

CONTENIDO

Iniciativas

- 2** Que reforma y adiciona diversas disposiciones de las Leyes General de Salud; Orgánica de la Administración Pública Federal; de Migración, y Federal de Derechos, en materia de turismo médico, suscrita por los diputados Pedro Mario Zenteno Santaella, Fernando Jorge Castro Trenti y Jaime Genaro López Vela, del Grupo Parlamentario de Morena
- 41** Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de plasma residual y hemoderivados, a cargo del diputado Pedro Mario Zenteno Santaella, del Grupo Parlamentario de Morena
- 71** Que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de las Leyes Federal de Protección al Consumidor; sobre el Contrato de Seguro; de Instituciones de Seguros y de Fianzas; de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; General de Salud; del Impuesto al Valor Agregado, y del Impuesto sobre la Renta, en materia de gastos médicos mayores, transparencia, portabilidad, protección a adultos mayores y regulación hospitalaria, a cargo de la diputada Freyda Marybel Villegas Canché y los diputados Eduardo Castillo López y Carlos Ventura Palacios Rodríguez, del Grupo Parlamentario de Morena

Anexo II-1-1

Miércoles 15 de abril

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, DE LA LEY DE MIGRACIÓN Y DE LA LEY FEDERAL DE DERECHOS, EN MATERIA DE TURISMO MÉDICO, A CARGO DE LOS DIPUTADOS PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA, FERNANDO JORGE CASTRO TRENTI Y JAIME GENARO LÓPEZ VELA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MORENA.

Los que suscriben, Diputado Pedro Mario Zenteno Santaella, Diputado Fernando Jorge Castro Trenti y Diputado Jaime Genaro López Vela, Integrantes del Grupo Parlamentario de Morena de la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en el artículo 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y los artículos 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, sometemos a consideración del Pleno la presente **"Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, de la Ley de Migración y de la Ley Federal de Derechos, en materia de turismo médico"**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El turismo médico son flujos internacionales de viajeros con el fin de recibir servicios médicos. Involucra uno o varios procesos: consulta, intervención, hospitalización (o atención clínica) y provisión de medicamentos.

Esta definición no debe confundirse con turismo de salud, el cual es un concepto más amplio de salud física, mental y social y no solo la ausencia

de malestar o enfermedad. Y tampoco con el de turismo de bienestar, que es la práctica de las personas para sentirse bien; comprende descanso, relajación, comer bien, es un estilo de vida saludable que incluye tratamientos como: talasoterapia, termalismo, y spa.¹

Actualmente en México existe el sello “turismo de salud”, el cual se brinda a empresas, hospitales y clínicas que generan sinergias con el sector del bienestar, enfocándose en una atención integral al turista de salud. Esta certificación se entrega por la Secretaría de Turismo a empresas que cumplen con estándares de calidad.

Basado en criterios nacionales e internacionales, el sello evalúa indicadores esenciales como comunicación, instalaciones, transparencia y capacitación, garantizando que los servicios ofrecidos respondan a las necesidades específicas.

Esta certificación tiene vigencia por dos años, en la que no sólo se valida la calidad sino resulta una herramienta estratégica para el fortalecimiento y crecimiento de las empresas en el turismo de la salud.²

Esto resulta importante, ya que, a nivel mundial, el turismo médico ha tomado gran relevancia, pues se estima que alrededor de 14 millones de personas viajan a otros países en busca de tecnología médica avanzada, atención de vanguardia y calidad, así como menores costos a los de su país de origen.³ En adición, el mercado global de turismo médico estaba

¹ Secretaría de Turismo. 2018. Consejo consultivo de Turismo médico.

<https://www.gob.mx/sectur/acciones-y-programas/consejo-consultivo-de-turismo-medico>

² Secretaría de Turismo, 2023. Sello turismo de salud-Turismo de bienestar.

<https://www.gob.mx/sectur/acciones-y-programas/sello-turismo-de-salud-turismo-medico>

³ Global Health Intelligence, 2024. <https://globalhealthintelligence.com/es/analisis-de-ghi/un-analisis-mas-detallado-del-turismo-medico-en-america-latina/>

valuado, en 2024, en 100.92 MMD y se proyecta que alcance los 654.97 MDD para 2033.⁴

En este marco, en 2023 México se posicionó como el segundo destino mundial en turismo médico, solo después de Tailandia. El país atrae a más de 1.2 millones de pacientes extranjeros al año, principalmente de Estados Unidos y Canadá, debido en principio a la cercanía geográfica con estos países, pero también a la alta calidad de la atención médica, los costos más bajos (con ahorros de hasta 70% en algunos procedimientos) y la infraestructura turística.⁵

La derrama económica generada por esta actividad es considerable, pues un turista médico gasta más que un turista convencional, con un aproximado de 20 a 40 mil dólares contra mil dólares, respectivamente. La Asociación Mexicana de Médicos Especialistas para el Turismo Médico calcula entre 3.5 y 4 mil millones de dólares al año. Aunque las estimaciones presentan cierta variabilidad entre las fuentes.⁶

El gasto promedio significativamente más alto de los turistas médicos en comparación con los turistas convencionales resalta el alto valor económico de este segmento. Esta diferencia implica que el fomento y la regulación del turismo médico pueden generar beneficios económicos desproporcionadamente altos por visitante, lo que lo convierte en una prioridad para las estrategias de desarrollo económico nacional.

⁴ Consejo Mexicano para el turismo médico. 2024. Estadísticas Turismo Médico. <https://cmtm-mexico.com/>

⁵ <https://www.tourismandsocietytt.com/noticias-y-newsletter/2023/2023-octubre/ultimas-noticias-23-10-a-l-31-10/m%C3%A9xico-se-erige-como-segundo-mayor-destino-de-turismo-m%C3%A9dico-del-mundo>

⁶ Centro Mexicano de Arbitraje Médico. Exposición de casos Turismo Médico. http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/xli_casos2.pdf

La actividad del turismo médico en México se concentra principalmente en los Estados de la frontera norte y en ciudades que poseen una infraestructura médica avanzada. Los Estados fronterizos como Baja California, Sonora, Chihuahua, Nuevo León, y Tamaulipas son polos importantes. Otros Estados y ciudades relevantes incluyen Jalisco, Yucatán, Quintana Roo (específicamente Cozumel), y la Ciudad de México.⁷

Baja California como uno de los Estados más visitados para turismo médico, recibe anualmente 15.8 millones de visitantes internacionales, siendo la salud y el bienestar el tercer motivo principal de su visita. De estos, el 60.4% son extranjeros, y el 58.7% provienen de Estados Unidos.⁸ En 2020, la ciudad de Tijuana registró 1.5 millones de visitantes de salud y generó 600 millones de dólares en ingresos. En 2019, estas cifras fueron de 2.5 millones de visitantes y 1.1 mil millones de dólares, respectivamente.⁹

Además, también cuenta con El Baja Health Cluster (BHC), reconocido como el más estructurado en Latinoamérica pues articula un modelo de gobernanza tripartita que integra al sector privado, gobierno e instituciones académicas de la región. Así como la implementación de políticas que abordan la certificación médica como la JCI, la formación de recursos humanos y la articulación de una cadena de valor integral que ofrece hospitales, transporte, alojamiento, gastronomía y centros de recuperación.

⁷ Secretaría de Salud, COFEPRIS; 2019. Turismo médico.
http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/xxxv9_TurismoMedico_RMRD

⁸ Ramírez-Leyva, Flor Micaela; García-González, Janet y González-Espinoza, Mayda (2025). Desarrollo del turismo médico en la frontera norte de México y estrategias de comunicación. *Revista de Comunicación y Salud*, 15, 1-19. <https://doi.org/10.35669/rcys.2025.15.e368>

⁹ Ayuntamiento de Tijuana, 2020. Tijuana en números.
<https://www.tijuana.gob.mx/webpanel/UMAIHipervinculos/Archivo/Hipervinculos/24-202117132028871-12020430.pdf>

Este modelo es atractivo para los pacientes al ofrecer una experiencia de cuidado completa de principio a fin.¹⁰

Su fortaleza radica en la capacidad de generar sinergias multisectoriales que consolidan a Baja California como un destino internacional de turismo médico, con una derrama económica estimada entre 1.5 y 2 millones de pacientes extranjeros anuales y alrededor de 1 400 millones de dólares. Con una red sólida de más de 180 miembros y apertura a alianzas interregionales, el BHC representa un modelo académico y de política pública con elevado impacto económico y sanitario.¹¹

La fuerte concentración del turismo médico en los Estados fronterizos y en grandes centros urbanos no es una coincidencia; es un resultado directo de la proximidad al mercado estadounidense y de la existencia de infraestructura médica avanzada.

Esta distribución geográfica es impulsada por la cercanía a la principal fuente de pacientes (Estados Unidos y Canadá) y la presencia de una infraestructura médica y de personal especializado ya desarrollada en estas urbes. Esto implica que las políticas regulatorias deben ser sensibles a las particularidades regionales y capitalizar las fortalezas existentes, fomentando el desarrollo de clústeres especializados, como ya se busca en Tamaulipas.¹²

¹⁰ Baja Health Cluster.

<https://bajahealthcluster.mx/es/inicio/#:~:text=En%20Baja%20Health%20Cluster%2C%20nos,est%203%20A1ndares%20de%20calidad%20y%20seguridad.>

¹¹ Bien Informado, 2025. El liderazgo que posiciona a Baja California en el mapa de la medicina internacional. <https://bieninformado.mx/el-liderazgo-que-posiciona-a-baja-california-en-el-mapa-de-la-medicina-internacional/>

¹² Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2025. Busca Tamaulipas incrementar de cuatro a cinco los clústeres de turismo médico. <https://www.tamaulipas.gob.mx/2025/06/busca-tamaulipas-incrementar-de-cuatro-a-cinco-los-clusteres-de-turismo-medico/>

México se destaca como líder mundial en turismo dental. La cirugía plástica y estética también ha experimentado un auge notable. En 2024 fue el segundo país con mayor proporción de pacientes internacionales en cirugía plástica (35.1 %), solo por detrás de Colombia, siendo uno de los principales destinos gracias a precios accesibles, cirujanos reputados y paquetes todo incluido.¹³

Otros servicios altamente demandados incluyen cardiología, ortopedia (como reemplazo de rodilla y cadera), cirugía bariátrica (incluyendo la manga gástrica), salud reproductiva y fertilidad, oncología, oftalmología y cirugía de columna.¹⁴

El principal atractivo para los turistas médicos es el ahorro sustancial en costos en comparación con los precios en Estados Unidos, que oscila entre el 40% y el 80%. Factores de este tipo son los que favorecen la llegada de extranjeros al país en búsqueda de mantener su salud a menores costos, pero sin sacrificar la calidad. Haciendo un comparativo, un baipás cardiaco en México ronda los 27 mil dólares; en Estados Unidos supera los 140 mil dólares.¹⁵

A pesar del notable crecimiento y potencial del turismo médico en México, la industria enfrenta desafíos significativos que limitan su desarrollo pleno y seguro. Uno de los obstáculos fundamentales es la falta de un marco normativo específico y exhaustivo para el turismo médico. El caso de los

¹³ El País, 2025. México, destino mundial de bisturí: luces y sombras del turismo estético. <https://elpais.com/mexico/2025-07-13/mexico-destino-mundial-del-bisturi-luces-y-sombras-del-turismo-estetico.html>

¹⁴ Healgates. México. <https://healgates.com/destinations/mexico/>

¹⁵ Ídem 3

intermediarios no regulados representa uno de los riesgos más graves para la reputación del sector.

Actualmente operan en México brókeres, coordinadores médicos, facilitadores y agencias que carecen de regulación específica, capacitación certificada o mecanismos de responsabilidad legal clara. Estos intermediarios, que en muchos casos operan exclusivamente por comisión, pueden priorizar sus beneficios económicos sobre la seguridad del paciente, dirigiendo pacientes a instalaciones inadecuadas o cirujanos sin las certificaciones necesarias.

Un ejemplo reciente que evidencia esta situación es el caso de una mujer estadounidense que viajó a Tijuana para un supuesto baipás gástrico en 2024. La paciente fue sometida a una técnica diferente sin su consentimiento y regresó a Estados Unidos con graves complicaciones, incluyendo obstrucciones intestinales que requirieron varias cirugías correctivas en su país. La clínica y el médico responsable operaban sin certificación vigente y desaparecieron tras el procedimiento, lo que dejó a la paciente sin recursos legales efectivos para reclamar. Este caso ilustra los peligros de la falta de regulación, la presencia de proveedores irregulares y la vulnerabilidad de los pacientes extranjeros frente a prácticas médicas no supervisadas.¹⁶

La clínica y el médico responsable operaban sin certificación vigente y desaparecieron tras el procedimiento, lo que dejó a la paciente sin recursos legales efectivos para reclamar. Este caso ilustra los peligros de la falta de

¹⁶ El País, 2025. Falso turismo médico en la frontera: una mujer estadounidense sufre daños graves tras una operación para bajar de peso en Tijuana. <https://elpais.com/mexico/2025-05-04/falso-turismo-medico-en-la-frontera-una-mujer-estadounidense-sufre-danos-graves-tras-una-operacion-para-bajar-de-peso-en-tijuana.html>

regulación, la presencia de proveedores irregulares y la vulnerabilidad de los pacientes extranjeros frente a prácticas médicas no supervisadas.

Aunque la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) realiza esfuerzos para identificar riesgos sanitarios, se ha reconocido la necesidad de una regulación interinstitucional más robusta. Sin un registro nacional de prestadores de servicios de turismo médico, resulta imposible para las autoridades supervisar efectivamente el sector, identificar y sancionar a prestadores irregulares, o proporcionar información confiable a pacientes extranjeros sobre proveedores legítimos.

Una legislación clara genera seguridad jurídica tanto para los pacientes, quienes pueden beneficiarse de mecanismos efectivos de protección, como para los prestadores de servicios, para no operar en un entorno de ambigüedad legal.¹⁷

Una legislación clara y sistemática es fundamental para generar certeza y seguridad jurídica tanto para los pacientes, quienes pueden beneficiarse de mecanismos efectivos de protección de sus derechos, como para los prestadores de servicios de salud, que requieren certeza normativa para no operar en un entorno de ambigüedad legal. En ese sentido, la Ley General de Salud, a través de lo dispuesto en los artículos 81 y 83 de la Ley General de Salud regula la formación, capacitación y actualización del personal de salud, estableciendo requisitos para el ejercicio profesional y la obligación de poseer las competencias necesarias para ejercer su práctica de manera segura y efectiva.

Por su parte, el artículo 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2 y 272 Bis 3, establece un marco normativo que regula el ejercicio profesional especializado, al exigir

¹⁷ Ídem 7

que la realización de procedimientos médico-quirúrgicos cuente con profesionales con cédula de especialista expedida por la autoridad competente y certificación vigente conforme a la Lex Artis Ad Hoc de cada especialidad.

Asimismo, se dispone que la cirugía plástica, estética y reconstructiva sólo puede realizarse en establecimientos con licencia sanitaria vigente y por personal debidamente especializado; se fijan requisitos específicos para la publicidad de estos servicios y se obliga a las asociaciones profesionales a mantener un directorio público de especialistas certificados.

En cuanto a la infraestructura y calidad de los servicios, si bien existen instalaciones modernas en algunas zonas, un desafío significativo es el bajo porcentaje de hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General, CSG, pues al 3 de diciembre de 2025, únicamente 42 establecimientos médicos cuentan con certificación vigente de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, órgano colegiado del CSG encargado de dictaminar y aprobar la certificación de la calidad en la atención médica en México.

Se estima que hay 37,427 establecimientos de atención médica susceptibles de ser evaluados en México, de los cuales 15,684 son privados. Por lo que, estas certificaciones representan apenas el 0.11% del total estimado de establecimientos evaluables en el país, lo que evidencia una cobertura muy limitada del cumplimiento de los estándares nacionales de calidad y seguridad del paciente.¹⁸

¹⁸ Consejo de Salubridad General. (2 de octubre de 2025). Establecimientos de Atención Médica Certificados. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1041309/EAM_con_certificado_vigente_3_dic_2025_.pdf

La obtención de la certificación del CSG implica el cumplimiento riguroso de los principios rectores, lineamientos técnicos y requisitos específicos establecidos en los manuales del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud (MOCEBPASS), aplicables de manera diferenciada y especializada a los establecimientos de atención médica.

Para efectos de la presente iniciativa, las instituciones de los sectores público, social y privado que participen en el turismo médico deberán gestionar de forma voluntaria, ante el CSG, la certificación de la calidad de sus establecimientos, no solo para su incorporación al Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico, sino también como factor fundamental que fortalezca su posición competitiva internacional y contribuya directamente al bienestar y protección de la salud de la población atendida.

Un aspecto crítico que actualmente carece de regulación es la continuidad de la atención médica una vez que el paciente regresa a su país de origen. A diferencia del turismo médico doméstico, donde el paciente permanece en proximidad geográfica al prestador de servicios, los pacientes internacionales enfrentan el desafío de regresar a sus países, frecuentemente a miles de kilómetros de distancia, mientras aún se encuentran en proceso de recuperación.

La ausencia de protocolos estandarizados para: la transferencia de expedientes clínicos a médicos tratantes en el país de origen, el seguimiento postoperatorio a distancia, la coordinación entre prestadores mexicanos y médicos en el extranjero, el manejo de complicaciones que surgen después

del retorno genera riesgos significativos para la salud del paciente y expone a los prestadores mexicanos a demandas y responsabilidades poco claras.

Establecer mecanismos de continuidad transfronteriza no solo protege al paciente, sino que fortalece la reputación de México como destino de turismo médico responsable y profesional.

La Joint Commission International (JCI) es una de las acreditaciones más reconocidas a nivel mundial para hospitales y clínicas, ya que certifica el cumplimiento de altos estándares en calidad, seguridad del paciente, gestión organizacional y atención médica. Para obtenerla, la institución debe realizar un análisis de brechas respecto a los requisitos del manual JCI, implementar mejoras en protocolos, instalaciones y capacitación del personal, y someterse a auditorías internas previas a la evaluación oficial. El proceso, que suele durar entre 12 y 24 meses, concluye con una visita de auditores que verifican el cumplimiento integral de los estándares; la acreditación es válida por tres años y requiere reacreditación periódica.¹⁹

En México, hospitales como Médica Sur, Galenia, ABC Medical Center y CIMA han obtenido la certificación JCI, colocándose en el mapa internacional del turismo médico. Además de JCI, existen otras acreditaciones relevantes como International Accreditation Canada (IAC) con su programa Qmentum y la certificación nacional del Consejo de Salubridad General (SiNaCEAM), que se basa en estándares internacionales equivalentes. Todas ellas implican un proceso riguroso que combina autoevaluación, implementación de mejoras, auditorías y seguimiento

¹⁹ Fundación para la acreditación y el desarrollo asistencial. Joint commission International. <https://acreditacionfada.org/index.php?page=jc-jci>

continuo, garantizando que los pacientes reciban servicios seguros, eficientes y de calidad comprobada.^{20 21}

El turismo médico es un área de alto valor que representa una oportunidad significativa para el desarrollo económico de México. Los turistas que acuden al país por servicios de salud gastan entre 5 y 10 veces más que los turistas convencionales. Esta derrama económica contribuye de manera sustancial al Producto Interno Bruto (PIB) nacional; el turismo en general representó el 8.6% del PIB en 2023.²²

El sector representa una importante ventana para la inversión, la generación de empleo y el ingreso de divisas. Este impacto se extiende más allá de los servicios médicos directos, abarcando la hotelería, el transporte y otros servicios auxiliares, como alojamiento, comidas y actividades recreativas. Una regulación adecuada puede formalizar y optimizar esta derrama económica, asegurando una distribución más amplia y equitativa de los beneficios, lo que a su vez fortalece el desarrollo regional de manera más integral.

En este sentido, la Asociación Médica Mundial (WMA), una organización que representa a los médicos de todo el mundo, reconoce que el turismo médico es una industria global en expansión y advierte sobre riesgos como la fuga de profesionales, la creación de sistemas de salud de dos niveles y la propagación de resistencia antimicrobiana. Por ello, recomienda que los gobiernos establezcan marcos regulatorios claros que garanticen el acceso

²⁰ https://medicasur.com.mx/es/ms/calidad_jci/

²¹ <https://hospitalgalenia.com/en/accreditations-and-certifications/>

²² INEGI, 2024. Cuenta satélite del turismo de México.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/CSTM/CSTM2023.pdf>

a atención de calidad para la población local y regulen la atención de pacientes internacionales.²³

En términos sanitarios, la regulación permitiría una mejora generalizada de los estándares de calidad y seguridad para todos los pacientes, tanto nacionales como internacionales, a través de la obligatoriedad de certificaciones y una supervisión más rigurosa.

La WMA señala que, para proteger a los pacientes, los prestadores de servicios deben informar sobre diferencias legales y de práctica, explicar los derechos y vías de compensación, así como detallar planes de tratamiento y costos antes del viaje. Además, durante la atención, es esencial garantizar una comunicación efectiva en un idioma comprensible, continuidad del cuidado entre médicos de origen y destino, y entrega de documentación clínica completa.²⁴

Desde una perspectiva laboral, la regulación propiciaría la creación de empleos especializados y de alto valor, no solo en el sector de la salud (médicos, enfermeras, técnicos), sino también en servicios auxiliares como traductores y personal de hostelería. Asimismo, generaría oportunidades de profesionalización y capacitación para el personal médico y turístico, y mejoraría las condiciones laborales y la seguridad jurídica para los prestadores de servicios de salud. De esta forma, se promovería un turismo médico sostenible que combine crecimiento económico, calidad sanitaria y responsabilidad social, alineado con las recomendaciones internacionales.

²³ World Medical Association, 2018. Declaración sobre el turismo de salud.
<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-el-turismo-de-salud/>

²⁴ Ídem 21

Si el turismo médico no se regula, el sector podría generar problemas que contrarresten sus beneficios económicos. Sin un marco normativo, existe un mayor riesgo de proliferación de prestadores sin acreditaciones, lo que afectaría la calidad y seguridad de los servicios y pondría en riesgo la salud de los pacientes. Esto podría derivar en casos de mala praxis, falta de seguimiento postoperatorio y ausencia de mecanismos claros de responsabilidad legal, especialmente en tratamientos de alto riesgo o especializados.

Un ejemplo reciente que evidencia esta situación es el caso de una mujer estadounidense que viajó a Tijuana para un supuesto bajapés gástrico en 2024. La paciente fue sometida a una técnica diferente sin su consentimiento y regresó a Estados Unidos con graves complicaciones, incluyendo obstrucciones intestinales que requirieron varias cirugías correctivas en su país. La clínica y el médico responsable operaban sin certificación vigente y desaparecieron tras el procedimiento, lo que dejó a la paciente sin recursos legales efectivos para reclamar. Este caso ilustra los peligros de la falta de regulación, la presencia de proveedores irregulares y la vulnerabilidad de los pacientes extranjeros frente a prácticas médicas no supervisadas.²⁵

Además, la falta de regulación podría provocar desigualdad en el acceso a la atención médica dentro del país, ya que hospitales y profesionales podrían priorizar a pacientes extranjeros de alto poder adquisitivo, desplazando la atención de la población local. También se incrementaría el riesgo de fuga de talento médico hacia el sector privado orientado al

²⁵ El País, 2025. Falso turismo médico en la frontera: una mujer estadounidense sufre daños graves tras una operación para bajar de peso en Tijuana. <https://elpais.com/mexico/2025-05-04/falso-turismo-medico-en-la-frontera-una-mujer-estadounidense-sufre-danos-graves-tras-una-operacion-para-bajar-de-peso-en-tijuana.html>

turismo, debilitando la capacidad del sistema público. En el ámbito internacional, la ausencia de estándares reconocidos afectaría la reputación de México como destino seguro para el turismo de salud, reduciendo su competitividad y el potencial de atraer inversión extranjera en el sector.

El análisis de modelos regulatorios en otros países que han desarrollado exitosamente el turismo médico ofrece valiosas lecciones para México. Si bien Colombia, Costa Rica y Tailandia han avanzado en la regulación, han adoptado modelos legislativos distintos, lo que sugiere que México tiene flexibilidad para elegir un modelo que se adapte mejor a su estructura legal y administrativa, pero enfatiza la necesidad de que sea integral.

Colombia ha desarrollado un sector de turismo médico en crecimiento. Su marco legal incluye la Ley 2068 de 2020, que incorpora el "Turismo de Salud" como parte de su legislación turística. Los hospitales colombianos a menudo poseen acreditaciones internacionales como la Joint Commission International (JCI) y nacionales como ICONTEC, lo que impulsa su atractivo y la confianza de los pacientes.²⁶

Costa Rica promulgó la Ley 10320 de 2022, enfocada específicamente en la "Promoción y fomento de servicios de turismo de salud". Esta ley define claramente el turismo médico y el turismo de bienestar y establece una Comisión Interinstitucional para los Servicios del Turismo de Salud. La legislación costarricense también enfatiza la importancia de las acreditaciones de calidad internacional para los prestadores de servicios.²⁷

²⁶ Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Colombia <https://www.ccc.org.co/wp-content/uploads/2024/11/2.-Ana-Mar%C3%ADa-Echeverry-Viceministerio-de-Turismo.pdf>

²⁷ Ley N° 10320 - 10320 LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA DECRETA: PROMOCIÓN Y FOMENTO DE SERVICIOS DE TURISMO DE SALUD EN COSTA RICA.

Tailandia, es un líder global en turismo médico, con una trayectoria de desarrollo industrial que se remonta a la década de 1970. Si bien existe una "ley de turismo médico" específica, su marco regulatorio se compone de una combinación de normativas. Esto incluye requisitos de seguro médico para viajeros y una robusta Ley de Protección al Consumidor que aborda la responsabilidad del producto y los mecanismos de reclamación. Así como un sistema de visas médicas para solicitar tratamiento en dicho país. Los hospitales tailandeses también buscan activamente acreditaciones internacionales para garantizar la calidad de sus servicios.²⁸

En Puerto Rico la "Ley de Turismo Médico de Puerto Rico", es un ejemplo relevante de legislación específica. Esta ley declara el turismo médico como una industria regulada, abarcando certificaciones, promoción de la inversión y la confidencialidad de la información del paciente, incluso con la aplicación de la Ley HIPAA de Estados Unidos. Su enfoque específico podría ofrecer valiosas lecciones para México.²⁹

Por su parte, en Turquía el Estado ha creado la agencia estatal USHAŞ (Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.) en 2019 —dependiente del Ministerio de Salud— con el objetivo de promover y regular el turismo médico, capacitar al sector, resolver conflictos y coordinar alianzas público-privadas e internacionales. Además, la Ley del IVA (art. 13, inciso I, modificado por la Ley 7104) establece que los servicios de salud—como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación—prestados a extranjeros no residentes por

²⁸ Bangkok Health Service. Visa de tratamiento médico para Tailandia.
<https://bangkokhealthservice.com/medical-treatment-visa/>

²⁹ Ley num 196 de Puerto Rico.

instituciones autorizadas están exentos de IVA, siempre y cuando se cumplan los requisitos pertinentes.³⁰

En India, el Gobierno implementó el e-Medical Visa, un visado electrónico expedido online con validez de 60 días (hasta tres entradas) para pacientes extranjeros, que requiere una carta médica del centro receptor Indian Immigration Services Team. En 2025, se agregó la exigencia de una carta médica generada por sistema, emitida por hospitales registrados, para validar la solicitud del visado India eVisa Online. Además, la iniciativa nacional "Heal in India" busca posicionar al país como destino global de salud y bienestar; respaldada por políticas estratégicas para facilitar la llegada de pacientes y promover la oferta médica internacional del país.³¹

En el caso de Malasia, el gobierno consolidó, en 2009, al Malaysia Healthcare Travel Council (MHTC) como el principal organismo oficial para promover y coordinar el turismo médico. Sus políticas incluyen incentivos fiscales como un crédito fiscal por inversión (ITA) del 100% para los hospitales que invierten en expansión, modernización y equipamiento de vanguardia. Para ser elegibles, estas instituciones deben estar registradas en el MHTC y demostrar que una parte de sus ingresos proviene de pacientes extranjeros. Adicionalmente, el gobierno ha implementado una doble deducción de impuestos para los gastos que los hospitales incurren al obtener acreditaciones internacionales, como la de la JCI, incentivando así la

³⁰ USHAS. Ley de establecimiento. <https://www.ushas.com.tr/kurulus-kanunu/>

³¹ India eVisa portal. <https://www.indianvisa.org.in/faq/what-are-the-restrictions-of-the-indian-medical-e-visa>

mejora de la calidad y la competitividad del sector de la salud en el mercado global.^{32 33}

Actualmente, México cuenta con diversas leyes y reglamentos que tocan tangencialmente aspectos relacionados con la salud y el turismo. La Ley General de Salud establece el derecho a la protección de la salud y regula la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y establecimientos de salud. Si bien abarca la salubridad general y la atención médica, carece de disposiciones específicas que aborden las particularidades del paciente internacional.

Por su parte, la Ley General de Turismo establece las bases para la política, planeación y programación de la actividad turística. Una adición relevante en 2022 incorporó una fracción X Bis al artículo 7, facultando a la Secretaría de Turismo para "promover la inversión en la industria de Turismo Médico y de Salud, así como, celebrar convenios o cualquier otro acto tendiente a la promoción y fomento del Turismo Médico y de Salud". No obstante, esta adición se enfoca en la promoción y fomento, sin abordar la regulación sanitaria, los derechos del paciente o la calidad de los servicios médicos.

La Secretaría de Salud emite NOMs que establecen regulaciones técnicas de observancia obligatoria para diversos aspectos de la salud. Algunas NOMs son relevantes para la infraestructura y equipamiento de hospitales (ej. NOM-016-SSA3-2012) y el expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012). Sin embargo, estas normas son de aplicación general y no consideran las particularidades del turismo médico, como el consentimiento informado en

³² <https://www.mhtc.org.my/corporate-governance/>

³³ ASEAN Briefing, 2024. Incentives in Malaysia's Special Economic Zones: A Guide for Businesses <https://www.aseanbriefing.com/news/malaysia-special-economic-zones-incentives-available-investor-guide/>

múltiples idiomas o la continuidad de la atención para pacientes que regresan a sus países de origen.

En este contexto, resulta evidente la necesidad de dotar al marco jurídico nacional de disposiciones que atiendan de manera integral las particularidades del turismo médico. Este sector, en constante crecimiento a nivel internacional, representa una oportunidad estratégica para México, tanto en materia económica como en el fortalecimiento del sistema de salud y en el posicionamiento del país como destino confiable y seguro para la atención médica.

Con la finalidad de otorgar mayor seguridad jurídica al turismo médico y de garantizar que los servicios de salud se presten con los más altos estándares de calidad, se propone un conjunto de reformas integrales que permitan aprovechar el potencial económico de este sector en beneficio de México. Estas reformas buscan que los pacientes extranjeros reciban atención médica con competencia, profesionalidad y seguridad, de manera que sus necesidades de salud sean satisfechas y sus expectativas plenamente cubiertas, fortaleciendo la confianza en el país como destino confiable para la atención médica internacional.

Se propone dotar a la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), de facultades específicas para la regulación, control y vigilancia de los servicios de turismo médico. Esto incluye la creación y administración del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico, que permitirá identificar, supervisar y sancionar a prestadores irregulares, así como proporcionar información confiable a pacientes extranjeros sobre proveedores legítimos.

Se establece la regulación específica de intermediarios (brókeres, coordinadores médicos, facilitadores y terceros administradores), requiriendo su registro obligatorio, capacitación certificada, pólizas de responsabilidad civil y transparencia contractual. Esta medida busca profesionalizar el sector y eliminar la operación de intermediarios sin escrúpulos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y la reputación del país, además de establecer requisitos operativos mínimos obligatorios para todos los prestadores de servicios de turismo médico, incluyendo el consentimiento informado en el idioma del paciente, expediente clínico digital bilingüe, protocolos de comunicación 24/7, seguros de responsabilidad profesional, y mecanismos de continuidad de atención transfronteriza.

Estos requisitos garantizan que todos los pacientes internacionales reciban atención de calidad comparable a estándares internacionales. Se implementa un sistema de clasificación de prestadores por nivel de riesgo, diferenciando entre procedimientos de bajo riesgo (odontología, consultas), riesgo medio (cirugía estética), riesgo alto (bariátrica, ortopedia) y riesgo crítico (cardiología, oncología). Cada nivel tendrá requisitos específicos de infraestructura, certificación y personal, proporcionando mayor protección en procedimientos de mayor complejidad.

Por otra parte, se promueve la obtención de acreditaciones y certificaciones nacionales e internacionales de establecimientos de atención médica, en coordinación con la Secretaría de Turismo, primando un enfoque técnico sanitario y no sólo turístico. Asimismo, se prevé facultar a la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, para participar en foros internacionales y promover la celebración

de convenios y acuerdos con órganos públicos y privados extranjeros, con el fin de que los servicios prestados en México sean reconocidos para efectos de cobertura por aseguradoras y programas de salud de otros países.

Para facilitar la llegada de los pacientes internacionales, se incorpora un esquema migratorio adecuado mediante la creación de la categoría de "Visitante Médico", que les permita ingresar con el propósito de recibir atención médica por períodos de hasta 180 días con posibilidad de múltiples entradas, incluyendo a sus acompañantes. Se establece la exención del pago de derechos migratorios para estancias no mayores a 90 días. Estas medidas buscan eliminar barreras burocráticas y económicas que podrían desalentar la elección de México como destino de turismo médico, al tiempo que se mantiene un control adecuado y seguro sobre el flujo de personas.

Se otorgan facultades específicas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para establecer mecanismos especializados de mediación y arbitraje en casos de turismo médico, incluyendo atención bilingüe y protocolos para resolución de controversias transfronterizas.

En conjunto, estas reformas buscan articular regulación sanitaria, promoción internacional, incentivos migratorios, estándares de calidad y mecanismos de protección al paciente que garanticen que México se consolide como un destino de referencia para el turismo médico, así como asegurar que su crecimiento se traduzca en beneficios para la población nacional, mediante la mejora en estándares de calidad, la atracción de inversiones, la generación de empleos y el fortalecimiento de la infraestructura de salud.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, quienes suscribimos la presente iniciativa, sometemos a consideración de esta Honorable Asamblea el siguiente Proyecto de:

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, DE LA LEY DE MIGRACIÓN Y DE LA LEY FEDERAL DE DERECHOS, EN MATERIA DE TURISMO MÉDICO.

Artículo primero: Se adiciona el Capítulo III Bis al Título Tercero, denominado "Turismo Médico", con la adición de los artículos 49 Bis, 49 Ter, 49 Quáter, 49 Quinquies, 49 Sexies, 49 Septies, 49 Octies, 49 Nonies, 49 Decies y 49 Undecies, y se reforma el artículo 420 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

CAPÍTULO III BIS
Turismo Médico

Artículo 49 Bis. - Para efectos de esta Ley, se entiende por turismo médico los flujos internacionales de personas extranjeras que ingresan al territorio nacional con el propósito específico de recibir servicios de atención médica, incluyendo consulta, diagnóstico, intervención quirúrgica, hospitalización, tratamiento, rehabilitación y provisión de medicamentos. Los servicios de salud que se presten a personas extranjeras con motivo de turismo médico estarán sujetos a la regulación, control y vigilancia de la Secretaría, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos

Sanitarios, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables y a lo establecido en el presente Capítulo.

Artículo 49 Ter.- La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios establecerá y administrará el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico, el cual será de carácter público y estará disponible en formato digital para consulta de autoridades y usuarios. Deberán inscribirse en dicho Registro:

I. Establecimientos de atención médica que presten servicios a pacientes extranjeros, incluyendo hospitales, clínicas, consultorios y laboratorios;

II. Intermediarios de servicios de turismo médico, incluyendo brókeres, coordinadores médicos, facilitadores, terceros administradores y agencias, y

III. Prestadores de servicios auxiliares especializados en turismo médico, incluyendo transporte médico, hospedaje para convalecencia y servicios de traducción médica. El Registro especificará para cada prestador:

a) Nombre o razón social y domicilio;

b) Servicios que ofrece y especialidades médicas;

c) Certificaciones y acreditaciones vigentes, nacionales e internacionales;

d) Personal médico autorizado y sus especialidades;

e) Pólizas de seguro de responsabilidad profesional, y

f) Clasificación por nivel de riesgo de los servicios que presta.

La inscripción en el Registro será requisito indispensable para la prestación legal de servicios de turismo médico y tendrá vigencia de dos años, renovable previa verificación del cumplimiento de requisitos.

Artículo 49 Quáter.- Los establecimientos de atención médica que presten servicios de turismo médico deberán cumplir con los siguientes requisitos:

I. Contar con protocolos de atención que incluyan:

a) Información previa al tratamiento en el idioma del paciente, incluyendo descripción detallada del procedimiento, riesgos, alternativas y costos totales;

b) Consentimiento informado por escrito en el idioma del paciente o en español con traducción certificada;

c) Expediente clínico digital bilingüe (español e inglés, o el idioma que corresponda);

d) Plan de continuidad de atención que incluya seguimiento postoperatorio y coordinación con médicos en el país de origen del paciente;

II. Mantener comunicación disponible las 24 horas en el idioma del paciente durante el período de hospitalización y recuperación;

III. Contar con pólizas de seguro de responsabilidad profesional vigentes con cobertura mínima, en términos que señalen los reglamentos;

IV. Establecer protocolos de referencia para complicaciones que incluyan convenios con hospitales de mayor capacidad resolutive;

V. Proporcionar al paciente, previo a su egreso:

a) Expediente clínico completo en formato digital en el idioma del paciente;

b) Instrucciones detalladas para cuidados posteriores;

c) Datos de contacto para seguimiento y atención de urgencias;

d) Información sobre mecanismos de mediación y arbitraje en caso de controversias;

VI. Mantener mecanismos de seguimiento del paciente por un período mínimo de 30 días posteriores al procedimiento o por el período que determinen los reglamentos y demás disposiciones jurídicas aplicables, según el tipo de procedimiento, y

VII. Los demás que establezcan esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 49 Quinquies.- Los intermediarios de servicios de turismo médico que actúen como brókeres, coordinadores, facilitadores o terceros administradores deberán cumplir con los siguientes requisitos:

I. Estar inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico;

II. Contar con personal que haya acreditado capacitación certificada en coordinación de servicios médicos internacionales;

III. Mantener una póliza de responsabilidad civil vigente, con la cobertura mínima que establezcan los reglamentos aplicables;

IV. Celebrar contratos por escrito con los pacientes que especifiquen:

a) Servicios incluidos y costos desglosados;

b) Identificación completa de los establecimientos de atención médica y médicos tratantes;

c) Comisiones o compensaciones que reciban por la referencia, y

d) Mecanismos de resolución de controversias.

V. Referir pacientes únicamente a establecimientos de atención médica debidamente inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico;

VI. Abstenerse de realizar publicidad engañosa o que prometa resultados médicos no sustentados en evidencia científica;

VII. Proporcionar información veraz y completa sobre los riesgos asociados a los procedimientos médicos, y

VIII. Los demás que establezcan esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 49 Sexies.- La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios clasificará los servicios de turismo médico en cuatro niveles de riesgo:

Nivel I - Riesgo Bajo: Servicios de odontología general, consultas médicas, estudios diagnósticos y procedimientos ambulatorios menores;

Nivel II - Riesgo Medio: Cirugía estética y procedimientos dermatológicos con sedación o anestesia local;

Nivel III - Riesgo Alto: Cirugía bariátrica, ortopedia mayor, procedimientos de reproducción asistida y cirugías que requieran anestesia general, y

Nivel IV - Riesgo Crítico: Cardiología intervencionista, oncología quirúrgica, neurocirugía y trasplantes.

Para cada nivel de riesgo, los reglamentos aplicables establecerán requisitos específicos y progresivos en materia de:

- a) Infraestructura y equipamiento;
- b) Certificaciones obligatorias del establecimiento;
- c) Certificaciones y experiencia del personal médico;
- d) Protocolos de seguridad del paciente, y
- e) Requisitos de seguros y garantías.

Los establecimientos solo podrán prestar servicios del nivel de riesgo para el cual estén autorizados y registrados.

Artículo 49 Septies.- La Secretaría promoverá la calidad de los servicios de turismo médico mediante:

- I. El fomento de la obtención de acreditaciones y certificaciones nacionales e internacionales de establecimientos de atención médica, en coordinación con la Secretaría de Turismo;
- II. La celebración de convenios con organismos certificadores nacionales e internacionales para facilitar los procesos de acreditación;
- III. El reconocimiento público de establecimientos que cumplan con estándares de excelencia, y

IV. La difusión de información sobre prestadores registrados y sus niveles de certificación a través de plataformas digitales accesibles al público nacional e internacional.

Artículo 49 Octies.- La Secretaría, en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, promoverá:

I. La participación en foros internacionales sobre turismo médico y atención transfronteriza;

II. La celebración de convenios, acuerdos, bases de coordinación y demás instrumentos jurídicos internacionales con órganos públicos o privados extranjeros, a fin de:

a) Facilitar el reconocimiento de servicios de atención médica prestados en territorio nacional para efectos de cobertura por instituciones aseguradoras extranjeras o por programas públicos de salud de otros países;

b) Establecer mecanismos de continuidad de atención entre prestadores mexicanos y del extranjero;

c) Armonizar protocolos de seguridad del paciente y estándares de calidad, y

d) Establecer mecanismos de cooperación para la resolución de controversias transfronterizas.

Artículo 49 Nonies.- La Comisión Nacional de Arbitraje Médico establecerá mecanismos especializados para la atención de controversias derivadas de servicios de turismo médico, que incluirán:

- I. Atención y servicios de mediación y arbitraje en idioma inglés y en otros idiomas que determine necesarios;**
- II. Protocolos específicos para la mediación a distancia cuando el paciente haya regresado a su país de origen;**
- III. Coordinación con autoridades competentes de otros países para facilitar la resolución de controversias transfronterizas, y**
- IV. Registro de quejas y controversias relacionadas con turismo médico para fines estadísticos y de mejora regulatoria.**

Artículo 49 Decies.- Las autoridades sanitarias realizarán campañas de información dirigidas a pacientes extranjeros sobre:

- I. Los derechos de los pacientes en territorio nacional;**
- II. Los mecanismos disponibles para verificar la legitimidad y certificaciones de prestadores de servicios;**
- III. Las vías para presentar quejas o controversias, y**
- IV. Las recomendaciones para una toma de decisiones informada sobre procedimientos médicos.**

Artículo 49 Undecies. - La prestación de servicios de turismo médico sin estar inscrito en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico, o el incumplimiento de los requisitos establecidos en este Capítulo, será sancionado conforme a las disposiciones de esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otra índole que correspondan.

Artículo 420. - Se sancionará con multa de dos mil hasta seis mil veces la Unidad de Medida y Actualización, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos **49 Quáter, 49 Quinquies**, 75, 121, 142, 147, 153, 157 Bis 10, 198, 200, 204, 241, 259, 260, 265, 267, 304, 307, 341, 348, segundo y tercer párrafo, 349, 350 Bis, 350 Bis 2, 350 Bis 3 y 373 de esta Ley.

Artículo Segundo. Se adiciona la fracción XIX Bis al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para quedar como sigue:

Artículo 39. - A la Secretaría de Salud le corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I. a XIX. ...

XIX Bis. Participar en foros internacionales respecto de las materias de su competencia, con la intervención que corresponda a la Secretaría de Relaciones Exteriores, y proponer a ésta la celebración de convenios, tratados y demás instrumentos jurídicos internacionales con órganos públicos o privados en tales materias;

XX. a XXVIII. ...

Artículo Tercero. Se adicionan el inciso g) a la fracción III del artículo 37, y la fracción IV Bis al artículo 52 de la Ley de Migración, para quedar como sigue:

Artículo 37. Para internarse al país, los extranjeros deberán:

I. a II. ...

III. No necesitan visa los extranjeros que se ubiquen en alguno de los siguientes supuestos:

a) a d) ...

e) Solicitantes de la condición de refugiado, de protección complementaria y de la determinación de apátrida, o por razones humanitarias o causas de fuerza mayor;

f) Miembros de la tripulación de embarcaciones o aeronaves comerciales conforme a los compromisos internacionales asumidos por México, y

g) Visitantes médicos que pretendan ingresar a territorio nacional para recibir servicios de turismo médico con prestadores debidamente registrados, conforme a lo dispuesto en la fracción IV Bis del artículo 52 de esta Ley.

Artículo 52. Los extranjeros podrán permanecer en el territorio nacional en las condiciones de estancia de visitante, residente temporal y residente

permanente, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en esta Ley, su Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables, de conformidad con lo siguiente:

I. a IV. ...

IV Bis. VISITANTE MÉDICO. Autoriza al extranjero y hasta dos acompañantes para ingresar y permanecer en territorio nacional con el propósito de recibir servicios de atención médica, por un periodo de hasta ciento ochenta días, prorrogables por periodos adicionales según lo requiera el tratamiento médico, sin rebasar un total de trescientos sesenta días. Esta condición de estancia permite múltiples entradas durante su vigencia. Para su otorgamiento se requerirá:

a) Carta de un prestador de servicios de turismo médico debidamente inscrito en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico, que especifique el tratamiento a recibir y la duración estimada;

b) Comprobante de solvencia económica suficiente para cubrir los gastos de tratamiento y estancia, y

c) Los demás requisitos que establezca el Reglamento.

V. a IX. ...

Artículo Cuarto. Se adiciona el inciso f) a la fracción II del artículo 11 de la Ley Federal de Derechos, para quedar como sigue:

Artículo 11. No se pagarán los derechos señalados en el artículo 8o. de esta Ley cuando los extranjeros permanezcan en territorio nacional en las condiciones de estancia siguientes:

I. ...

II. Visitantes sin permiso para realizar actividades remuneradas que se ubiquen en alguno de los siguientes supuestos:

a) a e) ...

f) Visitantes médicos que ingresen a territorio nacional para recibir servicios de turismo médico en prestadores debidamente inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico, siempre que su estancia en el país no exceda de noventa días. Para estancias mayores se pagarán los derechos correspondientes de conformidad con las disposiciones aplicables.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior, el Instituto Nacional de Migración, en coordinación con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, determinará el procedimiento y la documentación necesaria para acreditar dicha circunstancia.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. El Poder Ejecutivo Federal, a través de las instancias competentes, contará con 180 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para:

- I. Expedir las disposiciones reglamentarias y administrativas necesarias para la aplicación del presente Decreto;
- II. Establecer y poner en operación el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico;
- III. Determinar la clasificación específica de procedimientos médicos por nivel de riesgo y los requisitos aplicables a cada uno;
- IV. Establecer los montos mínimos de las pólizas de seguro de responsabilidad profesional y civil para prestadores e intermediarios;
- V. Establecer los protocolos y mecanismos de continuidad de atención transfronteriza;
- VI. Diseñar e implementar las plataformas digitales para consulta pública del Registro y para información a pacientes extranjeros.

TERCERO. Los establecimientos de atención médica e intermediarios que a la entrada en vigor del presente Decreto se encuentren prestando servicios relacionados con turismo médico, contarán con un plazo de 180 días hábiles, contados a partir de que entre en operación el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico, para inscribirse en el mismo y cumplir con los requisitos establecidos en esta Ley. Durante este período

de transición, dichos prestadores podrán continuar operando, pero deberán informar a sus pacientes que se encuentran en proceso de regularización.

CUARTO. La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, dentro de los 90 días hábiles siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, emitirá lineamientos generales de operación para prestadores de servicios de turismo médico, que servirán como marco de referencia mientras se expiden las disposiciones reglamentarias definitivas.

QUINTO. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico contará con 120 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para establecer los mecanismos especializados de atención a controversias de turismo médico previstos en esta Ley.

SEXTO. Las obligaciones y erogaciones que se generen con motivo de la entrada en vigor del presente Decreto se sujetarán a los recursos aprobados expresamente para esos fines en los respectivos presupuestos de egresos de los ejecutores del gasto correspondientes. Para el ejercicio fiscal 2026 y subsecuentes, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con la Secretaría de Salud, evaluará la necesidad de recursos adicionales para la implementación efectiva de este Decreto y, en su caso, incluirá las previsiones presupuestarias correspondientes en el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

SÉPTIMO. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Turismo, desarrollará dentro de los 360 días hábiles siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, un programa nacional de promoción del turismo médico que incluya:

- I. Estrategias para el posicionamiento internacional de México como destino de turismo médico seguro y de calidad;
- II. Mecanismos de apoyo para que establecimientos de atención médica obtengan certificaciones nacionales e internacionales;
- III. Programas de capacitación para profesionales de la salud en atención a pacientes internacionales;
- IV. Estrategias de desarrollo regional que aprovechen las fortalezas de los clústeres de turismo médico existentes.

OCTAVO. Se instruye a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para que, en un plazo no mayor a dos años a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, elabore y presente un informe de evaluación sobre:

- I. El número de prestadores inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Turismo Médico y su distribución geográfica;
- II. Los niveles de certificación alcanzados por los prestadores;
- III. Las quejas y controversias registradas y su resolución;
- IV. Las sanciones aplicadas por incumplimiento;
- V. Recomendaciones para el fortalecimiento del marco regulatorio. Este informe se presentará a las Comisiones de Salud de ambas Cámaras del Congreso de la Unión.

NOVENO. Las reformas y adiciones contenidas en el presente Decreto no afectarán los derechos laborales del personal que actualmente presta sus servicios en las dependencias involucradas. El personal adicional que se requiera para la implementación de este Decreto se sujetará a la disponibilidad presupuestaria y a las disposiciones aplicables en materia de servicio profesional de carrera.

ATENTAMENTE



Dip. Pedro Mario Zenteno Santaella



Dip. Fernando Jorge Castro Trenfi



Dip. Jaime Genaro López Vela

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro a los 07 días del mes de abril de 2026.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PLASMA RESIDUAL Y HEMODERIVADOS.

HONORABLE ASAMBLEA:

Quien suscribe, Diputado Pedro Mario Zenteno Santaella del Grupo Parlamentario de Morena de la LXVI Legislatura de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 71, fracción II, y 73, fracción XVI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de este honorable recinto, someto a consideración de esta Soberanía la siguiente: **"Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de plasma residual y hemoderivados "**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El plasma es la parte líquida de la sangre, rica en proteínas esenciales como albúmina, factores de coagulación e inmunoglobulinas, que son fundamentales para mantener funciones vitales como la coagulación, la defensa inmunitaria y el equilibrio de líquidos en el cuerpo.

Los medicamentos hemoderivados son sustancias biológicas de alta complejidad terapéutica obtenidas exclusivamente mediante el fraccionamiento industrial del plasma humano. A diferencia de los

medicamentos de síntesis química, no pueden replicarse artificialmente en laboratorio: su estructura molecular requiere proteínas humanas que únicamente el organismo vivo produce.¹

Los medicamentos hemoderivados son sustancias biológicas obtenidas del plasma humano, esenciales para tratar enfermedades que no pueden abordarse con medicamentos de síntesis química. Su complejidad y su origen exclusivamente humano los convierten en recursos insustituibles, cuya producción y uso deben basarse en evidencia científica rigurosa.

Su clasificación como medicamentos esenciales por la Organización Mundial de la Salud confirma su importancia crítica para la salud pública y la necesidad de garantizar su disponibilidad segura y regulada. La Organización Mundial de la Salud los clasifica como medicamentos esenciales desde la primera edición de su Lista Modelo en 1977, clasificación que mantiene en su actualización de 2023.²

Para legislar con responsabilidad, es indispensable partir de la evidencia técnica y científica. Los principales medicamentos hemoderivados, explicados uno por uno, son los siguientes:

- 1. Albumina humana.** Es la proteína más abundante en la sangre, donde representa aproximadamente el 60% de las proteínas totales del plasma y su función principal es mantener la presión oncótica, es decir,

¹ Farrugia, A., & Cassar, J. (2012). Plasma fractionation: Global considerations. *Biologicals*, 40(3), 167-171. <https://doi.org/10.1016/j.biologicals.2011.09.003>

² Cohn, E. J., Strong, L. E., Hughes, W. L., et al. (1946). Preparation and properties of serum and plasma proteins. *Journal of the American Chemical Society*, 68(3), 459-475.

la fuerza que retiene el agua dentro de los vasos sanguíneos e impide fugas hacia los tejidos, lo que provocaría edema e inflamación generalizada. También transporta hormonas, medicamentos, ácidos grasos y productos de desecho hacia los órganos de eliminación. Se utiliza clínicamente en el tratamiento de la hipoalbuminemia severa causada por cirrosis hepática, síndrome nefrótico, sepsis, grandes quemados y recuperación de cirugías de alta complejidad. Sin albumina, el líquido del torrente sanguíneo se filtra hacia los tejidos, los pulmones y el abdomen, produciendo insuficiencia respiratoria, peritonitis y shock.

- 2. Inmunoglobulinas intravenosas y subcutáneas.** Son anticuerpos proteínas del sistema inmune concentrados y purificados a partir de miles de donadores. Su función es aportar al paciente defensas inmunológicas que su propio organismo no puede producir de manera suficiente o eficaz. Las inmunoglobulinas intravenosas se administran directamente en vena para tratamientos de acción rápida; las subcutáneas se inyectan bajo la piel y permiten la autoadministración del paciente en casa. Se emplean en inmunodeficiencias primarias enfermedades genéticas que eliminan la capacidad del paciente para fabricar anticuerpos, síndrome de Guillain-Barré, púrpura trombocitopénica inmune, enfermedad de Kawasaki, rechazo de trasplante, miopatías inflamatorias y diversas enfermedades neurológicas autoinmunes. Sin este medicamento, los pacientes con inmunodeficiencia primaria sufren infecciones bacterianas y virales graves y recurrentes que son fatales.

- 3. Factor VIII de coagulación.** Actúa como amplificador de la cascada de coagulación, activando a otras proteínas para que la sangre pueda coagularse cuando hay una lesión. Su deficiencia genética produce la hemofilia A, la forma más frecuente de hemofilia, que afecta casi exclusivamente a hombres y se hereda por vía materna. El Factor VIII concentrado, administrado de forma profiláctica dos o tres veces por semana, previene estas complicaciones y permite al paciente llevar una vida prácticamente normal.

- 4. Factor IX de coagulación.** Cumple una función análoga al Factor VIII, pero en una vía diferente de la cascada de coagulación. Su deficiencia produce la hemofilia B, menos frecuente que la A, pero igualmente grave. Los síntomas, las complicaciones y las consecuencias del desabasto son idénticos a los descritos para el Factor VIII. La diferencia radica en que el Factor IX tiene una vida media más larga en el organismo, lo que permite en algunos casos una dosificación menos frecuente. Al igual que el Factor VIII, no existe ningún medicamento alternativo que pueda sustituirlo: si hay desabasto, el paciente no tiene opciones terapéuticas equivalentes.

- 5. Alfa -1 antitripsina.** Es una proteína producida principalmente en el hígado cuya función es inhibir a la elastasa neutrofílica, una enzima que en condiciones normales destruye bacterias y células dañadas, pero que, si no es controlada, también destruye el tejido pulmonar sano. La deficiencia hereditaria de alfa-1 antitripsina produce una forma genética de enfisema pulmonar que se presenta antes de los 45 años,

incluso en personas que nunca fumaron: el pulmón pierde progresivamente su elasticidad y su capacidad de intercambio gaseoso, produciendo insuficiencia respiratoria crónica severa. El tratamiento de sustitución con alfa-1 antitripsina administrado semanalmente por vía intravenosa frena la progresión del daño pulmonar pero no lo revierte. Es el único tratamiento específico para esta condición. Sin el medicamento, el paciente avanza hacia el trasplante de pulmón como única opción.

6. **Fibrinógeno concentrado.** Es la proteína precursora de la fibrina, el componente estructural del coágulo sanguíneo: cuando hay una lesión, el fibrinógeno es transformado por la trombina en fibrina, que forma una red tridimensional que detiene el sangrado. Su déficit ya sea congénito (afibrinogenemia) o adquirido durante hemorragias masivas, cirugías mayores o coagulación intravascular diseminada produce sangrado incontrolable. El concentrado de fibrinógeno se utiliza en hemorragias obstétricas masivas, trauma grave, cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y estados de hipofibrinogenemia crítica. Es especialmente vital en la atención de hemorragia postparto, una de las principales causas de mortalidad materna en México.

7. **Antitrombina III.** Es el principal inhibidor natural de la coagulación sanguínea: regula y frena la cascada de coagulación para evitar que los coágulos se formen de manera descontrolada dentro de los vasos. Su deficiencia hereditaria o adquirida en sepsis, cirugías mayores o insuficiencia hepática grave produce un estado de

hipercoagulabilidad: la sangre coagula con demasiada facilidad, formando trombos en venas y arterias que pueden producir tromboembolismo pulmonar, infarto o accidente cerebrovascular. En pacientes en estado crítico con sepsis severa, el concentrado de antitrombina III se utiliza para restaurar el equilibrio de la coagulación y prevenir la coagulación intravascular diseminada, una condición que produce sangrado y trombosis simultáneos y tiene una mortalidad superior al 40%.

- 8. Hemoderivados o productos sanguíneos.** Son cualquier sustancia terapéutica derivada de la sangre humana, incluyendo la sangre entera y otros componentes sanguíneos para transfusión, así como los medicamentos derivados del plasma.³

- 9. Plasma.** También conocido como plasma sanguíneo, tiene un color amarillo pálido o pajizo. Sirve como base líquida para la sangre total. La sangre total, sin eritrocitos (glóbulos rojos), leucocitos (glóbulos blancos) ni trombocitos (plaquetas), constituye el plasma. El suero, a veces confundido con el plasma, consiste en plasma sin fibrinógeno. El plasma contiene entre un 91 % y un 92 % de agua y entre un 8 % y un 9 % de sólidos. Se compone principalmente de:
 - Los coagulantes, principalmente el fibrinógeno, ayudan en la coagulación de la sangre.

³ Organización Mundial de la Salud. (2023). Directrices para la formulación de políticas y la reglamentación de los productos sanguíneos: Productos sanguíneos y productos medicinales derivados del plasma. StatPearls Publishing / NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594497/>

- Proteínas plasmáticas, como la albúmina y la globulina, que ayudan a mantener la presión osmótica coloidal en aproximadamente 25 mmHg.
- Los electrolitos como el sodio, el potasio, el bicarbonato, el cloruro y el calcio ayudan a mantener el pH de la sangre.
- Las inmunoglobulinas ayudan a combatir las infecciones y otras pequeñas cantidades de enzimas, hormonas y vitaminas.⁴

10. Plasma residual y Plasma industrializado: El plasma residual, también conocido como plasma congelado o pobre en factores, es el componente plasmático remanente tras la separación de componentes sanguíneos para transfusión (generalmente tras seis horas de recolección o caducidad del plasma fresco). Representa un activo estratégico desperdiciado, crucial para producir hemoderivados (inmunoglobulinas, albúmina) en lugar de importarlos.

Este tipo de plasma constituye un recurso estratégico dentro de los sistemas de salud, ya que permite optimizar la utilización de la sangre donada y reducir la dependencia de importaciones de productos biológicos esenciales. Al aprovechar el plasma residual, es posible producir inmunoglobulinas, albúmina y factores de coagulación, que son insustituibles en el tratamiento de múltiples enfermedades graves. De esta manera, el plasma residual se transforma en un activo sanitario de alto valor, cuyo desperdicio implicaría no solo pérdida económica,

⁴ Kumar, A., & Sharma, S. (2023). *Plasma Products*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531504/>

sino también pérdida de oportunidades terapéuticas para pacientes que dependen de estos productos.

El aprovechamiento del plasma residual también requiere procesos industriales estandarizados y controlados que garanticen la seguridad, pureza y eficacia de los hemoderivados obtenidos. Esto implica almacenamiento a bajas temperaturas, técnicas de fraccionamiento precisas y rigurosos controles microbiológicos. La correcta gestión del plasma residual permite, además, generar un suministro estable de hemoderivados para el sistema de salud, reduciendo vulnerabilidades frente a la importación de estos productos, que suelen ser costosos y estratégicamente sensibles.

El Plasma industrializado es el cuarto estado de la materia (gas ionizado) utilizado en procesos de fabricación para limpieza, activación, revestimiento y corte de materiales, operando mediante descargas eléctricas en vacío o presión atmosférica.⁵

Su importancia radica en las propiedades únicas del plasma, que permiten manipular materiales a nivel molecular sin necesidad de procesos químicos agresivos.

Para un mejor entendimiento se anexa la siguiente tabla para diferenciar los plasmas y hemoderivados:

⁵ Tantec. (s. f.). *Los fundamentos del tratamiento por plasma*. Recuperado el 20 de marzo de 2026, de <https://tantec.es/los-fundamentos-del-tratamiento-por-plasma/>

Característica	Plasma Residual (Recuperado)	Plasma Industrializado (Fraccionado)	Hemoderivados Específicos
Origen	Excedente de donaciones de sangre total en hospitales/bancos.	Grandes pools (mezclas) de miles de donantes.	Proteínas aisladas del plasma industrial.
Procesamiento	Centrifugación simple y congelación rápida.	Procesos fisicoquímicos complejos (Fraccionamiento de Cohn).	Purificación extrema, liofilización y nanofiltración.
Seguridad Viral	Depende del tamizaje individual del donante.	Muy Alta: Pasa por procesos de inactivación viral (solvente-detergente).	Máxima: Doble o triple seguridad contra patógenos.
Composición	Todas las proteínas plasmáticas (factores, albúmina,).	Proteínas purificadas según la necesidad (ej. Plasma SD).	Una sola proteína concentrada (ej. solo Factor VIII).
Uso Principal	Transfusión directa en emergencias o	Materia prima para la industria farmacéutica.	Tratamiento de enfermedades crónicas

	hemorragias masivas.		(Hemofilia, inmunodeficiencia)
Ejemplos	Plasma Fresco Congelado (PFC).	Plasma Octaplas, Albúmina al 20%.	Inmunoglobulinas, Complejo Protrombínico.

Ahora bien, el proceso industrial por el que se obtienen estos medicamentos a partir del plasma humano se denomina fraccionamiento y se desarrolla en cuatro etapas sucesivas e interdependientes, que conviene explicar con claridad:

Primera etapa. Consiste en la recolección y calificación del plasma, este se obtiene por dos vías:

La primera es la *plasmaféresis*: un procedimiento médico especializado en el que se extrae sangre del donante, se separa el plasma mediante centrifugación y se devuelven al donante los glóbulos rojos y las plaquetas, permitiéndole donar plasma con mayor frecuencia y en mayor volumen que en la donación de sangre total.

La segunda es la recuperación del plasma como subproducto de la separación de componentes sanguíneos en los bancos de sangre, cuando se separa la sangre total en glóbulos rojos, plaquetas y plasma, este último puede ser reservado para fraccionamiento si no se destina a uso transfusional directo. Independientemente de su origen, cada unidad de plasma debe someterse obligatoriamente a pruebas de seguridad virológica anticuerpos y

antígenos de VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis antes de ser aprobada para el procesamiento industrial. Las unidades que superan estas pruebas se almacenan en congelación a temperatura igual o menor a -20°C .

Segunda etapa. Las unidades de plasma calificadas se mezclan en depósitos de gran capacidad llamados *pools* que pueden contener de 5,000 a 15,000 litros de plasma de miles de donadores distintos. Esta mezcla amplia tiene una ventaja de seguridad: al reunir anticuerpos de miles de personas diferentes, el producto final tiene un perfil inmunológico mucho más rico. El pool es sometido al método de precipitación fraccionada por etanol en frío, desarrollado por Edwin J. Cohn de la Universidad de Harvard entre 1940 y 1943.

Tercera etapa. Es la purificación e inactivación viral en donde cada fracción obtenida es sometida a múltiples procesos para eliminar o inactivar cualquier agente patógeno que pudiera haber superado las pruebas de calificación del plasma. Estos procesos incluyen: el *tratamiento con solvente-detergente* (que destruye la envoltura lipídica de virus como VIH, hepatitis C y hepatitis B), el *tratamiento térmico* o pasteurización (que inactiva virus resistentes al calor), la *nanofiltración* (que retiene físicamente partículas virales mediante membranas de poro muy pequeño, incluyendo virus sin envoltura como parvovirus B19 y virus de la hepatitis A), y la *cromatografía de intercambio iónico* (que separa y purifica las proteínas según su carga eléctrica). La

combinación de varios de estos métodos en serie es lo que permite garantizar la seguridad virológica de los hemoderivados.⁶

Cuarta etapa. Finalmente, la proteína purificada e inactivada se formula a la concentración terapéutica establecida en las farmacopeas internacionales, se añaden excipientes estabilizadores y, en el caso de los factores de coagulación y la alfa-1 antitripsina, se somete a liofilización deshidratación por congelación para obtener un polvo estable que puede almacenarse a temperatura ambiente durante varios años. El producto terminado, ya sea en solución o en polvo liofilizado, se somete a un extenso panel de controles analíticos: determinación de potencia biológica, esterilidad, ausencia de pirógenos, pureza proteínica, osmolalidad, pH y ausencia de marcadores virales. Solo los lotes que superan todos estos controles son liberados para distribución y uso clínico.

En conclusión, la producción de hemoderivados es un proceso complejo y altamente controlado que asegura la seguridad y eficacia de estos medicamentos esenciales. Desde la recolección y calificación del plasma hasta la purificación, inactivación viral y formulación final, cada etapa sigue rigurosos estándares técnicos y analíticos. Esto garantiza que solo los productos seguros, puros y con la potencia terapéutica adecuada lleguen a los pacientes, destacando la importancia de políticas de salud que protejan la disponibilidad y calidad de estos recursos críticos.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. (2024). Suministro de sangre para transfusiones en los países de América Latina y el Caribe 2018-2020 (OPS/IMT/QR/23-0003). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60175>

La Asamblea Mundial de la Salud (WHA, por sus siglas en inglés) es el órgano de decisión de más alto nivel de la Organización Mundial de la Salud, compuesto por los representantes de los 194 Estados miembros. Sus resoluciones son el instrumento formal mediante el cual la comunidad internacional acuerda políticas, estrategias y compromisos en materia de salud pública global. Aunque no tienen carácter vinculante en términos estrictos de derecho internacional, representan compromisos políticos de los Estados y orientan la legislación y las políticas públicas nacionales. México es Estado miembro de la OMS desde su fundación y ha votado afirmativamente ambas resoluciones.

Por ende, las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud en materia de productos sanguíneos son importantes y establecen lo siguiente:

1. **Resolución WHA28.72 (1975 / 28.ª Asamblea Mundial de la Salud⁷)**. Esta resolución, adoptada hace cincuenta años, insta a los Estados miembros a desarrollar servicios nacionales de sangre basados en la donación voluntaria y no remunerada. Establece por primera vez el principio de que la sangre humana y sus componentes incluido el plasma son recursos estratégicos de salud pública que los países deben gestionar de manera soberana, reduciendo su dependencia de fuentes comerciales internacionales. Esta resolución sentó la base política internacional de la autosuficiencia en productos sanguíneos.

⁷ Health Product Policy and Standards (HPS). (1975, 28 mayo). *Utilization and supply of human blood and blood products (WHA28.72)*. https://www.who.int/publications/i/item/utilization-and-supply-of-human-blood-and-blood-products-%28wha28.72%29?utm_source

2. **Resolución WHA63.12 (2010 — 63.ª Asamblea Mundial de la Salud⁸)**. Esta resolución, titulada 'Disponibilidad, inocuidad y calidad de los productos sanguíneos', actualiza y refuerza el mandato de 1975 con un enfoque específico en los hemoderivados. Reconoce expresamente que en muchos países, especialmente de ingresos bajos y medianos, los hemoderivados siguen siendo inaccesibles o insuficientes debido a la dependencia de importaciones. Insta a los Estados a: establecer políticas nacionales para el fraccionamiento del plasma, promover la cooperación entre países para acceder a capacidades de fraccionamiento, fortalecer los sistemas de hemovigilancia y garantizar que los productos sanguíneos cumplan con los estándares de calidad de la OMS. México, al haber votado afirmativamente esta resolución, adquirió el compromiso político de avanzar hacia la autosuficiencia en hemoderivados.⁹

En derecho comparado, los modelos internacionales de aprovechamiento de plasma establecen que los marcos normativos internacionales revelan un amplio consenso sobre la viabilidad y pertinencia de los esquemas que la presente reforma propone habilitar en México:

1. **Brasil. Ley Federal 10.972/2004, Modelo Hemobrás¹⁰**. La Ley 10.972 de 2004 creó la Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

⁸ Secretaría de Salud. (2012). NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. DOF, 26 de octubre de 2012.

¹⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General número 14 (E/C.12/2000/4). Naciones Unidas.
<https://www.refworld.org/es/policy/interpretation/cescr/2000/en/15994>

(Hemobrás), empresa pública vinculada al Ministerio de Salud.¹¹ Opera mediante contratos de toll processing con el laboratorio francés LFB, que fracciona el plasma brasileño y devuelve los hemoderivados al sistema público a precio de costo.¹² Su planta propia en Goiânia proyecta autosuficiencia plena para 2030.

2. **Unión Europea. Directiva 2002/98/CE.** Establece las normas de calidad y seguridad para la extracción, verificación, tratamiento y distribución de sangre y componentes sanguíneos, incluyendo el plasma destinado a fraccionamiento.¹³ Reconoce expresamente que el principio de no remuneración aplica al acto de donación, no al procesamiento industrial posterior. Alemania destina el 60% de su plasma público al fraccionamiento, generando 400 millones de euros anuales en ahorro frente al costo de importación equivalente.

3. **Estados Unidos. 21 CFR 600-680, FDA.** Sistema regulatorio que convirtió a EUA en el principal productor mundial de plasma y hemoderivados, con exportaciones superiores a los 25,000 millones de dólares anuales.¹⁴

¹¹ Seraphin, M. N., et al. (2021). Supply and demand of plasma proteins: US perspectives. *Transfusion*, 61(S1), S2-S7. <https://doi.org/10.1111/trf.16394>

¹² Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guidance on increasing supplies of plasma-derived medicinal products in low- and middle-income countries* (ISBN: 9789240021815). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240021815>

¹³ Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2019). Tesis jurisprudencial 1a./J. 8/2019. *Semanario Judicial de la Federación*.

¹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General número 14 (E/C.12/2000/4). Naciones Unidas. <https://www.refworld.org/es/policy/interpretation/cescr/2000/en/15994>

4. **Argentina. Ley Nacional de Sangre 22.990.** Habilita el fraccionamiento bajo acuerdos de colaboración con laboratorios nacionales e internacionales, con auditoría pública sobre los contratos. El Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba produce albumina humana a partir del plasma de la red pública provincial.¹⁵

Tabla comparativa de modelos internacionales:

País	Marco Legal	Modelo Institucional	Mecanismo Principal	Autosuficiencia
Brasil	Ley 10.972/2004	Hemobrás (empresa pública)	Toll processing + planta propia	Alta — en consolidación
Alemania	Arzneimittelgesetz	Contratos con industria privada	60% plasma público al fraccionamiento	Alta — autoabastecida
EUA	21 CFR 600-680 (FDA)	Industria privada regulada	Plasmaféresis compensada + donación	Líder mundial exportador
Argentina	Ley 22.990	Lab. Hemoderivados UNC	Fraccionamiento universitario	Media — en desarrollo

¹⁵ Honorable Congreso de la Nación Argentina. (1983). Ley 22.990 — Ley de Sangre: Establécese un régimen normativo con alcance general para todo el territorio de la República, tendiente a regular las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes, derivados y subproductos. Por artículo 18 se crea el Sistema Nacional de Sangre. (WHO) Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22990-49103/texto>

País	Marco Legal	Modelo Institucional	Mecanismo Principal	Autosuficiencia
México	LGS (reforma propuesta)	Marco en construcción	Convenios públicos para habilitar	Muy baja — 90%+ importación

Mientras que, en el marco regulatorio nacional se encuentra establecido en la Ley General de Salud. En el ámbito de la ley, el Capítulo IV del Título Decimocuarto que comprenden los artículos artículos 314 al 342 los cuales constituyen el núcleo normativo primario en la materia.¹⁶

Indicando lo siguiente:

Artículo 314, fracción I. Establece que, para efectos de la ley, se entiende por "sangre: el tejido hemático con todos sus elementos". Esta definición es la base a partir de la cual se construye toda la regulación del plasma y sus componentes. El plasma es la parte líquida de la sangre sin células y por tanto queda comprendido en este ordenamiento.

Artículo 316. Dispone en su parte medular: "Los bancos de sangre y los servicios de transfusión sanguínea deberán contar con el personal, instalaciones y equipo necesarios para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y las que de ella se deriven.

¹⁶ Ley General de Salud. Capítulo IV del Título Decimocuarto, artículos 314-342. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Artículo 316 Bis 1. Establece que "los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea deberán tener convenio con bancos de sangre o centros de procesamiento para el resguardo, preservación, distribución y utilización de sus existencias de sangre y sus componentes".

Artículo 327. En su texto actual, dispone: "Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células. La donación de éstos se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito. No se consideran actos de comercio la recuperación de los costos derivados de la obtención o extracción, análisis, conservación, preparación, distribución, transportación y suministro de órganos, tejidos y células, incluyendo la sangre y sus componentes". Este artículo protege el principio de altruismo en la donación lo que la iniciativa respeta íntegramente pero no menciona el fraccionamiento industrial del plasma como actividad lícita, generando la laguna jurídica que la reforma busca colmar.

El marco de calidad en materia de sangre y hemoderivados en México se articula en dos niveles complementarios que conviene distinguir:

1. **La COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios)** es la autoridad regulatoria sanitaria federal responsable de autorizar, supervisar y verificar todos los establecimientos y productos vinculados a la salud en México. En materia de hemoderivados, la COFEPRIS: emite las autorizaciones sanitarias de

los bancos de sangre y centros de procesamiento; otorga los registros sanitarios de los medicamentos hemoderivados importados o producidos en México; realiza visitas de verificación a establecimientos y laboratorios; y puede ordenar el retiro del mercado de lotes que no cumplan las especificaciones de calidad o seguridad. Todo medicamento hemoderivado que se comercialice en México ya sea producido en el país o importado debe contar con un registro sanitario vigente emitido por la COFEPRIS, lo que implica la presentación de un expediente técnico que demuestre su calidad, seguridad y eficacia conforme a los estándares de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM).

2. **La NOM-253-SSA1-2012** (Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos) establece los requisitos técnicos y de calidad específicos aplicables a todos los eslabones de la cadena de la sangre en México.¹⁷ Sus principales estándares incluyen: la calificación obligatoria de cada unidad de sangre y plasma mediante pruebas de VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis y, en casos específicos, enfermedad de Chagas; los criterios de selección y diferimiento de donadores; los requisitos de infraestructura, equipamiento y temperatura de almacenamiento; los controles de calidad que deben aplicarse a cada componente antes de su liberación; los registros y la trazabilidad que debe mantenerse

desde la donación hasta la transfusión; y los requisitos de hemovigilancia y reporte de reacciones adversas.

Así mismo en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos es el instrumento normativo mediante el cual el Consejo de Salubridad General determina qué medicamentos deben estar disponibles de manera obligatoria en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Su inclusión en el Cuadro Básico implica que el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Salud y el resto de las instituciones públicas tienen la obligación de adquirir y disponer de estos medicamentos para la atención de los pacientes que los requieran. Los principales hemoderivados incluidos en el Cuadro Básico son los siguientes:¹⁸

Medicamento	Clave CSG	Presentación	Nivel de Atención
Albumina Humana 20%	010.000.1551.00	Frasco 50 g/250 mL	2.º y 3.º nivel
Albumina Humana 5%	010.000.1552.00	Frasco 12.5 g/250 mL	2.º y 3.º nivel
Inmunoglobulina Intravenosa	010.000.3227.00	Frasco 5 g / 6 g	2.º y 3.º nivel
Factor VIII de Coagulación	010.000.1547.00	Frasco 250 UI, 500 UI, 1000 UI	2.º y 3.º nivel

¹⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). Diagnóstico de abasto y gasto en medicamentos hemoderivados 2023 [Informe interno]. IMSS.

Medicamento	Clave CSG	Presentación	Nivel de Atención
Factor IX de Coagulación	010.000.1548.00	Frasco 500 UI, 1000 UI	2.º y 3.º nivel
Alfa-1 Antitripsina	010.000.5682.00	Frasco 500 mg polvo	3.º nivel
Fibrinógeno (Concentrado)	010.000.3551.00	Frasco 1 g	3.º nivel

La inclusión de estos medicamentos en el Cuadro Básico significa que su adquisición es una obligación jurídica de las instituciones públicas de salud, no una decisión discrecional.

Por ello la importancia de legislar en la materia resulta importante para la finalidad de obtener mejores beneficios para las enfermedades.

La inclusión de la definición de 'plasma para industrialización' no crea una categoría nueva de recurso biológico ni modifica el régimen jurídico de la donación: opera en el nivel puramente definitorio, dotando al sistema normativo del concepto técnico preciso que permite distinguir la finalidad del plasma desde el momento de su recolección. Sin esta definición, cualquier convenio de fraccionamiento enfrenta el riesgo de ser cuestionado por la autoridad regulatoria o los órganos de control interno, pues la ley no reconoce expresamente la existencia del plasma destinado a un uso distinto de la transfusión directa. La Guía de Buenas Prácticas de Manufactura de la OMS para establecimientos de sangre establece que las definiciones

normativas claras sobre el tipo de uso del plasma son condición necesaria para la integridad del sistema de hemovigilancia¹⁹. Por ello la reforma al artículo 314 fracción XXXII. El beneficio directo nos da la certeza jurídica para las instituciones públicas de salud, los laboratorios farmacéuticos y los órganos de control que supervisan estos convenios; reducción del riesgo de responsabilidad administrativa derivada de la ambigüedad normativa actual.

Sobre el artículo 316 Bis 1, la cadena logística del fraccionamiento industrial del plasma involucra, en el modelo internacional, al menos cuatro tipos de operadores: bancos de sangre (recolección), centros de procesamiento o fraccionamiento (transformación industrial), laboratorios farmacéuticos (formulación y control de calidad) y distribuidores especializados en hemoderivados (almacenamiento refrigerado y distribución a hospitales). El texto vigente del artículo 316 Bis 1 solo menciona bancos de sangre y centros de procesamiento, dejando fuera a los centros de distribución, lo que impide que las instituciones públicas celebren convenios con el eslabón final de la cadena. La reforma resuelve esta brecha sin ampliar la discrecionalidad institucional: todos los convenios siguen sometidos a la regulación de la Secretaría de Salud y a las normas oficiales mexicanas aplicables.

El beneficio directo es de la posibilidad de diseñar cadenas logísticas completas bajo un marco de convenios regulados, lo que es condición operativa indispensable para implementar cualquier modelo de fraccionamiento tipo toll processing.

¹⁹ Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2003). Directiva 2002/98/CE. DOUE, L 033, 30-40. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32002L0098>

Finalmente, sobre el artículo 327. La adición del tercer párrafo al artículo 327 tiene tres efectos jurídicos de importancia:

Primero: Declara expresamente la licitud del fraccionamiento industrial del plasma, eliminando la incertidumbre que ha impedido que las instituciones públicas celebren convenios de procesamiento: actualmente, cualquier servidor público que autorice un convenio de este tipo asume un riesgo personal de responsabilidad administrativa al no existir una habilitación legal expresa.

Segundo: Al calificar estas actividades como de 'interés público y sanitario', las dota de un fundamento constitucional que permite al Estado priorizarlas en las políticas de adquisición y abasto, acceder a financiamiento público específico y resistir impugnaciones basadas en el principio de no comercialización de la sangre.

Tercero: Al someterlas a la autorización, vigilancia y control de la Secretaría de Salud, garantiza que ningún esquema de fraccionamiento pueda operar sin supervisión pública, protegiendo la integridad del sistema de hemovigilancia y los intereses de los donantes y pacientes.

El beneficio directo es la habilitación jurídica completa para el diseño e implementación de programas nacionales de aprovechamiento del plasma residual, con plenas garantías de supervisión pública, transparencia y respeto al principio de altruismo en la donación.

Finalmente, la Reducción progresiva de episodios de desabasto de albumina, inmunoglobulinas y factores de coagulación, con beneficio directo para los más de 90,000 pacientes identificados que dependen de estos medicamentos.

Sirve para el Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud ante emergencias sanitarias que impliquen demanda crítica de hemoderivados.

Además de mejora en la continuidad terapéutica de pacientes oncológicos, con cirrosis hepática y con hemofilia, cuya sobrevivencia depende de la disponibilidad ininterrumpida de estos insumos.

La reducción de la vulnerabilidad estratégica derivada de la dependencia de importaciones de insumos irremplazables.

El cumplimiento efectivo de las resoluciones WHA28.72 y WHA63.12, compromisos políticos internacionales que México ha asumido ante la comunidad global.

Y también impulsar el desarrollo de capacidades nacionales en biotecnología farmacéutica, generación de empleo especializado y transferencia tecnológica internacional.

Para mayor claridad sobre el alcance preciso de cada modificación, se presenta el siguiente cuadro comparativo:

TEXTO VIGENTE	PROPUESTA
<p>Artículo 314.- Para efectos de este título se entiende por:</p> <p>I. a XXXI...</p> <p>XXXII. Plasma residual, a todo aquel que, basado en la evidencia científica y avances tecnológicos, carece de las características para ser empleado para uso clínico en transfusión por la red de sangre, el cual puede ser plasma fresco, congelado y plasma desprovisto de factores lábiles.</p>	<p>Artículo 314.- Para efectos de este título se entiende por:</p> <p>I. a XXXI...</p> <p>XXXII. Plasma para industrialización: plasma que no será utilizado en medicina transfusional y que se destinará a la producción de medicamentos hemoderivados.</p>

<p>Artículo 316 Bis 1.- Para garantizar la disponibilidad oportuna de sangre, productos sanguíneos y células troncales, los establecimientos a los que se refiere el artículo 315 de esta Ley que no cuenten con bancos de sangre, centros de procesamiento y banco de células troncales, deberán celebrar un convenio con algún establecimiento de banco de sangre, centro de procesamiento o un banco de células troncales respectivamente.</p>	<p>Artículo 316 Bis 1.- Para garantizar la disponibilidad oportuna de sangre, productos sanguíneos y células troncales, los establecimientos a los que se refiere el artículo 315 de esta Ley que no cuenten con bancos de sangre, centros de procesamiento y banco de células troncales, deberán tener un convenio con algún establecimiento de banco de sangre, centro de procesamiento, centros de distribución de sangre, banco de células troncales y de productos hemoderivados, según corresponda.</p>
--	--

<p>Artículo 327.- Está prohibido el comercio de órganos, tejidos, células troncales, sangre y productos sanguíneos, salvo las actividades a que se refiere el Capítulo III BIS del Título Décimo Cuarto de esta Ley. La donación de estos se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito.</p> <p>No se considerarán actos de comercio la recuperación de los costos derivados de la obtención o extracción, análisis, conservación, preparación, distribución, transportación y suministro de órganos, tejidos y células, incluyendo la sangre y sus componentes.</p> <p>Sin correlativo</p>	<p>Artículo 327.- ...</p> <p>...</p> <p>El procesamiento, fraccionamiento e</p>
---	---

	<p>industrialización del plasma humano destinado a la elaboración de medicamentos hemoderivados nacionales, así como su distribución y comercialización como medicamentos, se considerarán actividades lícitas de interés público y sanitario, sujetas a autorización, vigilancia y control de la Secretaría de Salud.</p>
--	--

Por lo anteriormente expuesto y fundado, quien suscribe la presente iniciativa, sometemos a consideración de esta Honorable Asamblea el siguiente Proyecto de:

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PLASMA RESIDUAL Y HEMODERIVADOS.

ÚNICO. Se **reforman** la fracción XXXII del artículo 314; el 316 Bis 1 y se **adiciona** un tercer párrafo al artículo 327, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

I. a XXXI...

XXXII. Plasma para industrialización: plasma que no será utilizado en medicina transfusional y que se destinará a la producción de medicamentos hemoderivados. Se puede captar plasma por plasmaféresis para uso de plasma en fraccionamiento.

Artículo 316 Bis 1.- Para garantizar la disponibilidad oportuna de sangre, productos sanguíneos y células troncales, los establecimientos a los que se refiere el artículo 315 de esta Ley que no cuenten con bancos de sangre, centros de procesamiento y banco de células troncales, deberán **tener** un convenio con algún establecimiento de banco de sangre, centro de procesamiento, **centros de distribución de sangre**, banco de células troncales **y de productos hemoderivados, según corresponda.**

Artículo 327.- ...

...

El procesamiento, fraccionamiento e industrialización del plasma humano destinado a la elaboración de medicamentos hemoderivados nacionales, así como su distribución y comercialización como medicamentos, se considerarán actividades lícitas de interés público y sanitario, sujetas a autorización, vigilancia y control de la Secretaría de Salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. La Secretaría de Salud expedirá las disposiciones reglamentarias, normas oficiales mexicanas y lineamientos para la celebración de convenios de fraccionamiento de plasma en un plazo no mayor a 180 días naturales.

ATENTAMENTE



Palacio Legislativo de San Lázaro, a los 08 del mes de abril de 2026.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR; LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO; LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS; LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS; LA LEY GENERAL DE SALUD; LA LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, Y LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, EN MATERIA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, TRANSPARENCIA, PORTABILIDAD, PROTECCIÓN A ADULTOS MAYORES Y REGULACIÓN HOSPITALARIA.

Los que suscriben, Diputada Federal Marybel Villegas Canché, Diputado Federal Castillo López Eduardo y Diputado Federal Palacios Rodríguez Carlos Ventura integrantes del Grupo Parlamentario de MORENA, de la Sexagésima Sexta Legislatura del Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta Soberanía la presente Iniciativa con Proyecto de Decreto, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente iniciativa tiene por objeto fortalecer el marco jurídico aplicable a los seguros de gastos médicos mayores, a la comercialización de dichos productos, a la relación entre aseguradoras, agentes, hospitales, médicos y pacientes, así como crear incentivos fiscales orientados a la permanencia y expansión del aseguramiento, en especial para personas adultas mayores.

El documento recopila, cuatro bloques de mejora regulatoria: a) prevención de abusos de las aseguradoras; b) prevención de abusos de los agentes de seguros; c) prevención de abusos de hospitales y médicos, y d) protección de personas adultas mayores e incentivos fiscales para ampliar la base de personas aseguradas.

En la práctica, uno de los principales problemas del mercado de gastos médicos mayores es la asimetría de información. Las personas aseguradas enfrentan dificultades para comparar productos, conocer con precisión las reglas de ajuste de primas, identificar el alcance real de sus coberturas, entender el costo de la intermediación y, en muchos casos, conservar su antigüedad o los beneficios acumulados cuando desean cambiar de institución aseguradora.

A ello se suma la opacidad en ciertos procesos hospitalarios y de facturación. La ausencia de cortes diarios desglosados, la falta de catálogos públicos de servicios con precios vigentes y la utilización o cobro de insumos cuya trazabilidad regulatoria no siempre es verificable, generan incertidumbre para pacientes, aseguradoras y prestadores de

servicios de salud, además de abrir espacios para cobros indebidos, controversias y riesgos sanitarios.

Los seguros de gastos médicos mayores constituyen un instrumento clave para el acceso a servicios de salud privados. No obstante, el diseño actual de muchos productos limita de manera significativa la capacidad del asegurado para utilizar eficientemente la cobertura que tiene contratada.

Asimismo, las personas adultas mayores suelen enfrentar incrementos más severos en el costo de sus pólizas y, en ocasiones, restricciones prácticas para modificar condiciones de su seguro sin perder derechos adquiridos. Ello produce expulsión del mercado precisamente en la etapa de la vida en que la cobertura resulta más necesaria.

Por otra parte, si el objetivo público es ampliar el aseguramiento y fomentar la prevención, el diseño normativo debe acompañarse de incentivos fiscales claros: una tasa preferente para ciertos contratos de gastos médicos mayores, una deducibilidad más robusta de las primas y un tratamiento favorable a programas voluntarios de prevención, chequeos y evaluación de salud incorporados a las pólizas.

En ese sentido, la presente iniciativa propone:

- a) Reconocer la portabilidad de pólizas entre aseguradoras con continuidad de beneficios;
- b) Exigir la revelación clara del monto y porcentaje de comisión del agente en la emisión y renovación de pólizas;
- c) Obligar a hospitales privados a transparentar diariamente el estado de cuenta y a publicar catálogos de prestaciones y precios;
- d) Reforzar la trazabilidad sanitaria de insumos y dispositivos médicos;
- e) Permitir que las personas mayores de sesenta años puedan modificar deducibles, coaseguros u otras condiciones sin perder su derecho de renovación;
- f) Aplicar una tasa del cero por ciento del impuesto al valor agregado a la parte de la prima de gastos médicos mayores correspondiente a personas aseguradas de sesenta años o más;
- g) Ampliar la deducibilidad en el impuesto sobre la renta de las primas de gastos médicos,
- h) Garantizar el derecho del paciente a elegir libremente tanto al médico como el hospital que considere para su tratamiento.

i) Crear incentivos adicionales a programas preventivos.

Se trata, por tanto, de una reforma integral cuyo eje rector es la transparencia, comparabilidad y tutela del usuario, pero incorpora de manera expresa la regulación de la portabilidad, la intermediación, la facturación hospitalaria y los estímulos fiscales. Con ello se busca reducir litigiosidad, fortalecer la competencia por calidad y servicio, proteger la continuidad terapéutica y generar un marco más claro y equitativo para todas las partes involucradas. Asimismo, cuida no incurrir en controles de precio que dañen el mercado y mantener un marco regulatorio que fomente la libre competencia de todos los agentes económicos que concurren en el sector.

La propuesta se estructura en los siguientes ejes:

1. Portabilidad de pólizas, continuidad de beneficios, derechos del paciente y protección reforzada a personas adultas mayores.
2. Transparencia en la intermediación y revelación obligatoria de comisiones de agentes.
3. Transparencia hospitalaria, trazabilidad de insumos y fortalecimiento de derechos informativos del paciente.
4. Incentivos fiscales para ampliar el acceso a seguros de gastos médicos mayores y promover la prevención.

Para mayor claridad de las reformas que se someten a consideración de esta Soberanía, se presentan los siguientes cuadros comparativos:

LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
ARTÍCULO 5.- Quedan exceptuadas de las disposiciones de esta ley, los servicios que se presten en virtud de una relación o contrato de trabajo, los servicios profesionales que no sean de carácter mercantil y los servicios que presten las sociedades de información crediticia.	...
Asimismo, quedan excluidos los servicios regulados por las leyes financieras que presten las Instituciones y Organizaciones cuya supervisión o vigilancia esté a cargo	Asimismo, quedan excluidos los servicios regulados por las leyes financieras que presten las instituciones y organizaciones cuya supervisión esté a cargo de las



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
de las comisiones nacionales Bancaria y de Valores; de Seguros y Fianzas; del Sistema de Ahorro para el Retiro o de cualquier órgano de regulación, de supervisión o de protección y defensa dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	autoridades financieras competentes, salvo en lo relativo a información, publicidad comercial y prácticas de comercialización frente al consumidor en contratos de adhesión de seguros, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades financieras correspondientes.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 34 Bis. La información o publicidad de servicios prestados por instituciones de seguros deberá incluir, de manera clara y visible, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, deducibles, coaseguros, periodos de espera, supuestos de renovación y metodología general de ajuste de primas.
ARTÍCULO 85.- Para los efectos de esta ley, se entiende por contrato de adhesión el documento elaborado unilateralmente por el proveedor, para establecer en formatos uniformes los términos y condiciones aplicables a la adquisición de un producto o la prestación de un servicio, aun cuando dicho documento no contenga todas las cláusulas ordinarias de un contrato. Todo contrato de adhesión celebrado en territorio nacional, para su validez, deberá estar escrito en idioma español y sus caracteres tendrán que ser legibles a simple vista y en un tamaño y tipo de letra uniforme. Además, no podrá implicar prestaciones desproporcionadas a cargo de los consumidores, obligaciones inequitativas o abusivas, o cualquier otra cláusula o texto que viole las disposiciones de esta ley.	...
<i>Sin correlativo</i>	Tratándose de servicios prestados por Instituciones de Seguros, se deberán incluirse expresamente el alcance,

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias, deducibles, coaseguros, periodos de espera, metodología de ajuste de primas y reglas de renovación, así como cualquier otra modalidad prevista en las coberturas o planes ofrecidos, además de los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios.
ARTÍCULO 90.- No serán válidas y se tendrán por no puestas las siguientes cláusulas de los contratos de adhesión ni se inscribirán en el registro cuando:	ARTÍCULO 90.- ...
I. Permitan al proveedor modificar unilateralmente el contenido del contrato, o sustraerse unilateralmente de sus obligaciones;	...
II. Liberen al proveedor de su responsabilidad civil, excepto cuando el consumidor incumpla el contrato;	...
III. Trasladen al consumidor o a un tercero que no sea parte del contrato la responsabilidad civil del proveedor;	...
IV. Prevengan términos de prescripción inferiores a los legales;	...
V. Prescriban el cumplimiento de ciertas formalidades para la procedencia de las acciones que se promuevan contra el proveedor; y	V. Prescriban el cumplimiento de ciertas formalidades para la procedencia de las acciones que se promuevan contra el proveedor;
VI. Obliguen al consumidor a renunciar a la protección de esta ley o lo sometan a la competencia de tribunales extranjeros-	VI. Obliguen al consumidor a renunciar a la protección de esta ley o lo sometan a la competencia de tribunales extranjeros, y
Sin correlativo	VII. No sean legibles a simple vista o no permitan identificar con claridad exclusiones, periodos de espera, deducibles, coaseguros, reglas de renovación o causas de terminación.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
TITULO III Disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas	TITULO III Del contrato de seguro sobre las personas
<i>Sin correlativo</i>	Capítulo I Disposiciones especiales
Artículos 162 a 203. ...	Artículos 162 a 203. ...
<i>Sin correlativo</i>	Capítulo II Del seguro de Gastos Médicos Mayores
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 203 Bis. Por el contrato de seguro de gastos médicos mayores la empresa de seguros se obliga, a cambio del pago de una prima, a cubrir los costos de hospitalización, cirugías, honorarios médicos y medicamentos derivados de accidentes o enfermedades.
	El contrato de seguro de gastos médicos mayores se rige por las disposiciones de la presente Ley, en lo que no se opongan a lo previsto en este Capítulo.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 203 Ter. La póliza del seguro de gastos médicos mayores, además de los requisitos previstos en los artículos 20 y 164 de la presente ley, deberá contener:



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	<p>I. El derecho del contratante de elegir libremente al médico tratante y a la institución hospitalaria, así como la posibilidad de ejercitar este derecho dentro o fuera de las redes médicas establecidas, conforme a las condiciones previstas en la póliza;</p>
	<p>II. La obligación de la empresa aseguradora de abstenerse de ejercer cualquier tipo de coacción, presión o inducción indebida sobre el asegurado para influir en la elección del médico tratante o del hospital;</p>
	<p>III. La obligación que tienen las Instituciones de Seguros de cubrir los gastos conforme a los tabuladores previamente registrados en caso de que el asegurado decida atenderse fuera de la red médica.</p> <p>Las diferencias de costo deberán ser razonables, proporcionales, transparentes y en ningún caso podrán establecerse penalizaciones que hagan nugatorio el derecho de elección;</p>
	<p>IV. El derecho del asegurado de acudir a cualquier hospital o médico en casos de urgencia médica o riesgo a la vida y la obligación de la empresa aseguradora de cubrir los gastos sin restricciones de red, conforme a la cobertura contratada.</p>

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 203 Quater. La empresa aseguradora deberá expedir, a solicitud del contratante o asegurado, una constancia de portabilidad dentro de los diez días hábiles siguientes. Dicha constancia contendrá, al menos, la antigüedad de la póliza, periodos de espera cumplidos, coberturas vigentes, exclusiones aplicables, suma asegurada, deducible, coaseguro y demás elementos que determine la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
	La contratación de una póliza equivalente o análoga con otra institución no implicará, por sí misma, la pérdida de antigüedad, del derecho a renovación ni el reinicio de los periodos de espera cumplidos, en los términos de las disposiciones de carácter general que emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 203 Quinquies. Las personas aseguradas de sesenta años o más podrán solicitar, antes de la renovación, modificaciones a deducibles, coaseguros, suma asegurada, red hospitalaria u otras condiciones del mismo producto o de otro equivalente de la misma institución, sin perder el derecho a renovación, la antigüedad ni los beneficios adquiridos, siempre que no exista interrupción en la cobertura.
	La empresa aseguradora deberá informar por escrito las opciones de modificación disponibles y sus efectos económicos y contractuales.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
<p>Artículo 96. Los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán proporcionar a quien pretenda contratar un seguro o una fianza la información que establezca el reglamento respectivo, considerando lo siguiente:</p>	<p>Artículo 96. ...</p>
<p>I. Los agentes de seguros deberán informar, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada.</p>	<p>I. Los agentes de seguros deberán informar, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada, así como el monto y porcentaje de la comisión o compensación que percibirán por la emisión y, en su caso, renovación de la póliza; dicha información deberá constar por escrito o en medio electrónico verificable.</p>
<p>...</p>	<p>...</p>
<p>...</p>	<p>...</p>
<p>II. ...</p>	<p>II. ...</p>
<p>III. ...</p>	<p>III. ...</p>
<p>ARTÍCULO 99.- Los agentes de seguros y los agentes de fianzas sólo podrán cobrar primas contra el recibo expedido por las Instituciones, por lo que les está prohibido recibir anticipos o pagos de primas con recibos distintos. Las primas así cobradas se entenderán recibidas directamente por las Instituciones.</p>	<p>...</p>
<p>Los agentes de seguros y los agentes de fianzas están obligados a ingresar a las Instituciones, en un plazo que no podrá exceder de diez días hábiles contado a partir del día siguiente al de su recepción, los cheques y el numerario que hayan recibido por cualquier concepto</p>	<p>...</p>

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
correspondiente a las pólizas contratadas con su intermediación, así como cualquier documento, pago o cantidad de dinero que les hubieren entregado con relación a dichas pólizas.	
	Los recibos, estados de cuenta, comprobantes fiscales digitales o cualquier documento mediante el cual se cobre o documente el pago de primas deberán expresar, de manera clara y visible, el monto y porcentaje de la comisión del agente o intermediario por emisión y renovación, así como la identidad de éste, cuando exista intermediación.
ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:	...
I. a V.
VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:	VI. Las Instituciones de Seguros que presten el ramo de salud, podrán operar redes médicas con el fin de controlar costos, garantizar calidad del servicio y facilitar la atención directa, pero en ningún caso podrán constituir una limitación al derecho de elección del asegurado; y deberán:
a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince diez 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	a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los diez días naturales 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	b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
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.	de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial pactada.
	c) Informar de manera clara y previa las diferencias entre la atención dentro y fuera de red, los tabuladores aplicables, así como los posibles costos a cargo del asegurado;
<i>Sin correlativo</i>	d) Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual el derecho del contratante de elegir libremente el médico tratante y el hospital, la metodología para el ajuste de primas y coberturas, su renovación, cancelación, los tiempos máximos de autorización y pago de las indemnizaciones, así como el monto y porcentaje de comisión aplicable cuando exista intermediación;
	e) Garantizar mecanismos de portabilidad entre instituciones con reconocimiento de antigüedad, periodos de espera cumplidos y continuidad de beneficios en productos equivalentes o análogos;
	f) Permitir a las personas aseguradas de sesenta años o más modificar deducibles, coaseguros u otras condiciones sin perder el derecho a renovación ni la antigüedad, y
	g) Establecer programas voluntarios de prevención, chequeos y evaluación de salud, sin que la no participación pueda generar incrementos de prima, restricciones de cobertura o afectaciones a la renovación.



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
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:	...
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:	
a) La descripción de la cobertura y de cada uno de los riesgos asegurados;	a) La descripción de la cobertura y de cada uno de los riesgos asegurados, así como las exclusiones;
b) a h)
i) Los recargos por costos de adquisición, administración y utilidad que se pretendan cobrar, y	i) Los recargos por costos de adquisición, administración y utilidad que se pretendan cobrar;
j) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate	j) Los métodos empleados para el ajuste, renovación y cancelación de las primas, detallando variables, rangos de edad, montos máximos y demás elementos que garanticen continuidad y no discriminación.
<i>Sin correlativo</i>	k) Las reglas de portabilidad, reconocimiento de antigüedad, periodos de espera cumplidos y continuidad de beneficios entre productos equivalentes o análogos, así como las opciones de



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	modificación para personas aseguradas de sesenta años o más; y
Sin correlativo	I) En su caso, los componentes asociados a programas voluntarios de prevención, chequeos y evaluación de salud.
...	...
II.
III.
ARTÍCULO 208.- Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las Instituciones de Seguros, atendiendo a las operaciones y ramos que tengan autorizados, así como a los seguros y coberturas que comercializan, deberán ofrecer un producto básico estandarizado para cada una de las siguientes coberturas:	...
I. Fallecimiento, en la operación de vida;	...
II. Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades;	...
III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades;	...
Sin correlativo	IV. Gastos Médicos Mayores;
IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades;	V. ...
V. Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles.	VI. ...
...	...
A fin de garantizar que los referidos productos básicos estandarizados sean comparables entre todas las Instituciones de Seguros del sector, la Comisión, oyendo la opinión de la Comisión Nacional	A fin de garantizar que los referidos productos básicos estandarizados sean comparables entre todas las Instituciones de Seguros del sector, la Comisión, oyendo la opinión de la Comisión Nacional



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
<p>para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y considerando la opinión que le presenten las Instituciones de Seguros, mediante disposiciones de carácter general dará a conocer el modelo de contrato de adhesión que las instituciones deberán utilizar para cada una de las coberturas referidas en este artículo. Dichos modelos deberán considerar cláusulas contractuales de fácil comprensión que uniformen: riesgos cubiertos, exclusiones, suma asegurada, deducibles, duración del contrato, periodicidad del pago de la prima, procedimiento para el cobro de la indemnización y demás elementos que los integren.</p>	<p>para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y considerando la opinión que le presenten las Instituciones de Seguros, mediante disposiciones de carácter general dará a conocer el modelo de contrato de adhesión que las instituciones deberán utilizar para cada una de las coberturas referidas en este artículo. Dichos modelos deberán considerar cláusulas contractuales de fácil comprensión que uniformen: riesgos cubiertos; exclusiones; suma asegurada; deducibles; duración del contrato; periodicidad del pago de la prima; procedimientos y plazos máximos para el cobro de la indemnización, autorizaciones en casos urgentes, respuesta a reclamaciones, y demás elementos que los integren.</p>
...	...
...	...
<i>Sin correlativo</i>	Para el caso de las coberturas previstas en las fracciones III y IV del presente artículo, la Comisión, oyendo la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, emitirá y difundirá indicadores comparables sobre el desempeño de las Instituciones de Seguros que deberán contener, al menos, información relacionada con reclamaciones, negativas, tiempos de respuesta, cláusulas suprimidas y porcentajes de gastos no cubiertos.
<i>Sin correlativo</i>	ARTÍCULO 208 BIS. La Comisión, considerando la opinión que le presenten las Instituciones de Seguros, emitirá disposiciones de carácter general que establezcan definiciones homogéneas aplicables a



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	los productos de gastos médicos mayores, así como causales estandarizadas de rechazo de gastos médicos, modificación de cobertura y cancelación.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 208 Ter. La Comisión emitirá disposiciones de carácter general para regular la portabilidad de pólizas de gastos médicos mayores y de salud, incluyendo el contenido mínimo de la constancia de portabilidad, los plazos de emisión, los criterios de homologación entre productos y las reglas de continuidad de beneficios, antigüedad y periodos de espera cumplidos.
ARTÍCULO 294.- A las Instituciones de Seguros les estará prohibido:	ARTÍCULO 294. ...
I. a XXI. ...	I. a XXI. ...
	XXII. En las operaciones a que se refiere la fracción II del artículo 25 y la fracción VII del artículo 200 de esta Ley, ejercer cualquier tipo de coacción, presión o inducción indebida sobre el asegurado para influir en la elección del médico tratante o del hospital.
	Se considera coacción:
	a) Sugerir de manera reiterada o condicionada el cambio de hospital o médico cuando el elegido por el asegurado sea viable conforme a la cobertura contratada;
	b) Retrasar autorizaciones con el fin de inducir al asegurado a modificar su elección;



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	c) Proporcionar información incompleta, sesgada o engañosa para desincentivar la atención en el prestador elegido, o
	d) Condicionar la cobertura o el nivel de pago con el propósito de influir en la decisión del asegurado, fuera de los términos previamente establecidos en la póliza.
ARTÍCULO 485.- Las infracciones a esta Ley, a las disposiciones de carácter general que de ella emanen, así como a los reglamentos respectivos, serán sancionadas con multa administrativa que impondrá la Comisión, conforme a lo siguiente:	...
I.
II.
III. Multa de 3,000 a 15,000 Días de Salario:	...
a) a e)	...
f) A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con documentación contractual o nota técnica distintas a las presentadas con sus productos de seguros registrados ante la Comisión, en los términos de los artículos 202 y 203, o 347 de esta Ley;	Se deroga
g) A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con productos de seguros sin registro ante la Comisión, en los términos de los artículos 202 y 203, o 347 de la presente Ley;	Se deroga
h) A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con productos de seguros que no se	Se deroga



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
apeguen a lo señalado en los artículos 201 o 347 de la presente Ley;	
i) A las Instituciones que operen con documentación contractual o nota técnica distintas a las registradas ante la Comisión, en términos de los artículos 209 y 210 de esta Ley;	Se deroga
j) A las Instituciones que operen con notas técnicas o documentación contractual sin registro ante la Comisión, en términos de los artículos 209 y 210 de este ordenamiento;	Se deroga
k) A las Instituciones que operen con documentación contractual o nota técnica que no se apeguen a lo señalado en los artículos 209 y 210 de la presente Ley;	Se deroga
l) a p)	...
IV. Multa de 5,000 a 20,000 Días de Salario:	...
a) a l)	...
m) A las Instituciones que incumplan con las obligaciones establecidas en los artículos 307, segundo párrafo, y 308 de esta Ley, y	m) A las Instituciones que incumplan con las obligaciones establecidas en los artículos 307, segundo párrafo, y 308 de esta Ley;
Sin correlativo	n) A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con documentación contractual o nota técnica distintas a las presentadas con sus productos de seguros registrados ante la Comisión, en los términos de los artículos 202 y 203, o 347 de esta Ley;
Sin correlativo	o) A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	con productos de seguros sin registro ante la Comisión, en los términos de los artículos 202 y 203, o 347 de la presente Ley;
<i>Sin correlativo</i>	p) A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con productos de seguros que no se apeguen a lo señalado en los artículos 201 o 347 de la presente Ley;
<i>Sin correlativo</i>	q) A las Instituciones que operen con documentación contractual o nota técnica distintas a las registradas ante la Comisión, en términos de los artículos 209 y 210 de esta Ley;
<i>Sin correlativo</i>	r) A las Instituciones que operen con notas técnicas o documentación contractual sin registro ante la Comisión, en términos de los artículos 209 y 210 de este ordenamiento, y
<i>Sin correlativo</i>	s) A las Instituciones que operen con documentación contractual o nota técnica que no se apeguen a lo señalado en los artículos 209 y 210 de la presente Ley, y
<i>Sin correlativo</i>	t) A las instituciones que incumplan con las obligaciones previstas en los artículos 99, segundo párrafo; 200, fracción VI, incisos c), d), e) f), g), 208 Ter, y 294 fracción XII de esta Ley.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
Artículo 68 Bis.- Cuando las partes no se sometían al arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado,	...

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario, un acuerdo de trámite que contenga un dictamen.	
Cuando este dictamen consigne una obligación contractual incumplida, cierta, exigible y líquida, a juicio de la Comisión Nacional, se considerará título ejecutivo no negociable, en favor del Usuario.	...
Sin correlativo	En el caso de Instituciones de Seguros, también se considerará como título ejecutivo no negociable el daño cuantificable por demora consignado en el dictamen.
...	...
...	...
Artículo 68 Bis 1.	...
...	...
...	...
Sin correlativo	Tratándose de las operaciones y coberturas a que se refiere la fracción II del artículo 25 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el dictamen correspondiente deberá ser emitido en un término de quince días hábiles.
Artículo 94.- La Comisión Nacional estará facultada para imponer las siguientes sanciones:	...
I. a XV.	...
Sin correlativo	XV bis. Multa de 500 a 2000 días de salario, a la Institución Financiera que durante la vigencia del contrato y contraviniendo lo dispuesto en el inciso c) fracción VI del artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, realice cambios unilaterales de cobertura, ajustes de primas sin justificación técnica o cancelaciones

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	no previstas en la documentación contractual.
XVI. a XVII.	...
...	...
...	...
<i>Sin correlativo</i>	TÍTULO NOVENO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES CAPÍTULO ÚNICO DEL PROCEDIMIENTO SUMARIO POR RIESGO MÉDICO
<i>Sin correlativo</i>	
<i>Sin correlativo</i>	
<i>Sin correlativo</i>	
<i>Sin correlativo</i>	
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 109. En caso de controversias relacionadas con coberturas de Gastos Médicos Mayores donde esté en riesgo la vida de los usuarios, la Comisión Nacional iniciará de forma expedita un procedimiento sumario.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 110. La Comisión Nacional recibirá las reclamaciones por comparecencia del afectado, en forma escrita, telefónica, vía electrónica o por cualquier otro medio idóneo, cumpliendo los siguientes requisitos exclusivamente:
<i>Sin correlativo</i>	I. Nombre del reclamante o de la persona que promueve en su nombre y medio para localizarlo;
<i>Sin correlativo</i>	II. Descripción del servicio que se reclama;
<i>Sin correlativo</i>	III. Nombre de la Institución de Seguros contra la que se formula la reclamación, y
<i>Sin correlativo</i>	IV. Informe del médico tratante sobre la situación del usuario.
<i>Sin correlativo</i>	La Comisión Nacional estará facultada para suplir la deficiencia de las reclamaciones en beneficio del Usuario, así como requerir la información necesaria a la Institución de Seguros.

TEXTOS VIGENTES	INICIATIVA
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 111. La Comisión Nacional notificará la reclamación a la Institución de Seguros por vía electrónica u otro medio idóneo, dentro de las cuatro horas siguientes a su presentación; acompañando la información a que se refiere el artículo anterior.
<i>Sin correlativo</i>	En el mismo acto deberá señalar la hora para la celebración de la audiencia de conciliación que deberá verificarse dentro de las dieciséis horas siguientes a la notificación, privilegiando el uso de medios electrónicos para su verificación.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 112. En la audiencia respectiva participarán las partes, la Comisión Nacional y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
<i>Sin correlativo</i>	Se exhortará a las partes a llegar a un acuerdo; para tal efecto, la Comisión Nacional deberá formular propuestas de solución.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 113. De no alcanzar un acuerdo y en tanto se resuelve el fondo de la controversia, la Comisión Nacional podrá autorizar la atención urgente que requiera el usuario, previa opinión técnica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 114. La Comisión Nacional deberá resolver el procedimiento sumario dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la reclamación.
<i>Sin correlativo</i>	La Comisión Nacional podrá oficiosamente o a solicitud de alguna de las partes, ampliar este plazo hasta por veinticuatro horas más, cuando la naturaleza del asunto lo amerite.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 115. La Comisión Nacional, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	y las Instituciones de Seguros deberán habilitar los medios tecnológicos para garantizar que el procedimiento sumario se verifique en su totalidad dentro los plazos establecidos en el presente Capítulo, de conformidad con las disposiciones de carácter general que para tal efecto emita la Comisión Nacional.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 116. Concluido el procedimiento sumario sin que se haya alcanzado un acuerdo sobre el fondo, las partes se sujetarán a los procedimientos previstos en el Título Quinto de esta Ley.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 117. Las omisiones de las partes y las autoridades que participen en este procedimiento serán sancionables conforme a las disposiciones de esta Ley, en lo que resulten aplicables.

LEY GENERAL DE SALUD

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
Artículo 43. Los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Economía, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.	
<i>Sin correlativo</i>	Los hospitales, clínicas y demás establecimientos privados de atención médica deberán publicar, mantener actualizado y poner a disposición del público, en forma física y digital, un catálogo de prestaciones, insumos, paquetes y servicios con sus precios vigentes, bases de cálculo y cargos accesorios.



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 43 Bis. Los hospitales privados que presten servicios de internamiento, cirugía o atención hospitalaria continua deberán entregar diariamente al paciente, familiar responsable o representante legal, un corte desglosado del estado de cuenta del día, en formato físico o electrónico.
<i>Sin correlativo</i>	Cuando exista seguro, pago directo, convenio de atención o consentimiento expreso del paciente, el mismo corte deberá remitirse también a la aseguradora.
<i>Sin correlativo</i>	El corte diario deberá incluir, al menos, habitación, honorarios médicos, medicamentos, materiales de curación, dispositivos médicos, estudios, procedimientos y cualquier cargo adicional.
<i>Sin correlativo</i>	Artículo 43 Ter. Los hospitales privados, médicos y demás prestadores particulares de servicios de salud sólo podrán adquirir, utilizar o prescribir para cobro directo, reembolso o pago por aseguradoras, insumos para la salud y dispositivos médicos que cuenten con registro sanitario vigente, cuando éste sea exigible, y que sean suministrados por establecimientos legalmente autorizados.
<i>Sin correlativo</i>	Tratándose de distribución o comercialización por terceros, deberá contarse con documento que acredite la autorización del fabricante o del titular del registro sanitario para distribuir y comercializar el producto.
<i>Sin correlativo</i>	Las aseguradoras sólo podrán reconocer para efectos de pago directo o reembolso aquellos insumos y dispositivos que cumplan con lo dispuesto en el presente artículo, salvo



TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
	urgencia médica debidamente justificada.
Artículo 51 Bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.	Artículo 51 Bis 1. ...
<i>Sin correlativo</i>	Este derecho comprenderá, en los servicios privados de atención hospitalaria, el acceso al estado de cuenta diario desglosado, al catálogo de precios vigentes, así como a la identificación del origen, proveedor y situación regulatoria de los insumos y dispositivos médicos que se pretendan cobrar o implantar, en los términos de la ley.
...	...
Artículo 258. ...	Artículo 258. ...
...	...
<i>Sin correlativo</i>	Los establecimientos que distribuyan o comercialicen insumos para la salud o dispositivos médicos a hospitales, médicos o aseguradoras deberán contar con la licencia sanitaria o aviso de funcionamiento que corresponda, con registro sanitario vigente cuando sea exigible, y con la documentación que acredite la autorización del fabricante o titular del registro para su distribución y comercialización, en los términos de las disposiciones aplicables.

LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
Artículo 2º.-A.- El impuesto se calculará aplicando la tasa del 0% a los valores a que se refiere esta Ley, cuando se realicen los actos o actividades siguientes:	Artículo 2º.-A.- ...
I.
II. La prestación de servicios independientes:	II. ...
a) a h)
<i>Sin correlativo</i>	i) Los servicios consistentes en la cobertura de contratos de seguros de gastos médicos mayores, por la parte de la prima que corresponda a personas aseguradas de sesenta años o más.
III. ...	V. ...
IV. ...	VI. ...
...	...

LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
Artículo 151. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:	Artículo 151. ...
I. a V.
VI. ...	VI. ...

TEXTO VIGENTE	INICIATIVA
<i>Sin correlativo</i>	Tratándose de primas correspondientes a personas aseguradas de sesenta años o más, la deducción será procedente por el monto efectivamente pagado en el ejercicio.
VII. a VIII. ...	VII. a VIII. ...
<i>Sin correlativo</i>	IX. Los pagos efectuados por programas voluntarios de prevención, chequeos y evaluación de salud contratados de manera independiente o incorporados a pólizas de gastos médicos mayores, siempre que dichos conceptos se encuentren desglosados en el comprobante fiscal y sean prestados por instituciones de seguros o proveedores autorizados.
	Tratándose de esta fracción, los contribuyentes podrán efectuar una deducción adicional equivalente al quince por ciento del monto efectivamente pagado en el ejercicio.
...	...
...	...
...	...
El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo, no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco veces el valor anual de la Unidad de Medida y Actualización, o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose de la fracción V de este artículo.	El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco veces el valor anual de la Unidad de Medida y Actualización, o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose de la fracción V, VI y IX de este artículo.

Por lo anteriormente expuesto, sometemos a la consideración de esta Soberanía la siguiente Iniciativa de:

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR; LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO; LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS; LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS; LA LEY GENERAL DE SALUD; LA LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, Y LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, EN MATERIA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, TRANSPARENCIA, PORTABILIDAD, PROTECCIÓN A ADULTOS MAYORES Y REGULACIÓN HOSPITALARIA.

ARTÍCULO PRIMERO. Se **reforman** el segundo párrafo del artículo 5, las fracciones V y VI del artículo 90; se **adicionan** el artículo 34 bis; un segundo párrafo al artículo 85 y la fracción VII al artículo 90, de la Ley Federal de Protección al Consumidor, para quedar como sigue:

Artículo 5. ...

Asimismo, quedan excluidos los servicios regulados por las leyes financieras que presten las Instituciones y Organizaciones cuya supervisión o vigilancia esté a cargo de las **autoridades financieras competentes, salvo en lo relativo a información, publicidad comercial y prácticas de comercialización frente al consumidor en contratos de adhesión de seguros, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades financieras correspondientes.**

Artículo 34 bis. La información o publicidad de servicios prestados por Instituciones de Seguros, deberá incluir el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, deducibles y plazos de espera.

Artículo 85. ...

Tratándose de servicios prestados por Instituciones de Seguros, se deberán incluir expresamente 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.

Artículo 90. ...

I. a V. ...

VI. Obliguen al consumidor a renunciar a la protección de esta ley o lo sometan a la competencia de tribunales extranjeros, y

VII. No sean legibles a simple vista o no permitan identificar con claridad exclusiones, periodos de espera, deducibles, coaseguros, reglas de renovación o causas de terminación.

ARTÍCULO SEGUNDO. Se **adiciona** un Título Segundo al Capítulo III de la Ley sobre el Contrato de Seguro, para quedar como sigue:

TITULO III

Del contrato de seguro sobre las personas Capítulo I

Disposiciones especiales

Artículos 162 a 203. ...

Capítulo II Del seguro de Gastos Médicos Mayores

Artículo 203 Bis. Por el contrato de seguro de gastos médicos mayores la empresa de seguros se obliga, a cambio del pago de una prima, a cubrir los costos de hospitalización, cirugías, honorarios médicos y medicamentos derivados de accidentes o enfermedades.

El contrato de seguro de gastos médicos mayores se rige por las disposiciones de la presente Ley, en lo que no se opongan a lo previsto en este Capítulo.

Artículo 203 Ter. La póliza del seguro de gastos médicos mayores, además de los requisitos previstos en los artículos 20 y 164 de la presente ley, deberá contener:

- I. El derecho del contratante de elegir libremente al médico tratante y a la institución hospitalaria, así como la posibilidad de ejercitar este derecho dentro o fuera de las redes médicas establecidas, conforme a las condiciones previstas en la póliza;**
- II. La obligación de la empresa aseguradora de abstenerse de ejercer cualquier tipo de coacción, presión o inducción indebida sobre el asegurado para influir en la elección del médico tratante o del hospital;**
- III. La obligación que tienen las Instituciones de Seguros de cubrir los gastos conforme a los tabuladores previamente registrados en caso de que el asegurado decida atenderse fuera de la red médica.**

Las diferencias de costo deberán ser razonables, proporcionales, transparentes y en ningún caso podrán establecerse penalizaciones que hagan nugatorio el derecho de elección, y

- IV. El derecho del asegurado de acudir a cualquier hospital o médico en casos de urgencia médica o riesgo a la vida y la obligación de la empresa aseguradora de cubrir los gastos sin restricciones de red, conforme a la cobertura contratada.

Artículo 203 Quater. La empresa aseguradora deberá expedir, a solicitud del contratante o asegurado, una constancia de portabilidad dentro de los diez días hábiles siguientes. Dicha constancia contendrá, al menos, la antigüedad de la póliza, periodos de espera cumplidos, coberturas vigentes, exclusiones aplicables, suma asegurada, deducible, coaseguro y demás elementos que determine la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La contratación de una póliza equivalente o análoga con otra institución no implicará, por sí misma, la pérdida de antigüedad, del derecho a renovación ni el reinicio de los periodos de espera cumplidos, en los términos de las disposiciones de carácter general que emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Artículo 203 Quinquies. Las personas aseguradas de sesenta años o más podrán solicitar, antes de la renovación, modificaciones a deducibles, coaseguros, suma asegurada, red hospitalaria u otras condiciones del mismo producto o de otro equivalente de la misma institución, sin perder el derecho a renovación, la antigüedad ni los beneficios adquiridos, siempre que no exista interrupción en la cobertura.

La empresa aseguradora deberá informar por escrito las opciones de modificación disponibles y sus efectos económicos y contractuales.

ARTÍCULO TERCERO. Se **reforman** los artículos 96, fracción I; 200, fracción VI; 201, fracción I; 208; y el inciso m) de la fracción IV del artículo 485; se **derogan** los incisos f) a k) de la fracción III del artículo 485; y se **adicionan** un tercer párrafo al artículo 99; un párrafo último al artículo 208, los artículos 208 Bis y 208 Ter, la fracción XXII al artículo 294, así como los incisos n) a t) a la fracción IV del artículo 485 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para quedar como sigue:

ARTÍCULO 96. ...

- I. Los agentes de seguros deberán informar, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada, **así como el monto y porcentaje de la comisión o compensación que percibirán por la emisión y, en su caso, renovación de la**

póliza; dicha información deberá constar por escrito o en medio electrónico verificable.

...
...

II. ...
III. ...

ARTÍCULO 99. ...

...

Los recibos, estados de cuenta, comprobantes fiscales digitales o cualquier documento mediante el cual se cobre o documente el pago de primas deberán expresar, de manera clara y visible, el monto y porcentaje de la comisión del agente o intermediario por emisión y renovación, así como la identidad de éste, cuando exista intermediación.

ARTÍCULO 200. ...

I. a V. ...

VI. Las Instituciones de Seguros que presten el ramo de salud, podrán operar redes médicas con el fin de controlar costos, garantizar calidad del servicio y facilitar la atención directa, pero en ningún caso podrán constituir una limitación al derecho de elección del asegurado; y deberán:

- a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los **diez días naturales** 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 pactada;
- c) **Informar de manera clara y previa las diferencias entre la atención dentro y fuera de red, los tabuladores aplicables, así como los posibles costos a cargo del asegurado;**
- d) **Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual el derecho del contratante de elegir libremente el médico tratante y el hospital,**

la metodología para el ajuste de primas y coberturas, su renovación, cancelación, los tiempos máximos de autorización y pago de las indemnizaciones, así como el monto y porcentaje de comisión aplicable cuando exista intermediación;

- e) **Garantizar mecanismos de portabilidad entre instituciones con reconocimiento de antigüedad, periodos de espera cumplidos y continuidad de beneficios en productos equivalentes o análogos;**
- f) **Permitir a las personas aseguradas de sesenta años o más modificar deducibles, coaseguros u otras condiciones sin perder el derecho a renovación ni la antigüedad, y**
- g) **Establecer programas voluntarios de prevención, chequeos y evaluación de salud, sin que la no participación pueda generar incrementos de prima, restricciones de cobertura o afectaciones a la renovación.**

Artículo 201. ...

I. ...

- a) **La descripción de la cobertura y de cada uno de los riesgos asegurados, así como las exclusiones;**
- b) **a h) ...**
- i) **Los recargos por costos de adquisición, administración y utilidad que se pretendan cobrar;**
- j) **Los métodos empleados para el ajuste, renovación y cancelación de las primas, detallando variables, rangos de edad, montos máximos y demás elementos que garanticen continuidad y no discriminación;**
- k) **Las reglas de portabilidad, reconocimiento de antigüedad, periodos de espera cumplidos y continuidad de beneficios entre productos equivalentes o análogos, así como las opciones de modificación para personas aseguradas de sesenta años o más, y**
- l) **En su caso, los componentes asociados a programas voluntarios de prevención, chequeos y evaluación de salud.**

...

II. ...

III. ...

Artículo 208. ...

I. a III. ...

IV. Gastos Médicos Mayores;

V. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades;

VI. Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles

...

A fin de garantizar que los referidos productos básicos estandarizados sean comparables entre todas las Instituciones de Seguros del sector, la Comisión, oyendo la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y considerando la opinión que le presenten las Instituciones de Seguros, mediante disposiciones de carácter general dará a conocer el modelo de contrato de adhesión que las instituciones deberán utilizar para cada una de las coberturas referidas en este artículo. Dichos modelos deberán considerar cláusulas contractuales de fácil comprensión que uniformen: riesgos cubiertos; exclusiones; suma asegurada; deducibles; duración del contrato; periodicidad del pago de la prima; procedimientos **y plazos máximos** para el cobro de la indemnización, **autorizaciones en casos urgentes, respuesta a reclamaciones**, y demás elementos que los integren.

...

...

Para el caso de las coberturas previstas en las fracciones III y IV del presente artículo, la Comisión, oyendo la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, emitirá y difundirá indicadores comparables sobre el desempeño de las Instituciones de Seguros que deberán contener, al menos, información relacionada con reclamaciones, negativas, tiempos de respuesta, cláusulas suprimidas y porcentajes de gastos no cubiertos.

ARTÍCULO 208 BIS. La Comisión, considerando la opinión que le presenten las Instituciones de Seguros, emitirá disposiciones de carácter general que establezcan definiciones homogéneas aplicables a los productos de gastos médicos mayores, así como causales estandarizadas de rechazo de gastos médicos, modificación de cobertura y cancelación.

Artículo 208 Ter. La Comisión emitirá disposiciones de carácter general para regular la portabilidad de pólizas de gastos médicos mayores y de salud, incluyendo el contenido mínimo de la constancia de portabilidad, los plazos de emisión, los criterios de homologación entre productos y las reglas de continuidad de beneficios, antigüedad y periodos de espera cumplidos.

ARTÍCULO 294. ...

I. a XXI. ...

XXII. En las operaciones a que se refiere la fracción II del artículo 25 y la fracción VII del artículo 200 de esta Ley, ejercer cualquier tipo de coacción, presión o inducción indebida sobre el asegurado para influir en la elección del médico tratante o del hospital.

Se considera coacción:

- a)** Sugerir de manera reiterada o condicionada el cambio de hospital o médico cuando el elegido por el asegurado sea viable conforme a la cobertura contratada;
- b)** Retrasar autorizaciones con el fin de inducir al asegurado a modificar su elección;
- c)** Proporcionar información incompleta, sesgada o engañosa para desincentivar la atención en el prestador elegido, o
- d)** Condicionar la cobertura o el nivel de pago con el propósito de influir en la decisión del asegurado, fuera de los términos previamente establecidos en la póliza.

ARTÍCULO 485.- ...

I. ...
II. ...
III. ...

a) a e) ...

f) Se deroga

g) Se deroga

h) Se deroga

i) Se deroga

j) Se deroga

k) Se deroga

l) a p) ...

IV. ...

a) a l) ...

m) A las Instituciones que incumplan con las obligaciones establecidas en los artículos 307, segundo párrafo, y 308 de esta Ley;

n) **A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con documentación contractual o nota técnica distintas a las presentadas con sus productos de seguros registrados ante la Comisión, en los términos de los artículos 202 y 203, o 347 de esta Ley;**

o) **A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con productos de seguros sin registro ante la Comisión, en los términos de los artículos 202 y 203, o 347 de la presente Ley;**

p) **A las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, que operen con productos de seguros que no se apeguen a lo señalado en los artículos 201 o 347 de la presente Ley;**

q) **A las Instituciones que operen con documentación contractual o nota técnica distintas a las registradas ante la Comisión, en términos de los artículos 209 y 210 de esta Ley;**

r) **A las Instituciones que operen con notas técnicas o documentación contractual sin registro ante la Comisión, en términos de los artículos 209 y 210 de este ordenamiento;**

s) **A las Instituciones que operen con documentación contractual o nota técnica que no se apeguen a lo señalado en los artículos 209 y 210 de la presente Ley, y**

- t) **A las instituciones que incumplan con las obligaciones previstas en los artículos 99, segundo párrafo; 200, fracción VI, incisos c), d), e) f), g), 208 Ter, y 294 fracción XII de esta Ley.**

ARTÍCULO CUARTO. Se **adicionan** un tercer párrafo al artículo 68 bis recorriéndose los subsecuentes en su orden; un cuarto párrafo al artículo 68 bis1; una fracción XV bis al artículo 94, y un Título Noveno, a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, para quedar como sigue:

Artículo 68 bis. ...

...
...

En el caso de Instituciones de Seguros, también se considerará como título ejecutivo no negociable el daño cuantificable por demora consignado en el dictamen.

...
...

Artículo 68 bis 1. ...

...
...

Tratándose de las operaciones y coberturas a que se refiere la fracción II del artículo 25 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el dictamen correspondiente deberá ser emitido en un término de quince días hábiles.

Artículo 94. ...

I. a XV. ...

XV bis. Multa de 500 a 2000 días de salario, a la Institución Financiera que durante la vigencia del contrato y contraviniendo lo dispuesto en el inciso c) fracción VI del artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, realice cambios unilaterales de cobertura, ajustes de primas sin justificación técnica o cancelaciones no previstas en la documentación contractual.

XVI. a XVII. ...

...
...

TÍTULO NOVENO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

CAPÍTULO ÚNICO DEL PROCEDIMIENTO SUMARIO POR RIESGO MÉDICO

Artículo 109. En caso de controversias relacionadas con coberturas de Gastos Médicos Mayores donde esté en riesgo la vida de los usuarios, la Comisión Nacional iniciará de forma expedita un procedimiento sumario.

Artículo 110. La Comisión Nacional recibirá las reclamaciones por comparecencia del afectado, en forma escrita, telefónica, vía electrónica o por cualquier otro medio idóneo, cumpliendo los siguientes requisitos exclusivamente:

- I.** Nombre del reclamante o de la persona que promueve en su nombre y medio para localizarlo;
- II.** Descripción del servicio que se reclama;
- III.** Nombre de la Institución de Seguros contra la que se formula la reclamación, y
- IV.** Informe del médico tratante sobre la situación del usuario.

La Comisión Nacional estará facultada para suplir la deficiencia de las reclamaciones en beneficio del Usuario, así como requerir la información necesaria a la Institución de Seguros.

Artículo 111. La Comisión Nacional notificará la reclamación a la Institución de Seguros por vía electrónica u otro medio idóneo, dentro de las cuatro horas siguientes a su presentación; acompañando la información a que se refiere el artículo anterior.

En el mismo acto deberá señalar la hora para la celebración de la audiencia de conciliación que deberá verificarse dentro de las dieciséis horas siguientes a la notificación, privilegiando el uso de medios electrónicos para su verificación.

Artículo 112. En la audiencia respectiva participarán las partes, la Comisión Nacional y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Se exhortará a las partes a llegar a un acuerdo; para tal efecto, la Comisión Nacional deberá formular propuestas de solución.

Artículo 113. De no alcanzarse un acuerdo y en tanto se resuelve el fondo de la controversia, la Comisión Nacional podrá autorizar la atención urgente que requiera el usuario, previa opinión técnica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Artículo 114. La Comisión Nacional deberá resolver el procedimiento sumario dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la reclamación.

La Comisión Nacional podrá oficiosamente o a solicitud de alguna de las partes, ampliar este plazo hasta por veinticuatro horas más, cuando la naturaleza del asunto lo amerite.

Artículo 115. La Comisión Nacional, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las Instituciones de Seguros deberán habilitar los medios tecnológicos para garantizar que el procedimiento sumario se verifique en su totalidad dentro de los plazos establecidos en el presente Capítulo, de conformidad con las disposiciones de carácter general que para tal efecto emita la Comisión Nacional.

Artículo 116. Concluido el procedimiento sumario sin que se haya alcanzado un acuerdo sobre el fondo, las partes se sujetarán a los procedimientos previstos en el Título Quinto de esta Ley.

Artículo 117. Las omisiones de las partes y las autoridades que participen en este procedimiento serán sancionables conforme a las disposiciones de esta Ley, en lo que resulten aplicables.

ARTÍCULO QUINTO. Se reforman los artículos 43, 51 Bis 1 y 258, y se adicionan los artículos 43 Bis y 43 Ter a la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

ARTÍCULO 43. ...

Los hospitales, clínicas y demás establecimientos privados de atención médica deberán publicar, mantener actualizado y poner a disposición del público, en forma física y digital, un catálogo de prestaciones, insumos, paquetes y servicios con sus precios vigentes, bases de cálculo y cargos accesorios.

Artículo 43 Bis. Los hospitales privados que presten servicios de internamiento, cirugía o atención hospitalaria continua deberán entregar diariamente al paciente, familiar responsable o representante legal, un corte desglosado del estado de cuenta del día, en formato físico o electrónico.

Cuando exista seguro, pago directo, convenio de atención o consentimiento expreso del paciente, el mismo corte deberá remitirse también a la aseguradora.

El corte diario deberá incluir, al menos, habitación, honorarios médicos, medicamentos, materiales de curación, dispositivos médicos, estudios, procedimientos y cualquier cargo adicional.

Artículo 43 Ter. Los hospitales privados, médicos y demás prestadores particulares de servicios de salud sólo podrán adquirir, utilizar o prescribir para cobro directo, reembolso o pago por aseguradoras, insumos para la salud y dispositivos médicos que cuenten con registro sanitario vigente, cuando éste sea exigible, y que sean suministrados por establecimientos legalmente autorizados.

Tratándose de distribución o comercialización por terceros, deberá contarse con documento que acredite la autorización del fabricante o del titular del registro sanitario para distribuir y comercializar el producto.

Las aseguradoras sólo podrán reconocer para efectos de pago directo o reembolso aquellos insumos y dispositivos que cumplan con lo dispuesto en el presente artículo, salvo urgencia médica debidamente justificada.

Artículo 51 Bis 1. ...

Este derecho comprenderá, en los servicios privados de atención hospitalaria, el acceso al estado de cuenta diario desglosado, al catálogo de precios vigentes, así como a la identificación del origen, proveedor y situación regulatoria de los insumos y dispositivos médicos que se pretendan cobrar o implantar, en los términos de la ley.

...

Artículo 258. ...

...

Los establecimientos que distribuyan o comercialicen insumos para la salud o dispositivos médicos a hospitales, médicos o aseguradoras deberán contar con la licencia sanitaria o aviso de funcionamiento que corresponda, con registro sanitario vigente cuando sea exigible, y con la documentación que acredite la autorización del fabricante o titular del registro para su distribución y comercialización, en los términos de las disposiciones aplicables.

ARTÍCULO SEXTO. Se **adiciona** un inciso i) a la fracción II del artículo 2o.-A de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, para quedar como sigue:

Artículo 2o.-A.- ...

I. ...

II. ...

a) a h). ...

i) Los servicios consistentes en la cobertura de contratos de seguros de gastos médicos mayores, por la parte de la prima que corresponda a personas aseguradas de sesenta años o más.

III. ...

IV. ...

...

ARTÍCULO SÉPTIMO. Se **reforman** la fracción VI y el último párrafo del artículo 151, y se **adiciona** una fracción IX al mismo artículo, de la Ley del Impuesto sobre la Renta, para quedar como sigue:

Artículo 151. ...

I. a V. ...

V. ...

Tratándose de primas correspondientes a personas aseguradas de sesenta años o más, la deducción será procedente por el monto efectivamente pagado en el ejercicio.

VII. a VIII. ...

IX. Los pagos efectuados por programas voluntarios de prevención, chequeos y evaluación de salud contratados de manera independiente o incorporados a pólizas de gastos médicos mayores, siempre que dichos conceptos se encuentren desglosados en el comprobante fiscal y sean prestados por instituciones de seguros o proveedores autorizados.

Tratándose de esta fracción, los contribuyentes podrán efectuar una deducción adicional equivalente al quince por ciento del monto efectivamente pagado en el ejercicio.

...

...

...

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

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, salvo lo previsto en los artículos Sexto y Séptimo del presente Decreto.

SEGUNDO. Las reformas a la Ley del Impuesto al Valor Agregado y a la Ley del Impuesto sobre la Renta entrarán en vigor el primero de enero del ejercicio fiscal siguiente al de su publicación.

TERCERO. Tratándose de pólizas vigentes de gastos médicos mayores, la aplicación de la tasa del cero por ciento prevista en el artículo Sexto resultará aplicable a partir de la primera renovación que ocurra con posterioridad a la entrada en vigor de dicha reforma, respecto de la parte de la prima correspondiente a personas aseguradas de sesenta años o más.

CUARTO. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas deberá expedir, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, las disposiciones de carácter general relativas a la portabilidad de pólizas, contenido de la constancia de portabilidad, definiciones homogéneas para gastos médicos mayores y lineamientos de transparencia sobre comisiones.

QUINTO. La Secretaría de Salud, la Secretaría de Economía y las demás autoridades competentes deberán realizar, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, las adecuaciones regulatorias y administrativas necesarias para la implementación de los artículos 43, 43 Bis, 43 Ter, 51 Bis 1 y 258 de la Ley General de Salud.

SEXTO. Las instituciones de seguros, hospitales privados y demás sujetos obligados contarán con un plazo de ciento veinte días naturales, contados a partir de la entrada en vigor de las disposiciones secundarias que correspondan, para adecuar contratos, sistemas, comprobantes, plataformas y procedimientos internos a efecto de cumplir con el presente Decreto.

SUSCRIBEN.



DIP. FED. MARYBEL VILLEGAS CANCHÉ.



Diputado Federal Castillo López Eduardo.



Diputado Federal Palacios Rodríguez Carlos Ventura.

Palacio Legislativo de San Lázaro a los 04 días de abril de 2026

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXVI Legislatura**Junta de Coordinación Política**

Diputados: Ricardo Monreal Ávila, presidente; José Elías Lixa Abimerhi, PAN; Carlos Alberto Puente Salas, PVEM; Reginaldo Sandoval Flores, PT; Rubén Ignacio Moreira Valdez, PRI; Ivonne Aracely Ortega Pacheco, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Mesa Directiva

Diputados: Kenia López Rabadán, presidenta; vicepresidentes, Sergio Carlos Gutiérrez Luna, MORENA; Paulina Rubio Fernández, PAN; Raúl Bolaños-Cacho Cué, PVEM; secretarios, Julieta Villalpando Riquelme, MORENA; Alan Sahir Márquez Becerra, PAN; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; Magdalena del Socorro Núñez Monreal, PT; Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel, PRI; Laura Irais Ballesteros Mancilla, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Secretaría General**Secretaría de Servicios Parlamentarios****Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados**

Director: Juan Luis Concheiro Bórquez, **Edición:** Casimiro Femat Saldívar, Ricardo Águila Sánchez, Antonio Mariscal Pioquinto.

Apoyo Documental: Dirección General de Proceso Legislativo. **Domicilio:** Avenida Congreso de la Unión, número 66, edificio E, cuarto nivel, Palacio Legislativo de San Lázaro, colonia El Parque, CP 15969. Teléfono: 5036 0000, extensión 54046. **Dirección electrónica:** <http://gaceta.diputados.gob.mx/>