

## SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

### REGLAS para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

#### REGLAS PARA LA OPERACION Y DESARROLLO DEL RAMO DE SALUD

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con fundamento en los artículos 31, fracciones VIII y XXV, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2o., 5o., 7o., fracción II y párrafo quinto, 8o., fracción V, 29, fracción I, 33-B, 76, 76-A, 105, párrafo segundo y 106 párrafo segundo de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y en ejercicio de las atribuciones que a su titular confiere el artículo 6o., fracción XXXIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y

#### CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 contempla como parte de las estrategias del objetivo relativo a la democratización del sistema financiero, sin poner en riesgo la solvencia del mismo en su conjunto y fortaleciendo el papel de dicho sector como detonador del crecimiento, la equidad y el desarrollo de la economía nacional, entre otras acciones, la promoción de una regulación que mantenga la solidez del sistema y la competencia en el sector financiero a través de la entrada de nuevos participantes, de una mayor diversidad de productos, vehículos y servicios financieros, así como mediante la ampliación de las operaciones de los participantes ya existentes, lo que se traducirá en menores costos, mejores servicios y mayor cobertura.

Que en el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012, se establece que el dinamismo del sector asegurador mexicano no sólo se encuentra vinculado con el comportamiento de factores macroeconómicos, sino también con factores como el mantenimiento de un marco de regulación y de supervisión eficiente y efectivo, actualizado conforme a estándares y a las mejores prácticas internacionales; con iniciativas gubernamentales que permitan ampliar las áreas de participación de los seguros en la economía y estimulen una mayor adquisición de los mismos; con estrategias y acciones que implemente la propia industria aseguradora para ampliar el entendimiento entre la población del mecanismo de compensación que representan los seguros entre la población; y también con una mayor cultura de prevención de riesgos y aseguramiento en México.

Que una economía con un sistema financiero eficiente es determinante para una mayor capacidad de crecimiento, más importante aún es el impacto que puede tener la inclusión de todos los estratos de la población en el proceso de desarrollo económico, reconociendo la importancia que representa para el país el hecho de que un mayor número de mexicanos tenga acceso a los seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades a los que están expuestos, así como su prevención.

Que es indispensable que las Dependencias como la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como órgano desconcentrado de esta última, cumplan su cometido de lograr una vigilancia integral de las instituciones de seguros autorizadas en el ramo de salud.

Que el artículo 7o. de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros prevé la emisión de las presentes reglas, al establecer que la operación y desarrollo del ramo de salud se sujetará a las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud, según corresponda.

Que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, determinaron la necesidad de emitir las presentes reglas, las cuales abrogan las Reglas para la Operación del Ramo de Salud publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo de 2000 y modificadas mediante Acuerdos publicados en ese mismo diario el 26 de abril de 2001 y 10 de octubre de 2003, quedando en vigor para el sólo efecto de aplicar las sanciones previstas en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a aquellas instituciones que no hubiesen dado cumplimiento a las mismas y para que los procedimientos administrativos derivados de su inobservancia se continúen hasta su conclusión.

Que las presentes reglas tienen como objeto actualizar criterios generales de carácter médico, técnico y financiero, eliminar referencias anacrónicas y duplicidad en aspectos contemplados en regulación emitida con posterioridad a la fecha de publicación de las mismas, aplicable a las instituciones de seguros especializadas en el ramo de salud.

Que es necesario, garantizar a través de las instituciones de seguros especializadas en el ramo de salud, la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, al establecer en las presentes reglas los elementos necesarios para la prestación de servicios de salud que deriven de los contratos de seguros.

Que en las presentes reglas se fijan los requisitos de autorización; de capital mínimo de garantía; de los dictámenes provisional, definitivo y anual; del contralor médico; de los expedientes clínicos; de la utilización de los servicios médicos y de la mejora continua en la prestación del servicio; de las reservas técnicas; del registro de productos; del reaseguro y del régimen de inversión; del sistema estadístico; de la comercialización y la operación de los servicios de salud; de los supuestos para que una institución de seguros especializada en el ramo de salud rechace una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente, entre otros.

En virtud de lo expuesto y después de escuchar la opinión de la Secretaría de Salud y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se emiten las siguientes:

## **REGLAS PARA LA OPERACION Y DESARROLLO DEL RAMO DE SALUD**

### **TITULO PRIMERO**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

##### **CAPITULO UNICO**

**PRIMERA.-** Para efectos de las presentes reglas, se entenderá por:

**I.** Comisión, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas;

**II.** ISES, en singular o plural, las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para practicar el ramo de salud de la operación de accidentes y enfermedades;

**III.** LGISMS, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;

**IV.** Reglas de autorización de instituciones de seguros, las "Reglas de carácter general que establecen la forma y términos en que se deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos para las solicitudes de autorizaciones para constituir instituciones o sociedades mutualistas de seguros o instituciones de fianzas, así como la información que deben proporcionar las instituciones de seguros sobre las personas que hayan adquirido en forma directa o indirecta, acciones representativas de su capital pagado y la documentación que se deberá acompañar a las solicitudes de autorización en el supuesto de que uno o más accionistas pretendan obtener el control de la administración en dichas instituciones", expedidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2007;

**V.-** Reglas de Filiales, las "Reglas para el Establecimiento de Filiales de Instituciones Financieras del Exterior, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público", publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 21 de abril de 1994, y

**VI.** Secretaría, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**SEGUNDA.-** Las ISES estarán facultadas para operar seguros que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del usuario-asegurado, en forma directa con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones que realicen en su beneficio.

Al respecto, y para efectos de estas reglas, se entenderá por:

**1.** Prevenir: la realización de acciones para fomentar la salud que se lleven a cabo con objeto de promover medidas de vida más sanas, disminuir o eliminar riesgos a la salud, dar seguimiento a la salud de los usuarios-asegurados, prevenir el surgimiento posterior de enfermedades o complicaciones de las mismas, o para realizar acciones de detección temprana de las mismas con base a factores de riesgo epidemiológico, así como la prestación de servicios a través de un profesional de la salud que coordine las acciones de salud en beneficio del asegurado.

**2.** Restaurar: la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud del usuario-asegurado.

Los seguros que tengan por objeto Prevenir y Restaurar, mediante la prestación de servicios, directamente o a través de terceros, sólo podrán ser practicados por la ISES.

Asimismo, a la ISES únicamente se le podrá autorizar, de manera adicional, el ramo de gastos médicos, con el objeto de cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del usuario-asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad.

**TERCERA.-** La Secretaría será el órgano competente para interpretar para efectos administrativos todo lo relacionado con estas reglas.

**CUARTA.-** La ISES se regirá por lo previsto en la LGISMS, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley General de Salud, así como por lo dispuesto, cuando sean aplicables, por las Reglas de autorización de instituciones de seguros, las Reglas de Filiales y las presentes reglas, e igualmente deberán apegarse a los reglamentos que expida el Ejecutivo Federal, en materia de salud, cuando sean aplicables a la ISES, a las disposiciones administrativas que emitan la Secretaría o la Comisión en concordancia con la LGISMS y estas reglas, y a los criterios y disposiciones generales que dicte la Secretaría de Salud.

**QUINTA.-** La Comisión y la Secretaría de Salud, en ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia que les otorga la LGISMS, podrán establecer la forma y términos en que la ISES deberá informarles y comprobarles todo lo concerniente a la práctica de los seguros del ramo de salud.

**SEXTA.-** La Secretaría, oyendo la opinión de la Comisión y, en lo conducente, de la Secretaría de Salud, podrá modificar la forma y periodicidad en que la ISES deberá evaluar y presentar todos los aspectos a que se refieren las presentes reglas.

**SEPTIMA.-** La Secretaría de Salud y la Comisión podrán establecer mecanismos de consulta con los diferentes participantes del mercado, con el propósito de recibir información relativa a este tipo de seguros que coadyuve a procurar un desarrollo equilibrado del ramo de salud.

## **TITULO SEGUNDO**

### **DE LA AUTORIZACION; DEL CAPITAL MINIMO PAGADO; DE LOS DICTAMENES PROVISIONAL, DEFINITIVO Y ANUAL; DEL CONTRALOR MEDICO; DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS; DEL CONTROL DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE LA MEJORA CONTINUA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO**

#### **CAPITULO PRIMERO**

##### **DE LA AUTORIZACION**

**OCTAVA.-** La organización y constitución de la ISES se sujetará a lo previsto en la LGISMS, en las Reglas de autorización de instituciones de seguros y en las Reglas de Filiales, según corresponda, así como a las disposiciones contenidas en las presentes reglas.

Adicionalmente, para la organización y constitución de la ISES deberán adjuntar la información y documentación siguiente:

1. Forma y términos en que la ISES prevé prestar los servicios relacionados con los contratos de seguros que celebre, especificando los recursos propios que empleará y, en su caso, los contratos de prestación de servicios que celebrará con terceros para ese efecto, o la utilización de ambos.

2. Mecanismo conforme a la legislación vigente que la ISES empleará para cumplir con la responsabilidad civil, en que pudiera llegar a incurrir en el desempeño de sus actividades.

**NOVENA.-** Con la solicitud de autorización para operar el ramo de salud, el solicitante deberá presentar, además de la información a que se refiere la regla Octava anterior, el dictamen provisional expedido por la Secretaría de Salud, de conformidad con lo previsto por la LGISMS y en los términos del Capítulo Tercero del Título Segundo de las presentes reglas.

**DECIMA.-** Una vez obtenida la autorización por parte de la Secretaría, la ISES no podrá dar inicio a sus operaciones hasta en tanto cuente con el dictamen favorable que, en su caso, le emita la Comisión como resultado de la inspección que realice para evaluar que cuenta con los sistemas, procedimientos e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, de conformidad con lo establecido en la LGISMS, así como la ratificación del nombramiento del Contralor Médico realizado por el consejo de administración de la ISES, por parte de la Secretaría de Salud.

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **DEL CAPITAL MINIMO PAGADO**

**DECIMA PRIMERA.-** De conformidad con lo previsto en la LGISMS, la ISES deberá, en el ejercicio de su actividad, contar con un capital mínimo pagado para los seguros de salud.

El monto respectivo del capital mínimo pagado, será determinado durante el primer trimestre de cada año por la Secretaría a través del Acuerdo por el que se establece el capital mínimo pagado que las instituciones de seguros deben afectar para cada operación o ramo, y deberá estar totalmente suscrito y pagado a más tardar el 30 de junio de cada año.

**DECIMA SEGUNDA.-** La ISES en el momento en que se autorice deberá contar con el capital mínimo pagado totalmente suscrito y pagado. Si el capital social excede del capital mínimo pagado a que se refiere la regla precedente, deberá estar pagado cuando menos en un 50%, siempre que la aplicación de este porcentaje no resulte menor al mínimo establecido.

**DECIMA TERCERA.-** La ISES deberá contar con un capital mínimo pagado de acuerdo a lo previsto en la LGISMS, y en las disposiciones administrativas de carácter general que de ella emanen.

## **CAPITULO TERCERO**

### **DE LOS DICTAMENES PROVISIONAL, DEFINITIVO Y ANUAL**

**DECIMA CUARTA.-** De conformidad con lo previsto en la LGISMS, la ISES deberá presentar los dictámenes respectivos emitidos por la Secretaría de Salud para efectos de su autorización.

Para la obtención de los dictámenes provisional, definitivo y anual la ISES deberá remitir, ante la Secretaría de Salud, la documentación necesaria de acuerdo a los requisitos que en su caso determine dicha Secretaría, además de observar los criterios generales que se prevén en la Décima Quinta de las presentes reglas.

**DECIMA QUINTA.-** Para obtener los dictámenes a los que se refiere la regla Décima Cuarta anterior, el solicitante o la ISES, según sea el caso, deberá cumplir con lo siguiente:

1. Que los recursos materiales y humanos, propios, contratados con terceros o la combinación de ambos -considerando una proyección a tres años-, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a la población que pretende asegurar.

2. Que los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios objeto de los contratos de seguro respectivos, garanticen una oferta adecuada en cuanto a su calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica para el debido cumplimiento frente a sus usuarios-asegurados.

3. Que cuente y cumpla en forma adecuada con su programa de control de la utilización de los servicios médicos, el cual deberá apegarse a lo previsto en el Capítulo Sexto del Título Segundo de las presentes reglas. Para ello, deberá contar con los manuales de organización y procedimientos respectivos.

4. Que cuente con los mecanismos necesarios para comunicar a sus usuarios-asegurados de los cambios que sufra la infraestructura con la que la ISES cuente para prestar los servicios objeto de los contratos de seguro, tales como instalaciones propias, instalaciones contratadas con terceros y red de prestadores, entre otros.

5. Cuando la prestación de los servicios ofrecidos en los contratos de seguro se realice con recursos propios la ISES deberá garantizar, el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia.

6. Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, la ISES deberá establecer en éstos la obligación de los prestadores de cumplir con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas, la LGISMS, las "Reglas de carácter general sobre los servicios y operaciones que contraten o efectúen con terceros o con las sociedades a que se refieren los artículos 68 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y 79 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, las instituciones y sociedades mutualistas de seguros e instituciones de fianzas, reputados complementarios o auxiliares de las operaciones que les son propias y demás disposiciones aplicables en la materia".

7. Que los profesionales de la salud contratados por la ISES, que prestarán los servicios a los contratantes o tomadores de seguros o sus beneficiarios, cuenten con cédula profesional que para tales efectos emita la Secretaría de Educación Pública, debiendo, en el caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener la certificación vigente otorgada por los mismos y, pertenecer a alguno de los colegios de profesionales.

Con la finalidad de apoyar a la ISES en la conformación de las redes de prestadores de servicios, la Secretaría de Salud pondrá a su disposición la información relativa que reciba de las academias, colegios y consejos de profesionales de la medicina.

8. Que la infraestructura hospitalaria, propia o contratada por la ISES para la prestación de los servicios a los contratantes o tomadores de seguros o sus beneficiarios, cuente con la certificación del Consejo de Salubridad General.

9. Que en los productos de seguros de salud que comercialice la ISES, se salvaguarde en todo momento la libertad de juicio clínico del médico, siempre y cuando éste se aplique con fundamento en la práctica médica reconocida por las academias científicas y basada en la ética médica.

10. Que el solicitante o la ISES cuente con productos de seguros de salud que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus usuarios-asegurados, atendiendo a lo previsto en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y las demás disposiciones aplicables en la materia.

11. Que el solicitante o la ISES cuente con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de sus usuarios-asegurados.

12. Que el solicitante o la ISES cuente con un programa para la mejora continua en la prestación de los servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención.

13. Que el solicitante o la ISES cuente con los manuales de organización y procedimiento respecto de las prestaciones de servicios de salud que ofrezca.

14. Que el solicitante o la ISES, en la prestación directa de los servicios médicos derivados de sus contratos de seguro, establezcan en los mismos la obligación de preservar los derechos de los usuarios-asegurados en los términos siguientes:

- 14.1 Acceso: los usuarios-asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
- 14.2 Respeto y dignidad: el trato al usuario-asegurado deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa digna.
- 14.3 Privacidad y confidencialidad: los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Asimismo, la información relativa deberá preservar la confidencialidad.
- 14.4 Seguridad personal: el usuario-asegurado tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- 14.5 Identidad: el usuario-asegurado tendrá derecho a solicitar una identificación o constancia oficial a efecto de conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
- 14.6 Información: el usuario-asegurado tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que respecto a las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- 14.7 Comunicación: el usuario-asegurado tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado por el médico tratante en forma clara, comprensible, oportuna, veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.
- 14.8 Consentimiento: Si con fines de diagnóstico o terapéuticos decide sujetarse a procedimientos que impliquen un riesgo, el usuario-asegurado o el responsable tendrán que hacerlo por escrito, pero antes el médico tratante deberá informarle ampliamente en qué consisten estos procedimientos, los beneficios que se esperan y las complicaciones o eventos negativos que pudieran tener. Lo anterior incluye estudios de investigación y donación de órganos.

- 14.9** Consultas: el usuario-asegurado tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de seguro respectivo.
- 14.10** Negativa al tratamiento: el usuario-asegurado, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido e, incluso, el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en usuarios-asegurados terminales.
- 14.11** Selección de médico y hospital: el usuario-asegurado tiene derecho de seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente.

Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, la ISES deberá establecer en éstos la obligación de los prestadores de preservar los derechos de los usuarios-asegurados en los términos anteriores.

La ISES una vez iniciada su operación, deberá cumplir en todo momento con lo previsto en la presente regla.

**DECIMA SEXTA.-** El dictamen provisional y el dictamen anual que emita la Secretaría de Salud y a que se refiere la LGISMS, deberán ser presentados, ante la Secretaría y la Comisión, dentro de los sesenta días naturales posteriores a su expedición.

La ISES de que se trate deberá presentar a la Secretaría, dentro del término de tres meses contado a partir del otorgamiento de la autorización respectiva, el dictamen definitivo expedido por la Secretaría de Salud a que se refiere la LGISMS, en el entendido que de no hacerlo, se procederá a iniciar el procedimiento de revocación de la autorización de conformidad con lo previsto en dicho ordenamiento legal.

Si derivado de la inspección y vigilancia por parte de la Comisión, se tiene información de que la ISES no mantiene los elementos necesarios para la prestación de los servicios materia de los contratos de seguro a que se refiere la LGISMS, la Secretaría procederá, previa opinión de la Secretaría de Salud y de la Comisión, a iniciar el procedimiento de revocación de la autorización respectiva de acuerdo con lo que dispone la mencionada LGISMS.

#### **CAPITULO CUARTO DEL CONTRALOR MEDICO**

**DECIMA SEPTIMA.-** La ISES, deberá contar con un Contralor Médico, quien además de las obligaciones que establece la LGISMS, será el encargado de vigilar que los funcionarios y empleados de la misma, cumplan con la normativa externa e interna en materia de prestación de servicios médicos que les sea aplicable. La ISES deberá facilitar al Contralor Médico los recursos que requiera para el buen desempeño de las funciones a su cargo. Todo lo anterior, con independencia del responsable del área médica de la ISES.

**DECIMA OCTAVA.-** El Contralor Médico nombrado por el consejo de administración de la ISES entrará en funciones una vez ratificado por la Secretaría de Salud. Tanto el nombramiento, como en su caso, la destitución, deberán ser notificados por la ISES a la Secretaría de Salud y a la Comisión dentro de los diez días hábiles siguientes a dicho acto. En el supuesto de destitución del nombramiento, en dicha comunicación se deberán exponer las razones por las cuales el consejo de administración adoptó esa decisión, sin ser esto motivo de que se cuestione la decisión del consejo.

El Contralor Médico de la ISES será independiente de su área médica y dependerá únicamente del consejo de administración y, en su caso, de la asamblea de accionistas, sin poder estar subordinado a ningún otro órgano social ni funcionario de la ISES. Adicionalmente, en términos de la Décima Novena, numeral 13, y de la Vigésima Segunda de las presentes reglas, el Contralor Médico deberá informar cuatrimestralmente a la Secretaría de Salud y a la Comisión del cumplimiento de las obligaciones inherentes a su cargo.

Por la naturaleza de sus funciones, el Contralor Médico deberá tener el nivel de director o gerente dentro de la estructura organizacional de la ISES.

El Contralor Médico no fungirá como tal en más de una ISES, con la excepción de que las ISES pertenezcan al mismo grupo financiero.

**DECIMA NOVENA.-** El Contralor Médico realizará las siguientes funciones:

1. Vigilar que la integración de la red de prestadores de atención médica cumpla con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud y en la Décima Quinta de estas reglas.
2. Vigilar el funcionamiento correcto de la red de servicios médicos de la ISES, a fin de que su cobertura sea apropiada y adecuada a las necesidades del usuario-asegurado.
3. Validar los servicios médicos que se contraten con los prestadores de servicios de la ISES.
4. Vigilar el cumplimiento del programa de control de la utilización de los servicios médicos de la ISES, establecido en el Capítulo Sexto del Título Primero de las presentes reglas, de las guías clínicas o protocolos médicos y de la prestación de los servicios médicos objeto de los contratos de seguro respectivos.
5. Vigilar el estricto cumplimiento de las políticas y procedimientos que defina la ISES para garantizar los servicios ofrecidos en los diferentes planes a sus usuarios-asegurados.
6. Vigilar la capacidad de los prestadores de servicios y la infraestructura propia de la ISES, a efecto de que sea suficiente para dar el servicio contratado por los usuarios-asegurados.
7. Vigilar el estricto cumplimiento del programa de mejoramiento continuo en la prestación de servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención y que será definido por la propia ISES.
8. Conocer los informes del comisario, los dictámenes de los auditores externos y los dictámenes de la Secretaría de Salud.
9. Vigilar el cumplimiento por parte de la ISES de las presentes reglas.
10. Formular recomendaciones al director general de la ISES para la autocorrección de desviaciones en materia de la prestación de los servicios de salud, debiendo especificar en estos casos el plazo para su corrección e informar al Consejo de Administración de la misma.
11. Vigilar la adecuada recepción, seguimiento y resolución, por parte de la ISES, de las controversias de carácter médico presentadas.
12. Vigilar que en la ISES el juicio clínico del médico se salvaguarde en todo momento durante su práctica, siempre y cuando se base en los avances científicos, en la medicina basada en evidencias y en la ética médica.
13. Informar cuatrimestralmente a la Comisión y a la Secretaría de Salud, en la forma y términos que esta última establezca mediante disposiciones administrativas de carácter general, del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

**VIGESIMA.-** El Contralor Médico deberá asistir a las sesiones del consejo de administración de la ISES de que se trate, participando, en todo caso, con voz pero sin voto. Las funciones del Contralor Médico se ejercerán sin perjuicio de las que correspondan al comisario y auditores externos de la ISES de que se trate, de conformidad con las disposiciones aplicables.

**VIGESIMA PRIMERA.-** Para ser Contralor Médico se deberá cumplir, cuando menos, con los siguientes requisitos:

1. Ser médico o en su caso odontólogo que cuente con cédula profesional, que emita la Secretaría de Educación Pública.
2. Acreditar solvencia moral, así como especialidad clínica con certificación vigente o demostrada capacidad técnica y administrativa en servicios de salud mediante los estudios correspondientes y, en ambos casos, experiencia profesional con un mínimo de cinco años.
3. No haber sido condenado por delito que merezca pena privativa de la libertad o por delitos patrimoniales, intencionales o relacionados con su actividad médica.
4. No haber sido condenado en laudo emitido por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

5. No ser cónyuge o tener relación de parentesco por afinidad, civil o consanguíneo dentro del segundo grado o algún vínculo de relación laboral o profesional con:

- 5.1 Los accionistas de control de la ISES;
- 5.2 El director general de la ISES o los funcionarios que ocupen los dos niveles inmediatos inferiores a éste;
- 5.3 Los accionistas de control de los prestadores de la ISES;
- 5.4 Los funcionarios de los tres primeros niveles de la administración de los prestadores de la ISES cuando éstos cubran más del 5% de los recursos materiales y humanos para cumplir con los planes ofrecidos a la población asegurada.

6. No tener algún nexo patrimonial con las ISES autorizadas, ni vínculo laboral con la ISES de que se trate.

7. No ser prestador de la propia ISES o tener algún nexo patrimonial con prestadores de la ISES de que se trate.

8. No fungir como Contralor Médico en más de una ISES, con la excepción de que las ISES pertenezcan al mismo grupo financiero.

9. No encontrarse en alguno de los supuestos de impedimento para ser consejeros, y contralor normativo de las instituciones de seguros, previstos en la LGISMS.

10. Residir en territorio nacional.

11. Contar con la ratificación de su nombramiento, por parte de la Secretaría de Salud.

**VIGESIMA SEGUNDA.-** El Contralor Médico deberá cerciorarse de que las decisiones que se tomen en las sesiones del consejo de administración y comités en que participe, se apeguen a la normativa externa e interna en materia médica, así como a las sanas prácticas en materia de salud. Cuando el Contralor Médico tenga conocimiento de irregularidades que sean contrarias a las disposiciones legales aplicables, a la normativa interna aplicable, a las sanas prácticas en materia de salud o situaciones que no se hayan corregido en términos del numeral 10 de la Décima Novena de estas reglas, deberá presentar, en un plazo que no podrá exceder de diez días hábiles, al presidente del consejo de administración, al auditor interno, a la Comisión y a la Secretaría de Salud, un informe detallado sobre la situación irregular observada.

**VIGESIMA TERCERA.-** El Contralor Médico que no lleve a cabo sus funciones de vigilancia de conformidad con lo previsto en las presentes reglas y demás normativa aplicable, podrá ser sujeto a remoción o suspensión por parte de la Comisión, en los términos de la LGISMS.

## **CAPITULO QUINTO**

### **DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS**

**VIGESIMA CUARTA.-** Cuando la ISES preste los servicios con recursos propios deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico. Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, la ISES deberá establecer en éstos la obligación de los prestadores de cumplir con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana respectiva, sin perjuicio de observar las "Reglas de carácter general sobre los servicios y operaciones que contraten o efectúen con terceros o con las sociedades a que se refieren los artículos 68 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y 79 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, las instituciones y sociedades mutualistas de seguros e instituciones de fianzas, reputados complementarios o auxiliares de las operaciones que les son propias".

Cuando el asegurado así lo solicite, la ISES deberá cerciorarse de que sus prestadores transfieran un resumen clínico a la institución o prestador que el usuario indique, guardando la confidencialidad del caso y cumpliendo con los requisitos mínimos que establezca la Norma Oficial Mexicana respectiva en vigor.

## **CAPITULO SEXTO**

### **DEL CONTROL DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS**

**VIGESIMA QUINTA.-** La ISES deberá contar con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos a su cargo, cuya vigilancia será responsabilidad del Contralor Médico. Dicho programa deberá apegarse a las disposiciones administrativas de carácter general que al efecto emita la Secretaría de Salud. El programa deberá incluir los mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como la subutilización, sobreutilización y mal uso de los mismos.

**VIGESIMA SEXTA.-** La Secretaría de Salud evaluará periódicamente el cumplimiento del programa para el control de la utilización de los servicios médicos, emitiendo las recomendaciones que estime pertinentes, como parte de los elementos que considerará para efectos de la expedición de los dictámenes a los que se refieren la LGISMS. Para tal efecto, la ISES deberá contar con minutas, informes del Contralor Médico y otros documentos que comprueben la puesta en marcha del programa y den seguimiento a las acciones para el cumplimiento del mismo.

**VIGESIMA SEPTIMA.-** Los contratos que la ISES celebre con prestadores de servicios de salud no deberán incluir cláusulas que pudieran incentivar tanto la subutilización como la sobreutilización de recursos y el inadecuado uso de los mismos.

## **CAPITULO SEPTIMO**

### **DE LA MEJORA CONTINUA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO**

**VIGESIMA OCTAVA.-** La ISES deberá elaborar e instrumentar un programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención y fomente la enseñanza y la investigación médica. El programa contemplará el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de la ISES. Los indicadores serán congruentes con la base de datos del sistema estadístico a que se refiere el Título Sexto de las presentes reglas. Este programa deberá ajustarse a las disposiciones administrativas de carácter general que emita la Secretaría de Salud. Para tal efecto, la ISES deberá contar con minutas y otros documentos que comprueben la puesta en marcha del programa y den seguimiento a las acciones para el cumplimiento del mismo.

## **TITULO TERCERO**

### **DE LAS RESERVAS TECNICAS**

**VIGESIMA NOVENA.-** La ISES deberá constituir e incrementar las reservas técnicas correspondientes a los seguros de salud, de conformidad con lo dispuesto en la LGISMS, en las presentes reglas, en las disposiciones administrativas de carácter general en la materia emitidas por la Secretaría y la Comisión, así como en las demás disposiciones legales y administrativas aplicables.

## **CAPITULO PRIMERO**

### **DE LA RESERVA DE RIESGOS EN CURSO**

**TRIGESIMA.-** La ISES deberá constituir e incrementar la reserva de riesgos en curso de acuerdo a lo previsto en la LGISMS, y en las disposiciones administrativas de carácter general que de ella emanen.

**TRIGESIMA PRIMERA.-** Tratándose de pólizas que amparen contratos de seguros con vigencia superior a un año, la reserva de riesgos en curso podrá determinarse, según sea el caso, conforme a los procedimientos que al efecto establezca la Comisión mediante disposiciones administrativas de carácter general. Cuando por la naturaleza del plan así se justifique, la ISES podrá plantear otros procedimientos de constitución e incremento de la reserva de riesgos en curso. En este caso, deberán enviar a la Comisión, para efectos de autorización y registro, el procedimiento en cuestión, con la nota técnica del plan correspondiente.

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **DE LAS RESERVAS PARA OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR**

**TRIGESIMA SEGUNDA.-** La ISES deberá constituir las reservas para obligaciones pendientes de cumplir conforme a lo dispuesto en la LGISMS, en las disposiciones administrativas de carácter general que de ella emanen y en las presentes reglas.

## **TITULO CUARTO**

### **DEL REGISTRO DE PRODUCTOS**

## **CAPITULO PRIMERO**

### **DEL REGISTRO DE BASES TECNICAS**

**TRIGESIMA TERCERA.-** La ISES deberá registrar ante la Comisión, en la forma y términos que ésta establezca, mediante disposiciones administrativas de carácter general, las notas técnicas en que se sustenten cada una de sus coberturas, planes y primas netas de riesgo, de conformidad con lo establecido por la LGISMS.

La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud una relación de la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Tercero del Título Segundo de las presentes reglas.

Tratándose de productos de seguros distintos a los que se ofrecen al público, como contratos de adhesión, la ISES deberá apegarse a lo dispuesto por la LGISMS y demás disposiciones aplicables.

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **DEL REGISTRO DE DOCUMENTACION CONTRACTUAL**

**TRIGESIMA CUARTA.-** La ISES deberá registrar ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones administrativas de carácter general, los contratos de adhesión mediante los cuales se formalicen las operaciones de seguros que ofrezcan al público en general y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de los seguros de salud, así como los modelos de las cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, de conformidad con la LGISMS.

La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud una relación de la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Tercero del Título Segundo de las presentes reglas.

**TRIGESIMA QUINTA.-** La ISES deberá entregar al contratante un folleto explicativo junto con la póliza de seguro. Dicho folleto deberá describir de forma clara y precisa tanto el plan de seguro que se haya contratado como los planes a que se refiere la Cuadragésima Séptima de las presentes reglas; así como la forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados.

Asimismo, el folleto deberá detallar la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los usuarios-asegurados, en términos del artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

El folleto deberá contar con un suplemento que incluya todas las clínicas y hospitales empleados por la ISES para la atención de sus usuarios-asegurados, señalando si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General, así como los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el usuario-asegurado, y otros prestadores que podrán ser utilizados por éste, así como de la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones. Adicionalmente, el suplemento deberá establecer el mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

Este folleto y su suplemento deberán formar parte del producto que la ISES registre ante la Comisión.

La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Tercero del Título Segundo de las presentes reglas.

## **TITULO QUINTO**

### **DEL CAPITAL MINIMO DE GARANTIA, EL REASEGURO Y EL REGIMEN DE INVERSION**

#### **CAPITULO PRIMERO**

##### **DEL CAPITAL MINIMO DE GARANTIA**

**TRIGESIMA SEXTA.-** La ISES debe mantener recursos de capital suficientes para cubrir el requerimiento de capital mínimo de garantía a que se refiere la LGISMS, en las "Reglas para el capital mínimo de garantía de las instituciones de seguros" y demás disposiciones administrativas de carácter general aplicables.

#### **CAPITULO SEGUNDO**

##### **DEL REASEGURO**

**TRIGESIMA SEPTIMA.-** Las operaciones de reaseguro que realice la ISES se harán de conformidad con lo establecido en la LGISMS, en las disposiciones administrativas de carácter general que de ella emanen y en las presentes reglas.

#### **CAPITULO TERCERO**

##### **DEL REGIMEN DE INVERSION**

**TRIGESIMA OCTAVA.-** En lo relativo a la inversión de los recursos afectos a la cobertura de las reservas técnicas y del capital mínimo de garantía, la ISES deberá sujetarse a lo establecido en la LGISMS, en las Reglas de autorización de instituciones de seguros, demás disposiciones aplicables a la inversión de las reservas técnicas y al capital mínimo de garantía, así como a las presentes reglas.

**TITULO SEXTO**  
**DEL SISTEMA ESTADISTICO, LA COMERCIALIZACION Y LA OPERACION**

**CAPITULO PRIMERO**  
**DEL SISTEMA ESTADISTICO**

**TRIGESIMA NOVENA.-** La ISES deberá contar con una base de datos estadísticos y presentar ante la Comisión, en la forma y términos que ésta establezca mediante disposiciones administrativas de carácter general, la información estadística necesaria para la elaboración de las bases estadísticas y actuariales que sustenten las primas de riesgo del ramo de salud, la realización de estudios e investigaciones en materia de salud, así como para el desarrollo del propio sector, la evaluación de aspectos médicos, y para el análisis de su evolución, de conformidad con lo que se establece en las presentes reglas y en las disposiciones generales que al efecto emita la propia Comisión.

La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Tercero del Título Segundo de las presentes reglas.

**CUADRAGESIMA.-** Para dar cumplimiento a lo previsto en la regla anterior, la ISES deberá contar con un sistema estadístico propio que le permita procesar y disponer de la información estadística mínima que determine la Comisión, oyendo a la Secretaría de Salud, mediante disposiciones administrativas de carácter general, en donde se establecerá la forma y términos en que la ISES deberá entregar dicha información a la Comisión.

En este sentido, cuando la información estadística se origine en la prestación de los servicios y ésta se realice a través de contratos celebrados con terceros, la ISES deberá establecer en éstos la obligación de los prestadores de procesar, disponer y presentar la información estadística que permita dar cumplimiento a la ISES con lo previsto en este Capítulo.

**CUADRAGESIMA PRIMERA.-** La base de datos estadísticos que concentre la información estará a cargo de la Comisión, quien se encargará de recibir, administrar y procesar la información que proporcione la ISES. La Comisión y la Secretaría de Salud darán a conocer información e indicadores relativos a la operación del ramo de salud que orienten al público y contribuyan a la sana competencia y transparencia del sistema de la ISES.

**CAPITULO SEGUNDO**  
**DE LA COMERCIALIZACION**

**CUADRAGESIMA SEGUNDA.-** La ISES estará obligada a suscribir contratos de seguros, de acuerdo a lo que establecen la LGISMS, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las presentes reglas, los reglamentos expedidos por el Ejecutivo Federal y las disposiciones administrativas de carácter general que al efecto emita la Secretaría o, en su caso, la Comisión.

La ISES podrá realizar la comercialización de sus productos de manera directa o a través de agentes de seguros debidamente autorizados por la Comisión.

**CUADRAGESIMA TERCERA.-** En la elaboración de sus productos de seguros, la ISES procurará incorporar criterios de integralidad que contemplen acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, para las coberturas ofrecidas en los productos.

La Secretaría de Salud, como parte de las acciones que lleve a cabo para el otorgamiento de los dictámenes a los que se refiere el Capítulo Tercero del Título Segundo de las presentes reglas, podrá hacer recomendaciones a la ISES a fin de que se cumpla con lo establecido en el párrafo anterior.

**CAPITULO TERCERO**  
**DE LA OPERACION**

**CUADRAGESIMA CUARTA.-** La ISES deberá contar con una red de servicios propia, contratada o una combinación de ambas, que sea congruente en cuanto a su distribución territorial, con los lugares donde se comercializa y suscriben los mencionados contratos.

**CUADRAGESIMA QUINTA.-** La ISES deberá incluir en sus contratos una cláusula que la obligue al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el usuario-asegurado en los casos de urgencia médica, en los términos que establezca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que la propia red de servicios de la ISES no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato, por causas en que se acredite saturación, cambios en la red de infraestructura hospitalaria, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

En los términos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el usuario-asegurado haya asistido previamente a la propia red de servicios de la ISES y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de prestadores de la ISES, por la misma urgencia médica.

**CUADRAGESIMA SEXTA.-** La ISES deberá informar a los usuarios-asegurados los cambios en la red de infraestructura hospitalaria, por escrito y dentro de los quince días hábiles siguientes en que éstos sucedan.

**CUADRAGESIMA SEPTIMA.-** La ISES deberá ofrecer planes donde el usuario-asegurado pueda elegir médicos distintos a la red de la institución, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la ISES y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.

**CUADRAGESIMA OCTAVA.-** La ISES deberá establecer en sus pólizas si existe o no la renovación obligatoria de los planes contratados por los usuarios-asegurados y, en su caso, la edad máxima de renovación. En el caso de existir la renovación obligatoria de planes previamente contratados, sea por diseño del plan o por disposición legal o administrativa que así lo establezca, la ISES deberá utilizar criterios establecidos en la nota técnica correspondiente, con el objeto de evitar la discriminación selectiva en la renovación de planes.

**CUADRAGESIMA NOVENA.-** La ISES estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

En los contratos de seguro se establecerá que dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

En el caso de contratos de no adhesión podrán pactarse condiciones distintas a las previstas en el párrafo anterior, previo registro de la nota técnica y la documentación contractual del producto de que se trate ante la Comisión, de conformidad con la LGISMS y demás disposiciones aplicables.

**QUINCUAGESIMA.-** En los contratos de seguro de salud se deberá establecer que la ISES sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la ISES cuente con pruebas documentales de que el usuario-asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al usuario-asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el usuario-asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la ISES, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al usuario-asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Lo anterior, debe hacerse del conocimiento del usuario-asegurado.

La ISES podrá establecer en sus contratos, las enfermedades y/o padecimientos respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera.

Asimismo, se podrá establecer que en el caso de que el usuario-asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la ISES podrá aceptar el riesgo declarado.

**QUINCUGESIMA PRIMERA.-** En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, la ISES deberá sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Lo anterior, sin perjuicio de ejercer las acciones civiles o penales conducentes.

#### **TRANSITORIAS**

**PRIMERA.-** Las presentes reglas entrarán en vigor el día hábil siguiente al su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDA.-** Se abrogan las "Reglas para la Operación del Ramo de Salud" publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo de 2000 y modificadas mediante Acuerdos publicados en ese mismo diario el 26 de abril de 2001 y 10 de octubre de 2003, sin embargo, quedan en vigor para el solo efecto de aplicar las sanciones previstas en la LGISMS a aquellas ISES que no hubiesen dado debido cumplimiento a las mismas y para que los procedimientos administrativos derivados de su inobservancia se continúen hasta su conclusión.

**TERCERA.-** Las disposiciones administrativas emitidas con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de estas reglas, se seguirán aplicando en tanto no se opongan a lo dispuesto en las mismas.

Las presentes reglas se expiden en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los seis días del mes de abril de dos mil diez.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Ernesto Javier Cordero Arroyo.-** Rúbrica.

#### **REGLAS para fijar los límites máximos de retención de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en las operaciones de seguro y reaseguro.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

#### **REGLAS PARA FIJAR LOS LIMITES MAXIMOS DE RETENCION DE LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS EN LAS OPERACIONES DE SEGURO Y REASEGURO.**

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con fundamento en los artículos 31, fracciones VIII y XXV, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2o., 33-B, 37, 76 y 86 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y en ejercicio de las atribuciones que a su titular confiere el artículo 6o., fracción XXXIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y

#### **CONSIDERANDO**

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 contempla como parte de las estrategias del objetivo relativo a la democratización del sistema financiero, sin poner en riesgo la solvencia del mismo en su conjunto y fortaleciendo el papel de dicho sector como detonador del crecimiento, la equidad y el desarrollo de la economía nacional, entre otras acciones, la promoción de una regulación que mantenga la solidez del sistema y la competencia en el sector financiero a través de la entrada de nuevos participantes, de una mayor diversidad de productos, vehículos y servicios financieros, así como mediante la ampliación de las operaciones de los participantes ya existentes, lo que se traducirá en menores costos, mejores servicios y mayor cobertura.

Que en el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012, se establece que el dinamismo del sector asegurador mexicano no sólo se encuentra vinculado con el comportamiento de factores macroeconómicos, sino también con factores como el mantenimiento de un marco de regulación y de supervisión eficiente y efectivo, actualizado conforme a estándares y a las mejores prácticas internacionales; con iniciativas gubernamentales que permitan ampliar las áreas de participación de los seguros en la economía y estimulen una mayor adquisición de los mismos; con estrategias y acciones que implemente la propia industria aseguradora para ampliar el entendimiento entre la población del mecanismo de compensación que representan los seguros entre la población; y también con una mayor cultura de prevención de riesgos y aseguramiento en México.

Que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su artículo 37 establece que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante reglas de carácter general, determinará en cada operación o ramo los límites máximos de retención de las instituciones de seguros en un solo riesgo.

Que el artículo 86 de la Ley invocada señala que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, oyendo previamente a la sociedad mutualista de seguros interesada, fijará el límite máximo de responsabilidad que pueda asumir en cada riesgo, estableciendo, asimismo, que a las sociedades mutualistas de seguros les será aplicable lo dispuesto por los artículos 37 y 38 de la citada Ley.

Que las instituciones y las sociedades mutualistas de seguros en la determinación del límite máximo de retención de las obligaciones que asumen, deberán tomar en cuenta el volumen de sus operaciones o ramo que corresponda, la calidad y el monto de sus recursos, así como el de las sumas en riesgo, las características de los riesgos que asumen, la composición de su cartera, la experiencia obtenida respecto al comportamiento de la siniestralidad y las políticas que aplique para ceder o aceptar reaseguro, tanto del país como del extranjero, según corresponda.

Que a través de la emisión de las presentes reglas, se busca preservar la seguridad de las operaciones y ramos que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros están autorizadas a practicar, así como aprovechar la capacidad de retención de éstas y proteger su solidez financiera, a fin de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones con los asegurados.

Que el consejo de administración de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros está obligado a definir y aprobar entre otras, las políticas y normas en materia de suscripción de riesgos, inversiones, administración integral de riesgos, reaseguro, reaseguro financiero, comercialización, desarrollo de la institución y financiamiento de sus operaciones, así como los objetivos estratégicos en esas materias y los mecanismos para monitorear y evaluar su cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el artículo 29 Bis, fracción I, numeral 1) de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Que el nivel máximo de riesgos retenido de cada institución o sociedad mutualista de seguros definido en términos de los límites máximos de retención por cada riesgo, forma parte de los procesos de suscripción y administración de riesgos, por lo que la determinación, establecimiento y aplicación de dichos límites máximos de retención debe hacerse como parte de los mencionados procesos.

Que se ha determinado que los límites máximos de retención sean establecidos como parte de los esquemas de suscripción y administración de riesgos de cada institución o sociedad mutualista de seguros, bajo la autorización de su consejo de administración.

En virtud de lo expuesto y después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se emiten las siguientes:

## **REGLAS PARA FIJAR LOS LIMITES MAXIMOS DE RETENCION DE LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS EN LAS OPERACIONES DE SEGURO Y REASEGURO**

### **CAPITULO PRIMERO**

#### **Disposiciones Generales**

**PRIMERA.-** Para efectos de las presentes reglas, se entenderá por:

- I. Comisión, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- II. Consejo de Administración, al consejo de administración de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros.
- III. Institución, en singular o plural, a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros.
- IV. Ley, a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- V. Secretaría, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**SEGUNDA.-** La fijación de los límites máximos de retención que en cada operación o ramo asuman las Instituciones, será responsabilidad del Consejo de Administración y se sujetará a lo previsto en los artículos 29 Bis, 37 y 86 de la Ley, así como a las presentes reglas.

**TERCERA.-** La Secretaría será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos todo lo relacionado con estas reglas.

**CUARTA.-** La Comisión, en ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia que le otorga la Ley y sin perjuicio de lo previsto en las presentes reglas, podrá establecer la forma y términos en que las Instituciones deberán informarle y comprobarle todo lo concerniente a la fijación de sus límites máximos de retención que asuman en las operaciones o ramos de seguro y reaseguro.

Las Instituciones deberán presentar, en la forma y términos que al efecto establezca la Comisión mediante disposiciones de carácter general, el acuerdo del Consejo de Administración en el que se hayan fijado los límites de retención aprobados para cada operación o ramo.

**QUINTA.-** En la fijación de los límites máximos de retención, las Instituciones deberán procurar el aprovechamiento de su capacidad de retención, el desarrollo de políticas adecuadas para la cesión y aceptación, según corresponda, de reaseguro interno o externo, así como la dispersión de aquellos riesgos que por su naturaleza puedan afectar su solvencia y estabilidad.

El límite máximo de retención será la cantidad máxima que las Instituciones podrán retener en cada uno de los riesgos asegurados en las pólizas en vigor, una vez deducida la parte cedida en los diversos contratos de reaseguro en que participen, considerando como parte de dicho límite: los deducibles, franquicias, corredores o cualquier otro elemento que los contratos de reaseguro establezcan y que puedan resultar en responsabilidad que la Institución que cede el riesgo, deba asumir.

**SEXTA.-** Los límites máximos de retención que asuman las Instituciones por cada operación o ramo que tengan autorizado practicar, serán los que apruebe su Consejo de Administración, los cuales deberán ser fijados mediante procedimientos técnicos de valoración de riesgos, atendiendo a los principios establecidos en los artículos 37 y 86 de la Ley, así como a lo previsto en las presentes reglas.

Los límites máximos de retención deberán fijarse anualmente, al momento en que se realice el diseño de los planes anuales de reaseguro de las Instituciones. Adicionalmente, las Instituciones podrán realizar ajustes a su límite máximo de retención durante el año, siempre y cuando existan cambios importantes en su cartera de riesgos, los cuales deberán ser autorizados previamente por su Consejo de Administración y hacerlos del conocimiento de la Comisión.

El límite máximo de retención deberá fijarse al menos por cada operación o ramo que tenga autorizado la Institución a practicar. Sin perjuicio de lo anterior, atendiendo la naturaleza de los riesgos asegurados, las Instituciones podrán establecer límites de retención por cada ramo, subramo o tipo de seguro que operen.

**SEPTIMA.-** Los límites máximos de retención por cada operación, ramo, subramo o tipo de seguro que practiquen las Instituciones y que apruebe su Consejo de Administración, deberán fijarse mediante la aplicación de un método técnico que tome en cuenta lo siguiente: el volumen que represente en el ejercicio de su actividad la operación, ramo, subramo o tipo de seguro que corresponda; la calidad y el monto de sus recursos; así como el monto de las sumas en riesgo; las características de los riesgos que asuma; la composición de su cartera; la experiencia obtenida respecto al comportamiento de la siniestralidad, y sus políticas de reaseguro.

El método técnico para fijar los límites máximos de retención, deberá permitir que la Institución conozca con un alto grado de confiabilidad, que el límite de retención adoptado es un valor tal que en escenarios adversos probables de ocurrencia de siniestros, no pone en riesgo su solvencia. Se entenderá como escenarios adversos probables, aquellos en los que se considere la ocurrencia simultánea de siniestros de las pólizas con las mayores sumas aseguradas contenidas en el portafolio de pólizas en vigor de la Institución.

La fijación del límite máximo de retención deberá realizarse con la información de pólizas en vigor de la Institución, pudiendo incorporar al cálculo carteras hipotéticas de pólizas que correspondan a los planes de negocio del año de que se trate o negocios en donde la Institución conozca su futura realización.

Si el límite máximo de retención obtenido conforme a la aplicación del método técnico mencionado en la presente regla, resulta superior, por cada riesgo asegurado, al 5% de los activos computables al capital mínimo de garantía de acuerdo a los límites de inversión establecidos en las Reglas para el Capital Mínimo de Garantía de las Instituciones de Seguros (AcCMG). más los activos computables al capital mínimo de garantía en exceso a los límites de inversión previstos en las citadas Reglas, la Institución deberá presentar ante la Comisión, la opinión de un actuario independiente certificado para el registro de notas técnicas de la operación de que se trate, el cual deberá pronunciarse sobre la viabilidad de dicho límite de retención y del modelo actuarial con que fue calculado.

En el caso de sociedades mutualistas de seguros, el límite máximo de retención obtenido conforme a la aplicación del método técnico mencionado en la presente regla, deberá corresponder, por cada riesgo asegurado a una cantidad que no sea superior al 5% de su patrimonio.

**OCTAVA.-** El método técnico a que se refiere la Séptima de estas reglas, deberá ser aprobado por el Consejo de Administración de la Institución debiendo contar previamente con la opinión favorable de un actuario certificado para el registro de notas técnicas de la operación de que se trate, quien se pronunciará respecto al impacto que puede tener sobre la solvencia de la Institución, la adopción de los límites máximos de retención que resulten del procedimiento aplicado, y de la observancia que se ha dado a los lineamientos establecidos en las presentes reglas, pudiendo sugerir cualquier cambio sobre el procedimiento técnico, escenario e hipótesis utilizadas en la determinación de dicho límite.

**NOVENA.-** El método técnico mencionado en la Séptima y Octava de estas reglas, los límites máximos de retención aprobados por el Consejo de Administración y la opinión del actuario certificado a que se refieren las reglas anteriores, deberán ser resguardados por la Institución y estar disponibles en caso de que sean requeridos por la Comisión, en cualquier tiempo para efectos de inspección y vigilancia.

**DECIMA.-** Cuando la Comisión, en el ejercicio de sus facultades de inspección y vigilancia, determine que una Institución ha incumplido con los límites máximos de retención aprobados por su Consejo de Administración o bien, que dichos límites no se apegan a lo establecido en los artículos 37 y 86 de la Ley, así como a lo indicado en las presentes reglas, procederá a requerir a la Institución de que se trate un plan de regularización en términos de lo señalado en el artículo 74 Bis de la Ley.

#### TRANSITORIAS

**PRIMERA.-** Las presentes reglas entrarán en vigor el día hábil siguiente a la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDA.-** A partir de la entrada en vigor de las presentes reglas, se abrogan las Reglas para fijar los límites máximos de retención de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en las operaciones de seguro y reaseguro, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 1996, modificadas mediante Acuerdo publicado en el mismo Diario el 28 de mayo de 1998, y se deja sin efecto la Circular S-9.6.2 emitida por la Comisión el 4 de enero de 2000 y publicada en el mismo Diario el 17 de ese mismo mes y año, sin embargo, quedan en vigor para el solo efecto de aplicar las sanciones previstas en la Ley a aquellas Instituciones que no hubiesen dado debido cumplimiento a las mismas, y para que los procedimientos administrativos derivados de su inobservancia se continúen hasta su conclusión.

**TERCERA.-** Las Instituciones en un plazo que no excederá de un año, contado a partir de la entrada en vigor de las presentes reglas, deberán fijar sus límites máximos de retención conforme a lo indicado en las mismas, pudiendo entretanto fijar su límite de retención en los términos establecidos en las Reglas para fijar los límites máximos de retención de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en las operaciones de seguro y reaseguro, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 1996, modificadas mediante Acuerdo publicado en el mismo Diario el 28 de mayo de 1998.

Las presentes reglas se emiten en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los seis días del mes de abril de dos mil diez.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Ernesto Javier Cordero Arroyo**.- Rúbrica.

**EXTRACTO de la Resolución mediante la cual se cancela la patente de agente aduanal 1132 y autorización 3356, otorgadas a favor del C. Vicente Martín Urquizu García.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Servicio de Administración Tributaria.- Administración General de Aduanas.- Administración Central de Regulación Aduanera.- Exp. 29/165/AGJ/3356/2003.- 800-02-02-00-00-2010-4961.

EXTRACTO DE LA RESOLUCION MEDIANTE LA CUAL SE CANCELA LA PATENTE DE AGENTE ADUANAL 1132 Y AUTORIZACION 3356, OTORGADAS A FAVOR DEL C. VICENTE MARTIN URQUIZU GARCIA.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 189 del Reglamento de la Ley Aduanera y con motivo del cambio de atribuciones previstas en el Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria, publicado el 22 de octubre de 2007, en el Diario Oficial de la Federación, reformado mediante Decreto de 29 de abril de 2010, publicado en el mismo Organó oficial, el Administrador General de Aduanas y el Administrador Central de Regulación Aduanera, son las autoridades competentes para iniciar, tramitar y resolver procedimientos de Cancelación de Patente de Agente Aduanal, en términos de lo dispuesto por los artículos 2, 8, 9 penúltimo párrafo, 10, 11 fracción IV y párrafos siguientes a la fracción LXXXVII y 12 apartado B, del Reglamento citado con antelación, por lo que se procede a continuación a realizar un extracto de la resolución contenida en el oficio 325-SAT-V-A-12864 de 13 de noviembre de 2003, dictada en el expediente 29/165/AGJ/3356/2003, a través de la cual se cancela la patente de agente aduanal 1132, adscrita a la Aduana del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México y autorización 3356, para actuar en aduanas distintas a la de su adscripción, otorgada al C. Vicente Martín Urquizu García, misma que quedó firme en virtud de que por acuerdo de 12 de agosto de 2008, el Tribunal del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, resolvió no Ampararle ni Protegerle en contra de la ejecutoria de 31 de marzo de 2006, pronunciada por el Décimo Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, en el Amparo Directo D.A. 87/2006, derivado del Juicio de Nulidad 6197/04-17-11-4, en el cual la Décimo Primera Sala Regional Metropolitana del Tribunal Superior de Justicia Fiscal y Administrativa, con fecha 22 de abril de 2005, reconoció la Validez de la resolución impugnada.

En virtud de que la instrucción del Procedimiento Administrativo de Cancelación de Patente de Agente Aduanal número 29/165/AGJ/3356/2003, en contra del C. Vicente Martín Urquizu García, que se originó con motivo de la tramitación del pedimento de importación número 02 24 3356 2002885, de fecha de pago 21 de octubre de 2002, ante la Aduana de Nuevo Laredo, tramitado a favor de Multiservicios Industriales Internacionales, S.A. de C.V., al omitir el permiso previo de la Secretaria de Economía, requerido para la importación de mercancía consistentes en 10 piezas de motores usados de émbolo (pistón) alternativo de encendido por chispa, y toda vez que no desvirtuó en éste procedimiento las irregularidades imputadas, con fundamento en lo previsto en el artículo 165 fracción II, inciso b) de la Ley Aduanera, vigente en la época de los hechos, se cancela la patente 1132 y autorización 3356, expedidas a favor de Vicente Martín Urquizu García.

Lo anterior, con el objeto de notificar a los clientes de asuntos no concluidos por el referido Agente Aduanal. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 189 del Reglamento de la Ley Aduanera. PUBLIQUESE EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL PRESENTE OFICIO.

Atentamente

México, D.F., a 7 de mayo de 2010.- En suplencia por ausencia del Administrador Central de Regulación Aduanera y del Administrador de Regulación Aduanera "1", con fundamento en los artículos 2, 8 cuarto párrafo, 9 penúltimo párrafo, 10 y 11 fracción IV y párrafos siguientes a la fracción LXXXVII y 12 apartado B, del Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de octubre de 2007, reformado mediante Decreto publicado el 29 de abril de 2010, en el mismo órgano oficial, firma el Administrador de Regulación Aduanera "2", **José Alberto Magallón Estrada**.- Rúbrica.