de salud. En este sentido, los problemas para la elección de la asignación de los recursos se dan en dos momentos. Uno, en relación a otros usos alternativos distintos a bienes y servicios de salud, por ejemplo: educación, infraestructura pública, vivienda, subsidios a personas de escasos recursos, entre otros, los cuales en ciertas condiciones pueden mejorar el estado de salud de los habitantes, tanto o más, que los gastos incurridos en servicios de salud. Y, dos, la decisión al interior del sistema de salud respecto a qué intervenciones se favorecen de manera prioritaria, pues los recursos son insuficientes para que todas las personas tengan acceso a todos los bienes y servicios de la mejor calidad posible. Problema para lograr un financiamiento óptimo. El problema es encontrar una forma de combinar calidad, contención de costos en atención al usuario y el logro de los objetivos del sistema de salud.

¿Qué aspectos son los que presionan en el gasto para que haya mayores requerimientos financieros? La transición epidemiológica, tengo problemas de enfermedades transmisibles pero también tengo enfermedades emergentes, tengo que buscar un equilibrio para poder atender esa necesidad. Por otro lado, una transición demográfica, la base de la pirámide demográfica, los menores se está reduciendo y está la punta de la pirámide que son los mayores se están ensanchando; por lo tanto, voy a tener otro escenario epidemiológico que atender. La transición social, es decir el paso de la población rural a la ciudad (urbanización) lleva adherido otro escenario. El mayor nivel educativo hace que se identifiquen mayores necesidades de salud y derechos inherentes. El mayor rol de la mujer en la economía formal hace que hay un aporte y un desarrollo y una nueva dinámica social. La innovación tecnológica y organizacional, por ejemplo, se pagaba por un equipo de cirugía alrededor de 500 dólares, luego viene la tecnología y tenemos que usar un bisturí, electrónico o eléctrico que cuesta alrededor de 10 000 dólares y ahora utilizamos la tecnología con un bisturí láser que cuesta 30 000 dólares, eso también presiona sobre la decisión de dónde voy a hacer el gasto. Un cambio político de democratización, hay mayor participación y hay una interacción de los stakeholders, de los grupos de interés, grupos de presión que también

influyen sobre qué se va a gastar, y la transformación económica de un modelo rural, un modelo industrializado que genera mayor posibilidad de medios tecnológicos que no necesariamente son los más económicos, pero sí en términos de seguridad.

El otro aspecto para la política de financiamiento y tomar decisiones, si tomo impuestos versus contribuciones, es que hay un escenario de inequidad entre las fuentes de financiamiento, depende del escenario y de la capacidad y tamaño de la economía. Si es una economía creciente es muy probable que el aporte de los empleadores sea mas grande. Si estamos en un periodo contra-cíclico, de contracción, es muy probable que esto empiece a disminuir y tengamos que echar mano de las fuentes de gobierno. Y, siempre está demostrado que en todo este periodo (11 años) el gran peso del gasto está en los hogares. Esto hace que en el escenario latinoamericano, como se describió anteriormente, la Seguridad Social siempre cuenta con mejores recursos porque la vía de contribución es más fácil de recaudar y es la más fácil de controlar ese seguimiento porque al haber una contribución yo espero un servicio, mientras que cuando hay un sistema de impuestos, generalmente tiene que haber un mecanismo de focalización y hay un riesgo de que gente que no debería recibir este financiamiento vía impuestos, entre dentro del sistema.

Al interior de los países latinoamericanos hay diferencias entre los individuos que tienen acceso a los servicios de Seguridad Social mejor financiados y los que sólo cuentan con los sistemas de salud públicos, con financiamiento claramente insuficiente.

El gasto en salud en el escenario de nuestro país tendría que estar dirigido a las políticas sociales, la salud como una política social, no como una visión individual. Hay dos formas: Por el lado de los Ingresos Públicos: Si optamos por el modelo de impuestos, pueden ser financiados sobre: Impuestos directos, se aplican sobre el patrimonio, la riqueza, ingresos, la propiedad, es decir, el que más tiene más aporta, más contribuye. Aquí está el Impuesto a la Renta. Impuestos indirectos, que sobre todo están ligados al consumo, las transacciones y la venta. Aquí estaría principalmente el Impuesto General a las Ventas. Por el lado del Gasto Público, los recursos o ingresos públicos estarían orientándose dentro de una política

social, el destino puede ser: sectoriales, a los diversos sectores regionales, a las diversas regiones, teniendo en cuenta condiciones económicas o exclusión social, sobre todo porque es un país de desigualdades. Son los temas que deberían guiar la priorización del Gasto Público. El problema económico genera la pregunta: ¿Puede el país sostener un incremento en el Gasto Público en Salud?

Fuentes de Financiamiento: Impuestos y Contribuciones Hay dos modelos: Modelo contributivo, en nuestro país el 18% de ese financiamiento viene a través de la Seguridad Social. Modelo no contributivo, que es a través de los presupuestos de MINSAs, a través de los presupuestos ordinarios o a través del financiamiento de la demanda que es el Seguro Integral de Salud (SIS). El SIS básicamente entrega subsidios. La Seguridad Social tiene dos regímenes: Seguro Regular y Seguro Potestativo. Ambos regímenes se dan en EsSalud y EPS.

Esta es una comparación rápida de qué condiciones hay si financiamos vía impuestos o vía contribuciones. Tipo de recaudación: Impuestos generales y contribuciones de la Seguridad Social. Condicionantes: situación fiscal (progresividad y regresividad tributaria); mercado de trabajo (formal e informal de la economía); oportunidad redistributiva; mayor o menor oportunidad de desarrollo, mayor o menor (depende del mercado) capacidad de recaudación, más difícil (depende de la capacidad de identificación de ingresos), fácil en el sector formal.

Los impuestos dependen de la situación fiscal, si tenemos bonanza económica o estamos en una situación regresiva, por lo tanto eso va a depender de la Caja Fiscal y de la disponibilidad. En cambio si es la contribución a través de la Seguridad Social, esto va a depender del tamaño del Mercado de Trabajo, sobre todo del tamaño de la economía formal, ya se dijo, de la planilla. La oportunidad de redistribuir, de reducir las inequidades, es mayor con los impuestos generales y menor con la Seguridad Social porque esto, a pesar de que uno de los principios es la solidaridad, está en relación con la aspiración que tiene el contribuyente de recibir algo por lo que está contribuyendo, esa es la motivación de que alguien opte por el sistema contributivo. Las opciones de desarrollo son mayores con los impuestos porque van a responder a una política social, no a una necesidad colectiva, en cambio las oportunidades de desarrollo van a ser

menores con las contribuciones porque éstas están en relación básicamente a las expectativas individuales. La capacidad de recaudación es más difícil en los impuestos porque esto va a depender de la bolsa que se genere a través de los impuestos, en cambio las contribuciones son más fáciles porque están individualizados, porque el asegurado o contribuyente va a recibir el beneficio en función de la continuidad de su aportación.

Con respecto a los mecanismos de financiamiento: El financiamiento público, lo importante es que va ligado a una política macroeconómica, va ligado con una política de largo aliento, esto es colectivo; en cambio el gasto de bolsillo va básicamente en función de la capacidad de pago de la persona, esto es individual. El seguro privado está en función de los ingresos, los lugares donde han privilegiado el tema de seguro privado va ligado en función del ingreso individual sobre el ingreso familiar, y sobre eso está su plan de cobertura, a mayor capacidad de pago, de tomar la prima, voy a tener mayores beneficios, a menor capacidad, menores beneficios. En el caso de subsidios, esto va directamente en forma de paquete como población meta, en este caso a los pobres extremos, y Financiamiento a través de programas nacionales que van directamente a un objetivo propio. Acá hay unos supuestos que tienen que darse para que estos mecanismos sean privilegiados no. Por ejemplo, ventajas en financiamiento público, está enfocado en gasto social, pero la desventaja es que está en función de los ciclos económicos, es decir la disponibilidad de la caja fiscal. En el gasto de bolsillo, permite obtener beneficios directos, obtener las atenciones en función, pero la gran desventaja es la discriminación porque está en función de cuánto yo dispongo para la necesidad de salud. En el seguro privado, la diferencia es la prima, es muy fácil entregar los beneficios porque va ligado a un pago, como es un privado, compite y tiene el tema de la calidad, pero no acceden los pobres o no son calificados aquellos que tienen enfermedades crónicas, no son sujetos porque no van a dejar margen de ganancia, se va a reducir la rentabilidad. En el caso de los subsidios la ventaja es que compensa las barreras económicas, pero necesita de una viabilidad política para su ejecución y esto tiene que ver también en la relación de cómo están los grupos de presión para recibir la asignación de estos recursos. En el caso de ramas de salud, mejora la equidad, pero necesita un fuerte componente de

planificación, un estudio de factibilidad, una decisión política que debe ser continuada, que puede cambiar de acuerdo a un régimen a otro y sobre todo el objeto ser priorizado, necesita mucho componente técnico. Entonces para poder tomar esa decisión en función de los criterios que tenemos para buscar las fuentes de financiamiento que serían: Impuestos, Aportaciones a la Seguridad Social, Seguro privado o mecanismo de Prepago privado, Gasto de bolsillo. Tendríamos que plantear estos criterios: Equidad en el financiamiento; cobertura de necesidades; eficiencia en la asignación; eficiencia del sistema; transparencia y rendición de cuentas; capacidad de elección del usuario (¿Dónde se va a atender?); macroeficiencia, es decir cómo se van a obtener resultados o impactos en la salud; aceptabilidad política; estabilidad económica, estabilidad política.

Vemos que los impuestos tienen un mayor peso en la elección porque reflejan mayor equidad en el financiamiento, cobertura de las necesidades, eficiencia en la asignación, eficiencia del sistema, capacidad de elección y macro eficiencia. Pero el gasto de bolsillo tiene que ver básicamente con los beneficios y las expectativas individuales, capacidad de elección, transparencia en la rendición de cuentas. La Seguridad Social tendría mayor peso en estos criterios que los impuestos y el gasto de bolsillo, pero en menor magnitud. Entonces esta tabla permitiría tomar una decisión en la política de financiamiento y la fuente de financiamiento a seguir.

La pregunta es ¿cómo alinear el esquema de financiamiento para lograr los objetivos de un sistema de salud?, mis fuentes de financiamiento en mecanismos, con los objetivos de un sistema de salud. De lo contrario se generaría un gasto que no va obtener un resultado y sería un gasto ineficiente.

La alternativa de financiamiento que hemos visto: gasto de bolsillo, seguro privado, impuestos o contribuciones atravesarían en algunos mecanismos de pago definidos, pero estos mecanismos tendrían que ir ligados a los incentivos de los prestadores de servicios, para poder obtener un resultado esperado, que está en función de estos incentivos a prestadores de servicios y en función a los objetivos que todo el sistema de salud plantea. Aquí analizaremos un poco los casos particulares de los seguros privados de salud con fines de lucro, para

poder tomar decisiones de cuál sería la fuente de financiamiento. No estamos de quién administra el financiamiento, porque no es el tema, porque si hay un administrador único o hay varios administradores, éste es un tema para otra discusión. Lo que estaríamos hablando es fuentes, mecanismos y cómo estaría el mecanismo de gasto. Los seguros privados básicamente tienen un carácter de búsqueda de utilidad, de renta. Los seguros privados tienen costos derivados de las utilidades y actividades de promoción que no se plantean en un sistema de seguro público de carácter obligatorio. Estos costos pueden alcanzar a casi la mitad de la prima que se paga en el caso de las pólizas individuales. Por tanto estos costos pueden influir en las utilidades, por lo tanto el seguro público tiene que tener un regulador que garantice un plan de beneficios que estén de acuerdo a lo que ellos buscan que son las utilidades y la renta. Un problema adicional es que cada asegurador individual no tiene suficiente fuerza para negociar precios favorables con los proveedores de servicios, o para exigir a los médicos participantes que se atengan a un listado de fármacos esenciales. Es decir, el asegurador lo que diseña son planes individuales y el riesgo en este caso es individual. El riesgo aumenta con enfermedades preexistentes, el riesgo aumenta con la edad, el riesgo aumenta con el nivel de ingreso. Esta es una de las condiciones que el asegurador privado busca para poder fijar la prima y a quién asegura. Con frecuencia los servicios preventivos no están cubiertos por el seguro, pues se piensa que quien paga la prima no los considera importantes. Es decir los seguros preventivos no son de peso para el asegurador privado, quienes desean cubrir con el seguro a su grupo familiar deben pagar primas sustancialmente más elevadas, lo cual suele resultar en baja cobertura de las cargas familiares dependientes. El alto costo, las primas uniformes y las primas extras para los miembros de la familia limitan la cobertura potencial de los seguros privados de salud. Es decir, quien desea transferir la prima individual a la prima familiar tiene que tener ingresos adicionales que le permitan hacer la cobertura.

El tema de las cotizaciones en el caso de financiamiento vía seguro social Como una forma de recolectar dinero, las cotizaciones para seguros de salud tienen numerosas ventajas: Las cotizaciones son fáciles de recaudar desde un punto de vista administrativo, al menos para aquellos

que tienen empleadores. Porque primeramente existe un empleador, existe una planilla. En este caso a la SUNAT se le ha dado el encargo, ellos verifican, hacen la recaudación, por lo tanto se cuenta con dinero para atender los fines que tiene la institución. Las contribuciones son pagadas con mayor interés que un impuesto ya que el empleado o asegurado tiene conciencia de que él o ella obtiene un beneficio personal, va a recibir la atención cuando lo necesite, identificable al efectuar el pago, el derecho a aquella atención de salud como está definida en la normativa con la esperanza de obtener un buen servicio. Pero el empleado solamente pagará gustoso por aquello que considere un "buen beneficio". Por esta razón incluso es aceptable que los trabajadores de bajos ingresos, a quienes parecería erróneo imponer un impuesto a la renta, coticen para salud. Pero el tema de la demanda y la capacidad de oferta hacen que haya una barrera. Las cotizaciones se pagan en función de un porcentaje y esto está ligado al nivel de ingreso. Las cotizaciones según ingreso que se pagan a cambio de un beneficio cuyas características no varían de acuerdo al monto de los ingresos que percibe cada cual, son de carácter redistributivo, desde los más ricos hasta los más pobres. No es un impuesto, no tiene que ver con la renta, es decir, aquellos que ganan menos van a tener que pagar menos, el que tiene una renta mayor va a tener que pagar más por el servicio. La renta imponible para efecto de cotizaciones de salud es predecible en el corto plazo. Financiamiento vía Impuestos: Ciertamente tales ventajas podrían ser obtenidas mediante un servicio financiado por impuestos generales, pero en la práctica suelen no serlo., por lo que habíamos dicho, las necesidades existen, el Estado a través del Gobierno toma la decisión de que gasto es el que se prioriza y no siempre el sistema de salud es prioritario para los gobiernos de turno, porque siempre se entiende que la salud es un gasto no una inversión. Es muy difícil convencer a aquellos de que hay que invertir en el tema de salud para poder mejorar el capital social. Normalmente los Ministerios de Salud eligen los métodos "directos" de provisión de servicios. Ellos son dueños de las instalaciones de salud y contratan a profesionales de salud bajo el régimen de salario para que trabajen en ellos. Es decir, como es el financiamiento vía impuestos, los Ministerios de Salud básicamente van a montar su sistema de provisión donde existe la propiedad por el Ministerio, en este caso ya está descentralizando los gobiernos regionales, pero son los

dueños de las instalaciones y se contrata a profesionales bajo el régimen de salario (por tantas atenciones usted va a recibir un sueldo que no necesariamente va a servir de incentivo para que el prestador esté motivado a dar una atención de calidad). Mecanismos de pago, incentivos a los proveedores: La competencia en la atención de salud como en cualquier otro ámbito, hace que aquellos que compiten sean proclives a satisfacer al consumidor proveyéndole un servicio satisfactorio, cordial y accesible, puesto que aquellos que no lo hagan van a perder clientes. Es bueno que el médico gane dinero cuando obtiene un paciente nuevo y que lo pierda por otro lado cuando el paciente se va con otro facultativo. Ciertamente, tales ventajas podrían ser obtenidas mediante un servicio financiado por los impuestos generales, pero en la práctica suelen no serlo. Normalmente los Ministerios de Salud eligen todos los métodos “directos” de provisión de servicios. Ellos son dueños de las instalaciones de salud y contratan a profesionales de salud bajo el régimen de salario para que trabajen en ellos. Entonces es necesario que los mecanismos de pago, es decir, ya tengo las fuentes de financiamiento, ya decidimos cuál van a ser los mecanismos de financiamiento, cómo vamos a hacer para pagar estos recursos, cómo llegan a los proveedores que es el actor principal. Si bien es cierto los seguros compran los servicios para los asegurados o para la población objetivo, quienes dan los servicios son los proveedores. En la experiencia y en la revisión comparada de los sistemas de salud, de los sistemas de provisión internacional, se ve que en donde hay competencia en la atención de salud se ve mejores desempeños. Si hay competencia, el médico que gana es aquel que da mejor atención y el que pierde es el que no da buena atención, pues el que se atiende es el usuario. Allí está un incentivo a la calidad. El otro es un servicio donde el reto es si estamos apostando a un servicio financiado por impuestos, cómo no caer en el problema anterior, en donde el Estado que tiene su propio paralelo prestador, ¿Cómo lograr su incentivo y cómo lograr esa competencia?

Cómo a parte del régimen salarial buscar una parte adicional que premie la calidad, la satisfacción. Pero este problema está en todos los sistemas, tanto en los que se financian con el aporte privado, cómo los sistemas que son financiados por el Estado o por el tema de las contribuciones en fondos solidarios como la Seguridad Social.

Financiamiento a través de aseguramiento privado: Múltiples aseguradores generan elevados costos adicionales en promoción de ventas. ¿Compensarán ellos la ganancia en eficiencia? No hay hasta aquí experiencia alguna sobre la cual apoyarse; el único caso que se puede citar es el de los EE. UU. que dista mucho de ser ejemplar. Muchos países han elegido un asegurador monopólico porque los proveedores, a su vez, tienden a actuar en conjunto como un monopsonio.

El tema de tener múltiples aseguradores privados hace que exista esta competencia y a través de esa competencia ellos buscan cómo captar la mayor cantidad de asegurados ofreciéndoles ventajas. Entonces allí hay un tema de promoción de ventas. ¿Cómo la compensarán? En función de la eficiencia. Es un sobre costo que tienen los privados al competir. En el caso de EE.UU. todo el aseguramiento es a través del aseguramiento privado en función de la capacidad de ingresos les corresponde un plan, y como la premisa es ¿cuánta renta obtengo?, la pregunta es, ¿Cuán equitativo puede ser el sistema? Esta competencia hace que los que mejor administran quedan, entonces actúan como un monopsonio, es decir pocos deciden cómo son las reglas del mercado.

Relación asegurador/beneficiario. Problemas: Naturaleza (voluntaria, obligatoria), contribución (selección adversa), altos costos de transacción, ineficiencia institucional y social, población excluida del sistema de aseguramiento, burocratización., dificultad para incorporar valores y demandas de beneficiarios, elección de destino (selección adversa), inequidad en el aseguramiento, altos costos de transacción, inequidad en el aseguramiento dependiente de mecanismos de regulación. Esto es para ver qué mecanismos tiene un problema cuando se toma el modelo de asegurador, el tema de asegurador/beneficio en el tiempo de contribución.

En el tema de contribución la selección es adversa. Aquellos que ya tienen una enfermedad, como entran al sistema, hay altos costos de transacción, es decir costo administrativo y aquellos que no tienen los recursos quedan fuera del sistema de aseguramiento. Lo mismo es en la elección de destino pues hay inequidad en el aseguramiento y también hay altos costos en la transacción. Cuando el aseguramiento es obligatorio, hay un tema de burocratización y se destaca básicamente en

el destino de los fondos, inequidad en el aseguramiento y depende de los mecanismos de regulación. Capacidades según fuentes en América Latina.

Comparando las fuentes de financiamiento en América Latina, las limitaciones en la Seguridad Social están en relación a: Inestabilidad en el mercado de trabajo, dado que no hay un crecimiento del trabajo formal, por tanto no hay un crecimiento de quienes aportan al seguro; crecimiento del mercado informal de trabajo a pesar del crecimiento macroeconómico; grandes sectores sociales que no tienen ni siquiera el ingreso formal porque no tienen los servicios, no acceden porque están fuera de la economía, fuera del Estado, en condiciones de exclusión social en salud; oportunidades del Sector Fiscal, cuando hay crecimiento del PBI mejoran las condiciones fiscales en gran parte de los países de América Latina. Eso permite una expansión de los mecanismos de protección social sobre todo en salud. Mejores condiciones de ingresos fiscales por el crecimiento de los niveles de exportación, como consecuencia de la expansión de las economías en A.L. Estas son las condiciones que permiten el mejoramiento en el gasto en salud.

Mecanismos de pago e incentivos al proveedor Incentivos: Prevención. Actividad Trato/calidad. Contención de costos. Mecanismos: Presupuesto general. Presupuesto por partidas. Capacitación. Pago relacionado con el diagnóstico. Pago por servicio.

Si tenemos un Presupuesto general podemos privilegiar como objetivo las atenciones en prevención, lo mismo que cuando asignamos partidas específicas. Si el

mecanismo es por capitación, pagamos por habitante, por beneficiario, se privilegia básicamente la prevención. Si el pago es relacionado al diagnóstico, la prevención se descuida, lo mismo que con el pago en servicios. Las actividades serían básicamente recuperativas. El trato en función al pago de servicio, la calidad estaría en relación al pago contraprestación. El tema de contención de costos que hablábamos, permite una eficiencia cuando tenemos un presupuesto limitado, nosotros gastamos lo necesario, a diferencia del pago de servicios que está ligado a cuanto más atenciones haga, más retribución vamos a tener.

Conclusiones: Muchos países usan tanto los impuestos como las cotizaciones de salud (mecanismo combinado) para financiar los servicios, pero coordinan estrechamente ambas instancias. También usan otros mecanismos como los co-pagos para poder contener demandas que no necesariamente responden a una necesidad de salud. Esta combinación de mecanismo de impuestos con cotizaciones tienen que ser coordinadas porque generalmente tienen administradores de fondos separados. Los sistemas funcionan cuando responden a una política coordinada y con objetivos, metas claras y estrategias definidas. Fuentes múltiples de financiamiento que no están coordinadas entre sí pueden conducir a grandes pérdidas. Una Alternativa: En lo que respecta a las fuentes de financiamiento de salud, las más eficaces y aceptables serían por varias razones las cotizaciones individuales según sus ingresos, complementadas y debidamente coordinadas con fondos fiscales provenientes de los impuestos generales.

Muchas gracias