



“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

COMISIÓN PERMANENTE DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN LXVI LEGISLATURA

De la **Senadora Maki Esther Ortiz Domínguez**, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México, en la LXVI Legislatura, del H. Congreso de la Unión, de conformidad con lo previsto en los artículos 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 56, 62, 63, 64, 94 y 179 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos; y 8, numeral 1, fracción I, 164 y 169 del Reglamento del Senado de la República, someten a la consideración de esta Soberanía, **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LOS ARTÍCULOS 200 BIS, 200 TER, 200 QUÁTER Y 200 QUINTUS Y UN INCISO E) A LA FRACCIÓN V DEL ARTÍCULO 485 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, EN MATERIA DE SEGUROS**, con base en la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Hoy, el sistema de seguros de gastos médicos en México enfrenta una crisis de equidad, accesibilidad y transparencia. La alta concentración del mercado, sumada a la falta de regulación efectiva, ha dejado a miles de usuarios sin opciones reales para proteger su salud con justicia y libertad. El diagnóstico es claro: los consumidores están atrapados en contratos restrictivos que impiden cambiar de aseguradora sin perder antigüedad, enfrentar nuevas exclusiones o asumir costos desproporcionados.

De acuerdo con el estudio de Comisión Federal de Competencia (Cofece), el 75% del mercado de seguros de gastos médicos está concentrado en solo cuatro compañías. Esta estructura oligopólica limita la competencia y genera incentivos negativos para mejorar precios o servicios. En lugar de competir por ofrecer mejores condiciones, las aseguradoras consolidan su poder a través de prácticas que dificultan la movilidad de los usuarios.

Uno de los efectos más evidentes de esta concentración es el crecimiento desmedido en las primas, sin una explicación clara ni uniforme. De acuerdo con el Informe de Tendencias de Costos Médicos 2025, realizado por la firma británica AON, confirma que, mientras los precios en el sector asegurador disminuyen en otras partes del mundo, en México los asegurados continúan enfrentando aumentos en sus primas sin recibir una explicación clara sobre los factores que determinan estos incrementos (AON, 2025). Este fenómeno no es



“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

exclusivo de México, lo tenemos claro, pero aquí ha adquirido particular relevancia debido a la falta de transparencia en los costos hospitalarios y en las tarifas de los seguros de gastos médicos.

A nivel global, la inflación médica promedio para 2025 está proyectada en un nivel de 10%, es un rango ligeramente por debajo del 10.1% de aumento proyectado para 2024, que fue la más alta en 10 años. De acuerdo con el Informe de tendencias de tasas médicas globales de 2025 emitido por AON, América Latina y el Caribe disminuirá su inflación médica a 10.7% en 2025 frente al 11.7% en 2024, en línea con la disminución de la inflación general anual en la región. Sin embargo, México irá a contra línea, pues si bien su inflación general bajará de 3.9 a 3.3 por ciento, se prevé que la inflación médica se eleve de 14 a 14.5% en términos brutos y de 10.1 a 11.2% en términos netos en 2025¹.

1. Transparencia

La falta de transparencia en la determinación de las primas es un obstáculo sistemático para el usuario. No existe obligación legal clara para que las aseguradoras detallen las metodologías o los factores que explican los incrementos anuales. Este vacío normativo ha sido aprovechado para imponer alzas injustificadas, afectando la capacidad de los usuarios para planificar financieramente su protección.

El problema también está vinculado con las fallas del mercado hospitalario. Según Cofece, las primas de seguros se elevan significativamente en entidades donde los hospitales son más grandes y están más concentrados. Esto revela un desequilibrio en el poder de negociación entre aseguradoras y hospitales, cuyos efectos se trasladan directamente a los asegurados.

La falta de diferenciación entre productos es otra barrera. En promedio, cada aseguradora ofrece siete planes distintos, pero sin claridad para el consumidor sobre sus diferencias reales. Esta proliferación de ofertas poco transparentes aumenta la dificultad para tomar decisiones informadas.

¹ Maribel Ramírez Coronel. Opinión. Aseguradoras buscan detener abusos médicos y costos de primas. 19 de enero de 2025. El Economista. Fuente: <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/aseguradoras-buscan-detener-abusos-medicos-costos-primas-20250119-742647.html>

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

Además, se ha identificado un conflicto de interés en la comercialización de seguros a través de agentes. Las aseguradoras más grandes pagan comisiones y bonos más altos, desincentivando la venta de productos de nuevos competidores. Este mecanismo bloquea la entrada de actores que podrían ofrecer mejores condiciones al consumidor.

En la práctica, el consumidor mexicano carece de información clara sobre su póliza. Datos de la ENIF muestran que 20% de los asegurados no conoce siquiera el costo de su prima. Esta desinformación limita la capacidad de los usuarios para elegir con criterio y alimenta un entorno poco competitivo.

También se genera un impacto negativo en las empresas, especialmente Micro, pequeñas y medianas empresas (Mipymes), que al enfrentar primas elevadas se ven obligadas a retirar o limitar los seguros como prestación laboral. Esto afecta directamente el bienestar de los trabajadores y la productividad nacional.

Este fenómeno demuestra que la situación del sector asegurador mexicano es distinta y requiere una intervención del Congreso y resulta indispensable analizar a fondo las razones detrás de este fenómeno y establecer mecanismos que brinden mayor transparencia tanto en la industria hospitalaria como en el sector asegurador. No se trata de frenar su desarrollo, sino de garantizar que su crecimiento se dé en un marco de regulación claro, donde los ciudadanos tengan información suficiente para tomar decisiones sobre su salud sin que ello represente una carga económica desproporcionada.

Actualmente, solo el 10% de la población en México cuenta con un seguro de gastos médicos mayores, mientras que el resto debe cubrir sus necesidades de salud con recursos propios, lo que en muchos casos representa un gasto significativo para los hogares. México destaca entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) por tener uno de los mayores niveles de gasto de bolsillo en salud, una situación que amerita ser revisada con seriedad.

La expansión de la industria hospitalaria privada es un hecho positivo en términos de infraestructura, pero es necesario acompañarla de mecanismos que permitan evaluar su calidad, costos y eficiencia, brindando a los ciudadanos herramientas claras para acceder a la mejor atención posible dentro de sus posibilidades económicas.

La falta de transparencia en los incrementos de las primas es una de las principales

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

preocupaciones de los asegurados. No existe actualmente en la legislación una obligación clara para que las aseguradoras expliquen de manera pormenorizada las bases técnicas y financieras que justifican dichos incrementos. Este vacío normativo permite que las aseguradoras eleven sus costos sin regulación efectiva, afectando directamente a los asegurados que deben asumir estos costos sin opciones de defensa o negociación.

Las aseguradoras argumentan que el incremento en las primas responde al alza en los costos de la atención médica y la incorporación de nuevas tecnologías. Sin embargo, un análisis comparativo con otros países revela que estas variables también afectan a otras naciones, donde los costos de los seguros han mostrado una tendencia a la estabilización.

En este sentido, es necesario un marco regulatorio que obligue a las aseguradoras a proporcionar datos comparativos internacionales y a justificar cada incremento con base en criterios objetivos y verificables.

El problema no solo afecta a los asegurados individuales, sino también incide negativamente en aquellas empresas que buscan proporcionar cobertura de salud a sus empleados. El aumento en los costos de los seguros se convierte en una variable determinante para que algunas empresas reduzcan o eliminen los beneficios médicos para sus trabajadores, generando un impacto negativo en el bienestar de cientos de familias mexicanas. Esto evidencia la necesidad de establecer medidas claras que limiten los aumentos sin justificación.

Por ello, es fundamental que el Congreso actúe con determinación para frenar el incremento desmedido de los costos de los seguros y garantizar que los ciudadanos tengan acceso a servicios médicos dignos sin enfrentar aumentos injustificados en sus primas. La regulación del sector asegurador debe contemplar la protección de los derechos de los asegurados, garantizando la transparencia y equidad en la determinación de los costos.

El Congreso de la Unión tiene la obligación de velar por el bienestar de los ciudadanos, especialmente cuando se trata de servicios esenciales como los seguros de vida y gastos médicos. Las familias mexicanas realizan un esfuerzo económico considerable para pagar seguros privados, con la esperanza de recibir atención médica de calidad y protección financiera. Sin embargo, la realidad es que muchas aseguradoras han incumplido sistemáticamente sus obligaciones, afectando a miles de familias en momentos críticos.

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

En 2023, se registraron 6,110 reclamaciones en seguros de vida, de las cuales la mayoría fueron contra empresas como MetLife, GNP, BBVA Seguros, Seguros Banorte y Axa Seguros (CONDUSEF, 2024). Estas cifras reflejan que las aseguradoras han fallado en su deber de cumplir con los contratos y han dejado a los asegurados en una situación de indefensión. La falta de claridad en las pólizas, los retrasos en los pagos y las negativas injustificadas de cobertura han convertido al sector en un problema de interés público.

Es inaceptable que se permitan estas prácticas sin regulación efectiva. El papel del Congreso debe ser proactivo, estableciendo mecanismos de supervisión y sanciones para aquellas aseguradoras que incumplan con sus contratos. Además, se debe garantizar que los asegurados tengan acceso a información clara y verificable sobre las condiciones de sus seguros.

El sector asegurador debe rendir cuentas a la sociedad. Las aseguradoras deben transparentar las metodologías utilizadas para el cálculo de sus primas, asegurando que los incrementos sean justificados y acordes con las tendencias globales. El Congreso tiene la responsabilidad de proteger a los ciudadanos de los abusos del sector privado y garantizar que el acceso a la salud privada sea accesible.

En este contexto, es imperativo que las aseguradoras compartan una proyección clara y detallada sobre el impacto financiero que tendrán estos incrementos en los asegurados en los próximos años. La falta de información accesible y detallada sobre las tendencias en costos impide que las personas y empresas puedan planificar de manera efectiva su acceso a la salud.

La incertidumbre generada por el incremento constante de las primas de seguros médicos podría llevar a que muchas familias y empresas reduzcan o cancelen coberturas, poniendo en riesgo la protección financiera y médica de cientos de mexicanos.

La legislación en materia de seguros debe ser reforzada para garantizar que el sector opere con transparencia y responsabilidad social. No podemos permitir que las aseguradoras sigan imponiendo condiciones injustas y arbitrarias a los asegurados, sin ningún tipo de regulación efectiva.

El artículo 200 de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** establece que las instituciones de seguros deben detallar con exactitud las coberturas, exclusiones,

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

deducibles y derechos de los asegurados, procurando claridad en la comunicación. Sin embargo, en la práctica, muchas aseguradoras no cumplen con este principio fundamental, lo que deja a los asegurados en una posición de vulnerabilidad.

“ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

I. ...

II. Determinar, sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar, con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados;

III. ...

IV. 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 las coberturas o planes que ofrezca la Institución de Seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las Instituciones de Seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general; ”

Por su parte, el **artículo 201 de la Ley** establece que los contratos de seguros deben integrar una nota técnica, la documentación contractual y un dictamen de congruencia. Sin embargo, en la práctica, muchas aseguradoras presentan estos documentos con términos altamente técnicos y poco comprensibles para el asegurado promedio. La falta de un lenguaje accesible en los contratos de seguro dificulta la toma de decisiones informadas y genera incertidumbre entre los usuarios.

Las notas técnicas, elaboradas por actuarios certificados, deben incluir información detallada sobre las coberturas, los procedimientos actuariales, los costos de administración y las reservas técnicas. No obstante, en muchos casos, esta información no es expuesta de manera clara a los asegurados, quienes terminan firmando contratos sin comprender completamente sus derechos y obligaciones. Esto afecta directamente la confianza en el sector asegurador y puede llevar a situaciones en las que los asegurados desconocen los detalles de su cobertura hasta el momento en que requieren hacer valer su seguro.

La documentación contractual también representa un reto para los asegurados. A pesar de que el artículo 201 exige que los contratos sean redactados en español con caracteres legibles, muchas aseguradoras incluyen términos complejos y cláusulas de difícil interpretación. Esto ha generado confusión y desventajas para los asegurados, quienes pueden enfrentar dificultades para ejercer sus derechos debido a la falta de información clara y accesible.

Por ello, la presente propuesta busca resarcir este problema estableciendo la obligación de que las aseguradoras utilicen un lenguaje claro y amigable en la documentación contractual, de manera que los asegurados comprendan plenamente sus derechos y obligaciones al firmar un contrato de seguro. Esta iniciativa pretende garantizar que los términos utilizados sean accesibles y que la información sobre costos, coberturas y procedimientos de reclamación esté expuesta de manera sencilla y entendible para cualquier ciudadano.

En este tema se propone que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas establezca lineamientos específicos para la redacción de los contratos de seguro, asegurando que la información se presente de manera estructurada y transparente. Esto permitirá a los asegurados tomar decisiones informadas y ejercer sus derechos de manera efectiva, fortaleciendo la confianza en el sector asegurador y promoviendo un mercado más justo y equitativo.

2. Portabilidad

La segunda propuesta que someto a la consideración de este honorable Congreso tiene que ver con el concepto de portabilidad.

Uno de los principales obstáculos que enfrentan los asegurados en el mercado mexicano de seguros de gastos médicos es la imposibilidad práctica de cambiar de compañía sin perder derechos adquiridos. Esta condición ha sido identificada por la Cofece como un “lock-in” contractual que impide la libre movilidad de los consumidores. En efecto, aun cuando una nueva aseguradora ofrezca mejores condiciones o precios, los asegurados se ven desincentivados a cambiar debido al reinicio de periodos de espera, la no cobertura de enfermedades preexistentes y penalizaciones económicas, aun si jamás hicieron uso de la póliza anterior.

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

Este fenómeno no solo daña directamente a los consumidores, sino que debilita la competencia estructural del mercado. Al limitar la movilidad, las aseguradoras pierden incentivos para mejorar su eficiencia, ofrecer servicios más innovadores o reducir costos. El statu quo beneficia a los jugadores dominantes, perpetuando prácticas contractuales que blindan a las compañías, pero vulneran los derechos del usuario. En un entorno así, el consumidor no decide libremente, sino que permanece cautivo de la aseguradora que contrató en un primer momento, sin importar si sus condiciones han cambiado o si el servicio ya no responde a sus necesidades.

Como se ha mencionado previamente el estudio de la Cofece demuestra que el mercado mexicano de seguros de gastos médicos está altamente concentrado: el 75% de las primas están en manos de cuatro compañías. En este contexto, la falta de portabilidad se convierte en una herramienta de defensa para estas aseguradoras, que utilizan restricciones contractuales para retener a sus clientes de manera forzosa, sin necesidad de competir abiertamente en precio o calidad. Este modelo inhibe la innovación, obstaculiza la entrada de nuevos actores al mercado y mantiene artificialmente elevadas las primas para millones de familias mexicanas.

La ausencia de portabilidad también tiene un fuerte impacto en la equidad del sistema. Las personas que, por razones económicas o personales, desean cambiar de aseguradora, encuentran que hacerlo significa empezar de cero. En muchos casos, esta decisión implica renunciar a la cobertura de padecimientos que ya habían sido protegidos por años, asumir nuevos periodos de espera o enfrentar primas elevadas por supuesta “nueva contratación”, aun si la persona no ha tenido siniestros ni ha hecho uso del servicio.

Por ello, incorporar la portabilidad como un derecho explícito y exigible representa un cambio estructural con impacto directo en el bienestar del consumidor. Significa garantizar que las personas puedan cambiar de aseguradora sin perder su antigüedad, cobertura o beneficios previamente adquiridos. Esta movilidad permitirá que las decisiones de los consumidores se basen en el valor del servicio, no en la necesidad de evitar penalizaciones o exclusiones.

Desde la perspectiva económica, la portabilidad obligará a las aseguradoras a competir en lo fundamental: precios razonables, claridad contractual, calidad de atención, red hospitalaria eficiente y respuesta oportuna. Ya no podrán descansar en contratos

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

restrictivos para mantener a su clientela. Tendrán que innovar y ofrecer mejores productos, como ocurre en sectores como el de telecomunicaciones, donde la portabilidad del número ha demostrado ser una herramienta eficaz para generar competencia.

A nivel internacional, este principio ya es una realidad en diversos países donde la regulación protege la movilidad del asegurado como mecanismo de competencia. En esos entornos, los asegurados no son rehenes contractuales, sino actores libres que deciden en función de lo que realmente se les ofrece. México no puede permanecer al margen de esta tendencia si desea construir un sistema de salud privada accesible, moderno y funcional. La experiencia internacional demuestra que la portabilidad en los seguros de gastos médicos mayores no solo es viable, sino una práctica consolidada que contribuye a mercados más competitivos, transparentes y centrados en los usuarios. En Alemania, por ejemplo, la portabilidad va más allá del reconocimiento de la antigüedad; incluye también la transferencia de la llamada “reserva de envejecimiento”. Este fondo monetario se constituye mediante un sobreprecio de 10% en las primas durante la juventud del asegurado y se aplica en etapas posteriores de la vida, cuando las primas aumentan por edad. Este mecanismo protege la estabilidad del asegurado en el largo plazo y permite la movilidad sin detrimento económico.

En contraste con Alemania, en países como Francia y España, el marco normativo establece la obligación de reconocer la antigüedad del asegurado siempre que se realice el cambio de aseguradora dentro de un plazo de uno a tres meses antes de la expiración de la póliza vigente. Esta ventana temporal permite al consumidor planear su decisión con claridad, garantizando que no reinicien los periodos de espera para enfermedades preexistentes, lo cual incentiva a los usuarios a comparar ofertas y elegir la mejor opción disponible sin temor a perder derechos adquiridos.

El Reino Unido ha promovido medidas regulatorias que limitan el uso indiscriminado de cláusulas de exclusión al cambiar de aseguradora. La regulación británica exige que las exclusiones de condiciones preexistentes tengan una duración razonable y justificada, lo cual protege al asegurado de prácticas punitivas por parte de las aseguradoras. Asimismo, se ha fomentado la estandarización de la información y la transparencia en los comparadores digitales, evitando que los consumidores sean manipulados por plataformas que favorezcan a ciertas aseguradoras sin claridad sobre su independencia comercial.

La COFECE destaca que estas prácticas internacionales deben considerarse como

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

referencia para reformar el marco legal mexicano. En países de la Unión Europea, la Directiva de Distribución de Seguros impone estándares comunes para garantizar la transparencia, asesoría adecuada y condiciones equitativas de acceso y movilidad. Francia, por ejemplo, complementa estas directrices con regulaciones nacionales que exigen a las aseguradoras presentar información clara sobre condiciones de contratación, almacenamiento de datos e integridad en la comercialización digital de productos.

Estos casos evidencian que el problema de la falta de portabilidad no es técnico, sino normativo. Las estructuras regulatorias en Alemania, Francia, España y Reino Unido han demostrado que es posible construir un mercado más equitativo, donde el consumidor conserva su historial de aseguramiento, puede cambiar libremente de proveedor y está protegido frente a prácticas injustas. México tiene ahora la oportunidad de adoptar estas mejores prácticas para corregir las distorsiones de un mercado oligopólico que impide la libre movilidad, genera sobrecostos y mantiene a los usuarios en un sistema cerrado y restrictivo. Implementar la portabilidad no es solo justo, es urgente y perfectamente posible.

Además, la portabilidad será un elemento de justicia para quienes han sido clientes responsables. No es admisible que un asegurado que ha pagado puntualmente durante diez años sin hacer uso de su póliza pierda todo ese historial si decide cambiar de aseguradora. Esta práctica no solo es injusta, sino que genera desconfianza en el sistema y desalienta la permanencia a largo plazo en el seguro privado como forma de protección financiera.

Es necesario que el marco legal obligue a las aseguradoras a reconocer la antigüedad del asegurado, a compartir entre sí la información técnica necesaria para transferir los derechos adquiridos y a no imponer nuevas condiciones más restrictivas que las vigentes. Además, la regulación debe establecer plazos cortos y claros para la transferencia de fondos y la continuidad de cobertura sin periodos de espera, con supervisión activa de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En síntesis, la portabilidad no es un accesorio, sino un pilar de la reforma. Su incorporación como derecho fundamental permitirá romper las barreras artificiales que hoy impiden la competencia real en el sector asegurador. Será la llave que abra el paso a un mercado más transparente, accesible y justo, donde las familias mexicanas puedan proteger su salud sin estar sometidas a condiciones contractuales abusivas ni a decisiones que

privilegian a las empresas por encima del interés público.

3. Cobertura

Una de las prácticas contractuales más inequitativas del sistema de seguros de gastos médicos en México es la penalización permanente a los asegurados que, por razones económicas, deciden reducir temporalmente su nivel de cobertura. Bajo el marco actual, quienes bajan de plan se ven imposibilitados de volver a su cobertura original, incluso si su situación financiera mejora. Esta cláusula deja sin opciones a quienes enfrentaron un momento de dificultad, tratándolos como nuevos clientes cuando desean retomar un plan superior, obligándolos a enfrentar nuevamente periodos de espera, exclusiones y tarifas más altas, sin reconocer su historial previo.

Este trato contractual es particularmente injusto porque sanciona la vulnerabilidad económica como si fuera una falla del asegurado. La lógica debería ser otra: premiar la continuidad y fomentar que, cuando la estabilidad regrese, los ciudadanos puedan recuperar los beneficios que tenían, sin enfrentar nuevas barreras o condiciones más restrictivas. El modelo actual desconoce que las realidades económicas son cambiantes, y que ajustarse temporalmente a una cobertura menor no debe implicar perder el derecho a una mejor protección futura.

La reforma propuesta busca corregir esta distorsión al establecer que cualquier persona que mantenga activa su póliza podrá regresar a su nivel anterior de cobertura dentro de un plazo de tres años sin ser penalizada. Esta disposición responde a una necesidad real del mercado y atiende una demanda constante de los usuarios que hoy enfrentan decisiones forzadas, en las que deben elegir entre cancelar su seguro o mantener un plan que ya no pueden pagar. Dar certeza jurídica a este derecho ofrecerá a los asegurados una ruta clara y justa para protegerse a largo plazo.

La medida también tiene un impacto positivo en la percepción de los seguros como un mecanismo de protección, y no como una trampa contractual. Muchos usuarios desconfían del sistema asegurador por experiencias previas en las que, tras hacer ajustes por necesidad, fueron tratados como extraños cuando buscaron retomar su plan original. Este tipo de prácticas mina la confianza y disuade a las personas de mantenerse aseguradas, lo que va en contra del interés público en materia de salud y previsión financiera.

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

Corregir esta situación a nivel legal enviará una señal clara: el Estado mexicano reconoce el esfuerzo de quienes, aun en medio de dificultades, mantienen su protección activa. No se trata de regalar coberturas, sino de reconocer la continuidad del contrato y la voluntad del asegurado de seguir cubierto. Bajo esta lógica, quienes regresen a su plan original no serán tratados como nuevos clientes, sino como titulares de una relación aseguradora ininterrumpida.

Además, este cambio contribuirá a hacer del sistema más competitivo. Al eliminar la penalización por regresar a un plan superior, las aseguradoras tendrán que diseñar mejores ofertas para retener a sus clientes, incluso en sus planes básicos o intermedios. Esto dinamiza el mercado y obliga a las compañías a ofrecer condiciones más atractivas, en lugar de confiar únicamente en restricciones contractuales para preservar su cartera de clientes.

Desde una perspectiva de derechos del consumidor, esta reforma se alinea con los principios de equidad, transparencia y trato digno. La legislación vigente permite prácticas que castigan al usuario por adaptarse a sus circunstancias, lo que es incompatible con un sistema que debe ser accesible, justo y flexible. Cambiar esta disposición será una de las transformaciones más significativas que puede experimentar el sector asegurador en beneficio de la ciudadanía.

La Cofece ha advertido que muchas de las fallas en este mercado derivan de la falta de información clara y la rigidez de las condiciones contractuales. Permitir el retorno a un nivel anterior de cobertura sin penalización, bajo el criterio de póliza activa, reduce esa rigidez y le otorga al consumidor un mayor control sobre su protección médica. Es una forma directa de empoderar al usuario, dándole más herramientas para tomar decisiones informadas.

Asimismo, esta reforma permitirá atender las necesidades de grupos vulnerables, como adultos mayores o familias con ingresos fluctuantes, que suelen ser quienes más recurren a reducciones temporales de cobertura. Proteger su derecho a regresar a una mejor cobertura sin castigo fortalece la dimensión social del seguro, lo convierte en un mecanismo solidario y no solo financiero.

Este cambio legislativo es imprescindible para modernizar la relación entre aseguradora y asegurado. Establecer legalmente el derecho a retornar a un nivel de cobertura previo sin

penalización dentro de un plazo razonable es una muestra de sensibilidad legislativa ante realidades sociales complejas. Es también un paso firme hacia un modelo más equitativo, transparente y eficiente, donde el asegurado tenga opciones reales, continúe protegido y no sea castigado por enfrentar una etapa económica adversa.

4. Bono sin reclamo

La inclusión de la figura del “bono sin reclamo” en el sistema de seguros de gastos médicos en México representa un cambio de paradigma: pasar de un modelo punitivo a uno basado en incentivos y corresponsabilidad. Actualmente, los asegurados que no utilizan su póliza durante años no reciben ningún tipo de reconocimiento o beneficio, a pesar de haber contribuido regularmente al sistema sin representar un costo para la aseguradora. Esta situación es injusta y desincentiva la permanencia prolongada en el seguro. Incorporar el bono sin reclamo corrige esta omisión y reconoce al asegurado responsable, generando condiciones más atractivas para la contratación y retención.

Uno de los principales problemas en el sector asegurador es la falta de competencia y la escasa diferenciación de productos. La incorporación del bono sin reclamo puede constituirse en un factor diferenciador positivo, donde las aseguradoras compitan no solo por precio, sino también por el diseño de beneficios adicionales que recompensen la prevención y la lealtad del usuario. Este incentivo convierte la relación contractual en una alianza duradera y equilibrada, donde ambas partes obtienen beneficios según su comportamiento.

Además, el bono sin reclamo incentiva el uso responsable del seguro. Al ofrecer descuentos en primas o reembolsos a quienes no hacen uso del servicio, se promueve una cultura de prevención en salud. El asegurado tendría un estímulo claro para acudir primero a medidas de cuidado y control antes de recurrir a servicios de emergencia o intervenciones costosas. En ese sentido, esta figura no sólo premia la salud, sino que puede contribuir a la contención de costos en el sistema en su conjunto.

Una de las modalidades más atractivas del bono es su acumulación en un fondo de ahorro para ser utilizado en la vejez. Permitir que el bono acumulado en años previos de no uso sea destinado al pago de primas en la vejez representa una medida de justicia y previsión financiera. Es un mecanismo que protege a los adultos mayores de la exclusión económica y les da continuidad en su protección médica.

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

Este instrumento también responde a la lógica del principio de mutualidad que rige a los seguros. Si bien los recursos se comparten entre todos los asegurados, es legítimo que quien no hace uso del servicio por largos periodos reciba una parte proporcional del beneficio. Esto no contradice la lógica del seguro, sino que la fortalece, al incentivar conductas saludables y al generar un sentido de corresponsabilidad entre aseguradora y cliente.

Desde una perspectiva regulatoria, la figura del bono sin reclamo también ayuda a reducir la frustración del asegurado, que muchas veces siente que “paga por nada” cuando no utiliza el servicio durante años. Este sentimiento de pérdida es uno de los factores que más desincentiva la renovación de pólizas. Incorporar un beneficio tangible y acumulable reduce esa percepción y convierte al seguro en una inversión a largo plazo.

Para su adecuada implementación, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas deberá establecer criterios técnicos y de transparencia. Las aseguradoras deberán informar anualmente al asegurado sobre el estado de su bono, su valor acumulado y las condiciones para su uso. Esto evitará ambigüedades y dará certidumbre sobre el beneficio. Asimismo, será necesario establecer reglas para su portabilidad, de manera que el bono viaje con el asegurado si decide cambiar de compañía.

También es importante prever que el bono pueda ser utilizado en situaciones críticas, como una pérdida de empleo o una caída de ingresos, para cubrir el costo de la prima en meses difíciles. Esto reforzaría el carácter solidario del seguro y su función social. Además, puede funcionar como un mecanismo para reducir la cancelación de pólizas por causas económicas, fortaleciendo la permanencia en el sistema.

Expuesto lo anterior, el Congreso de la Unión se encuentra ante la posibilidad real de transformar de manera profunda y estructural el sistema de seguros de gastos médicos en México. Las cifras, los diagnósticos y los testimonios de miles de usuarios reflejan una realidad innegable: existe una crisis de competencia, equidad y transparencia que ha dejado a las personas sin opciones efectivas para proteger su salud de forma justa. Por ello, esta reforma no es solamente oportuna, sino indispensable para restablecer el equilibrio entre aseguradoras y usuarios, y para garantizar que los contratos de seguro respondan a los principios más elementales de justicia, claridad y trato digno.

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

La iniciativa legislativa que aquí se plantea es integral. No busca únicamente corregir aspectos puntuales, sino redefinir los derechos de los asegurados como el eje central del sistema. Incorporar la portabilidad como un derecho, garantizar que los usuarios puedan regresar a su plan original tras una reducción de cobertura, establecer un bono sin reclamo como incentivo a la prevención, y obligar a las aseguradoras a transparentar las metodologías que justifican sus primas, son medidas que pueden devolverle confianza al mercado y posicionar al usuario como verdadero titular de derechos, no como rehén de condiciones contractuales desiguales.

Legislar en esta materia es hacer justicia. Significa escuchar la demanda social por un sistema más accesible y competitivo, y atender las recomendaciones de las mejores prácticas internacionales, que han advertido el grave daño que causa la falta de movilidad y la opacidad en el sector. Hoy, el Congreso tiene la oportunidad de marcar un antes y un después en la protección de los usuarios de seguros en México. Esta reforma no solo resolverá fallas estructurales, sino que abrirá un nuevo horizonte para millones de personas que, hasta ahora, han enfrentado solas un mercado cerrado, costoso y profundamente desigual. Legislar por un seguro justo es legislar por la dignidad, la salud y la libertad de decidir.

Por lo anteriormente expuesto se somete a la consideración de esta Soberanía la presente iniciativa con:

PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LOS ARTÍCULOS 200 BIS, 200 TER, 200 QUÁTER Y 200 QUINTUS Y UN INCISO E) A LA FRACCIÓN V DEL ARTÍCULO 485 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, EN MATERIA DE SEGUROS.

Único. - Se **adicionan** los artículos 200 Bis, 200 Ter, 200 Quáter y 200 Quintus y un inciso e) a la fracción V del artículo 485 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para quedar como sigue:

Artículo 200 Bis. - Las instituciones de seguros deberán entregar el folleto o documento denominado derechos de los asegurados y/o beneficiarios y de manera fehaciente, garantizar plenamente los derechos de los asegurados, proporcionando información clara, accesible y suficiente para que puedan tomar decisiones informadas sobre su contrato de seguro. Para ello, estarán obligadas

PÁGINA 15 DE 19



a:

I. Transparencia en el incremento de costos: Sin importar el porcentaje en el que se incremente la prima, se le deberá presentar al asegurado y beneficiario, información detallada de dicho incremento, con base en criterios técnicos, financieros y actuariales. Este documento deberá estar validado por la Comisión.

II. Claridad en los contratos:

- a) Expresar en forma verbal y de manera precisa los derechos y obligaciones del asegurado, detallando fechas y formas de pago; plazos para el pago de primas; fechas exactas y vigencia del contrato; condiciones de renovación y restricciones aplicables.**
- b) Garantizar que todos los contratos de seguros sean redactados en un lenguaje claro y comprensible. La Comisión determinará las especificaciones para dar cumplimiento a esta obligación.**

III. Derecho a ser informado sobre la renovación del contrato: Notificar en forma directa al asegurado, al menos dos veces dentro de los tres meses previos a la conclusión del contrato, para hacer de su conocimiento la terminación de la vigencia de su seguro. Preferentemente el contacto deberá ser vía telefónica.

IV. Protección a personas mayores de 65 años: Garantizar que los asegurados mayores de 65 años, que hayan mantenido su póliza sin interrupciones por al menos 10 años, no sufran aumentos mayores al 10% respecto de la prima media de asegurados de 50 años. La Comisión determinará anualmente el porcentaje máximo de incremento permitido, el cual deberá ser notificado al asegurado. Este beneficio aplicará independientemente de que el asegurado cambie de asegurada.

Artículo 200 Ter. Las instituciones de seguros deberán garantizar el derecho de portabilidad del seguro, permitiendo que cualquier asegurado pueda cambiar de aseguradora sin perder antigüedad, beneficios adquiridos ni cobertura en relación

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

con padecimientos preexistentes, siempre que mantenga activa su póliza en los términos de esta Ley.

I. Las instituciones deberán entregar al asegurado, en el momento de contratar o renovar, un documento denominado “Derecho de portabilidad”, donde se explique de manera clara el procedimiento de este derecho, las condiciones y plazos para ejercerla y los derechos que le amparan.

II. En caso de cambio de aseguradora, la compañía de origen deberá transferir a la nueva aseguradora los fondos correspondientes en un plazo máximo de diez días hábiles. Cualquier retención indebida dará lugar a sanciones conforme al artículo 485 de esta Ley.

III. Las nuevas pólizas no podrán imponer periodos de espera o exclusiones por enfermedades que hayan sido cubiertas previamente, ni aplicar incrementos de prima distintos a los establecidos de manera uniforme para su cartera de asegurados, con base en variables autorizadas por la Comisión.

Artículo 200 Quáter. Las instituciones de seguros deberán garantizar que las personas aseguradas que hayan optado por reducir su nivel de cobertura puedan, en un plazo no mayor a tres años, restablecer su plan de origen sin que ello implique penalización, pérdida de antigüedad, aplicación de nuevas exclusiones, ni reinicio de periodos de espera, siempre que la póliza se haya mantenido vigente y sin interrupciones.

I. Para efectos de este artículo, se entenderá como reducción de nivel de cobertura aquella modificación voluntaria solicitada por el asegurado en la que se opte por un plan inferior al originalmente contratado.

II. La restitución del nivel de cobertura original deberá efectuarse tomando en cuenta las condiciones vigentes al momento de la reanudación conforme a las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

III. El asegurado podrá ejercer este derecho exclusivamente si mantuvo activa su póliza. La institución deberá informar por escrito, de manera clara y previa,

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

este derecho en el contrato y en cada renovación anual.

IV. En ningún caso las instituciones de seguros podrán considerar como nueva contratación el restablecimiento del plan de origen a que se refiere este artículo, ni imponer al asegurado condiciones más restrictivas que las previamente pactadas en su contrato anterior.

V. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas emitirá los lineamientos técnicos y operativos para el registro, monitoreo y supervisión del cumplimiento de este derecho, así como los mecanismos de conciliación en caso de negativa o incumplimiento por parte de las instituciones aseguradoras.

Artículo 200 Quintus- Se reconoce el derecho a incentivos por permanencia responsable, conforme a lo siguiente:

I. Se implementará un “Bono sin Reclamo”, que consistirá en un beneficio para el asegurado que no haya hecho uso de su póliza durante tres años consecutivos. Este bono podrá materializarse en descuentos en primas, reembolsos parciales o la creación de un fondo de ahorro para gastos médicos.

II. El fondo de ahorro acumulado por este concepto podrá utilizarse para cubrir parte o la totalidad de la prima a partir de los 60 años, sin que las instituciones puedan imponer restricciones para su uso, salvo las estrictamente necesarias para preservar la viabilidad financiera del esquema.

III. La Comisión determinará, mediante disposiciones de carácter general, las condiciones de administración, reporte y fiscalización de estos bonos.

Artículo 485.- ...

I. a IV. ...

“2025, AÑO DE LA MUJER INDÍGENA”

V. ...

a) a d) ...

e) A las Instituciones y Sociedades Mutualistas, que no cumplan con lo señalado por el 200 Bis, 200 Ter, 200 Quáter o 200 Quintus de esta Ley o por las disposiciones a que se refiere dicho precepto;

Artículos Transitorios

Primero.- El presente Decreto entrará en vigor a los 180 días siguientes al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo.- Los contratos de seguros y las pólizas que se hayan suscrito con anterioridad a la fecha de entrada en vigor del presente Decreto, deberán ser ratificados o convalidados conforme a las especificaciones de los Artículo **200 Bis, 200 Ter, 200 Quáter y 200 Quintus**.

Salón de Sesiones de la Cámara de Senadores del H. Congreso de la Unión, 27 de mayo de 2025.



**DE LA SENADORA MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ
INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL
PARTIDO VERDE ECOLOGISTA DE MÉXICO**