

H. Congreso del Estado de Nuevo León



LXXVII Legislatura

PROMOVENTE: DIP. HÉCTOR MORALES RIVERA E INTEGRANTES DEL GRUPO LEGISLATIVO DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL DE LA LXXVII LEGISLATURA

ASUNTO RELACIONADO: PRESENTA INICIATIVA DE REFORMA A LA FRACCION VI DEL ARTICULO 200 Y EL ARTICULO 201 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS, EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LOS ASEGURADOS Y LA REGULACION DE LOS INCREMENTOS EN LAS PRIMAS DE SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS.

INICIADO EN SESIÓN: Martes 18 de Noviembre de 2025

SE TURNÓ A: COMISIÓN DE LEGISLACIÓN.

Mtro. Joel Treviño Chavira
Oficial Mayor

DIP. ITZEL SOLEDAD CASTILLO ALMANZA

PRESIDENTA DEL H. CONGRESO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

PRESENTE.

El suscrito Diputado **HÉCTOR JULIÁN MORALES RIVERA**, e integrantes del Grupo Legislativo del Partido Revolucionario Institucional de la LXXVII Legislatura del H. Congreso del Estado de Nuevo León, de conformidad con lo establecido en los artículos 87 y 88 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, así como lo dispuesto en los artículos 102, 103 y 104 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso del Estado de Nuevo León, comparecemos ante esta Soberanía a promover Proyecto de Decreto por el que se reforma la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en materia de protección a los asegurados y la regulación de los incrementos en las primas de seguros de gastos médicos, bajo la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El seguro de gastos médicos constituye una herramienta de protección para hacer frente, desde el punto de vista económico, a las consecuencias derivadas de un accidente o enfermedad, por las cuales el asegurado se tenga que someter a tratamiento médico o quirúrgico necesario para el restablecimiento de su salud.¹

Su finalidad es evitar un desequilibrio económico ante los gastos hospitalarios, quirúrgicos, médicos, farmacéuticos o diagnósticos de alto costo, que podrían comprometer la estabilidad patrimonial del asegurado y de su familia.

¹ CONDUSEF. (s/F). *Cambios al Contrato de Seguro de Gastos Médicos Mayores, en beneficio de los asegurados*. Recuperado de: <https://www.condusef.gob.mx/?p=contenido&idc=948&idcat=1>

Dependiendo del plan contratado y de la compañía aseguradora, las pólizas pueden incluir, además, servicios médicos a domicilio, medicina alternativa, tratamientos dentales básicos o atención psicológica, lo que evidencia su función social como instrumento de previsión y protección de bienestar.

No obstante, en la práctica, muchos usuarios desconocen el alcance real de sus coberturas o enfrentan condiciones contractuales poco claras, lo que genera un alto grado de incertidumbre. De acuerdo con datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), sólo uno de cada diez mexicanos cuenta con un seguro de gastos médicos, lo que refleja un bajo nivel de contratación y su limitada accesibilidad.²

A pesar de que el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho a la protección de la salud e impone al Estado la obligación de establecer bases y modalidades para su acceso efectivo, el funcionamiento actual del mercado de seguros evidencia prácticas que, por sus alzas desproporcionadas o condiciones restrictivas, vulneran dicho derecho en su dimensión de accesibilidad económica y continuidad en la atención médica.

Durante las últimas semanas del mes de octubre, diversos medios de comunicación han informado sobre un aumento significativo de denuncias contra compañías de seguros de gastos médicos mayores. De acuerdo con los datos emitidos por Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en su delegación de Nuevo León, las quejas contra este tipo de aseguradoras aumentaron un 53% en 2024 respecto al año anterior.³

² S/A. (2025). *Sólo 1 de cada 10 mexicanos cuenta con seguro de gastos médicos*. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/noticia/2025/04/07/economia/solo-1-de-cada-10-mexicanos-cuenta-con-seguro-de-gastos-medicos>

³ Robles, I. (2025). *Aumentan 53% las denuncias contra seguros*. Recuperado de: <https://www.elnorte.com/aumentan-53-las-denuncias-contra-seguros/ar3089463>

Asimismo, se ha documentado que las primas de los seguros de gastos médicos han incrementado hasta un 45% en un solo año, situación atribuida a abusos en la facturación hospitalaria, sobrecostos en servicios médicos privados y políticas de ajuste de riesgo desproporcionadas por parte de las aseguradoras.⁴

Incluso, especialistas del sector salud han advertido que la problemática no se limita a las aseguradoras, sino responde a un modelo privado de salud fragmentado, ineficiente y carente de regulación efectiva, puesto que, el Rector de TecSalud del Tecnológico de Monterrey, Guillermo Torre Amione, ha señalado que el sistema privado en México opera sin eficiencia ni coordinación entre los actores que lo integran ante la ausencia de regulaciones.⁵

Estas deficiencias estructurales, sumadas a los sobrecostos hospitalarios y la falta de coordinación entre médicos y hospitales contribuyen al incremento injustificado de las primas y a la pérdida de la confianza de los usuarios en los seguros de gastos médicos.

Asimismo, no pasa por inadvertido que estos aumentos rebasan por mucho los indicadores de inflación nacional y los parámetros de actualización económica oficial, afectando directamente a las familias que, tras años de mantener su póliza al corriente, se ven forzadas a cancelarla por la imposibilidad de cubrir las nuevas tarifas.

En México, de las 103 compañías aseguradoras que actualmente operan, solo 28 ofrecen productos de Gastos Médicos Mayores, lo que refleja un mercado altamente concentrado y dominado por unas cuantas empresas, dadas las exigencias técnicas

⁴ Robles, I. (2025). *Suben seguros hasta 45%...solo en un año*. Recuperado de: <https://www.elnorte.com/suben-seguros-hasta-45-solo-en-un-ano/ar3088803>

⁵ Esparaza, A. (2025) *Rector de TecSalud advierte ineficiencia y desorden del sistema privado de salud*. Recuperado de: <https://abcnoticias.mx/local/2025/11/12/rector-de-tecsalud-advierte-ineficiencia-desorden-en-el-sistema-privado-de-salud-265660.html>

de infraestructura y de capital que implica su operación. Tan sólo cuatro compañías concentran más del 70% de las primas emitidas en este ramo, lo que limita la competencia y reduce las opciones reales para los consumidores.

El costo de las primas de este tipo de seguros resulta elevado, de manera que solo los sectores de ingresos medios y altos pueden acceder a ellos de forma individual. Esta exclusión se agrava tratándose de las personas adultas mayores, quienes enfrentan primas cada vez más altas derivadas de su edad y condición física, justo cuando más requieren atención médica y, simultáneamente, menores posibilidades de generar ingresos.

A ello se suma que los asegurados que han mantenido una póliza durante varios años no siempre pueden conservar su antigüedad al cambiar de plan o de aseguradora, lo que los deja en una situación de desprotección y vulnerabilidad.

Las revaluaciones anuales de las primas, determinadas en ocasiones por criterios poco transparentes, generan aumentos que superan la inflación y las posibilidades de pago de los asegurados, provocando que muchas familias pierdan su cobertura médica privada precisamente en el momento de mayor necesidad.

Por todo lo anterior, se hace necesario establecer mecanismos de regulación y compensación que promuevan la continuidad de la protección, la conservación de la antigüedad del asegurado y la contención de incrementos injustificados en las primas, garantizando que el seguro de gastos médicos mayores cumpla con el propósito de brindar seguridad, estabilidad y acceso efectivo al derecho a la salud. A continuación, con fines de ilustrar la propuesta de reforma se presenta el siguiente cuadro comparativo:

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
---------------	-----------------

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

<p>ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:</p> <p>I a V. ...</p> <p>VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:</p> <p>a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y</p> <p>b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el</p>	<p>ARTÍCULO 200.- ...:</p> <p>I a V. ...</p> <p>VI. ...</p> <p>a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos;</p> <p>b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el</p>
---	---

<p>costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado.</p>	<p>costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado;</p> <p>c) Ofrecer planes que permitan al beneficiario conservar la antigüedad adquirida cuando ésta sea superior a un año de vigencia ininterrumpida, aun cuando decida cambiar de plan o modalidad, o contratar una póliza con otra Institución de Seguros;</p> <p>d) Ofrecer planes que permitan a los beneficiarios mayores de sesenta años de edad la estabilidad en el costo de las primas, una vez que hayan mantenido vigente y renovado su contrato de manera ininterrumpida por un periodo mínimo de diez años consecutivos, quedando inhabilitados los incrementos derivados exclusivamente de la edad del asegurado;</p> <p>e) Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones,</p>
---	---

	exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria que ofrezca la Institución de Seguros.
<p>ARTÍCULO 201.- Los productos de seguros mediante los cuales las Instituciones de Seguros ofrezcan al público las operaciones que esta Ley les autoriza y los servicios relacionados con éstas, se integrarán por la nota técnica, la documentación contractual y un dictamen de congruencia, conforme a lo siguiente:</p> <p>I. Para los efectos de lo dispuesto en las fracciones II y III del artículo 200 de la presente Ley, las Instituciones de Seguros deberán sustentar cada una de las coberturas, planes y las primas que correspondan a sus productos de seguros, en una nota técnica en la que se exprese, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:</p> <p>a) a e). ...</p>	<p>ARTÍCULO 201.- ...</p> <p>I. Para los efectos de lo dispuesto en las fracciones II, III y VI del artículo 200 de la presente Ley, las Instituciones de Seguros deberán sustentar cada una de las coberturas, planes y las primas que correspondan a sus productos de seguros, en una nota técnica en la que se exprese, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:</p> <p>a) a e). ...</p>

f) La justificación técnica de la tasa de interés para el cálculo de las primas y de las reservas técnicas, y de las bases demográficas y estadísticas, así como la información en que se sustentan las hipótesis financieras y demográficas, de conformidad con las disposiciones aplicables;	f) La justificación técnica de la tasa de interés para el cálculo de las primas y de las reservas técnicas, y de las bases demográficas y estadísticas, así como la información en que se sustentan las hipótesis financieras y demográficas, de conformidad con las disposiciones aplicables. En ningún caso los incrementos en las primas anuales podrán exceder los parámetros oficiales de actualización económica correspondientes al ejercicio anterior;
g) a j). ... II a III.	g) a j). ... II a III.

Por lo anteriormente expuesto es que me dirijo a esta Soberanía para presentar el siguiente:

DECRETO

ARTÍCULO ÚNICO. - Se reforma la fracción VI del artículo 200 y el artículo 201 todos de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para quedar como sigue:

ARTÍCULO 200.- ...

I a V. ...

VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:

- a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos;
- b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado;
- c) Ofrecer planes que permitan al beneficiario conservar la antigüedad adquirida cuando ésta sea superior a un año de vigencia ininterrumpida, aun cuando decida cambiar de plan o modalidad, o contratar una póliza con otra Institución de Seguros;**
- d) Ofrecer planes que permitan a los beneficiarios mayores de sesenta años de edad la estabilidad en el costo de las primas, una vez que hayan mantenido vigente y renovado su contrato de manera ininterrumpida por un periodo mínimo de diez años consecutivos, quedando inhabilitados los incrementos derivados exclusivamente de la edad del asegurado; y**
- e) Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria que ofrezca la Institución de Seguros.**

ARTÍCULO 201.- ...

I. Para los efectos de lo dispuesto en las fracciones II, III y **VI** del artículo 200 de la presente Ley, las Instituciones de Seguros deberán sustentar cada una de las coberturas, planes y las primas que correspondan a sus productos de seguros, en una nota técnica en la que se exprese, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

a) a e). ...

f) La justificación técnica de la tasa de interés para el cálculo de las primas y de las reservas técnicas, y de las bases demográficas y estadísticas, así como la información en que se sustentan las hipótesis financieras y demográficas, de conformidad con las disposiciones aplicables. **En ningún caso los incrementos en las primas anuales podrán exceder los parámetros oficiales de actualización económica correspondientes al ejercicio anterior;**

g) a j).

II a III. ...

...

TRANSITORIO

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

Monterrey, N.L., noviembre de 2025

Grupo Legislativo del Partido Revolucionario Institucional


DIPUTADO HÉCTOR JULIÁN MORALES RIVERA



**DIP. HERIBERTO TREVIÑO
CANTÚ**



**DIP. BERTHA ALICIA
GARZA ELIZONDO**



**DIP. DIP. JAVIER CABALLERO
GAONA**

**DIP. LORENA DE LA GARZA
VENECIA**



**DIP. FERNANDO AGUIRRE
FLORES**



**DIP. ELSA ESCOBEDO
VAZQUEZ**



**DIP. JOSÉ MANUEL VALDEZ
SALAZAR**



**DIP. GABRIELA GOVEA
LOPEZ**



DIP. ARMIDA SERRATO FLORES

**GRUPO LEGISLATIVO DEL PARTIDO DE LA REVOLUCIÓN
DEMOCRÁTICA**



DIP. PERLA DE LOS ÁNGELES VILLARREAL VALDEZ