

Los Documentos de Trabajo del CONAPRED representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación en estudios y para recibir comentarios sobre su posible publicación futura. Se agradecerá que éstos se hagan llegar directamente a la Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Dante 14, séptimo piso, Col. Anzures, Del. Miguel Hidalgo, CP 11590, México, D.F., TEL. 52 03 36 49; o a la dirección de correo: dceron@conapred.org.mx. Producción a cargo de las y los autores, por lo que tanto el contenido como la redacción son responsabilidad suya.

Este documento fue realizado por el Lic. Rodolfo Millán Dena, a solicitud de la Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas.



Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación  
y Políticas Públicas  
Documento de Trabajo No. E-18-2006

---

**“DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD POR PARTE DE LAS EMPRESAS  
ASEGURADORAS EN MÉXICO.”**

Diciembre de 2006

© Derechos Reservados 2007  
COLECCIÓN ESTUDIOS 2006  
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Dante Núm. 14, Col Anzures.  
Del. Miguel Hidalgo.  
CP 11590, México, D.F.

Se permite la reproducción total o parcial del material incluido en esta obra bajo autorización de la institución y siempre que se cite la fuente completa.

## **Directorio**

Gilberto Rincón Gallardo y Meltis  
Presidente

José López Villegas  
Director General Adjunto de Estudios, Legislación y Políticas Públicas

José Luis Gutiérrez Espíndola  
Director General Adjunto de Vinculación, Programas Educativos y Divulgación

Vilma Ramírez Santiago  
Directora General Adjunta de Quejas y Reclamaciones

María José Morales García  
Directora de Coordinación Territorial e Interinstitucional

José Luis Páez Caballero  
Director de Administración y Finanzas

## **Programa de Estudios 2006**

José López Villegas  
Director General

Alexandro Escudero Nahón  
Director de Programa

Diana Paola Cerón Ruiz  
Coordinadora académica

Lillian Valerie Alvarez Melo  
Coordinadora administrativa

Diana Paola Cerón Ruiz  
Lillian Valerie Alvarez Melo  
Editoras de sección

## **SINTESIS**

En la primera parte de este trabajo se introduce brevemente al lector en los problemas a los que se enfrentan las personas con discapacidad, en las que se hace objeto de prácticas discriminatorias por parte de las instituciones de seguros. Se les niega el acceso a la contratación de seguros de vida y de seguros de accidentes y enfermedades, agravando su situación de vulnerabilidad social y negándoles la equiparación de oportunidades.

Se aborda el sustento teórico, al que se denomina Marco Conceptual y se apuntan los distintos niveles teóricos en los que hay que abordar el tema de estudio. Se delimita el universo, precisando, en lo posible, lo que ha de entenderse por capacidad legal, discapacidad, deficiencia, minusvalía, salud, ámbitos de salud, etcétera. Se formula también una breve descripción y explicación de las categorías que son propias del contrato de seguro y su naturaleza mercantil.

En la segunda parte de la investigación, llamada Marco Legal, se hace una crítica de diversos ordenamientos legales, empezando por la Ley sobre el Contrato de Seguro –de carácter eminentemente privado- y se continúa con todo el entramado jurídico de la legislación administrativa que regula la actividad del sector de seguros, especialmente la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En el caso específico, dado el carácter técnico de la materia, pusimos énfasis en establecer el apoyo legal de los mecanismos de los que se puede echar mano para contrarrestar las prácticas discriminatorias detectadas, antes de hacer una enumeración acrítica de aquellas normas que pudieran ser discriminatorias por sí mismas. En ese contexto, se describe el contenido general de tales ordenamientos y se destacan algunas de sus singularidades. Se apuntan algunas sugerencias en relación con reformas pertinentes a la Ley Federal del Trabajo.

Posteriormente se hace un recuento breve del resultado del diagnóstico acerca de la oferta de productos en el mercado asegurador, con el que se puede comprobar la existencia de las prácticas discriminatorias que se atribuyen a las compañías aseguradoras en este trabajo.

En la última parte, se concluye con una propuesta de Agenda, que posibilite la existencia -en el campo de los seguros personales y, concretamente por lo que se refiere a las personas con discapacidad-, de normas que garanticen el tratamiento igualitario y la igualdad de oportunidades para todos los habitantes de la República.

### **Síntesis curricular del autor**

Rodolfo Millán Dena es abogado egresado de la Escuela Libre de Derecho, con estudios de posgrado en la misma institución y estudios de especialización en Relaciones Internacionales y Derecho Internacional por el Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos. Es coautor de los textos de Teoría del Estado y Derecho Mercantil I del Instituto de Tecnología Educativa de la Universidad Tecnológica de México. Es coautor del libro El Sida en México, publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana. Ha sido profesor de la carrera de Derecho en la Universidad Anáhuac del Norte y en la Universidad Tecnológica de México. Se dedica al ejercicio libre de su profesión desde el año de mil novecientos ochenta y uno.

## **INDICE**

<b>Síntesis</b>	<b>3</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>6</b>
<b>2. Marco conceptual</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Capacidad legal y discapacidad</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Contrato de seguro y su naturaleza mercantil</b>	<b>23</b>
<b>2.3. Conceptos fundamentales del contrato de seguro</b>	<b>27</b>
<b>3. Marco legal del contrato de seguro</b>	<b>35</b>
<b>3.1. Análisis de la ley sobre el contrato de seguro</b>	<b>36</b>
<b>3.2. Análisis de la ley general de instituciones de seguros</b>	<b>44</b>
<b>3.3. Análisis de la ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros</b>	<b>70</b>
<b>3.4. Análisis de la ley federal del trabajo</b>	<b>78</b>
<b>3.5. Análisis de la ley general de personas con discapacidad</b>	<b>92</b>
<b>3.6. Referencia a la ley federal de protección al consumidor</b>	<b>93</b>
<b>3.7. Análisis del reglamento del seguro de grupo</b>	<b>94</b>
<b>3.8. Referencia al reglamento interior de la comisión nacional de seguros y fianzas</b>	<b>96</b>
<b>3.9. Referencia a las políticas de suscripción</b>	<b>97</b>
<b>3.10. Condiciones generales en los contratos de seguros</b>	<b>98</b>
<b>4. La oferta de seguros</b>	<b>101</b>
<b>5. Seguro de larga dependencia</b>	<b>113</b>
<b>6. Seguro popular</b>	<b>115</b>
<b>7. Agenda</b>	<b>117</b>
<b>7.1. Propuesta de reformas legales</b>	<b>118</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>128</b>
<b>Glosario</b>	<b>135</b>

## **1.- INTRODUCCION.**

Las compañías aseguradoras se niegan a contratar con personas que tienen alguna discapacidad. En la actividad cotidiana de dichas instituciones se ha formulado el término de “riesgos prohibidos” que, en la jerga de los agentes de seguros hace alusión a los riesgos que no son asegurables, es decir, aquellos que no pueden llegar a concluir en un contrato de seguro y la correspondiente expedición de la póliza. Son, en la práctica cotidiana de dichas instituciones, padecimientos que se evidencian o derivan de la mala condición física o de la mala salud del solicitante de una póliza de seguros para personas. Dada la libertad de contratación que rige en este ámbito, las instituciones de seguro deciden con absoluta discrecionalidad cuáles son los riesgos asegurables y cuáles no. Pero existen una serie de afecciones y deficiencias que son, casi automáticamente, calificadas de “riesgo prohibido” y, en consecuencia, no asegurable. La arterioesclerosis, la apoplejía, la ceguera absoluta, el cáncer, la diabetes, la epilepsia, la neurastenia, las enfermedades medulares, cardíacas y cerebrales, la parálisis o la tuberculosis son regularmente rechazadas. Recién que apareció en el firmamento médico el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), también fue incluido dentro de esta verdadera “lista negra”. Esta breve referencia es una muestra de la situación real de discriminación que sufre este sector social y que exige medidas concretas para remediarlo. Las compañías aseguradoras parten de varios supuestos que se confrontan con las políticas de inclusión social. Por una parte, se consideran a sí mismas, exclusivamente como administradoras de un universo de asegurados, frente a los cuales su responsabilidad contractual se limita al mundo de los negocios, pero sin contenido social específico. En ese sentido, pasando por alto el origen mutualista y carácter solidario del contrato de seguro, pretenden actuar simplemente como intermediarias o mandatarias de ese universo difuso, que sólo ellas conocen. Sin embargo, el hecho de que la relación establecida entre las instituciones de seguros y sus asegurados sea de carácter mercantil, no les exime de observar, en su actuación cotidiana, criterios contenidos en la legislación para evitar y eliminar la discriminación en México.

Por otro lado, conceptos tales como riesgo, siniestro y siniestralidad, que son propias y exclusivas de la legislación de seguros, se calculan estadísticamente. Tales procesos actuariales se basan en un perfil predeterminado de los potenciales asegurados, que conlleva, necesariamente, un acto de selección. Sin embargo, este procedimiento selectivo, aunque pudiera justificarse técnicamente, deviene discriminatorio. Además, sus criterios pretenden sustentarse y modificarse en la experiencia que acumulan a lo largo de realizar sus operaciones en un determinado período. Sin embargo, cuando se trata de personas con discapacidad, se hace evidente que no tienen experiencia ni información que aporte en beneficio de sus políticas de operación o de sus criterios de desempeño, de lo que se concluye que —ante la ausencia de conocimiento empírico demostrable— tales políticas y criterios se basan en el prejuicio. Hay que considerar que la discriminación se da fundamentalmente en la rama de seguros personales —como son los de gastos médicos mayores, de vida o de accidentes— en los que la negativa a contratar se da de manera general, sin considerar que la discapacidad tiene grados, tiene muchas formas de presentarse en las personas y que, en todo caso, pueden inhabilitar para realizar algunas actividades pero no todas. Más aún, si no se cuenta con los elementos ambientales y sociales para el desempeño. Al respecto, se aduce que el contrato de seguro tiene por objeto que la institución aseguradora responda ante una eventualidad —que puede consistir precisamente en una enfermedad, un padecimiento permanente, una incapacidad total o parcial— y que, en el caso de las personas con discapacidad, piensan que esa eventualidad ya está presente y, consecuentemente, no puede ser materia de la referida relación contractual. En ese mismo sentido, la atención de determinadas enfermedades, cuando resultan crónicas, pueden limitarse contractualmente, sin significar por ello un riesgo para la estabilidad económica de las aseguradoras y sin que ello implique excluir todo tipo de enfermedades o deficiencias de manera genérica. Las instituciones de seguros deben contribuir a alcanzar el objetivo superior de evitar y eliminar toda clase de discriminación.

## 2.- MARCO CONCEPTUAL.

Toda investigación requiere un estudio previo acerca del marco conceptual que servirá de referente al análisis que se realice. Además, contribuye a delimitar el universo de estudio y, en todos los casos, a establecer un método de comunicación eficaz entre el investigador y los lectores.

### 2.1. Capacidad legal y Discapacidad.

Los conceptos de ser humano y persona, aunque debieran ser sinónimos, han devenido en categorizaciones de diferentes disciplinas.

“COING ha señalado que históricamente el problema de un concepto jurídico de persona tiene un carácter civilista, a diferencia de la doctrina relativa a los derechos humanos, que en general ha marchado aislada respecto a la doctrina de la personalidad. Hasta llegar a la filosofía clásica y especialmente a KANT, las dos ideas -persona y derechos fundamentales- no reciben un nuevo impulso ni se percibe la conexión entre ellos...(aunque) una y otros tienen su base en la personalidad ética del hombre.”<sup>1</sup>

Ese singular distanciamiento entre las concepciones de ser humano y persona, ha permeado igualmente en las ideas de capacidad, incapacidad y discapacidad.

Para entender cabalmente esta afirmación, hay que recordar que los atributos de los seres humanos o *personas físicas* son la nacionalidad, el nombre, el domicilio, el patrimonio, el estado civil y la capacidad jurídica. Esta última, por su parte, se divide en capacidad de goce y capacidad de ejercicio.

“La capacidad de goce es la aptitud para ser titular de derechos o ser sujeto de obligaciones. Todo sujeto debe tenerla. Si se suprime desaparece la personalidad por cuanto que impide al ente la posibilidad jurídica de actuar...la capacidad de

---

<sup>1</sup> Legaz Lacambra, Luis, *La Noción Jurídica de la Persona Humana y los Derechos del Hombre en Humanismo, Estado y Derecho*. Barcelona, 1960, citado en Galindo Garfias, Ignacio, *Derecho Civil*, México, Porrúa, 1998, Parte General, Personas y Familia.

ejercicio ...es la aptitud de participar directamente en la vida jurídica, es decir, de hacerlo personalmente...”<sup>2</sup>

Esta capacidad de ejercicio supone que tales seres humanos tienen la posibilidad jurídica de hacer valer directamente sus derechos y, en su caso, la de contraer y cumplir sus obligaciones también en forma directa, sin intermediarios. Es la conducta de realizar los actos jurídicos que le involucren *en nombre propio*.

La capacidad de goce es esencial y todas las personas físicas vivas, es decir, los seres humanos, la poseen. Por lo que se refiere a la capacidad de ejercicio, la regla es, también, que todos los individuos estén investidos de ella y que, sólo por excepción, se les limite. Tales restricciones estaban reglamentadas en el Código Civil para el Distrito Federal, en materia común y para toda la República en materia federal, desde su promulgación en mil novecientos veintiocho hasta su reforma en el mes de julio de mil novecientos noventa y dos, de la siguiente manera:

“Artículo 450.- Tienen incapacidad natural y legal:

- I. Los menores de edad, y
- II. Los mayores de edad *privados de inteligencia* por locura, idiotismo o imbecilidad, aun cuando tengan intervalos lúcidos;
- III. Los *sordomudos* que no saben leer ni escribir;
- IV. Los ebrios consuetudinarios y los que habitualmente hacen uso inmoderado de drogas enervantes.”<sup>3</sup>

La incapacidad natural estaba delimitada en la primera fracción del artículo cuatrocientos cincuenta referida y la incapacidad legal se preveía en las restantes fracciones (de la segunda a la cuarta) del mencionado dispositivo legal. Sin embargo, las categorías jurídicas previstas en la norma antes transcrita, aunque

---

<sup>2</sup> Rojina Villegas, Rafael, *Compendio de Derecho Civil*, México, Porrúa, 1985, Tomo I, Introducción, Personas y Familia.

<sup>3</sup> Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, México, Porrúa, 1989

estuvieron vigentes durante más de ochenta años –si se considera la redacción del dispositivo legal contenido en el Código Civil que fue antecedente del promulgado en mil novecientos veintiocho– no apreciaban los distintos grados de las discapacidades, esto es, aquellas afecciones o deficiencias que, real o materialmente presentan las personas y que no les impiden, necesariamente, autogobernarse. En efecto, la redacción del artículo cuatrocientos cincuenta reproducido antes, hace evidentes las ideas que predominaban en aquella época y ponen de manifiesto, también, la forma en que etiquetaban, de manera genérica, con vocablos que devinieron peyorativos (idiotez, imbecilidad, locura) a deficiencias que consistían casi en una misma condición que privaba a quien la tenía de toda posible expresión de raciocinio. El avance del conocimiento científico nos permite saber, ahora, que esto no es así.

El Código referido en los párrafos anteriores -que regía en el Distrito Federal como legislación común, pero que también se aplicaba en toda la República, como legislación federal- al reformarse el estatus constitucional del Distrito Federal y expedirse su propio Estatuto, debió transformarse en dos cuerpos normativos distintos, uno exclusivo para el Distrito Federal, de aplicación local y otro de alcances y carácter federal. Así, en el mes de julio de mil novecientos noventa y dos, los legisladores introdujeron reformas pertinentes a la normatividad civil, a fin de incorporar las concepciones más adelantadas de lo que contemporáneamente se conoce como discapacidad y, de esa suerte, la actual redacción del mismo artículo del Código Civil Federal establece:

“Artículo 450.- Tienen incapacidad natural y legal:

- I. Los menores de edad, y
- II. Los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedades o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes; siempre que debido a la limitación o la alteración en la inteligencia

que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún tiempo. “<sup>4</sup>

Como se advierte del texto copiado arriba, la norma legal distingue ya entre deficiencia y discapacidad; las clasifica partiendo de sus distintas formas de manifestación, ya sean, físicas, psicológicas o sensoriales; matiza entre la perturbación y disminución de la inteligencia, previendo que sólo serán motivo de la declaración de incapacidad aquellas que provoquen que la personas que las sufran “no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos o manifestar su voluntad”. De lo expuesto y haciendo una interpretación a *contrario sensu*, resulta que la legislación reconoce la posibilidad de que existan deficiencias no persistentes o discapacidades que no impidan, a quienes las presentan, gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad de manera independiente y autónoma. No obstante, debe aclararse que la norma sigue conteniendo términos como “disminuidos”, “perturbados” o “afección” que, a la luz de los actuales avances del conocimiento científico son inadecuados y que, por la carga social contenida en ellos, resultan discriminatorios.

El dictamen de la Comisión legislativa correspondiente a la Cámara de Senadores, que actuaba como cámara revisora de dicha reforma al Código Civil, explica claramente la *ratio legis* <sup>5</sup> de dicha modificación legal:

“Se trata de tutelar, de manera congruente con el estado actual de nuestra sociedad, los intereses de los menores de edad y de los incapaces.

Para ello se han valorado los avances sociales, las prácticas y los diagnósticos integrales que existen actualmente en materia de personas que sufren algún tipo de incapacidad física o psicológica...también se pretende superar connotaciones peyorativas, vejatorias y ofensivas para las personas que padecen limitaciones de carácter físico o psicológico, a fin de que nuestra legislación civil reitere el principio

---

<sup>4</sup> Código Civil Federal vigente, México, Porrúa , 2005

<sup>5</sup> El motivo por el que la norma se encuentra redactada en la forma en que se expresa. La razón lógica, social, histórica o semejante que le da sustento al modo en que se manifiesta la norma legal.

de igualdad ante la ley para todos los habitantes de la República... la terminología actualmente en vigor data de épocas y antecedentes legislativos que preceden incluso a la entrada en vigor de nuestro Código Civil y que nuestra sociedad ha superado... obedece en sus orígenes a la lucha ...en favor de la dignificación del tratamiento social a los individuos que padecen de alguna incapacidad. En la propuesta se recogen recomendaciones formuladas... con objeto de que la legislación abandone una actitud discriminatoria que establece distinciones en la capacidad de ejercicio por razones de una incapacidad física.”<sup>6</sup>

Por su parte, el Código Civil para el Distrito Federal, aunque conserva una redacción muy similar a la del código federal, tiene matices que establecen diferencias específicas, con un contenido que pretende ser más explícito pero que, por su extensión, involucra una serie de categorías que amplían el horizonte de la incapacidad legal. En efecto, el texto actual de dicho cuerpo legal, en lo conducente, señala:

“Artículo 450.- Tienen incapacidad natural y legal:

- I. Los menores de edad, y
- II. Los mayores de edad que por causa de enfermedad reversible o irreversible, o que por su estado particular de discapacidad, ya sea de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional, mental o varias de ellas a la vez no puedan gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad por sí mismos o por algún medio que la supla.”<sup>7</sup>

Como se desprende del pasaje reproducido, dicha norma legal no distingue entre deficiencia y discapacidad, sino que utiliza éste último vocablo de manera genérica. Como ya anticipamos, su clasificación es más amplia, pues se menciona a los problemas de carácter físico o sensorial -en lo que coincide con la norma federal-, pero introduce las categorías “intelectual, emocional, mental”. El supuesto legal separa, además, entre enfermedades reversibles e irreversibles. La definición transcrita en el párrafo anterior confirma la clasificación que se hace de

---

<sup>6</sup> Cámara de Senadores, LV Legislatura, Año I, Segundo Período Ordinario, *Diario de Debates*, número 28, julio 9 de 1992.

<sup>7</sup> Código Civil para el Distrito Federal vigente, México, Porrúa , 2005

las discapacidades, considerando que las hay de carácter intelectual –que se caracterizan por la disminución de la inteligencia, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje y, en general, lo que se conoce como los procesos de las funciones mentales superiores, además de las funciones motoras-, sensoriales –que se circunscriben a los alteraciones que sufren los sentidos visual, auditivo y la capacidad de comunicarse-, psíquicas –si las alteraciones son de carácter neurológico o cerebral- y, finalmente, las de carácter físico –que se refieren a trastornos relacionados con la constitución del cuerpo o su naturaleza-, mismas que, en conjunto, concretan la formulación de una condición humana de referencia.

Ahora bien, cuando se aborda el tema de la discapacidad, la mayor dificultad aparece al intentar definirla. Después de varias décadas de debate, los expertos siguen discutiéndola. Conceptos tales como discapacidad, deficiencia, minusvalía o invalidez siguen siendo motivo de argumentación contradictoria. Quizá lo más importante, es el consenso al que se ha llegado ahora en el sentido de que no existen discapacidades, sino personas con discapacidad y que la condición esencial para su desarrollo es proporcionarles los elementos ambientales y sociales para desempeñarse favorablemente y en igualdad. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, hace veintiséis años, propuso, discutió y estableció un primer parámetro que se contiene en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Su contenido estableció las siguientes definiciones que, en su momento, fueron el parámetro para la generación de políticas públicas encaminadas a contrarrestar la desigualdad derivada de la discapacidad.

*“Deficiencia:* Es la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o

pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.”<sup>8</sup>

La concepción anterior hace una primera distinción entre estructura y función. Recuérdese que la función es la capacidad de los órganos del ser humano para actuar<sup>9</sup> y, así, puede entenderse que la pérdida o anomalía de la función sea psíquica u orgánica. La estructura, por su parte, alude a los elementos que componen, en este orden de ideas, la fisiología o la anatomía humanas. La segunda diferencia se hace consistir en que tal anomalía sea temporal o permanente y se hace la precisión, deseable, de que se trata de miembros, órganos, tejidos u otras estructuras del cuerpo humano.

“*Discapacidad*: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.”<sup>10</sup>

Finalmente se definió el tercero de los elementos que daban sustento a la clasificación y que tenía que ver con el entorno en el que se desarrollaba la persona con discapacidad.

“*Minusvalía*: Una situación desventajosa que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades que limita o impide el desempeño de rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).”<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, (CIDDM), 1980

<sup>9</sup> Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, España, Espasa, 2001

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud, Op.cit.

<sup>11</sup> Ibidem

Una de las primeras conclusiones que se desprenden del análisis de las ideas antes transcritas es que la deficiencia hace alusión a un trastorno orgánico; la discapacidad plantea que dicho trastorno ocurre en la persona y, finalmente, la minusvalía hace referencia a que el trastorno tiene lugar en una dimensión social. También se colige que, según esa clasificación de la organización internacional mencionada, existe una relación de causa/efecto entre la deficiencia y la minusvalía. Es decir, las desventajas en el entorno social resultan de las limitaciones en la función orgánica o sistémica, así como de la actividad del individuo. Sin embargo, esta tipificación estaba basada en las consecuencias manifiestas de los padecimientos, por lo que se promovió abandonar esa orientación y sustituirla por otra clasificación que se fundara en lo que ahora los peritos médicos conocen como los componentes de la salud. En ese orden de ideas, esa primera codificación de referencia fue modificada una década después por la propia organización para sustituirla con la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Esta revisión es resultado de la evolución de las investigaciones y el conocimiento en ese rubro. Como se dijo antes, esta nueva tipificación incluye dentro de la conceptualización de funciones mentales a todas aquellas que tienen que ver con la conciencia, la orientación, el intelecto, el temperamento, la personalidad y las psicosociales.<sup>12</sup> A su vez, cada uno de estos apartados tienen sus correspondientes subdivisiones. En la clasificación vigente el enfoque es de carácter “biopsicosocial”. Esto es, que se analizan los componentes de la salud en sus distintas dimensiones, o sea, la que corresponde al individuo como tal, en su perspectiva biológica y la que resulta de su entorno como ente social, incluyendo los factores ambientales que le dan al individuo un marco que lo contextualiza.

---

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidades y la Salud*, (CIF) (2001), citado en Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (2004) (Sitio en Internet) Disponible en: cif@salud.gob.mx. Acceso el 29 de agosto de 2006.

Otra de las ventajas de la nueva clasificación –que enfatiza las innovaciones del enfoque- deriva del hecho de que ya no se parte de sistematizar las enfermedades, sus causas y sus consecuencias, sino de los componentes de salud para concluir que lo importante no es definir la salud, sino el estado de salud de las y los individuos. Por esos motivos, la Clasificación internacional actual introduce nuevas definiciones, entre las que destacan “estado de salud”, “condición de salud”, “funcionamiento”, “discapacidad” y “factores ambientales”. Precisemos pues las características de cada uno de esos conceptos y definiciones de la Organización Mundial de la Salud, planteadas en la nueva Clasificación.

*“Estado de salud y dominios de salud:* Es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud” de la CIF. Los dominios de salud indican áreas de la vida que se incluyen en el concepto de “salud”. Como aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud, se consideran como su responsabilidad prioritaria”.<sup>13</sup>

La concepción generalizada de lo que es la salud, se puede resumir en que se trata de un “estado de bienestar físico, mental, moral y material indispensable para una calidad de vida aceptable.”<sup>14</sup> En el momento en el que la nueva clasificación internacional decide incluir al estado de salud, definiéndolo como un nivel de funcionamiento en áreas de la vida, esta incorporando ese nuevo enfoque de entender a las y los individuos como un ente integral, es decir, biológica y psicológicamente integrado en su entorno, esto es, la visión biopsicosocial. Además establece que tales “áreas de la vida” constituyen la responsabilidad prioritaria de los sistemas nacionales de salud que, por ese hecho, se deduce que deben hacerlo a través de establecer las políticas públicas necesarias para atenderlas satisfactoriamente.

*“Condición de salud:* Es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. *Funcionamiento:*... término genérico que

---

<sup>13</sup> Idem

<sup>14</sup> Ham Chande Roberto, op.cit.

incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”<sup>15</sup>.

Nuevamente, lo que hay que destacar de estas definiciones es que, a diferencia del concepto de deficiencia, en que se hacía referencia a la anormalidad de la función, ahora se distingue entre la enfermedad propiamente dicha y el *funcionamiento*, es decir, la manera en que interactúa el individuo con los factores medioambientales y personales, en razón de su *condición de salud*.

“Discapacidad: ...término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales”.<sup>16</sup>

La innovación del concepto clasificatorio es congruente con el nuevo enfoque. Así, a diferencia de lo que ocurría con la clasificación internacional sustituida, ya no se hace referencia a “impedimento de la capacidad” sino a meras “limitaciones”; se sigue usando el vocablo “restricción” pero relacionándolo con la participación de las y los sujetos en las actividades que son sus “factores contextuales”; por último se incluye el concepto “déficit” y se hace hincapié que se trata de los aspectos “negativos” de la forma en que el individuo interactúa con su entorno. Se abandona toda alusión al referente “normal” que si se incluía en la tipología anterior, de mil novecientos ochenta y dos.

“Factores ambientales: ...se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo y como tal afecta el funcionamiento de la persona”.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Idem

<sup>16</sup> Idem

<sup>17</sup> Idem

La definición que redondea el nuevo paradigma de la clasificación –que, como ya se dijo, recurre a los componentes de la salud como mejor método de interpretación y aplicación- se refiere precisamente a los factores del medio ambiente con los que interactúan mujeres y hombres en su cotidianidad y que influyen en su salud, bienestar, estado de salud, funcionamiento y calidad de vida. Ahora bien, en el ámbito legal interno, la Norma Oficial Mexicana denominada “NOM-173-SSA1-1998 para la atención integral a personas con discapacidad” fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecinueve de noviembre de mil novecientos noventa y nueve. Se divide en los capítulos relativos a objetivos de la norma, su campo de aplicación, las definiciones, referencias y generalidades sobre la discapacidad, precisan sus especificaciones (médicas, ambientales, educativas y de promoción), así como las medidas de prevención y atención adoptadas por el estado mexicano, con su respectivo apartado de investigación del fenómeno sin que se omita la explicación de la concordancia de la mencionada norma con otras de carácter internacional y mexicanas. Se considera a la discapacidad como un problema de salud pública y se impone su observancia obligatoria en todo el territorio nacional, especialmente a los “...establecimientos de atención médica de los sectores público, privado y social...”<sup>18</sup> Destaca la definición que incorpora de personas con discapacidad, como “...al ser humano que presenta una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan a realizar una actividad considerada como normal.”<sup>19</sup> En este punto, cabe aclarar que la norma oficial en mención reproduce, casi textualmente, la definición de la norma internacional ya rebasada, contenida en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, pues estatuye como concepto:

---

<sup>18</sup> Secretaría de Salud, NOM-173-SSA1-1998 para la atención integral a personas con discapacidad, op. cit.

<sup>19</sup> Idem

“*Discapacidad*: Es la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen considerado como normal para el ser humano.”<sup>20</sup>

Sin embargo, la legislación interna sigue utilizando categorías anacrónicas. La Ley Federal del Trabajo parte de un esquema caduco, que regula lo que se conoce como riesgos de trabajo. Así el artículo cuatrocientos setenta y tres de dicha legislación establece:

“Artículo 473.- Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo”.<sup>21</sup>

Cabe aclarar aquí que la redacción de esta norma es idéntica a la contenida en el artículo cuadragésimo primero de la Ley del Seguro Social. Según el tratamiento de la ley laboral, los riesgos de trabajo provocan accidentes o enfermedades. El primero de ellos lo define el artículo cuatrocientos setenta y cuatro de la propia ley en cita que, al respecto, señala:

“Artículo 474.-Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y tiempo en que se preste. Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél.”<sup>22</sup>

Por su parte, el artículo cuatrocientos setenta y cinco de la misma legislación del trabajo, establece las características de la definición de enfermedad de trabajo al conceptualizarla como:

---

<sup>20</sup> Idem

<sup>21</sup> Ley Federal del Trabajo vigente, Agenda Laboral 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

<sup>22</sup> Idem

“Artículo 475.- Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se crea obligado a prestar sus servicios”.<sup>23</sup>

De las normas legales transcritas se concluye que la ley en mérito clasifica los riesgos como accidentes de trabajo, por un lado y enfermedades de trabajo, por otro. Cuando los riesgos laborales tienen lugar, se produce lo que la legislación de trabajo denomina incapacidad y que no es otra cosa que las distintas discapacidades a que se refiere este estudio. Siempre según los numerales cuatrocientos setenta y ocho, cuatrocientos setenta y nueve, y cuatrocientos ochenta de la ley que se analiza, respectivamente, debe entenderse por incapacidad la “...pérdida de facultades y aptitudes que imposibiliten a una persona para desempeñar su trabajo”<sup>24</sup>. Las referidas incapacidades pueden ser de naturaleza temporal, si la imposibilidad es “...por algún tiempo...” o permanente; a su vez, la incapacidad permanente es total si imposibilita al trabajador para “desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida” o es parcial, si sólo se considera que acarrea una “disminución de las facultades o aptitudes... para trabajar”.

Por su parte y como ya se anticipó, la Ley del Seguro Social reproduce en su artículo cuarenta y uno, el mismo texto que el numeral cuatrocientos setenta y tres antes transcrito, en el sentido de definir a los riesgos de trabajo como “...los accidentes y enfermedades...” de los trabajadores con motivo del trabajo. En complemento a dicha norma legal, el artículo cincuenta y ocho de la misma ley de seguridad social ordena:

“Artículo 58.- El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en dinero: ...I. Si lo incapacita para trabajar, recibirá, mientras dure la inhabilitación, el cien por ciento del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo”.

---

<sup>23</sup> Idem

<sup>24</sup> Idem

“El goce de este subsidio se otorgará al asegurado entre tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien, se declare la incapacidad permanente, parcial o total, lo cual deberá realizarse dentro del término de cincuenta y dos semanas que dure la atención medica como consecuencia del accidente, sin perjuicio de que una vez determinada la incapacidad que corresponda, continúe su atención o rehabilitación conforme a lo dispuesto por el Artículo 61 de la presente Ley.”

“...II. Al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, este recibirá una pensión mensual definitiva, equivalente al setenta por ciento del salario en que estuviere cotizando en el momento de ocurrir el riesgo. En el caso de enfermedades de trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere, si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión. Igualmente, el incapacitado deberá contratar un seguro de sobrevivencia para el caso de su fallecimiento, que otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tenga derecho en los términos de esta Ley.”<sup>25</sup>

Como se desprende de su sola lectura, el dispositivo legal invocado en el párrafo anterior sigue utilizando lenguaje con un sentido discriminatorio al usar categorías como incapacidad o enfermedad.

Por su parte, a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado puede hacerse una crítica semejante, pues se ajusta al mismo tratamiento de la ley laboral. En su artículo cuarenta y uno señala que:

“Artículo 41.- Cuando el trabajador fallezca a consecuencia de un riesgo del trabajo, los familiares señalados en el artículo 75 de esta Ley en el orden que establece,

---

<sup>25</sup> Ley del Seguro Social vigente, Agenda de Seguridad Social 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

gozarán de una pensión equivalente a cien por ciento del sueldo básico que hubiese percibido el trabajador en el momento de ocurrir el fallecimiento”.<sup>26</sup>

Y, en armonía con el citado artículo cuarenta y uno, el siguiente desarrolla las consecuencias del hecho previsto en la norma anterior.

“Artículo 42.- Cuando fallezca un pensionado por incapacidad permanente total o parcial, se aplicarán las siguientes reglas”.

“I. Si el fallecimiento se produce como consecuencia directa de la causa que origino la incapacidad, a los familiares del trabajador señalados en esta Ley y en el orden en que la misma establece, se les transmitirá la pensión con cuota integra, y...II. Si la muerte es originada por causas ajenas a las que dieron origen a la incapacidad permanente, sea total o parcial, se entregará a los familiares señalados por esta Ley y en su orden el importe de seis meses de la asignada al pensionista, sin perjuicio del derecho de disfrutar la pensión que en su caso le otorgue esta Ley”.<sup>27</sup>

Esta discordancia entre las previsiones de carácter internacional y las normas internas ocurre, por una parte, porque la legislación del trabajo y la que contempla las prestaciones de seguridad y previsión sociales, no se han actualizado con la celeridad que sería deseable.

De reciente formulación, la Ley General de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el diez de junio del dos mil cinco, eleva su contenido a disposiciones del más alto carácter, al calificarla como general, es decir, de observancia obligatoria para los tres niveles de gobierno y en todo el territorio nacional, así como otorgarle la naturaleza de normas de orden público e interés social. Su objeto es la “...plena inclusión de las personas con discapacidad en un marco de igualdad y de equiparación de oportunidades en

---

<sup>26</sup> Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado vigente, Agenda de Seguridad Social 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

<sup>27</sup> Idem

todos los ámbitos de la vida”.<sup>28</sup> Destacan, para los efectos de este estudio, los principios que regirán las políticas públicas en la materia, que son los de equidad, justicia social, equiparación de oportunidades, reconocimiento de las diferencias, dignidad, integración, respeto y accesibilidad. Por cuanto se refiere al principio de “proceso de adecuaciones, ajustes y mejoras necesarias en el entorno, jurídico, social, cultural y de bienes y servicios que faciliten a las personas con discapacidad una integración, convivencia y participación, en igualdad de oportunidades y posibilidades, con el resto de la población.”<sup>29</sup> Esa ley define a las personas con discapacidad como:

“Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.”<sup>30</sup>

Como se desprende de su sola lectura, la redacción se identifica más con las categorías usadas en el Código Civil Federal, pues se refiere a deficiencias físicas, mentales y sensoriales, aunque cabe señalar que las relaciona en forma directa con el entorno en el que se desenvuelven tales personas y las limitaciones impuestas por éste a la actividad que desarrollan. Esta definición posibilita la formulación de una condición humana de referencia, existente y fáctica, frente a la que se hace necesario conciliar las hipótesis contempladas en la ley y, en su caso, analizar su compatibilidad de manera crítica.

## **2.2. Contrato de seguro y su naturaleza mercantil.**

La voluntad es un elemento esencial para que cualquier acto jurídico exista y produzca consecuencias de derecho. Para que esa voluntad tenga eficacia jurídica se hace necesario que sea expresada por una persona capaz, es decir, alguien

---

<sup>28</sup> Ley General de las Personas con Discapacidad, Diario oficial de la federación. 10 de junio de 2005

<sup>29</sup> Idem

<sup>30</sup> Idem

que pueda asumir obligaciones de manera libre y autónoma. En las materias de derecho privado –el derecho civil y el derecho mercantil- se ha sostenido, invariablemente, que la libertad de contratación se basa en la supervivencia del principio de la autonomía de la voluntad.

Este principio “...se reducía fundamentalmente a sostener primero, que salvo muy raras excepciones todas las obligaciones contractuales, nacían de la soberana voluntad de dos partes iguales y, segundo, que eran justas todas esas obligaciones creadas por la voluntad.”<sup>31</sup>

Esta libertad de contratación tiene dos vertientes, que consisten, la primera en la libertad de contratar, es decir, la libertad para contraer o no un contrato y elegir la persona con quien se contrae; la segunda, conocida como libertad contractual, se ciñe a determinar el contenido de ese pacto, también con absoluta libertad. El principio de la autonomía de la voluntad al que se alude antes, surgió como baluarte del individualismo y del liberalismo económico característico de la economía capitalista clásica. Sin embargo, al transitarse del “estado gendarme” al “estado de bienestar”, a la libertad de contratación se le impusieron límites tendientes a contrarrestar las graves desigualdades creadas por la libre concurrencia de las fuerzas económicas. Así, surgió la concepción de la función social de la propiedad, la aparición de los contratos de adhesión con la supervisión estatal, la defensa de los consumidores, la legalización de los sindicatos obreros y del derecho de huelga, el control de precios y alquileres, el establecimiento de políticas públicas y programas asistenciales, así como la regulación del control monetario, crediticio y financiero por parte del Estado.

La libertad contractual se encuentra reconocida en la legislación común, concretamente, en los artículos mil ochocientos treinta y nueve y mil setecientos noventa y seis, respectivamente, del Código Civil Federal, al establecer que los contratantes pueden determinar “las cláusulas que crean convenientes; pero las

---

<sup>31</sup> Sánchez Medal, Ramón, *De los contratos civiles*, México, Porrúa, 1976

que se refieran a requisitos esenciales del contrato o sean consecuencia de su naturaleza ordinaria se tendrán por puestas aunque no se expresen”<sup>32</sup>, o bien, al momento en que ordena que los contratos obligan a las partes “no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conformes a la buena fe, al uso o a la ley”<sup>33</sup>. En el caso del contrato de seguro, su naturaleza es eminentemente mercantil en virtud de lo dispuesto por el artículo setenta y cinco, fracción décimo sexta del Código de Comercio que, a la letra dispone:

“Artículo 75. La ley reputa actos de comercio:

...XVI. Los contratos de seguro de toda especie, siempre que sean hechos por empresas.”<sup>34</sup>

En el caso del contrato de seguro y por disposición expresa de la Ley de Instituciones de Crédito, que será motivo de análisis de un apartado distinto de este trabajo, el contrato de seguro sólo puede celebrarse por sociedades anónimas expresamente autorizadas al efecto por la autoridad competente, que en este caso, se trata de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Aún más, la legislación en cita prohíbe realizar operaciones de seguro, a toda persona física o moral que no sea una institución autorizada. En consecuencia, la mercantilidad del contrato en mérito no deja lugar a dudas. Establecida pues la naturaleza mercantil de dicha operación, ese carácter le impone sujetarse a lo establecido en el artículo setenta y ocho del código mercantil, cuyo contenido es la regla en la materia. Ese dispositivo legal afirma:

“Artículo 78.- En las convenciones mercantiles cada uno se obliga en la manera y términos que aparezca que quiso obligarse, sin que la validez del acto comercial dependa de la observancia de formalidades o requisitos determinados.”

---

<sup>32</sup> Código Civil Federal vigente, México, Porrúa , 2005

<sup>33</sup> Idem

<sup>34</sup> Código de Comercio vigente, México, McGraw-Hill, 2002.

No obstante lo afirmado en el párrafo precedente, el artículo diecinueve de la Ley del Contrato de Seguro –que, conforme a la técnica jurídica, se privilegia en su aplicación por ser la legislación especial- ordena por su parte:

“Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.”<sup>35</sup>

De acuerdo con este marco general, las instituciones de seguro cuentan con absoluta discrecionalidad para contratar o no con personas con alguna discapacidad. Hasta hace relativamente poco tiempo, la responsabilidad de las empresas se limitaba a generar utilidades para sus accionistas. Hoy cualquier empresa debe considerar que sus actividades afectan la calidad de vida de sus empleados y de las comunidades en las que operan. Algunas sociedades comerciales perciben que su participación social queda satisfecha con su intervención en acciones sociales que exigen aportaciones filantrópicas o en su contribución a la conservación del medio ambiente. La responsabilidad social, desde una visión meramente asistencialista es, desde luego, una visión miope. El desarrollo de las personas, la igualdad de oportunidades para la superación de las condiciones en que se desenvuelven, exigen su participación activa en el desarrollo de la sociedad en su conjunto y, para ello, se hace indispensable que las sociedades comerciales contribuyan a la consolidación de una sociedad igualitaria e incluyente. Éste es un compromiso consciente e integral, en lo económico, lo social, lo humano y lo ambiental para el desarrollo social, en el que las instituciones aseguradoras, como cualquier otra empresa mercantil, deben realizar su aporte insoslayable.

---

<sup>35</sup> Ley sobre el Contrato de Seguro vigente, Agenda de Seguros y Fianzas, México, ISEF, 2006

### **2.3. Conceptos fundamentales del contrato de seguro.**

Hemos dicho párrafos antes que la discriminación a las personas con discapacidad se da, fundamentalmente, en la contratación de los seguros de personas, que comprenden la existencia, la integridad, salud y vitalidad de los asegurados. En efecto, así lo explica el artículo ciento cincuenta y uno de la ley en mención:

“Artículo 151.- El contrato de seguros sobre las personas comprende todos los riesgos que pueden afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud y vigor vital.”<sup>36</sup>

Por su parte, el artículo séptimo de la Ley de Instituciones de Seguros precisa cuáles son los seguros de personas, al explicar que las concesiones y autorizaciones que se otorguen a las aseguradoras comprenderán operaciones de seguros de vida, accidentes y enfermedades.

Al respecto, la doctrina también hace la clasificación correspondiente estableciendo que los seguros personales atienden a las categorías legales de existencia, integridad y vigor vital.

“En los artículos 151 y 152, busca colmar esta laguna, pero partiendo de un principio diferente, que es el de la distinción de los riesgos cubiertos en seguro de personas. En efecto el artículo 151 dice que el seguro sobre las personas comprende todos los *riesgos* que pueden afectar a la *persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital*. Sólo el riesgo que atañe a la existencia del asegurado corresponde al seguro de vida, mientras que el de integridad personal corresponde al seguro contra los accidentes y la salud o vigor vital, al seguro contra las enfermedades o también al de accidentes cuando a consecuencia de uno de ellos

---

<sup>36</sup> Ley sobre el contrato de seguro vigente, op. cit.

se presente una incapacidad, independientemente de su magnitud y de su duración.”<sup>37</sup>

Se explicaba en el párrafo anterior que la discriminación contra las personas con discapacidad ocurre en los contratos de *seguros personales*. No obstante, en los seguros de daños también puede darse ese trato discriminatorio. Por ejemplo, el seguro de responsabilidad civil contra los daños que pueda producirse por el manejo de un automotor, implica un tratamiento distinto si el conductor es una persona con alguna deficiencia o discapacidad frente a una persona que no las tiene. El monto de la prima será distinta y probablemente se limite el monto o condiciones de la cobertura del seguro o la indemnización.

Para poder determinar las normas legales contenidas en esta ley que puedan tener un carácter discriminatorio, es indispensable entender cuáles son las figuras y categorías fundamentales del contrato de seguro y los procesos que llevan a establecer las condiciones de la relación jurídica que se establece en virtud de dicho acto jurídico. Al respecto y por razones de método, se considera conveniente iniciar la exposición planteando su origen mutualista. En efecto, el contrato de seguro contiene en su base la idea de la mutua solidaridad. Así nos lo explica el maestro Ruiz Rueda al plantear que la mutualidad:

“...es un *procedimiento económico* para hacer frente a las consecuencias de que el riesgo (la eventualidad dañosa) se convierta en realidad y con ello se sufra la pérdida o daño. Este procedimiento económico llamado *mutualidad* consiste en *repartir* entre un gran número de personas expuestas a un riesgo de la misma especie, *las pérdidas o daños que sufrirán los pocos para quienes se realicen*...Así se aprecia la posibilidad de llegar a un acuerdo mutuo de distribuir entre sí o repartirse mutuamente, las pérdidas o daños que durante un lapso determinado, sufran aquéllos para quienes el riesgo se convierte en realidad. Esta solidaridad en

---

<sup>37</sup> Ruiz Rueda, Luis, *El Contrato de Seguro*, México, Porrúa, 1998.

los daños, que de particulares y considerables para cada víctima, se convierten en comunes y de muy reducida cuantía al dividirse entre muchos;...”<sup>38</sup>

Así pues, el contrato de seguro parte de la premisa de que ante la imposibilidad de impedir los riesgos --es decir, las “eventualidades dañosas” a las que están expuestas las personas-- la fórmula más eficaz es la de buscar la solución y, entre las mejores está, precisamente, la mutualidad. Ésta, en el caso del seguro y como lo señala la cita reproducida arriba, consiste en repartir las pérdidas ocasionadas por el riesgo entre un gran número de personas (los miembros de la mutualidad) a fin de reducir el impacto pecuniario que ocasiona tal evento en un solo individuo, precisamente el que lo ha sufrido. El cálculo de ese impacto económico en el conjunto de los mutualistas, se hace con base en procedimientos estadísticos que son producto de la observación y la experiencia previas. En efecto, mediante la observación de la manera en que ocurren determinados hechos casuales (que son la materia del contrato de seguro, como los accidentes y las enfermedades), su registro, sistematización y posterior análisis, se ha podido determinar su comportamiento y hacer el cálculo de probabilidades correspondiente. Así, con base en los resultados obtenidos en ese proceso de registro, se ha podido calcular cuáles podrían ser las pérdidas que podría sufrir la mutualidad durante un período, si llegaran a presentarse los riesgos. Ahora bien, cómo esos eventos dañosos no le ocurren a todos los miembros de la mencionada organización cooperativa en el mismo período, sino sólo a algunos, siempre que se encuentren en las mismas circunstancias, entonces lo que debe procurar esa entidad mutualista es controlar las variables necesarias para que los riesgos puedan ser evaluados como semejantes, dentro del mismo universo de contribuyentes a la mutualidad. Es decir, debe procurarse cierta igualdad en las variables a efecto de que no haya desproporción en la participación económica de cada mutuuario a la reserva general. A este proceso estadístico se le denomina *ley de los grandes números* y se ha convertido en la enunciación de una regla general.

---

<sup>38</sup> Idem

“La ley de los grandes números, regla desprendida de la estadística o sea de la experiencia registrada según una técnica propia, tiene su explicación en que la mayoría de los fenómenos que para nosotros están sujetos al *azar*, en realidad se realizan debido a la acción de causas *regulares y constantes*, cuyas leyes naturales desconocemos y de ahí que sólo apreciemos esos fenómenos como efectos aislados.”<sup>39</sup>

Otro connotado tratadista de Derecho Mercantil, el maestro Rodríguez y Rodríguez, explica la ley de los grandes números de la siguiente forma:

“Esta previsión de se funda en *la ley de los grandes números*, según la cual ciertos acontecimientos sociales, considerados en gran número, muestran las leyes a que su producción se somete, o dicho de otro modo, el azar sometido a observación en vasta escala, en cuanto afecta a ciertos acontecimientos sociales, deja de ser azar para mostrar su producción regulada con arreglo a datos y condiciones ciertas.”<sup>40</sup>

De lo transcrito se entiende que existe una proporción, matemáticamente calculada y establecida de manera probabilística, entre determinados acontecimientos contingentes y el número total de los casos que han sido sujetos a observación, a fin de determinar con suficiente certeza la probabilidad estadística de que aquellos vuelvan a ocurrir en la realidad. Con base en ellos se establece una cuota que se aplica de manera general entre todos aquellos que se aseguran. Precisamente de ese cálculo deriva el concepto de *Prima* que constituye uno más de los elementos requeridos para que el contrato de seguro exista. Al respecto, la ley señala que:

“Artículo 1o.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, **mediante una prima**, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.”

---

<sup>39</sup> Idem.

<sup>40</sup> Rodríguez y Rodríguez, Joaquín, *Curso de Derecho Mercantil*, México, Porrúa, 1988, Tomo Dos

Así, la prima se convierte en la cuota que a cada uno de los asegurados le corresponde cubrir, dentro del universo total de mutuatarios, de manera preventiva, a efecto de asegurar el pago de los riesgos que le acontezcan a alguno o algunos de los cooperativados, a fin de disminuir el impacto económico que dicho evento le pudiera provocar si le tuviera que hacer frente de manera singular o individualmente. De ahí, pues la distribución previa del daño entre todos los individuos que constituyen el universo de los asegurados. Por ello a esta figura se la define como:

“...la contraprestación que ha de cubrir el contratante o asegurado a la compañía aseguradora con motivo de la cobertura del riesgo que otorga la compañía.”<sup>41</sup>

Otro de los conceptos propios de los seguros y que constituye uno de sus elementos esenciales o de *existencia* específica, conforme a la doctrina dominante en la materia, es la definición de lo que debe entenderse como “riesgo”.

“En materia aseguradora, se utiliza este concepto para expresar indistintamente dos ideas diferentes; de un lado, un riesgo como objeto asegurado y de otro un riesgo como posible acontecimiento. Éste último criterio es el técnicamente correcto y así se habla del riesgo de incendio, muerte, etcétera, para hacer referencia a la posibilidad de que el objeto o persona asegurada sufra un daño material o físico. Igualmente se habla de riesgo... para referirse a la probabilidad...de que el siniestro pueda ocurrir.”<sup>42</sup>

Establecido lo anterior, es necesario destacar que el “riesgo como posible acontecimiento” debe reunir una serie de características para que se considere efectivamente una categoría de la legislación de seguros. Una de esas características es que el acontecimiento previsible tenga el carácter dañino que lo haga motivo del objeto de seguro. Una definición, doctrinalmente más precisa propone como riesgo a aquel:

---

<sup>41</sup> Martínez Gil, José de Jesús, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, México, Porrúa, 2004

<sup>42</sup> Idem

“...cuya definición más precisa es ésta: “*eventualidad dañosa*”. Gramaticalmente, *eventualidad* quiere decir *suceso futuro e incierto*. En consecuencia, puede decirse que *riesgo es un suceso dañoso, futuro e incierto*.”<sup>43</sup>

De esa suerte, las características del “riesgo” son: 1) que sea posible, por lo cual no puede asegurarse un evento que sea, física o legalmente imposible de efectuarse; 2) futuro, en contraposición a un evento que ya ha sucedido en el presente o el pasado; 3) de realización incierta, esto es que si sabemos que ocurrirá necesariamente –conociendo el momento o época del suceso, inclusive- dejará de constituir un riesgo asegurable y, como se establecía antes, 4) de carácter *dañoso*, esto es, que cause un perjuicio en la persona o el patrimonio de un individuo.

En tal contexto, se parte de la idea de cualquier discapacidad constituye, en esencia, un *siniestro*, esto es, un riesgo actualizado y ya no un riesgo potencial. Así, el seguro en el ramo de accidentes personales, tiene como propósito resarcir a quien ha sufrido una lesión o discapacidad que afecte, ya sea la integridad personal, salud o vigor vital. En esa lógica, si la lesión o discapacidad (temporal o permanente) ya se encuentra presente en la persona que pretende asegurarse, las instituciones aseguradoras consideran que el contrato de seguro ya no tiene objeto o materia de regulación, pues la “*eventualidad dañosa*” se encuentra presente. Es decir, ya no se trata de un acontecimiento futuro e incierto, sino de un evento presente y cierto que lo convierte en elemento excluyente del aseguramiento. En los contratos de gastos médicos se pretende cubrir los gastos médicos, hospitalarios y los derivados de los anteriores –ocasionados por un accidente o enfermedad- que sean indispensables para que la persona del asegurado recupere la salud o su vigor vital. En este orden de ideas, nuevamente, las instituciones aseguradoras consideran que la circunstancia de que el asegurado tenga una enfermedad crónica que, por ejemplo, ataquen su vigor vital,

---

<sup>43</sup> Ruiz Rueda, Luis, op.cit.,

constituye un riesgo ya presente o, en su caso, un hecho que constituye “agravamiento del riesgo” potencial, lo que haría inviable, por incosteable, el aseguramiento. Igual razonamiento aplican al caso de los seguros cuyo propósito es la prestación de servicios que se dirigen a prevenir o restaurar la salud de las personas aseguradas.

“No pueden constituir riesgo, hechos pasados o presentes que sean inciertos, es decir, que sólo se conozcan como posibles o probables. Si ya se realizaron o se están realizando y son dañosos, ya no constituyen un riesgo o sea una amenaza de daño o pérdida, sino que ya se produjo ese daño o pérdida. Si en cambio, no se llegaron a realizar en el pasado o no se están realizando en el presente, aunque el sujeto que teme su realización sólo tenga un *conocimiento incierto* de la misma, ésta ya no ocurrió: el riesgo, por su naturaleza misma, es siempre futuro.”<sup>44</sup>

En tratándose de los seguros de vida, que tienen como base la inclusión de los riesgos que puedan afectar la existencia de las personas aseguradas –incluidas las que prevén planes de retiro o supervivencia- se desconoce tanto la época como la causa que provocarán la muerte. Sin embargo, en tratándose de enfermedades crónico degenerativas –como la esclerosis o el cáncer- las aseguradoras parten del supuesto de que la causa determinante de la muerte ya es conocida, aunque lo que único respecto de lo que haya incertidumbre es la época en que dicha persona fallecerá, lo que no ocurre cuando la causa de dicho fallecimiento también es desconocido. Así pues, no se trata ya de una hipótesis de ejecución remota, sino que la posibilidad de su realización aumenta con verosimilitud, con mucha mayor probabilidad estadística, haciendo incosteable el aseguramiento. Ahora bien, la ley del contrato de seguro también le da al concepto de riesgo otros efectos, que merecen atención precisamente para desentrañar los actos discriminatorios que son el propósito de la presente investigación. Efectivamente, para limitar el riesgo asumido por la empresa de seguros, se prevé en el contrato relativo que exista una inevitable relación de causalidad entre los

---

<sup>44</sup> Idem

riesgos que se hubieran contemplado al contratar y el siniestro, es decir, la eventualidad cuya realización se previó contractualmente. De esa manera, no basta que acontezca el suceso contratado como “riesgo” sino que, además, es indispensable que la causa que lo provocó hubiera estado consentido contractualmente entre las partes. De esa manera se entiende también la figura jurídica del riesgo como causa determinante del evento dañino.

El siguiente concepto fundamental en este ámbito es el del siniestro. Gramaticalmente significa funesto, aciago o infeliz <sup>45</sup> pero en la materia de seguros se entiende como “...la realización del riesgo asegurado o la eventualidad prevista en el contrato.”<sup>46</sup> De lo anterior ha de deducirse que se requieren elementos fácticos y jurídicos para que se esté en presencia del *siniestro*. El elemento fáctico se reduce a que el evento esperado o temido, previsto en el contrato, ocurra. El elemento jurídico consiste en que en dicho contrato se encuentre contenido los límites del riesgo contemplado en el contrato y que sus categorías coincidan con las circunstancias específicas de realización del riesgo contratado. El siniestro da lugar, precisamente, al pago de la indemnización asumida por la empresa aseguradora.

---

<sup>45</sup> Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, España, Espasa, 2001

<sup>46</sup> Martínez Gil, José de Jesús, *op.cit.*

### **3. MARCO LEGAL DEL CONTRATO DE SEGURO.**

La primera de las leyes que regula este contrato es la denominada como Ley sobre el Contrato de Seguro. Esta legislación distingue dos grandes grupos de seguros, los relativos a los daños -que se refiere a las cosas que pueden asegurarse- y los relativos a las personas.

#### **3.1. Análisis de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

El propósito de establecer los conceptos fundamentales del contrato de seguro, es el de explicar, con mayor claridad, que las disposiciones contenidas en la Ley sobre el contrato de seguro no son, en sí mismas, de carácter discriminatorio, sino que lo son en función de los motivos técnicos que constituyen su sustento o *ratio legis*. Ello no impide que, algunas de tales disposiciones si contengan un elemento discriminatorio en su redacción. Así, por ejemplo, el artículo cuarenta y cinco de la ley en mérito, desde la perspectiva de esta investigación, implicaría un tratamiento legal que, aunque pueda ser justificado técnicamente, sea socialmente discriminatorio. Dicha norma legal ordena:

“Artículo 45.- El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes. En caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos; el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos.”<sup>47</sup>

Como lo explicábamos antes, en la materia del contrato de seguro cualquier tipo de discapacidad, ya sea temporal o permanente implica que el riesgo asegurado

---

<sup>47</sup> Ley sobre el contrato de seguro vigente, op. Cit.

se ha convertido en un *siniestro*, es decir, que se ha actualizado el evento que era una mera expectativa. En esas condiciones, si la lesión o la discapacidad ya existen, no podrían, conforme a este dispositivo normativo constituir materia de un contrato de seguro, pues adquirirían el carácter de un riesgo actualizado y no potencial. Para el caso de que se celebrara un contrato de seguro en tales circunstancias, dicho pacto no tendría validez jurídica y, consecuentemente, no surtiría efectos jurídicos ni podrían hacerse efectivas legalmente las obligaciones contraídas por la institución aseguradora. Lo mismo podría afirmarse para la hipótesis prevista en el artículo ciento cincuenta y siete de la ley en cita:

“Artículo 157.- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.”<sup>48</sup>

Tal como está desarrollada dicha disposición, es claro que existe una prohibición expresa en la ley que niega la posibilidad de celebrar un contrato de seguro donde el titular se encuentre en estado de interdicción, lo que implica que si el contrato se llega a celebrar sería ilícito, en términos del artículo mil ochocientos treinta del Código Civil Federal, por lo que el acto jurídico tendría una nulidad absoluta pues su objeto carecería de licitud. Esto quiere decir, jurídicamente, que la nulidad absoluta, a diferencia de la inexistencia, supone el hecho de un acto que se ha realizado y que, por ser ilícito, tiene como efecto el de no poderse confirmar por las partes. Por lo tanto, no cabe la posibilidad que, ya la aseguradora o ya el asegurado prevean dicha ilicitud o si, existiendo, la confirmen al tenor de lo que, por su parte, dispone el artículo treinta y seis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Así pues, tanto el artículo cuarenta y cinco, como el artículo ciento cincuenta y siete tendrían que prever la posibilidad de que existan personas con discapacidad que puedan asegurarse por *causas distintas* a las de su condición o padecimiento. También valdría la pena entender que el

---

<sup>48</sup> Idem

hecho de que ya hubiera ocurrido un siniestro –como podría ser un accidente que dejó como secuela una lesión medular y una paraplejia- no implica necesariamente que vaya a ocurrir otro de la misma naturaleza. De esa suerte, sería deseable agregar un segundo párrafo que contenga el supuesto legal aludido o, en su caso, regular tales seguros en un capítulo especial, **como se planteará en la propuesta correspondiente de este trabajo.**

Ahora bien, el artículo cuarenta y seis de la ley que se analiza menciona que si el riesgo –la *eventualidad dañosa*- deja de existir después de haberse celebrado el contrato, dicho pacto podrá resolverse de pleno derecho. Y, a partir de dicho numeral, regula lo que se conoce como riesgo. En este sentido, el tratamiento discriminatorio aparece en el momento en el que las normas legales formulan una serie de condiciones para el *agravamiento* del riesgo. Así, el artículo cincuenta y dos del mismo cuerpo legal afirma:

“Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.”<sup>49</sup>

Como ya se explicó anteriormente, el mercado de seguros utiliza criterios de clasificación de riesgos, con objeto de seleccionarlos y evitar que determinados individuos, cuyos riesgos puedan clasificarse de altos, sean excluidos de la oferta en los segmentos del citado mercado. Estos criterios –que son fundamentalmente factores actuariales que permiten clasificar a los asegurados en grupos de riesgo bien definidos- son los que también permiten fijar el monto de la prima que cada individuo deberá cubrir a la empresa aseguradora. Esta clasificación se basa en criterios de probabilidad matemática, estadísticas y en la relación de causalidad con el evento asegurado. Por ejemplo en un seguro de vida por supervivencia, lo

---

<sup>49</sup> Idem

que realmente influye en la mortalidad de la persona no es el sexo sino las costumbres o el estilo de vida del asegurado potencial, como podría ser el hecho de ser fumador o ingerir alcohol o no. En tales condiciones, clasificar a las personas con discapacidad como si vivieran conforme a un estilo de vida y se le cobrara una prima mas alta que al resto de los asegurados, si su deficiencia no tiene relación con la clasificación en que se le incluye, tendría una consecuencias del todo indeseable: en términos económicos, sería un contrato de seguro gravoso y, en términos sociales, sería un tratamiento del todo discriminatorio. Así pues, en el supuesto de lo que debe considerarse un agravamiento esencial, subyace un concepto que debe someterse igualmente a crítica. El agravamiento del riesgo se entiende como:

“...la medida o determinación del número medio de casos en que se produzca el evento temido (o sea la *gravedad* del riesgo) para establecer rudimentariamente la forma de calcular la cuota o prima con que debe contribuir cada mutualizado”.<sup>50</sup>

Así pues, concretando esta concepción al hecho de que el potencial asegurado es una persona que tiene una discapacidad –de las que no le impiden su autogobierno, jurídicamente entendido- cualquier cambio orgánico en el desarrollo de su deficiencia, podría dar causa a la resolución del contrato de seguro, sin responsabilidad para la institución aseguradora. Así, por ejemplo, si hubiera urgencia de hospitalizar a algún asegurado, *por causas distintas a las derivadas de su padecimiento crónico*, ese simple impedimento para comunicarse con el exterior por estar hospitalizado, probablemente le haría imposible comunicar la causa de agravamiento y, consecuentemente, la cesación de las obligaciones de la aseguradora, haciendo nugatorio los derechos derivados del contrato. Al respecto, existe criterio judicial de nuestro más alto tribunal que establece:

“SEGUROS, RESCISIÓN UNILATERAL Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO. La rescisión unilateral por parte de la aseguradora debe ser motivada por omisiones o

---

<sup>50</sup> Ruiz Rueda, Luis, op cit.

inexactas declaraciones del asegurado para la apreciación del riesgo, al momento de la celebración del contrato, según se desprende de los artículos 8º al 10 y 47 al 51 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La **agravación esencial del riesgo supone hechos posteriores, durante el curso del seguro, que hayan producido un nuevo estado de cosas distinto al que existía al celebrarse el contrato**, según los artículos 52 al 58 del ordenamiento citado. Amparo directo 7334/1960. La Californiana, Compañía General de Seguros, S.A. Octubre 5 de 1966. Tercera Sala.”<sup>51</sup>

Como se aprecia del criterio judicial que se copia, los hechos posteriores al momento de la celebración del contrato derivarían en una situación jurídica distinta a la que prevalecía en el momento de haberse otorgado el pacto. Sin embargo, ello no excluye aquellos hechos que –fácticamente- imposibilitaran al asegurado el cumplimiento de la obligación de avisar del agravamiento, aunque tales hechos se derivaran de padecimientos distintos de los que constituyen la discapacidad que tenía el asegurado y que si hubieran sido motivo del contrato de seguro como riesgo cubierto. Así pues, es necesario hacer la previsión legal, considerando específicamente las condiciones físicas y orgánicas en las que se pueda encontrar el asegurado con discapacidad. No es óbice a lo anterior lo que establece el numeral cincuenta y cuatro de la ley en cita, que asevera:

“Artículo 54.- Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.”<sup>52</sup>

Lo anterior es así, en virtud de que habrá motivos fuera del control de la persona con discapacidad que, igualmente agraven el riesgo sin el concurso de su voluntad y por lo que resultaría inequitativo la resolución del contrato de seguro. Lo mismo podría decirse de lo establecido en el artículo sesenta y ocho:

---

<sup>51</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación, Informe 1966, página 54, Tercera Sala, número 314

<sup>52</sup> Ley sobre el contrato de seguro vigente, op. Cit.

“Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.”<sup>53</sup>

Como ya se explicó, tal como se plantea en el texto de este dispositivo legal, sería inequitativo aplicarlo literalmente, sin considerar las condiciones de discapacidad de la persona asegurada. Por ejemplo, las únicas causas por las que se prevé la ineficacia de la agravación que hemos venido criticando, son las mencionadas en el artículo cincuenta y ocho de la citada ley del contrato de seguro.

“Artículo 58.- La agravación del riesgo no producirá sus efectos:

I.- Si no ejerció influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de las prestaciones de la empresa aseguradora;

II.- Si tuvo por objeto salvaguardar los intereses de la empresa aseguradora o cumplir con un deber de humanidad;

III.- Si la empresa renunció expresa o tácitamente al derecho de rescindir el contrato por esa causa. Se tendrá por hecha la renuncia si al recibir la empresa aviso escrito de la agravación del riesgo, no le comunica al asegurado dentro de los quince días siguientes, su voluntad de rescindir el contrato.”<sup>54</sup>

En la propuesta que se haga al final de este trabajo, para regular la contratación de seguros especiales, en este caso con personas con discapacidad, se prevé agregar una causal más de inoperancia de la agravación, que no se encuentra contemplada en este apartado y que tiene que ver con las condiciones de discapacidad de dichas y dichos asegurados potenciales. Ahora bien, es preciso indicar que en el contrato en análisis se pueden establecer una serie de limitaciones o *exclusiones*, resultado de la negociación de las partes al celebrar el mencionado pacto, que harían también posible el que las personas con discapacidad tuvieran acceso a la contratación de seguros personales. En efecto, el artículo cincuenta y nueve ordena por su parte que:

---

<sup>53</sup> Idem

<sup>54</sup> Idem

“Artículo 59.- La empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.”<sup>55</sup>

La exclusión de riesgos debe entenderse como aquellos riesgos que, por decisión de la propia compañía aseguradora “...no quedan cubiertos en la póliza...cuando concurren respecto a ellos, determinadas circunstancias o condiciones preestablecidas.”<sup>56</sup> La ley obliga a que dichas exclusiones se establezcan de manera expresa y, en este caso, la discapacidad constituiría un motivo de negociación entre el asegurado potencial y la empresa aseguradora, lo que provocaría necesariamente que el contrato de seguro perdiera, en lo conducente, su carácter de contrato de adhesión. Aunado a lo anterior, es de precisar que el artículo sesenta y uno regula un aspecto que también tiene relación con la categoría de riesgo que hemos venido abordando. En efecto, detalla tal numeral que:

“Artículo 61.- Cuando se aseguren varios riesgos, el contrato quedará en vigor respecto a los que no se afecten por la omisión o inexacta declaración o por la agravación siempre que se demuestre que la empresa aseguradora habría asegurado separadamente aquellos riesgos en condiciones idénticas a las convenidas.”<sup>57</sup>

Al respecto, cabe señalar que la prueba del extremo previsto en este numeral significa una tarea ardua en caso de controversia. Por ese motivo, en el caso de discapacidad, se hace necesario adaptar la norma legal a las características de la discapacidad del asegurado, flexibilizando la norma.

---

<sup>55</sup> Idem

<sup>56</sup> Martínez Gil, José de Jesús, op. Cit.

<sup>57</sup> Ley sobre el contrato de seguro vigente, op.cit.

“Artículo 156.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.”<sup>58</sup>

Igualmente, en el caso del numeral reproducido arriba, habría que precisar que el supuesto legal previsto en dicha norma tendría que ser modificado a efecto de que, en caso de que el beneficiario fuera una persona con discapacidad, el consentimiento se pueda expresar de manera más flexible, atendiendo, precisamente a la naturaleza de la deficiencia o discapacidad que le afecte al interesado.

“Artículo 155.- En el seguro de persona, si el contrato confiere al asegurado la facultad de cambiar el plan del seguro, la obligación que tenga que satisfacer el asegurado por la conversión no será inferior a la diferencia entre la reserva matemática existente y la que deba constituirse para el nuevo plan en el momento de operar el cambio.”<sup>59</sup>

En este punto habría que señalar que, si ya se explicó que la observación de los casos ocurridos en el pasado permite inferir los hechos que podrían ocurrir en el futuro, con certidumbre técnica o estadística, es obvio que, en el caso de la discapacidad y ante la ausencia de experiencia en este segmento de mercado no atendido, tendrán que establecerse normas específicas, distintas de las que genéricamente se aplican al contrato de seguro. En efecto, nos referimos a lo que en la jerga de seguros se llama siniestralidad, que no es otra cosa sino:

---

<sup>58</sup> Idem

<sup>59</sup> Idem

“En un sentido amplio se da este nombre a la valoración conjunta de los siniestros producidos con cargo a una compañía aseguradora. Equivale a la producción entre importe total de los siniestros y las partes recaudadas por la compañía de seguros.”<sup>60</sup>

Así pues, de lo que carecen las compañías aseguradoras es del conocimiento empírico que permita saber cuál es el grado de la siniestralidad, dado que no hay experiencia en la contratación con personas con discapacidad y, por tanto, no hay posibilidad real de utilizar la *ley de los grandes números*. En ese orden de ideas, el análisis del carácter discriminatorio de las normas contenidas en la Ley sobre el Contrato de Seguro es pues, de carácter técnico jurídico, más que de una interpretación textual de sus normas. Así, por ejemplo, el hecho de analizar el concepto de riesgo, implica la necesidad de adecuar la regulación que se haga de la proporcionalidad de la prima en relación con el riesgo asegurado; la descripción precisa de los riesgos a que se refiera la cobertura del seguro, así como la descripción detallada y *negociada* de las exclusiones convencionales de determinados riesgos, el de las consecuencias de la falta de aviso oportuno del agravamiento del riesgo por la incapacidad física de la persona con discapacidad, los plazos de gracia para el pago de primas vencidas, la indemnización de siniestros ocurridos y que no tengan su origen en la culpa del asegurado. Especial atención requiere la debida protección a las personas con discapacidad para evitar la aplicación acrítica de las condiciones generales de la póliza de seguro, que disminuyan la negociación efectiva previa del contrato y la posibilidad de discutir su clausulado.

Como puede concluirse del recuento que se ha expuesto hasta ahora, consideramos que varios artículos de la legislación aplicable vigente podrían tener un sentido discriminatorio, por lo que, lejos de proponer introducir modificaciones específicas a cada numeral, consideramos más viable regular un capítulo específico en la Ley del Contrato del Seguro, bajo la denominación “De los

---

<sup>60</sup> Martínez Gil, José de Jesús, op.cit.

seguros especiales”, en los que se puedan contemplar las normas que, por excepción, derogaran las reglas generales contenidas en las disposiciones previas de la indicada Ley. Tal propuesta se contiene en la parte final del presente texto.

### **3.2. Análisis de la Ley General de Instituciones de Seguros.**

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros es una ley de naturaleza administrativa. En consecuencia, tiene como finalidad, fundamentalmente, crear la estructura de organización de determinados entes jurídicos y reglamentar su funcionamiento. En consecuencia, se dificulta encontrar normas de carácter discriminatorio *per se*. Por ello es que el propósito esencial del análisis a que se refiere este apartado, más que el de esclarecer los mecanismos administrativos que pueden ser utilizados para discriminar, es el de encontrar cuáles de esos mecanismos pueden constituir una herramienta eficaz, para combatir los esquemas de discriminación a que podría dar lugar la aplicación de esta ley. Ahora bien, a la misma Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se le califica como de interés público, tal como se contempla en el artículo primero de dicho ordenamiento, que explica:

“Artículo 1o.- La presente ley es de interés público y tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar; así como las de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes”<sup>61</sup>.

El primer comentario que debe hacerse en relación con el artículo primero antes transcrito, es que la categoría de interés público, implica que se trata de una legislación de la más alta importancia y cuya violación impone como sanción la nulidad de los actos ejecutados en contra de su normatividad. Pero, sobre todo,

---

<sup>61</sup> Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros vigente (2006), Agenda de Seguros y Fianzas, ISEF, México

jerarquiza y estatuye la intención del Estado en su conjunto por tutelar un interés que entraña valores y bienestar de carácter colectivo, el cual considera de la más alta trascendencia. Esa importancia queda claramente establecida en el texto del artículo sexto del Código Civil Federal que impone:

“Artículo 6°. La voluntad de los particulares no puede eximir de la observancia de la ley, ni alterarla ni modificarla. Sólo pueden renunciarse los derechos privados que no afecten directamente al interés público, cuando la renuncia no perjudique derechos de terceros.<sup>62</sup>”

Este artículo marca claramente la frontera entre lo que se conoce en el Derecho como “principio de la autonomía de la voluntad” y restringe su ámbito de validez. Señala que sólo son renunciables los derechos privados que no afecten directamente al “interés público”, estableciendo de esa manera una jerarquía irreductible en la naturaleza de las normas, clasificándolas así entre normas renunciables (las de derecho privado) y normas irrenunciables (las de interés público). Aquí cabe preguntarse cuáles son, precisamente, aquellas normas que alcanzan la categoría de irrenunciables. Un primer aspecto que permite dar respuesta a esa interrogante, es que son irrenunciables los preceptos de orden público y los de interés público.

Cabe aquí hacer la distinción doctrinal entre orden público e interés público. La noción de orden público no es unívoca, puesto que los estudiosos la conciben de manera semejante pero con matices diferentes. Para Bielsa, comprende la función de asegurar el orden jurídico; para Recaséns Siches, constituye la ausencia de perturbaciones materiales en la convivencia social y Capitant lo considera indispensable para mantener el buen funcionamiento de los servicios públicos y la seguridad en las relaciones de los particulares. Enumerando lo que se comprende formando parte del orden público está la tranquilidad o paz públicas; la seguridad pública; la salubridad pública, entendiéndola como la preservación de la salud de

---

<sup>62</sup> Código Civil Federal vigente (2005), Editorial Porrúa, México

la población y, con ello, su bienestar; el orden social, en razón de la satisfacción de sus necesidades básicas y, por último, el aspecto que se resume en el respeto a las normas que permiten la convivencia social. No obstante todo lo anterior, la acepción de orden público que incorporaremos en este trabajo, es la de Juan Palomar que la entiende como:

“Situación y estado de normalidad legal en que las autoridades ejercen sus atribuciones propias y los ciudadanos las respetan y obedecen sin protestar.”<sup>63</sup>

Ahora bien, por su parte, la jurisprudencia de nuestro más alto tribunal determina que “...para que el orden público esté interesado, es preciso que los intereses involucrados sean de tal manera importantes que, no obstante...la aquiescencia del interesado, el acto prohibido pueda causar un daño a la colectividad, al Estado o a la Nación”<sup>64</sup>.

Establece pues que ya que las normas de orden público son irrenunciables, toca ahora explicar los elementos del interés público. El propio jurista antes citado, nos precisa que interés público es “...El tutelado por el Estado por concernir al patrimonio común de la sociedad”<sup>65</sup>

Si atendiéramos literalmente al concepto reproducido arriba, tendríamos que limitarnos a la acepción de patrimonio, como todos aquellos derechos y obligaciones susceptibles de apreciación pecuniaria. Pero es obvio, que cuando la definición en análisis hace referencia al patrimonio común alude también, y de manera necesaria, a aquellas ideas, representaciones, motivaciones, expresiones sociales o valores que forman parte del acervo de la sociedad y que la caracterizan. Ahora bien, aunque existe una distinción de carácter doctrinal entre los conceptos de interés público y orden público, las leyes administrativas de

---

<sup>63</sup> Palomar de Miguel, Juan, *Diccionario para Juristas*, (1991), Ediciones Mayo, México

<sup>64</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Semanario Judicial de la Federación*, XXXVIII, p.1334, citado por Pereznieto Castro, Leonel, *Derecho Internacional Privado*, Parte General, (2003) Oxford University Press, México

<sup>65</sup> Palomar, op cit

principios del siglo veinte –como es el caso de la de Instituciones de Seguros comentada en este apartado- los utilizaban indistintamente, por lo que podemos entenderlas, en la práctica, como sinónimos. En ese orden de ideas, también deben considerarse como normas irrenunciables las que se equiparen a las de interés público, como pueden ser las que reflejan políticas legislativas estatales, las de la organización del estado como tal, las de la organización financiera del estado, las que exigen una aplicación uniforme en todo el territorio nacional, así como las que son emitidas para proteger a grupos sociales específicos –como las de protección de los consumidores, los menores o las personas con discapacidad- siempre que la propia ley las eleve a esa calidad. En la doctrina se hace una clasificación entre normas positivas o potestativas<sup>66</sup> y normas imperativas o prohibitivas<sup>67</sup>. Sin embargo, no abundaremos en el análisis de dicha clasificación, porque nuestra interrogante inicial, respecto de la calificación de determinadas normas como irrenunciables o no, ha quedado resuelta.

Adelantábamos que la consecuencia jurídica de que una ley sea declarada como de interés público es, precisamente, la sanción. Dicho castigo implica la declaratoria de invalidez de los actos jurídicos que atenten contra el espíritu o la letra de tales leyes. Así, el artículo octavo del Código Civil Federal también ordena:

“Artículo 8.- Los actos ejecutados contra el tenor de las leyes prohibitivas o de interés público serán nulos, excepto en los casos en que la ley ordene lo contrario.”<sup>68</sup>

De lo anterior se desprende que esa nulidad implica la total invalidez de dichos actos. Como regla, se entiende que todos los actos jurídicos que no se ajusten

---

<sup>66</sup> Según el maestro Eduardo García Maynez, las normas positivas permiten cierta conducta y las normas potestativas son las que dejan de aplicarse a una situación jurídica concreta por voluntad expresa de las partes.

<sup>67</sup> Las normas imperativas imponen deberes, pero no conceden derechos; las normas prohibitivas o negativas prohíben determinado comportamiento

<sup>68</sup> Código Civil Federal, op. cit.

**escrupulosamente** a los requisitos legales establecidos en las leyes que los reglamenten, y que hayan sido catalogadas como de “interés público” o “de orden público”, simplemente no tienen ni tendrán valor jurídico, ni efecto legal alguno. Así, lo primero que ha de concluirse respecto de la Ley de Instituciones de Seguros que se analiza, es que todo acto celebrado en contravención con los dispositivos de esta legislación, será nulo de pleno derecho –dada la naturaleza administrativa de la norma- si carece de alguno de los elementos o requisitos legales exigidos por ésta.

Por otro lado, el objeto de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, contemplado también en el artículo primero de dicho ordenamiento, tiene varias vertientes, que a continuación se explican. La primera de ellas es, según el texto del artículo primero invocado, “regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros”<sup>69</sup>. En ese sentido, esta legislación establece las características orgánicas de la estructura jurídica a la que deben ajustarse dichas compañías. Por lo que toca a las instituciones de seguros, éstas están organizadas como sociedades anónimas –ya sea de capital fijo o de capital variable- según lo ordena el artículo veintinueve de la ley en comento.

De acuerdo con el artículo quinto de la misma ley, para operar como aseguradoras requieren obtener una autorización del gobierno federal, que se emite por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, dependencia a la que se le concede esa atribución. El segundo propósito del objeto de la ley es la de regular “las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar”<sup>70</sup>. En este aspecto, la legislación aplicable las divide en operaciones activas, operaciones pasivas y operaciones de servicios. Son ejemplo de las primeras constituir e invertir las reservas previstas legalmente, constituir depósitos en instituciones de crédito, operar con valores por cuenta propia, otorgar préstamos y créditos e

---

<sup>69</sup> Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, op.cit.

<sup>70</sup> Ibidem

invertir en el capital de administradoras de fondos para el retiro o de sociedades de inversión especializadas. Son ejemplo de operaciones pasivas, practicar operaciones de seguros, reaseguros o de reaseguro financiero y emitir obligaciones subordinadas. Y por cuanto se refiere a las operaciones de servicios, podemos enumerar las de administrar dividendos o indemnizaciones entregadas por sus asegurados, administrar reservas derivadas de contratos de seguro con base en planes de pensiones, actuar como fiduciarias en los fideicomisos de administración relacionadas con su función o actuar como comisionista, verbigracia.

Reglar las actividades “de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora”<sup>71</sup>, que actúan como intermediarios, comisionistas u apoderados de las instituciones de seguros frente al mercado de los asegurados o beneficiarios de seguros, es otra de las intenciones del objeto de la ley en mérito. Entre aquellos agentes o personas relacionadas a los que se refiere la ley en este apartado, están los agentes de seguro -que intervienen como asesores en la contratación de los seguros-, los ajustadores -que confirman la realización de los siniestros y, de manera preliminar, los evalúan- así como los intermediarios -que sólo participan en las operaciones de reaseguro- siempre que estén domiciliados en el país.

Finalmente, la última de las vertientes a que nos hemos referido es, para nuestros efectos, la de mayor importancia, pues alude a que tal regulación se hace “en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes.”<sup>72</sup> Como se verá más adelante en este mismo capítulo, la circunstancia de que en el artículo primero se señale como objetivo prioritario de la ley la protección del público usuario, implica que para el Estado significa de la más alta trascendencia la protección de los consumidores de los servicios reglamentados por esta ley. Así, el carácter de interés público que se le asigna a

---

<sup>71</sup> Ibidem

<sup>72</sup> Ibidem

la ley, en conjunto con el carácter prioritario para defender a los usuarios que se concede a su objeto, es un mecanismo del que podremos valernos para combatir los actos de discriminación en contra de las personas con discapacidad.

El artículo segundo de la misma ley, a que se refiere este apartado, que regula a las instituciones de seguros, establece que la aplicación de la misma le corresponde a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, pero mediante la consulta que se haga a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

“Artículo 2o.- La Secretaria de Hacienda y Crédito Público, será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos lo relacionado con los preceptos de esta ley y en general para todo cuanto se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros. Para éstos efectos, podrá solicitar cuando así lo estime conveniente la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del Banco de México o de algún otro organismo o dependencia en razón de la naturaleza de los casos que lo ameriten.”

“Competerá exclusivamente a la mencionada Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la adopción de todas las medidas relativas a la creación y al funcionamiento de las instituciones nacionales de seguros. En la aplicación de la presente ley, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la intervención, que en su caso, corresponda a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, deberá procurar un desarrollo equilibrado del sistema asegurador, y una competencia sana entre las instituciones de seguros que lo integran.”<sup>73</sup>

El artículo segundo antes transcrito establece que el único órgano a quien se conceden atribuciones para “interpretar, aplicar y resolver” en la esfera administrativa, la ley de instituciones de seguros que se comenta, es precisamente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, como dependencia especializada del poder Ejecutivo Federal. Sin embargo, le concede facultad discrecional para recabar opiniones de órganos consultivos que, de conformidad con su

---

<sup>73</sup> Idem

competencia, se encuentren especializados en los diferentes sectores de la administración.

Ahora bien, en el esquema de organización de la administración pública existen dos tipos de órganos consultivos. Aquellos que son de consulta necesaria –y sin cuya opinión la autoridad competente no podría resolver legalmente- y los que son de consulta facultativa –de los que la autoridad competente se asesora a su discreción y sin merma alguna de la legalidad de resolución, haya o no intervenido el órgano consejero. De la sola lectura del numeral antes reproducido, se desprende que la Secretaría de Hacienda podrá acudir al consejo de las entidades de la administración pública cuya opinión lo amerite. Para los efectos de este estudio, el mecanismo previsto en el artículo segundo es útil, porque bastaría establecer un compromiso administrativo interno, entre dicha dependencia con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) o el Consejo Nacional para la Discapacidad, previsto en la ley de la materia, para que pudiera opinar en los términos del artículo segundo.

Por cuanto se refiere a otro mecanismo útil a los propósitos de combatir la discriminación de que se hace objeto a las personas con discapacidad, lo encontramos en el artículo tercero de la referida ley que, en lo conducente, dice:

“Artículo 3o.- En materia de actividad aseguradora:

...II.- Se prohíbe contratar con empresas extranjeras:

...1).- Seguros de personas cuando el asegurado se encuentre en la república al celebrarse el contrato;

...III.- En los siguientes casos, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público podrá exceptuar de lo dispuesto en las fracciones anteriores:

...2).- A la persona que compruebe que ninguna de las empresas aseguradoras facultadas para operar en el país, pueda o estime conveniente realizar determinada operación de seguro que les hubieran propuesto. En este caso, se otorgará una autorización específica para que lo contrate con una empresa extranjera, directamente o a través de una institución de seguros del país; y...”

“Los contratos concertados contra las prohibiciones de este artículo, no producirán efecto legal alguno, sin perjuicio del derecho del contratante o asegurado de pedir el reintegro de las primas pagadas e independientemente de las responsabilidades en que incurra la persona o entidad de que se trate, frente al contratante, asegurado o beneficiario o sus causahabientes, de buena fe y de las sanciones a que se haga acreedora dicha persona o entidad en los términos de esta ley”.

“Lo dispuesto en el párrafo anterior no es aplicable a los seguros contratados con la autorización específica de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, a que se refiere este artículo.”<sup>74</sup>

Como se aclaró en el capítulo anterior, una de las características del mercado de seguros es que es de carácter mercantil. No obstante, gracias al principio de intervención estatal, en el que se permite que el estado supervise las actividades de las entidades privadas cuando éstas proporcionan servicios calificados de interés público -como son las tareas bancarias, financieras, bursátiles o, como en el caso de este estudio, las que desarrollan las empresas aseguradoras-, existe un sustento legal para que, en la esfera administrativa se puedan regular esas operaciones de forma más adecuada, en protección de las y los usuarios. El caso del artículo tercero es un buen ejemplo.

En dicho artículo, como se puede leer arriba, se hace una prohibición expresa, en el sentido de que las instituciones de seguros extranjeras estarán impedidas para actuar dentro del territorio nacional, celebrando contratos de seguros de personas. La *ratio legis* de esa prohibición debe buscarse en el interés del legislador de proporcionar a las compañías mexicanas del ramo, la seguridad del mercado nacional en este sector. Sin embargo, se parte de la certeza de que la oferta en el mercado nacional de seguros se encuentre debidamente atendido porque, de lo contrario, el propio numeral señala una excepción muy clara. Si una persona tiene interés en contratar un seguro específico y demuestra a la autoridad competente que ninguna de las aseguradoras mexicanas estima “conveniente” realizar dicha

---

<sup>74</sup> Idem

operación, entonces se le podrá autorizar para contratar con una empresa extranjera.

Así, según nuestro diagnóstico, es evidente la falta de interés de las instituciones aseguradoras nacionales por atender a las personas con discapacidad, amparándose en el frágil argumento de que pudiera resultar un negocio ruinoso, sin tener estudios o experiencia que apoyen ese temor. La hipótesis legal prevista en el artículo tercero nos proporciona una salida, que es contratar con una empresa extranjera. En ese contexto, una estrategia posible -y plausible- para obligar a las aseguradoras nacionales a ampliar su horizonte de negocios a ese mercado es usando sus mismas armas, esto es, usando el recurso de la competencia.

En otros países, la posibilidad de asegurar personas con discapacidad existe. Toda vez que la celebración de los contratos de seguros se inicia mediante una propuesta que realiza el futuro asegurado, actuando como proponente ante las instituciones de seguros, convendría formular un ofrecimiento concreto de una persona con discapacidad –o, aún mejor, de un grupo de ellos- para contratar, por ejemplo, un seguro de gastos médicos. En cuanto se rechace por dos o tres de esas compañías nacionales, lo apropiado sería solicitar la autorización respectiva a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para que una aseguradora se hiciera cargo de la oferta y su consecuente aceptación. En cuanto eso ocurra, las instituciones de seguros nativas empezarán a reflexionar cuidadosamente sus alternativas en este rubro. Al respecto, conviene destacar que el artículo veintinueve de la ley de la materia habla precisamente de la “adecuada competencia” y de “procurar el sano y equilibrado desarrollo del sistema”, lo que abona a favor de nuestro comentario.

El siguiente numeral que nos interesa abordar es precisamente el que determina los diferentes tipos de seguros que se autoriza a las instituciones de seguros a realizar y que, en lo conducente a nuestros fines, expresa:

“Artículo 7o.- Las autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, son por su propia naturaleza intransmisibles y se referirán a una o mas de las siguientes operaciones de seguros:

I.- Vida;

II.- Accidentes y enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a).- Accidentes personales;

b).- Gastos médicos; y

c).- Salud;

III.- Daños, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a).- Responsabilidad civil y riesgos profesionales;

b).- Marítimo y transportes;

c).- Incendio;

d).- Agrícola y de animales;

e).- Automóviles;

f).- Crédito;

g).- Crédito a la vivienda;

h).- Garantía financiera;

i).- Diversos;

j).- Terremoto y otros riesgos catastróficos, y

k).- Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9o. de esta ley.

Las autorizaciones podrán otorgarse también para practicar exclusivamente el reaseguro,... Una misma institución no podrá contar con autorización para practicar las operaciones señaladas en las fracciones I y III de este artículo.

Tratándose de los seguros relacionados con contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia derivados de las leyes de seguridad social...las autorizaciones se otorgarán sólo a instituciones de seguros que las practiquen en forma exclusiva, sin que a las mismas se les pueda autorizar cualquiera otra operación de las señaladas en este artículo.

El ramo de salud a que se refieren el inciso c) fracción II de este artículo y la fracción V del artículo 8o. de esta ley sólo deberá practicarse por instituciones de seguros autorizadas exclusivamente para ese efecto y a las cuales únicamente se les podrá autorizar a practicar, de manera adicional, el ramo de gastos médicos...”<sup>75</sup>

El artículo séptimo, en sus dos primeras fracciones, hace una clasificación muy clara de los seguros personales. Así, el seguro de vida tiene que ver con la existencia de las personas y con las pensiones por supervivencia. El seguro de accidentes y enfermedades, lo divide en tres incisos. En el primero, se apunta a los accidentes o enfermedades de carácter personal, que provocan lesiones o incapacidades (entiéndase discapacidades) que se relaciona con la integridad de las personas. En el segundo, en que se hace referencia a los seguros de gastos médicos, se apunta a todos aquellos aspectos que tienen que ver con la salud y vigor vital de los beneficiarios del seguro y, finalmente, en el tercer inciso, del rubro de la salud, se incluye como riesgo asegurado a la prevención o restauración de la salud de los asegurados o beneficiarios del seguro. Como lo hemos explicado a lo largo de este trabajo, los seguros que nos interesan son los de carácter personal, esto es, los clasificados como de vida y accidentes y enfermedades. El mismo artículo séptimo, en su inciso k, hace referencia al artículo noveno de la ley que se analiza, al mencionar los seguros especiales. Ese puede ser otro mecanismo del que se pueden valer las personas con discapacidad para que sea la propia autoridad competente la que, en uso de sus facultades, genere una rama de seguros específica para ese sector de la población.

“Artículo 9o.- Queda facultada la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para resolver qué riesgos pueden cubrirse dentro de cada una de las operaciones o ramos mencionados en el artículo anterior, siempre que los riesgos no enumerados tengan las características técnicas de los consignados para cada operación o ramo; así como para señalar los ramos en que pueda incluirse el beneficio adicional de la responsabilidad civil. Cuando alguna clase de riesgo de los comprendidos en los

---

<sup>75</sup> Idem

ramos a que se refiere el artículo anterior, adquiriera una importancia tal que amerite considerarlo como ramo independiente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público podrá declarar esa clase como ramo especial para los efectos de los artículos 7o. y 8o. de esta ley”.<sup>76</sup>

De esa manera, el artículo noveno ofrece varias posibilidades que pueden ser un vehículo para lograr acceder a los contratos de seguros para las personas con discapacidad. La primera es la modificación de los ramos ya existentes, con el objeto de incluir los nuevos riesgos –derivados de las características especiales que tendrían este tipo de seguros- dentro de los contemplados actualmente en la ley. La segunda sería la adaptación de las características técnicas de los seguros consignados en el referido numeral noveno, a efecto de que se hagan los ajustes que posibiliten la contratación de los nuevos seguros. La tercera posibilidad es que, la Secretaría de Hacienda hiciera la declaratoria de una nueva clase de seguro para atender las discapacidades, como un ramo especial. Aún cuando el artículo noveno condiciona dicha declaratoria a la importancia que adquirieran tales operaciones de manera “que amerite considerarlo como ramo independiente”, tal dispositivo no establece criterio alguno para considerar las causas por las que hubieran adquirido “importancia”. Podría inferirse que el razonamiento aluda al volumen de las operaciones. Pero, igualmente puede ser importante por la finalidad de contribuir a la equidad, la igualdad de oportunidades y la inclusión social, en cuyo caso dicha declaratoria podría enmarcarse dentro de las acciones afirmativas para alcanzar esos objetivos igualitarios.

De regreso a las previsiones del artículo séptimo de la Ley de Instituciones de Seguros, cabe destacar lo que se señala en su cuarto párrafo, en donde se relaciona a las instituciones de seguros con los planes de seguridad social.

En efecto, dicho numeral refiere que, tratándose de los seguros “relacionados con contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones o de

---

<sup>76</sup> Idem

supervivencia derivados de las leyes de seguridad social”, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público otorgaría autorizaciones para que dichas actividades se “practiquen en forma exclusiva”. Esto es, excluye la posibilidad de que pudieran ampliar su rango de operaciones. En ese sentido convendría explorar la posibilidad de que los sistemas de seguridad social, hicieran posible a las personas con discapacidad su incorporación a tales sistemas a través de un procedimiento más expedito que el que actualmente se denomina “facultativo”, a fin de que, de manera indirecta, se abriera el mercado de los seguros mediante el mecanismo previsto en esta disposición legal.

Como se estableció antes, para poder operar como institución de seguros, la ley contempla en su artículo dieciséis los requisitos que debe cumplir cualquier solicitante, para obtener la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con ese propósito. Así, en resumen, se debe presentar un proyecto de contrato social, un plan de actividades y un programa estratégico; una relación de los socios fundadores, con indicación del capital que suscribirían, así como el origen de los recursos; una relación de sus consejeros, funcionarios y contralores; así como un depósito en moneda nacional o en valores de estado, por el valor del diez por ciento del capital mínimo con que deba operar. Pero el mismo artículo dieciséis de esta ley ordena:

“Artículo 16.- Las personas que soliciten autorización para constituir una institución o sociedad mutualista de seguros, se sujetaran a lo dispuesto en esta ley y deberán cumplir con los siguientes requisitos:

...La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, oyendo la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dictará las reglas de carácter general en las que se establecerá la forma y términos en que se deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos anteriores... La autorización respectiva quedará sujeta a la condición de que la empresa de seguros quede organizada y de comienzo a sus operaciones en los plazos... (fijados en)... esta ley.

La solicitud de autorización para constituir una institución de seguros para operar el ramo de salud, además de lo previsto en las fracciones de este artículo, deberá

acompañarse de un dictamen provisional que emita la Secretaría de Salud... en el que se haga constar que la institución cuenta con los elementos necesarios para poder prestar los servicios que son materia de los contratos de seguro...o que subcontratara dichos servicios. El dictamen definitivo que emita la Secretaría de Salud...se deberá presentar...”<sup>77</sup>

Así pues, queda sujeta la emisión de la autorización de funcionamiento correspondiente, a la previa entrega del dictamen de la Secretaría de Salud correspondiente, tratándose de seguros en el ramo de salud. De la misma forma se puede establecer la obligación, a cargo de las instituciones aseguradoras que en el futuro quieran constituirse, en el campo de los seguros de personas para que obtengan un dictamen del órgano gubernamental que corresponda, que en el caso concreto sería actualmente el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, para que se comprometieran a contratar seguros para las personas con discapacidad.

En consonancia con la obligación establecida en el artículo dieciséis que se reprodujo antes, se encuentra el numeral dieciséis bis de la misma legislación, que enumera los requisitos que deberán contener los dictámenes que emita la Secretaría de Salud, así como la existencia de manuales de organización y procedimiento respecto de los servicios de salud que operen; la existencia de mecanismos para garantizar la competencia técnica y profesional de los médicos contratados por la institución para proporcionar los servicios de salud comprometidos con los tomadores de seguros; o sus beneficiarios, acrediten legalmente contar con los conocimientos técnicos médicos; así como la obligación de salvaguardar “la libertad de juicio clínico del médico, siempre y cuando este se aplique con fundamento en la práctica médica reconocida por las academias científicas y basada en la ética médica”. De la misma forma, este artículo podría adicionarse con los criterios que debería reunir el dictamen en materia de no discriminación que emita el órgano gubernamental competente, tal como se sugiere renglones antes.

---

<sup>77</sup> Idem

Los artículos veintinueve, veintinueve bis y veintinueve bis guión uno de la ley de instituciones en cita se constriñen, en sus veinticinco fracciones, a reglamentar la estructura y organización de las instituciones de seguros, de la composición de su asamblea y consejos de administración, así como la designación de su contralor interno. Toda vez que su contenido no es materia de este trabajo, lo que se sugiere al respecto es incorporar, en estos artículos, la cláusula de no discriminación. Dicha previsión tendría que acompañarse con la consiguiente obligación, impuesta a los órganos societarios, de cumplir con ella, con objeto de garantizar que en la contratación de los servicios de seguros que operen, no existan ni criterios de desempeño ni mecanismos de exclusión social, evidentes o simulados.

Por otro lado, el artículo treinta y seis de la propia ley en comento asevera:

“Artículo 36.- Las instituciones de seguros al realizar su actividad deberán observar los siguientes principios:

I.- Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a los sanos usos y costumbres en materia de seguros con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman;

II.- Determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados; ...”<sup>78</sup>

En estas dos fracciones la obligación impuesta a las aseguradoras de seleccionar los riesgos asumidos y determinar las primas sobre las bases estadísticas que constituyen su sustento técnico, cabe hacer la aclaración de que no entrarían en contradicción con la posibilidad de contratar con personas con discapacidad. En efecto, como lo hemos anticipado, basta con utilizar herramientas actuariales adecuadas a las necesidades de ese sector de la población, para que los cálculos

---

<sup>78</sup> Idem

técnicos cumplan con los requisitos de solidez y certidumbre a que se refiere la segunda de las fracciones reproducidas.

“Artículo 36.- Las instituciones de seguros...deberán... IV.- Indicar de manera clara y precisa, en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con estas, el **alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad** que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la institución de seguros así como los **derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios**. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las instituciones de seguros con sus asegurados contratantes y beneficiarios o con el público en general.”<sup>79</sup>

Especial importancia cobra la obligación impuesta en la fracción anterior porque, como se propone en este trabajo, contratar un seguro para personas con discapacidad puede hacerse inicialmente con la cautela negocial que pretenden las aseguradoras, haciendo las exclusiones necesarias para que los derechos derivados de tal contrato no se hagan resultar nugatorios posteriormente. Si la discapacidad que se presenta en el beneficiario del seguro es de tal naturaleza que haya disminuido su vigor vital de manera drástica o que la “pobreza de salud”<sup>80</sup> como lo refiere la propia ley, incrementa el riesgo a juicio de la aseguradora, basta con determinar con precisión “el **alcance, términos, condiciones**” así como establecer las “**exclusiones, limitantes...y cualquier otra modalidad**” a las que se sujetaría, en su caso, la cobertura del seguro contratado, para que ambas partes estuvieran, en lo posible, aseguradas en sus respectivos derechos.

Ahora bien, la obligación impuesta en el artículo treinta y seis que hemos venido analizando, se complementa con lo dispuesto en los artículos treinta y seis guión

---

<sup>79</sup> Ibidem

<sup>80</sup> Idem, artículo 47

a, treinta y seis guión b, y treinta y seis guión d, de la ley de la materia. El primero de los numerales mencionados regula lo que se conoce como la “nota técnica”.

“Artículo 36-a.- Para los efectos de lo dispuesto en la fracción II del artículo 36 de esta ley, las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una **nota técnica** en la que se exprese de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente: ...a) Las tarifas de primas y extraprimas; b) La justificación técnica de la suficiencia de la prima y...de las extraprimas; c) Las bases para el cálculo de reservas; d) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que...se establezcan; e) El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados... f) Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado... g) Los procedimientos para calcular las tablas de valores garantizados... h) Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar; e... i) Cualquier **otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación** de que se trate...Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta ley les autoriza, previo el registro de las notas técnicas que al efecto lleve la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas...”<sup>81</sup>

De lo transcrito hemos de concluir la importancia de la nota técnica para la procedencia de la operación de seguro que se pretenda. La implementación de cualquier seguro tiene que ajustarse a los requisitos planteados inicialmente para la nota técnica. Este artículo legal, sin necesidad de reforma alguna, prevé en su inciso i) la posibilidad de instrumentar cualquier actividad de seguro únicamente observando los requisitos previstos en él.

Tal inciso expresamente menciona cualquier **otro elemento técnico que sea necesario** para la referida instrumentación, de tal suerte que, si como se ha venido sosteniendo a lo largo de este trabajo, para celebrar seguros con personas con discapacidad es elemento definitorio el procedimiento actuarial que se utilice, se entenderá la importancia de este articulado. Así la nota técnica junto con el

---

<sup>81</sup> Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, op.cit

procedimiento estadístico que se adopte y se exprese en ella, constituyen una herramienta más de la cual se puede echar mano para concretar los seguros de interés. Esta nota técnica tiene su sustento en la ley de los grandes números a la que nos referimos en el capítulo anterior de este estudio.

“La regla de estadística denominada ley de los grandes números, no es sino la generalización del fenómeno observado en el pasado, hecha al inferir de su constante repetición, que también se producirá en el futuro. Así se ha llegado a medir la probabilidad estadística, aplicando los mismos procedimientos usados para la de la *probabilidad matemática*. Se considera que existe esta última, cuando se conocen todas las razones en pro de que se realice un determinado suceso, así como el número total de casos posibles de la misma naturaleza... El contrato de seguro...no puede separarse de la técnica económica de la mutualidad, al grado de que se ha dicho que el seguro no es sino la *técnica de la solidaridad*, la cual descansa sobre ese procedimiento que consiste en la reunión de un conjunto de riesgos homogéneos que, al convertirse de amenaza en realidad, producen *pérdidas o daños* que se distribuyen o reparten... entre todos los amenazados por el riesgo, que sólo para unos cuantos se realiza..”<sup>82</sup>

Así pues, como lo refiere el párrafo precedente, los procedimientos técnicos del contrato de seguro, que se expresan en la *nota técnica*, tienen un apoyo fundamental en la experiencia, esto es, en el conocimiento empírico de un número determinado de riesgos que se actualizan a lo largo de un período. Al no existir este apoyo, cualquier negativa de los institutos encargados de la actividad aseguradora es, simple y llanamente, una práctica prejuiciosa y, en consecuencia, discriminatoria. En ese mismo sentido se pronuncia la misma ley en su artículo treinta y seis guión d, al establecer las características a las que debe ajustarse la indicada nota técnica:

“Artículo 36-d.- Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público las operaciones y servicios que esta ley les autoriza, previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de sus productos. Los requisitos para obtener el

---

<sup>82</sup> Ruiz Rueda, Luis, *El Contrato de Seguro*, (1998) México, Editorial Porrúa,

referido registro serán establecidos...mediante disposiciones de carácter general, las cuales observaran los siguientes principios generales:...I.- Tratándose de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de adhesión:... a) Las instituciones deberán presentar...la nota técnica... así como la documentación contractual a que se refiere... esta ley, correspondientes a cada uno de los productos; b) la nota técnica del producto deberá ser elaborada en términos de lo previsto en los artículos 36 y 36-a de esta ley y con apego a los estándares de práctica actuarial que al efecto señale la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante las disposiciones generales a que se refiere este artículo...deberán ser elaboradas y firmadas por un actuario con cedula profesional...con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad...c) la documentación contractual del producto deberá acompañarse de un dictamen jurídico que certifique su apego a lo previsto en...esta ley y demás disposiciones aplicables...d) la solicitud de registro del producto de que se trate, deberá acompañarse de un análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual...suscrito tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la institución.”<sup>83</sup>

Es de tal trascendencia la nota técnica, que el párrafo final del mismo numeral que se analiza determina la revocación del registro de la indicada nota, cuando las operaciones de seguro que ampara pongan en peligro la solvencia o liquidez de las aseguradoras o se afecten los intereses del público usuario.

“...Cuando las operaciones que realicen las instituciones de seguros, obtengan resultados que no se apeguen razonablemente a lo previsto en la nota técnica correspondiente y, por ello, se afecten los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios, así como la solvencia y liquidez de esas instituciones, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá revocar el registro de la nota técnica y, por ende, del producto de que se trate. En este caso, la institución deberá adecuar la nota técnica a las condiciones que se hayan presentado en el manejo y comportamiento del riesgo cubierto y someterla nuevamente a registro.”<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, op.cit

<sup>84</sup> Ibidem

Cabe hacer la aclaración de que en el mismo artículo treinta y seis guión d se establece un procedimiento semejante para obtener el registro de las notas técnicas de productos que no sean de los contratados mediante contratos de adhesión. Respecto de dichos contratos, su reglamentación se hace en el numeral treinta y seis guión b de la misma ley.

“Artículo 36-b.- Los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos previstos en... esta ley. La citada Comisión registrará los contratos señalados y, en su caso, los modelos de cláusulas adicionales independientes que cumplan los mismos requisitos, previo dictamen de que los mismos no contienen estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las disposiciones legales que les sean aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran.”<sup>85</sup>

Lo que interesa destacar del dispositivo legal que antes se transcribe, es la función reguladora y de supervisión de la que dispone la otra entidad financiera participante, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para vigilar el recto comportamiento de las instituciones de seguros en el mercado en el que se desarrollan. Esta función de vigilancia llega, como se expresa en el artículo treinta y seis guión b al detalle de registrar, previo análisis y aprobación, los contratos de adhesión, las cláusulas incorporadas al mismo como endoso, contenidos en formatos preelaborados. La potestad de sancionar el traficar comercialmente con formularios no aprobados o registrados, llega a la anulación de los mismos, es decir, quedan sin efecto legal alguno, al invalidarlos la propia Comisión.

---

<sup>85</sup> Ibidem

En el presente caso, los contratos de seguro para personas con discapacidad estarían sujetos previamente al análisis de la Comisión mencionada, con cuyo aval técnico, las instituciones aseguradoras verían acotada su capacidad de maniobra para negarse a celebrarlos. Esa facultad regulatoria se confirma en diversas disposiciones de la ley en mérito, pero adquiere especial relevancia al momento de reglamentar las reservas, en su artículo cuarenta y siete.

“Artículo 47.- Las reservas de riesgos en curso que deberán constituir las instituciones, por los seguros o reaseguros que practiquen, serán: ...I.- Para los seguros de vida en los cuales la prima sea constante y la probabilidad de siniestro creciente con el tiempo, la reserva matemática de primas correspondientes a las pólizas en vigor en el momento de la valuación, así como los gastos de administración derivados del manejo de la cartera, calculada con métodos actuariales basados en la aplicación de estándares generalmente aceptados... III.- Para las operaciones de accidentes y enfermedades... a) En el seguro directo, el monto de recursos suficientes para cubrir los siniestros esperados derivados de la cartera de riesgos retenidos en vigor de la institución, así como los gastos de administración derivados del manejo de la cartera, calculado con métodos actuariales basados en la aplicación de estándares generalmente aceptados... (En los casos de las fracciones I y III) ...Las instituciones de seguros deberán registrar dichos métodos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de acuerdo a las disposiciones de carácter general que al efecto emita la propia Comisión. ...V.- Para otros planes de seguros que tengan características especiales, los que establezcan beneficios adicionales, y los que se contraten con personas que tengan **ocupación peligrosa o pobreza de salud** al suscribir el contrato, las que determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante reglas de carácter general; y... Las tablas de mortalidad, invalidez, morbilidad y sobrevivencia, así como la tasa máxima de interés compuesto que, en su caso, deban usarse para calcular las reservas de riesgos en curso, serán las que determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante reglas de carácter general.”<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> Idem

Son varias las observaciones que ha de hacerse a la disposición expuesta en el párrafo que antecede. La primera de ellas es la de resaltar que el método actuarial a que se refiere la *ley de los grandes números* está reconocida legalmente como sustento de las operaciones de seguro autorizadas por la ley. Así, lo que se ha venido sosteniendo en el presente estudio, en el sentido de que es posible y viable la creación de un seguro especial para personas con discapacidad, siempre que se encuentre con el método de cálculo estadístico y de probabilidades adecuado, es una solución real. Ahora bien, tales cálculos deberán ajustarse a la aplicación de estándares generalmente aceptados.

Si se trata de seguros de vida o de accidentes y enfermedades, tales métodos deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La fracción quinta del artículo cuarenta y siete establece el supuesto legal de la existencia de seguros con características especiales. De esa manera, nuevamente, se confirma la posibilidad prevista en la actual ley reguladora de las aseguradoras, de que existan seguros distintos a los enumerados en el artículo séptimo de la ley, tal como lo menciona el último de sus incisos. Se trata de seguros con características especiales, como pueden ser, precisamente, los que se celebren con personas con discapacidad. Si lo anterior no fuera suficiente, la misma fracción quinta que se comenta señala expresamente que tales seguros pueden ser, entre otros, “los que se contraten con personas que tengan... **pobreza de salud** al suscribir el contrato”. Si bien es cierto que la discapacidad, tal como lo hemos expuesto al inicio de este trabajo, no puede considerarse bajo la óptica de una salud empobrecida, también es cierto que la ley que se analiza no se encuentra actualizada ni incorpora los últimos conceptos sobre la discapacidad. Por tanto, enfáticamente afirmamos que el supuesto legal a que se refiere la fracción quinta del artículo cuarenta y siete hace viable los contratos de nuestro interés, materia de este trabajo. Finalmente se subraya que será la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la que mediante reglas de carácter general determine las características y el cálculo para la constitución de las reservas que deban preverse en el caso de este tipo de seguros. De acuerdo con lo ordenado en el

artículo cincuenta y dos del mismo ordenamiento legal, la propia Secretaría de Hacienda podrá ordenar la constitución de reservas técnicas especiales distintas a las especificadas anteriormente y, precisamente, para reforzar aquellas. Por su parte, el artículo cincuenta y dos bis enumera, por ejemplo, las reservas para fluctuación de inversiones, la de contingencia y la matemática especial para incremento en los índices de supervivencia, que por sí solas se explican.

“Artículo 52 bis.- Las instituciones de seguros autorizadas en los términos de esta ley para operar los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, deberán constituir, adicionalmente a las reservas a que se refiere el artículo 46 de esta ley, las siguientes reservas técnicas: ...I.- una reserva matemática especial, la cual tendrá como objeto hacer la provisión de los recursos necesarios para que las instituciones hagan frente a los posibles incrementos en los índices de supervivencia de la población asegurada...II.- Una reserva para fluctuación de inversiones, la cual tendrá como propósito apoyar a las instituciones ante posibles variaciones en los rendimientos de sus inversiones. Su constitución se efectuará utilizando una parte del rendimiento financiero derivado del diferencial entre la tasa de rendimiento efectivo de las inversiones de las instituciones y la tasa técnica de descuento empleada en el cálculo de los montos constitutivos, y...III.- Una reserva de contingencia, la cual tendrá como propósito cubrir las posibles desviaciones estadísticas de la siniestralidad.”<sup>87</sup>

Aunque el artículo cincuenta y dos bis está dirigido a aquellas instituciones autorizadas para operar seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, ilustran con mucha eficacia la posibilidad de que, en tratándose de operaciones de seguros que se suscriban teniendo a personas con discapacidad como contraparte, basta con establecer reservas técnicas especiales, de las prevenidas en los artículos cincuenta y dos y cincuenta y dos bis antes invocados para que el impacto de las posibles consecuencias económicas por la frecuencia de los *siniestros*, estén debidamente respaldadas. Este razonamiento desvirtúa el argumento de las instituciones de seguros en el

---

<sup>87</sup> Idem

sentido de que contratar con personas con discapacidad puede resultarles ruinoso. Todo es cuestión de voluntad y un buen trabajo técnico de respaldo.

Ahora bien, para entender a cabalidad lo que constituye una reserva, acudimos a las siguientes concepciones:

“Existen diversas clases y tipos de reservas; por ejemplo, las reservas técnicas, que no vienen siendo otra cosa que las reservas obligatorias que constituyen las compañías para hacer frente a obligaciones futuras. Las...reservas matemáticas...son exclusivas del ramo de vida y tienen como finalidad conseguir un equilibrio entre primas y riesgos; las reservas de riesgos en curso que son las que tienen por objeto hacer frente a los riesgos que permanecen en vigor al cierre contable de un ejercicio económico; las reservas...para obligaciones pendientes por cumplir...(que por sí mismas se explican y) ...reservas de previsión como son: las de supersiniestralidad;...”<sup>88</sup>

Abundando en las ideas que se han expuesto en los párrafos anteriores, el artículo setenta y tres de la ley de instituciones de seguros ordena que en caso de afectación de las reservas especiales previstas en los artículos cincuenta y dos y cincuenta y dos bis, que provoquen un déficit en la constitución de las reservas técnicas, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá autorizar su reconstitución mediante diferentes procedimientos, que en lo conducente son:

“...mediante aportaciones de los accionistas, aplicación de recursos patrimoniales o afectación de las reservas primeramente mencionadas...(reservas de siniestros ocurridos no reportados o de riesgos catastróficos)... Sin perjuicio de lo anterior, en los casos en que se determine déficit en la constitución de las referidas reservas técnicas, las instituciones deberán presentar un plan de regularización...”<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Martínez Gil José de Jesús, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, (2004) Editorial Porrúa, México

<sup>89</sup> Idem

Cabe aclarar que la afectación de las reservas no es un asunto menor, pues la sanción por dicha irregularidad puede llegar a la intervención de la aseguradora.

Por otro lado, como lo hemos venido mencionando a lo largo de este texto, las instituciones de seguros están sujetas a la supervisión, tanto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, como de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El artículo sesenta y nueve de la ley de la materia, explica que tales aseguradoras se sujetarán a las "...reglas de carácter general que dicte la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en cuanto a los servicios que contraten para el cumplimiento de sus obligaciones derivadas de las pólizas de seguro, así como a los demás servicios que contraten u operaciones que efectúen con terceros, que la propia secretaria estime complementarios o auxiliares de las operaciones que sean propias de las instituciones de seguros. Estas personas estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la comisión, respecto de las operaciones y servicios complementarios o auxiliares de las operaciones que sean propias de las instituciones de seguros".<sup>90</sup>

En este orden de ideas, la supervisión que se realice sobre las instituciones de seguros y las sociedades mutualistas de seguros podría abarcar también el cumplimiento de las disposiciones que garanticen la igualdad de oportunidades y el trato no discriminatorio. Puede pensarse, asimismo, en estímulos de carácter administrativo, no necesariamente fiscales, para el caso de que las aseguradoras nacionales decidieran incluir los seguros de interés en su agenda de negocios. Por ejemplo, los requisitos de desempeño que disponga la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en sus reglas de carácter general, que no se relacionen con el capital social o con obligaciones patrimoniales, sino con determinaciones de carácter corporativo cuya observancia deben cumplir.

Finalmente, hemos de hacer breve referencia a las sociedades mutualistas de seguros, contempladas también en la ley que ha sido motivo de la presente

---

<sup>90</sup> Idem

reflexión. Se trata de agrupaciones compuestas por personas que se solidarizan entre sí, con la finalidad de resolver necesidades concretas de naturaleza económica. Eso lo hacen mediante la aportación de recursos para la integración de un fondo común.

La característica esencial de este tipo de sociedades es su naturaleza solidaria y cooperativa, pues carecen del ánimo de lucro de las sociedades mercantiles. La manera en que se sostienen es mediante la recuperación de los gastos de administración y los gastos generales derivados de su gestión, en la medida estrictamente indispensable para cubrirlos. Entre las operaciones que pueden realizar están las establecidas de manera limitativa en el artículo ochenta y uno y que, desde luego, son restrictivas respecto de las que pueden desarrollar las instituciones de seguros. El hecho de que carezcan del sentido de la especulación comercial no les exime de constituir las reservas necesarias previstas en el artículo setenta de la ley de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, con objeto de garantizar el cumplimiento de sus compromisos con los asegurados.

### **3.3. Análisis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.**

La Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, como su artículo primero lo explica, tiene por objeto "...la protección y defensa de los derechos e intereses del público usuario de los servicios financieros, que prestan las instituciones públicas, privadas y del sector social debidamente autorizadas..."<sup>91</sup> y se aplica a las instituciones de seguros, precisamente porque éstas, en razón de las actividades que les han sido autorizadas, son organismos de naturaleza financiera. En concreto, la fracción cuarta del artículo segundo de la ley las incluye entre las enumeradas como instituciones de ese tipo.

---

<sup>91</sup> Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros vigente (2006) Agenda de seguros y fianzas, Ediciones fiscales ISEF, México

La propia ley también se encarga de crear y estructurar la “...entidad pública encargada de dichas funciones...” que es, precisamente, la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros. Esta Comisión se constituye como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios. De acuerdo con el artículo quinto de la ley que se analiza, el objeto fundamental de la referida Comisión es la de “...promover, asesorar, proteger y defender los intereses de los usuarios...”<sup>92</sup> respecto de los intereses de las instituciones financieras, constituyéndose en amigable componedor de sus diferencias o, inclusive, actuar como árbitro imparcial. El fin primordial es el de “...proveer a la equidad en las relaciones...” entre las mencionadas instituciones y las y los usuarios de sus servicios, actuando como un ombudsman en materia financiera.

“Será un solo organismo el que se encargue de la protección y defensa de los usuarios de los servicios financieros para que las demás comisiones se concentren en sus actividades de supervisión y regulación de las entidades del sector financiero. En ese sentido no habrá duplicidad de funciones entre las citadas comisiones y la CONDUSEF”.<sup>93</sup>

Las facultades de dicha Comisión<sup>94</sup> se encuentran relacionadas en el artículo undécimo del articulado de la misma ley y se pueden resumir en tres vertientes. La primera de ellas sería la de proteger los intereses de las y los usuarios, en ejercicio de sus funciones de supervisión y, de esa manera, tiene atribuciones para “revisar los contratos de adhesión que utilizan las instituciones...y proponer modificaciones”, o “emitir recomendaciones a diversas autoridades y a las instituciones financieras”, imponerle sanciones a éstas o aplicarles medidas de apremio. La segunda vertiente es la de dirimir controversias entre los usuarios o usuarias y las instituciones. De esa suerte, puede actuar como “amigable componedor”, tanto en los procedimientos de conciliación como en los arbitrajes

---

<sup>92</sup> Idem

<sup>93</sup> De la Fuente Rodríguez, *Tratado de Derecho Bancario y Bursátil* (2002), Editorial Planta, México

<sup>94</sup> Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros, op.cit.

que tiene la facultad de sustanciar, “respecto de los conflictos originados en contratos celebrados entre...usuarios y las instituciones financieras”, así como conocer del recurso de revisión “en contra de las resoluciones que dicte”. La tercera de las vertientes sería la de actuar como consejero de las y los usuarios, pues en este rubro puede “atender y resolver consultas que le formulen los usuarios en el ámbito de su competencia”, orientarlos y asesorarlos en sus litigios en contra de tales institutos, resolver sus reclamaciones y hasta asesorar a los usuarios en contra de otras personas, distintas a las instituciones financieras, “en caso de usura”.

Con independencia de las tareas de inspección y vigilancia a la que están sujetas las compañías aseguradoras en el curso normal de sus actividades cotidianas, realizadas -como se ha observado en los apartados anteriores- tanto por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se puede acudir a la defensa y protección por parte de la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros. Como lo anticipamos al relacionar las facultades de dicho organismo, éste se encarga de sustanciar dos procedimientos fundamentales que son el conciliatorio y el de arbitraje. El primero de ellos tiene como finalidad la de facilitar la solución de los conflictos que se presenten en la relación de usuarios de los servicios financieros con las instituciones de crédito, mediante la suscripción de un convenio en el que se satisfaga el interés de ambas partes. El segundo, se lleva a cabo cuando no es posible concretar una transacción y se entabla el litigio ante la propia Comisión. Para ello es indispensable que ambas partes se sometan a la decisión de la citada entidad. Esta actuará, entonces, como árbitro. Puede hacerlo como amigable componedor, en cuyo caso su actuación y resolución están revestidas de mayor flexibilidad o, por el contrario, puede hacerlo como árbitro de estricto derecho, en cuyo caso su actuación deberá ceñirse de manera escrupulosa a los límites que la propia ley le imponga. Doctrinalmente se distingue según los antecedentes del derecho romano.

“En Roma, los árbitros podían dirimir la controversia aplicando el derecho estricto o según la equidad, de buena fe...Estos antecedentes todavía permiten distinguir entre los árbitros propiamente tales o árbitros de derecho y los amigables compondores o arbitradores, que emiten su laudo “en conciencia” .<sup>95</sup>

Los procedimientos previstos en la ley que se analiza tienen relevancia en la medida en la que las personas con discapacidad, en su carácter de potenciales demandantes de seguros, estén en posibilidad de acceder a ellos. Tal como está planteada en la Ley sobre el Contrato de Seguro, en la mecánica legal para contratar un seguro, las aseguradoras son meras receptoras de propuestas de contrato por parte de los particulares. Esta propuesta se plantea por intermediación de los agentes de seguros quienes se convierten, de esa manera, en el único puente de comunicación entre los potenciales asegurados y las instituciones encargadas de asegurarlos. Tan es así que la Ley sobre el Contrato de Seguro hace referencia a los proponentes<sup>96</sup> en su articulado. En esas condiciones, el proponente, al solicitar a alguna institución de seguros contratar con ésta un seguro determinado, establece una relación jurídica con dicha institución, denominada oferta. En virtud de tal petición queda comprometido frente a la aseguradora, como oferente, pero de manera unilateral. En razón de tal oferta, puede afirmarse que los proponentes se convierten, por ese motivo, en usuarios de servicios financieros y podrían acudir a la protección de sus intereses ante la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros. Sin embargo, este extremo es discutible porque en las definiciones que se enuncian en el artículo segundo de la Ley que se analiza en este apartado, se menciona que los usuarios son aquellos que ya tienen un derecho exigible (actualizado y no sólo potencial), ante los organismos financieros.

“Artículo 2.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

---

<sup>95</sup> Becerra Bautista, José, *El Proceso Civil en México* (1997), Editorial Porrúa, México

<sup>96</sup> Proponente es la “persona que suscribe una solicitud de seguros”, Martínez Gil, José de Jesús, op.cit

I. Usuario, en singular o plural, la persona que contrata, utiliza o por cualquier otra causa tenga algún derecho frente a la institución financiera como resultado de la operación o servicio prestado;...”<sup>97</sup>

En este sentido, si se hiciera una interpretación rigurosa de la norma antes transcrita, resultaría que el único facultado para exigir al proponente el cumplimiento de su oferta sería la aseguradora, lo que no ocurriría en sentido inverso, pues el oferente o proponente no tiene derecho alguno exigible. Así pues, convendría introducir una modificación a la definición anterior, a efecto de que también se considere como usuario al proponente de un seguro, sea que la oferta haya sido aceptada o no. De esa manera, las personas con discapacidad podrían plantear ante las instituciones de seguros la contratación de un seguro concreto y, frente a la negativa injustificada de la institución de seguros, podrían acudir ante la referida Comisión a discutir la negativa. Con ello adquiriría mayor sentido la obligación de la Comisión de otorgar a los usuarios las herramientas necesarias para “fortalecer la seguridad jurídica en las operaciones...y en las relaciones que establezcan” con las instituciones de seguros.

Cabe destacar que los derechos amparados en la legislación que se analiza no sólo son de orden público e interés social, sino que, además, son irrenunciables. Ese es otro motivo por el que sería deseable que los proponentes de seguros pudieran tener acceso a los procedimientos previstos en esta legislación y a la protección de la Comisión regulada en ella.

El artículo sesenta y tres menciona los requisitos que deben cumplirse para poder presentar una reclamación ante la CONDUSEF y, exige que se exhiba la documentación que compruebe “la contratación del servicio que origina la reclamación.” En este sentido, como se menciono líneas antes, convendría ampliar el espectro de las atribuciones de la propia Comisión para que, los proponentes de seguros, con la sola solicitud de contratar, puedan acudir en

---

<sup>97</sup> Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros, op.cit

reclamación ante la Comisión que se menciona. Si bien es cierto que el procedimiento de conciliación<sup>98</sup> concluye ya con un acuerdo o transacción entre las partes, o ya con una negativa para llegar a convenio, quedan expeditas las vías legales para que, en todo caso, el usuario pueda acudir a ejercitar sus acciones legales ante los tribunales. De tal modo, son tres las posibles consecuencias administrativas de la conclusión del procedimiento de conciliación sin llegar a un acuerdo. La primera, se resume en la obligación de la Comisión de ordenar a la institución de seguros la constitución de una reserva técnica para garantizar el cumplimiento de la obligación contingente. La segunda, está condicionada al caso de que la institución financiera no asista al procedimiento convocado, en cuyo supuesto la Comisión podrá formular un dictamen técnico que contenga su opinión para que el reclamante lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes. La tercera, que es una consecuencia extrema, es la posibilidad de la aplicación de una sanción por parte de la Comisión.

El otro procedimiento previsto en la ley en análisis, de arbitraje, inicia con el compromiso de las partes de ajustarse al procedimiento que convengan y de someterse a la resolución que, en su caso, dicte al árbitro que la Comisión hubiese propuesto y, en su caso, hubieran aceptado las partes en conflicto. Este procedimiento se rige por las reglas previstas en la propia ley y las publicadas en el Diario Oficial de la Federación a ese propósito. Concluye con el laudo que dicte el árbitro elegido. El cumplimiento de ese laudo, que se habilita como una sentencia judicial, puede ser voluntaria o coercible, pero siempre de ejecución forzosa. Si la institución financiera es condenada y no cumple dentro del plazo de quince días, el laudo es enviado a un juez para que lo haga ejecutar.

Ahora bien, como la Comisión tiene como atribución la defensa de los usuarios de servicios financieros, deben existir, necesariamente, dos garantías procesales que sean útiles para lograr el objetivo de la equidad entre las partes. Una es la suplencia en la deficiencia de la queja y la otra es que se brinde defensa legal

---

<sup>98</sup> Idem (arts. 60 a 72).

especializada por parte de la propia Comisión. La suplencia en la deficiencia de la queja está prevista en el artículo sesenta y tres de la ley.

“Artículo 63.- La Comisión Nacional recibirá las reclamaciones de los usuarios con base en las disposiciones de esta ley. Dichas reclamaciones podrán presentarse...cumpliendo los siguientes requisitos:...

...V.- Documentación que ampare la contratación del servicio que origina la reclamación. La Comisión Nacional estará facultada para suplir la deficiencia de las reclamaciones en beneficio del usuario. “<sup>99</sup>

La defensoría especializada de los usuarios, para el caso de que no puedan sufragar los gastos de una defensa particular, está prevista en el artículo ochenta y siete.

“Artículo 87.- Los usuarios que deseen obtener los servicios de orientación jurídica y defensoría legal están obligados a comprobar ante la Comisión Nacional que no cuentan con los recursos suficientes para contratar un defensor especializado en la materia que atienda sus intereses.”<sup>100</sup>

Al respecto cabe plantear a discusión si la referida defensoría debe estar condicionada a la posibilidad de los usuarios de contratar defensores particulares o no. En general, convendría analizar si esa defensa podría ampliarse bajo criterios distintos como, por ejemplo, la cuantía de la reclamación pues, en muchas ocasiones, el monto de lo que se reclama no haría costeable la defensa del usuario. O, en otros, como en los casos que se abordan en este estudio, lo que se discutiría, más que una prestación susceptible de apreciación pecuniaria, es una conducta o un comportamiento reiterado de discriminación frente a un sector social, el de las personas con discapacidad.

---

<sup>99</sup> Idem  
<sup>100</sup> Idem

La otra vía de resarcimiento para el sector podría ser la interinstitucional. El artículo treinta y tres, integrado al Título Tercero de la mencionada ley, mismo que se denomina “De la organización y patrimonio de la comisión nacional” regula la integración de los consejos consultivos de la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios citada. El artículo treinta y cuatro, por su parte, reglamenta su funcionamiento y ordena:

“Artículo 34.- El consejo consultivo nacional sesionará por lo menos dos veces al año; los consejos consultivos regionales, estatales o locales que en su caso instale la junta, sesionaran por lo menos una vez al año. El presidente o el delegado, según corresponda, podrán invitar a las sesiones de trabajo de los consejos consultivos, a las asociaciones de instituciones financieras y a las organizaciones de usuarios, directamente vinculadas con el tema de la sesión”<sup>101</sup>.

Ambos numerales contemplan la posibilidad de que dentro del consejo consultivo nacional de dicha Comisión estén representadas “cada una de las comisiones nacionales”, es decir, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, así como “tres representantes de las instituciones financieras y tres más de los usuarios”. En este sentido, podría sugerirse que este consejo consultivo tenga como obligación estructural la de consultar, por ejemplo, al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación o, incluso, invitar a un representante, cuando vayan a abordarse cuestiones que tengan relación con las atribuciones de dicha entidad, como se plantea en el último de los artículos reproducidos antes. Lo anterior resulta más atendible aún si se analiza que tales consejos consultivos tienen como atribuciones, las de:

“...II. Elaborar propuestas que contribuyan al mejoramiento de los servicios que proporciona la comisión nacional;...III. Opinar sobre el establecimiento de criterios para orientar la protección y defensa de los derechos de los usuarios;...IV. Opinar

---

<sup>101</sup> Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros, op.cit.

ante la comisión nacional en cuestiones relacionadas con las políticas de protección y defensa a los usuarios,...”<sup>102</sup>

De lo anterior, es posible concluir que los convenios de coordinación interinstitucional podrían ser un mecanismo apropiado para la protección, en este rubro, de las personas con discapacidad. En relación con la ley Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros que se describe y critica en este apartado, es poco lo que puede plantearse, al ser fundamentalmente una legislación orgánica y de procedimientos.

### **3.4. Análisis de la Ley Federal del Trabajo.**

Aunque el análisis de la Ley Federal del Trabajo no es motivo del presente estudio, es obvio que su conexión con los seguros derivados de las prestaciones de seguridad social, a los que se refiere la legislación de esa materia, hace necesario referirnos a la ley laboral. Su actualización, usando las categorías aprobadas por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional a que hemos hecho referencia, no sólo es deseable sino necesaria, a fin de eliminar normas con algún sesgo discriminatorio. Así, podemos distinguir aquellas disposiciones legales que constituyen una sistemática jurídica de la propia ley, al regular los riesgos, accidentes y enfermedades de trabajo, de aquellas en las que sólo se hace referencia a la incapacidad o invalidez de los trabajadores, en coherencia con la sistemática de la propia legislación.

Los riesgos de trabajo y sus consecuencias se encuentran reglamentados en el Título noveno de la legislación laboral. Las disposiciones legales contenidas en el título de referencia son, por regla general, aplicables a todas las relaciones de trabajo, salvo a los así llamados talleres familiares, en los que trabajan los cónyuges, sus descendientes, ascendientes y pupilos.

---

<sup>102</sup> Idem

“A fines del siglo pasado, en Europa, nació la teoría del riesgo profesional imponiéndole a los empresarios la obligación de resarcir a sus trabajadores de los accidentes o enfermedades que contrajeran en el trabajo...En México fue prohijada aquella teoría...mediante el pago de responsabilidad civil del empresario a los trabajadores, salvo los casos de fuerza mayor extraña a la industria, negligencia o culpa grave de la víctima e intención del operario de causarse el daño...”<sup>103</sup>

Como se anticipó, la reglamentación de los riesgos de trabajo en esta legislación constituyen un sistema normativo, cuyos ejes son las enfermedades y accidentes de trabajo. Cuando se afirma que se trata de un sistema normativo, se desea enfatizar que entre las normas legales que constituyen ese sistema, existe una interacción recíproca y, por tanto, la modificación de uno de sus elementos o ejes, implica la reforma del esquema general. Así, el artículo cuatrocientos setenta y tres agrupa bajo el concepto de riesgos de trabajo.

“Artículo 473. Riesgos de trabajos son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.”<sup>104</sup>

La definición de riesgo a que se refiere el artículo anterior es compatible con el concepto que del mismo vocablo se emplea en la legislación de seguros. Amén de ello, la división del riesgo en enfermedades y accidentes facilita la comprensión del sistema, aunque como se apreciará posteriormente, la introducción de las categorías de la clasificación internacional, contribuirán a darle coherencia con la legislación civil y mercantil.

En el artículo cuatrocientos setenta y cuatro, la ley define al accidente de trabajo como la muerte, una lesión orgánica o una perturbación funcional producidas con motivo del trabajo. Nuevamente se hace necesario adaptar esa definición a las categorías de la clasificación internacional actualmente en uso (CIF), por lo que se propondría como concepto el siguiente:

---

<sup>103</sup> Trueba Urbina Alberto, *Nuevo Derecho del Trabajo*, (1997) Editorial Porrúa, México

<sup>104</sup> Idem

“Artículo 474. Accidente de trabajo es toda alteración en la condición de salud del trabajador, como lesiones, trastornos, traumatismos o anormalidades de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste”.

“Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de este a aquel.”<sup>105</sup>

Por su parte, el artículo cuatrocientos setenta y cinco de la ley del trabajo establece la definición de la enfermedad laboral.

“Artículo 475. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.”<sup>106</sup>

Bajo nuestra óptica, la anterior definición puede complementar el concepto que se propone líneas arriba, puesto que, si bien la enfermedad es una alteración de las condiciones de salud de las personas, entendida como se expresa en el artículo cuatrocientos setenta y cinco, se convertirá en accidente, según las consecuencias que reporte. Amén de lo anterior, el artículo cuatrocientos setenta y seis de la legislación en análisis, finalmente aclara:

“Artículo 476. Serán consideradas en todo caso enfermedades de trabajo las consignadas en la tabla del artículo 513.”<sup>107</sup>

La tabla a que se alude en este dispositivo legal es exhaustiva, por lo que no se abundará al respecto. Ahora bien, el numeral cuatrocientos setenta y siete expresa que, al ocurrir los riesgos de trabajo, sus efectos pueden ser la muerte o la

---

<sup>105</sup> Idem

<sup>106</sup> Idem

<sup>107</sup> Idem

*incapacidad*, ya temporal o permanente, ya parcial o total. Respecto de las consecuencias de tal presupuesto legal, desde luego se sugiere su modificación, para que quede de la siguiente manera:

“Artículo 477. Cuando los riesgos se realizan pueden producir:

- I. (Discapacidad) temporal;
- II. (Discapacidad) permanente parcial;
- III. (Discapacidad) permanente total; y
- IV. La muerte.”<sup>108</sup>

Según esta clasificación, puede concluirse que la discapacidad prevista en la primera fracción –es decir, la discapacidad temporal- es de carácter pasajera, reversible; en tanto las discapacidades a que se refieren las siguientes tres fracciones son de naturaleza inalterable. Con esa distinción en mente, podemos abordar el contenido de los artículos cuatrocientos setenta y ocho, cuatrocientos setenta y nueve y cuatrocientos ochenta, que explican los alcances de cada una de esas concepciones. En ese orden de ideas, el primero de los numerales enunciados afirma:

“Artículo 478. Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.”<sup>109</sup>

Lo primero que habría que describir es que las categorías que se emplean en este numeral son reiterativas, pues facultad y aptitud son sinónimos. Hacen referencia a la “capacidad para operar competentemente en una determinada actividad” o, en una más decantada acepción, “suficiencia o idoneidad para obtener y ejercer un empleo o cargo”. Si la discapacidad a la que se alude en este numeral es temporal, se entiende que la aptitud que se ha perdido, como se menciona al inicio de la definición, puede recuperarse. Si, como sabemos, la discapacidad es toda

---

<sup>108</sup> Idem

<sup>109</sup> Idem

“restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad” el sustituirlo en el texto del artículo es suficiente para que se entienda que esa restricción imposibilita el desempeño del trabajo y si, además, es pasajero, entonces basta con señalar que el impedimento parcial se refiere al tiempo para reincorporarse al trabajo o la actividad que ha sido restringida. Por ello es que se propone que se modifique dicha concepción para quedar como sigue.

Artículo 478. (Discapacidad) temporal es la insuficiencia o restricción en la condición de salud del trabajador que lo imposibilitan para desempeñar su trabajo por algún tiempo, ya sea parcial o totalmente.

Por cuanto se refiere al contenido del siguiente artículo de la ley, en éste se hace alusión a la incapacidad permanente, que inhabilita sólo parcialmente, pero en forma definitiva y, por eso, expresa que:

“Artículo 479. Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.”<sup>110</sup>

En concordancia con lo que se ha escrito antes, nos parece apropiado que se modifique en los siguientes términos: “Artículo 479. (Discapacidad) permanente parcial es todo déficit o limitación, irreversible y definitiva, en la actividad laboral de una persona.”

Finalmente se encuentra la redacción del artículo cuatrocientos ochenta que se encuentra formulada así:

“Artículo 480. Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.”<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> Idem

<sup>111</sup> Idem

Cabe recordar aquí que la discapacidad, según la misma clasificación internacional, puede ser de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional o mental, reversible o irreversible. Tomando ello en consideración, podría proponerse que el estado particular de discapacidad sea un elemento de la definición de este artículo, a efecto de plantearla de manera armónica con la legislación común, por lo que la sugerencia que se hace explicaría:

“Artículo 480. (Discapacidad) permanente total es la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad físico, sensorial, intelectual, emocional o mental, de modo irreversible, para desarrollar cualquier actividad laboral por el resto de la vida de una persona. “

Por otro lado, el artículo cuatrocientos ochenta y uno utiliza un vocabulario francamente discriminatorio.

“Artículo 481. La existencia de estados anteriores tales como idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones, o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.”<sup>112</sup>

El artículo anterior tiene una evidente carga discriminatoria al emplear términos poco conocidos o que se identifican con el estigma social. Gramaticalmente, en una de sus acepciones, tara es un “defecto físico o psíquico, por lo común importante y de carácter hereditario”<sup>113</sup> significado que, por sí mismo, sería más ilustrativo que peyorativo, si no fuera porque su siguiente acepción es la de “defecto o mancha que disminuye el valor de algo o alguien”<sup>114</sup>. En consecuencia, utilizar tal concepción, que favorece la percepción generalizada que devalúa a la persona, debe suprimirse. Ahora bien, por discracia ha de entenderse un “estado de extrema desnutrición”<sup>115</sup> cuya única desventaja es su uso poco común. Semejante comentario podría aplicarse a idiosincrasia, que se define como los

---

<sup>112</sup> Idem

<sup>113</sup> Real Diccionario

<sup>114</sup> Idem

<sup>115</sup> Idem

“...rasgos, temperamento, carácter distintivos y propios de un individuo o de una colectividad...”<sup>116</sup> pues aunque es un vocablo más conocido, su verdadero significado no es del conocimiento general. Sin embargo, cuando se sugiere que hay colectivos o individuos cuyo “carácter, temperamento o rasgos” constituyen un “estado anterior” que puede asimilarse a una enfermedad, se le está atribuyendo un contenido prejuicioso y peyorativo al concepto.

Por ello es que se sugiere la siguiente redacción. “La existencia de estados anteriores derivados de discrasia (irreversible), (deficiencias), intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la (discapacidad), ni las prestaciones que correspondan al trabajador.”

“Artículo 483. Las indemnizaciones por riesgos de trabajo que produzcan incapacidades, se pagaran directamente al trabajador.

En los casos de (discapacidad) mental (o intelectual), comprobados ante la junta, la indemnización se pagara a la persona o personas, de las señaladas en el artículo 501, a cuyo cuidado quede; en los casos de muerte del trabajador, se observara lo dispuesto en el artículo 115”.

En ese orden de ideas, por lo que se refiere al segundo grupo de normas legales, las que sólo mencionan el término incapacidad en su redacción, basta con sustituir toda alusión a la incapacidad, con el vocablo adecuado de deficiencia o discapacidad. En esa circunstancia se encuentran los siguientes artículos de la ley del trabajo. En el artículo cuarenta y dos, incluido en el capítulo referido a la suspensión de los efectos de las relaciones de trabajo, se señala como causas de suspensión temporal “...de las obligaciones de prestar el servicio y pagar el salario, sin responsabilidad para el trabajador y el patrón...”<sup>117</sup> la contenida en la fracción segunda, en la que se menciona “...II. la incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de

---

<sup>116</sup> Idem

<sup>117</sup> Ley Federal del Trabajo vigente, (2006) Agenda Laboral, Ediciones Fiscales ISEF, SA, México

trabajo;...”<sup>118</sup> debiendo quedar redactado como “...II. la discapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo;”

En el mismo capítulo, el artículo cuarenta y tres menciona el momento a partir del cual la suspensión deberá empezar a contarse y, el supuesto legal, menciona que tal hecho será aquella en “...la en que se produzca la incapacidad para el trabajo...”,<sup>119</sup> debiendo redactarse de la siguiente manera: “Artículo 43.- La suspensión surtirá efectos:...En los casos de las fracciones I y II del artículo anterior, desde la fecha en que el patrón tenga conocimiento de la enfermedad contagiosa o en la que se produzca la discapacidad para el trabajo, hasta que termine el periodo fijado por el Instituto Mexicano del Seguro Social o antes si desaparece la discapacidad para el trabajo,...”.

En el capítulo quinto, alusivo a la terminación de las relaciones de trabajo, advertimos que los artículos cincuenta y tres y cincuenta y cuatro hacen igualmente referencia al término incapacidad. Así, el primero de los numerales antes citado afirma que son causas de “...terminación de las relaciones de trabajo:...IV. La incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador, que haga imposible la prestación del trabajo...”<sup>120</sup> debiendo modificarse para que exprese como causa de terminación de la relación laboral, en la fracción cuarta que se menciona “...IV. La discapacidad permanente o inhabilidad manifiesta del trabajador, que haga imposible la prestación del trabajo...” No consideramos necesaria mantener la distinción que actualmente existe, precisamente porque la propia hipótesis legal, menciona que sólo se considerará causa de terminación aquella que “haga imposible la prestación del trabajo”.

Por su parte, el artículo cincuenta y cuatro, aclara que si “...la incapacidad proviene de un riesgo no profesional, el trabajador tendrá derecho a que se le

---

<sup>118</sup> Ibidem

<sup>119</sup> Idem

<sup>120</sup> Idem

pague un mes de salario y doce días por cada año de servicios...”<sup>121</sup>, haciendo necesaria su reforma en el mismo sentido en el que se ha venido comentando, para que quede “En el caso de la fracción IV del artículo anterior, si la discapacidad proviene de un riesgo no profesional, el trabajador tendrá derecho a que se le pague un mes de salario y doce días por cada año de servicios...”.

Ahora bien, el Título Cuarto de la ley que se analiza, corresponde al catálogo de los derechos y obligaciones nacidos de la relación laboral, en lo que toca tanto a los trabajadores como a los patrones. El capítulo segundo del mencionado título, aborda las obligaciones de los trabajadores y, en su artículo ciento treinta y cuatro informa, en lo conducente como una obligación “de los trabajadores” el que se precisa en su fracción décima “...Someterse a los reconocimientos médicos previstos en el reglamento interior y demás normas vigentes en la empresa o establecimiento, para comprobar que no padecen alguna *incapacidad* o enfermedad de trabajo, contagiosa o incurable;...”<sup>122</sup> en la que bastaría sustituir el vocablo *incapacidad* por la categoría *discapacidad*.

En el capítulo tercero del mismo título cuarto, al regular el aspecto de la vivienda de los trabajadores bajo la denominación “Habitaciones para los trabajadores” se señala, en el artículo ciento cuarenta y uno, que las “...aportaciones al fondo nacional de la vivienda son gastos de previsión social de las empresas y se... sujetarán a las bases siguientes:...I. En los casos de incapacidad total permanente, de incapacidad parcial permanente, cuando esta sea del 50% o mas; de invalidez definitiva, en los términos de la ley del seguro social;...”<sup>123</sup>

Este numeral -a diferencia de todos los anteriores que sólo mencionan “incapacidad”- incluye el término “invalidez” que, en sí mismo, alude a la anulación del individuo, a su falta de valía, por lo que en este contexto consideramos que es una expresión que deviene en francamente peyorativa, además de reiterativa,

---

<sup>121</sup> Idem

<sup>122</sup> Idem

<sup>123</sup> Idem

pues se identifica con la categoría legal “incapacidad permanente”. Por ello resulta indispensable eliminar ese vocablo y sustituir, como se ha venido sugiriendo, el término de “incapacidad”, por el de “discapacidad” a efecto de que, este artículo, ya reformado, diga en lo conducente: “...aportaciones al fondo nacional de la vivienda son gastos de previsión social de las empresas y se... sujetarán a las bases siguientes:...I. En los casos de discapacidad total o parcial permanente, cuando ésta última sea del 50% o mas, en los términos de la ley del seguro social;...se entregara el total de los depósitos constituidos, a el o sus beneficiarios, con una cantidad adicional igual a dichos depósitos...”

En el mismo artículo ciento cuarenta y uno, sólo que en sus fracciones tercera y cuarta, vuelve a hacerse mención de la “incapacidad” del trabajador, por lo que se sugiere su reforma en los siguientes términos “...III. En caso de que el trabajador hubiere recibido crédito del instituto, las cantidades a que tuviere derecho... se aplicarán a la amortización del crédito, salvo en los casos de (discapacidad) total permanente o de muerte, en los términos del artículo 145...”<sup>124</sup> Por lo que toca a la fracción cuarta del propio numeral “...IV. En caso de (discapacidad) total permanente, de jubilación o de muerte del trabajador, se entregará el total de los depósitos constituidos a el o a sus beneficiarios con una cantidad adicional igual a dichos depósitos...”<sup>125</sup>

En igual sentido habrá de reformarse el artículo ciento cuarenta y cinco de la referida ley laboral para que se comprenda de la siguiente forma “Los créditos que se otorguen por el organismo que administre el fondo nacional de la vivienda, estarán cubiertos por un seguro, para los casos de (discapacidad) total permanente o de muerte, que libere al trabajador o a sus beneficiarios de las obligaciones, gravámenes o limitaciones de dominio...”<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> Idem

<sup>125</sup> Idem

<sup>126</sup> Idem

Sin embargo, el artículo ciento cuarenta y cinco que se comenta, tiene un segundo párrafo que merece mayor atención, por la definición que contiene y que se transcribe a continuación. “Para tales efectos, se entenderá por (discapacidad) total permanente la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido”.<sup>127</sup>

Siendo congruentes con lo que se ha venido planteando a lo largo de este trabajo, mencionaríamos que debe adoptarse una definición cercana a la de la clasificación internacional actualmente en uso (CIF), por lo que en un intento por ofrecer un concepto que sustituya el anterior, se propone la redacción que aparece enseguida: “Para tales efectos, se entenderá por discapacidad total permanente la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar cualquier actividad laboral por el resto de la vida del trabajador, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido.”

Por lo que se refiere al siguiente párrafo del mismo artículo en comento, sólo observaríamos la necesidad de sustituir el vocablo “incapacidad” por “discapacidad” para que aparezca como sigue: “Tratándose de los casos de (discapacidad) parcial permanente, cuando esta sea del 50% o mas, o (discapacidad) total permanente e irreversible, se liberará al trabajador acreditado del adeudo, los gravámenes o limitaciones de dominio...”<sup>128</sup>

Además de las modificaciones sugeridas, que consideramos adecuadas a los dispositivos legales que han quedado mencionados en las líneas anteriores, existen varios más dentro del articulado legal, que tendrían que actualizarse para evitar su carga discriminatoria. Sin embargo, como se trata simplemente de sustituir el vocablo incapacidad por la categoría discapacidad, en obvio de

---

<sup>127</sup> Idem

<sup>128</sup> Idem

repeticiones, se transcriben los artículos de la ley, con la salvedad de proponerlos con la modificación incorporada entre paréntesis.

“Artículo 482. Las consecuencias posteriores de los riesgos de trabajo se tomarán en consideración para determinar el grado de la (discapacidad).”

“Artículo 484. Para determinar las indemnizaciones a que se refiere este título, se tomará como base el salario diario que perciba el trabajador al ocurrir el riesgo y los aumentos posteriores que correspondan al empleo que desempeñaba, hasta que se determine el grado de la (discapacidad), el de la fecha en que se produzca la muerte o el que percibía al momento de su separación de la empresa.”

“Artículo 488. El patrón queda exceptuado de las obligaciones que determina el artículo anterior, en los casos y con las modalidades siguientes:

I. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez;

II. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción médica...

III. Si el trabajador se ocasiona intencionalmente una lesión por sí solo o de acuerdo con otra persona; y

IV. Si la (discapacidad) es el resultado de alguna riña o intento de suicidio.

El patrón queda en todo caso obligado a prestar los primeros auxilios y a cuidar del traslado del trabajador a su domicilio o a un centro médico.”

“Artículo 491. Si el riesgo produce al trabajador una (discapacidad) temporal, la indemnización consistirá en el pago íntegro del salario que deje de percibir mientras subsista la imposibilidad de trabajar. Este pago se hará desde el primer día de la (discapacidad).”

“Si a los tres meses de iniciada una (discapacidad) no está el trabajador en aptitud de volver al trabajo, el mismo o el patrón podrá pedir, en vista de los

certificados médicos respectivos, de los dictámenes que se rindan y de las pruebas conducentes, se resuelva si debe seguir sometido al mismo tratamiento médico y gozar de igual indemnización o procede declarar su (discapacidad) permanente con la indemnización a que tenga derecho. Estos exámenes podrán repetirse cada tres meses. El trabajador percibirá su salario hasta que se declare su (discapacidad) permanente y se determine la indemnización a que tenga derecho.”

“Artículo 492. Si el riesgo produce al trabajador una (discapacidad) permanente parcial, la indemnización consistirá en el pago del tanto por ciento que fija la tabla de valuación de (discapacidades), calculado sobre el importe que debería pagarse si la (discapacidad) hubiese sido permanente total. Se tomará el tanto por ciento que corresponda entre el máximo y el mínimo establecidos, tomando en consideración la edad del trabajador, la importancia de la (discapacidad) y la mayor o menor aptitud para ejercer actividades remuneradas, semejantes a su profesión u oficio...”

“Artículo 493. Si la (discapacidad) parcial consiste en la pérdida absoluta de las (habilidades) o aptitudes del trabajador para desempeñar su profesión, la junta de conciliación y arbitraje podrá aumentar la indemnización hasta el monto de la que correspondería por (discapacidad) permanente total, tomando en consideración la importancia de la profesión y la posibilidad de desempeñar una de categoría similar, susceptible de producirle ingresos semejantes.”

“Artículo 494. El patrón no estará obligado a pagar una cantidad mayor de la que corresponda a la (discapacidad) permanente total aunque se reúnan más de dos (discapacidades).”

“Artículo 495. Si el riesgo produce al trabajador una (discapacidad) permanente total, la indemnización consistirá en una cantidad equivalente al importe de mil noventa y cinco días de salario.”

“Artículo 496. Las indemnizaciones que debe percibir el trabajador en los casos de (discapacidad) permanente parcial o total, le serán pagadas íntegras, sin que se haga deducción de los salarios que percibió durante el periodo de (discapacidad) temporal.”

“Artículo 497. Dentro de los dos años siguientes al en que se hubiese fijado el grado de (discapacidad), podrá el trabajador o el patrón solicitar la revisión del grado, si se comprueba una agravación o una atenuación posterior.”

“Artículo 498. El patrón está obligado a reponer en su empleo al trabajador que sufrió un riesgo de trabajo, si esta (habilitado), siempre que se presente dentro del año siguiente a la fecha en que se determinó su (discapacidad). No es aplicable lo dispuesto en el párrafo anterior si el trabajador recibió la indemnización por (discapacidad) permanente total”.

“Artículo 502. En caso de muerte del trabajador, la indemnización que corresponda a las personas a que se refiere el artículo anterior será la cantidad equivalente al importe de setecientos treinta días de salario, sin deducir la indemnización que percibió el trabajador durante el tiempo en que estuvo sometido al régimen de (discapacidad) temporal.”

“Artículo 506. Los médicos de las empresas están obligados:

- I. Al realizarse el riesgo, a certificar si el trabajador queda (habilitado) para reanudar su trabajo;
- II. Al terminar la atención medica, a certificar si el trabajador está capacitado para reanudar su trabajo;
- III. A emitir opinión sobre el grado de (discapacidad);...”

### **3.5. Análisis de la Ley General de las Personas con Discapacidad.**

Esta es una ley de reciente promulgación y, en consecuencia, su vigencia no alcanza aún los dieciocho meses. Sus disposiciones son de orden público, de interés social y de observancia general y tiene como objeto “establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad en un marco de igualdad y equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida”<sup>129</sup>. Esta legislación establece definiciones legales de vanguardia en el marco jurídico mexicano, en su artículo segundo, de entre las que destacamos las siguientes:

“Artículo 2.- Para los efectos de esta ley se entenderá por:

...V.- Equiparación de oportunidades.- Proceso de adecuaciones, ajustes y mejoras necesarias en el entorno jurídico, social y cultural y de bienes y servicios, que faciliten a las personas con discapacidad una integración, participación y convivencia en igualdad de oportunidades y posibilidades con el resto de la población.

...X.- Organizaciones.- Todas aquellas organizaciones sociales constituidas legalmente para el cuidado, atención, defensa o salvaguarda de los derechos de personas con discapacidad o que busquen apoyar y facilitar su participación en las decisiones relacionadas con el diseño, aplicación y evaluación de programas para su desarrollo e integración social.

...XI.- Persona con discapacidad.- Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.”<sup>130</sup>

Esta ley ordena al estado mexicano establecer políticas públicas y programas nacionales para atender a las personas con discapacidad, a fin de alcanzar su integración social y económica, así como el pleno respeto a sus derechos

---

<sup>129</sup> Ley General de las personas con discapacidad, diario oficial de la federación, diez de junio de 2005.

<sup>130</sup> Idem

humanos. Abarca todos los ámbitos de la vida cotidiana en los que las personas con discapacidad reciben un trato discriminatorio, desde la salud, el trabajo y la educación, hasta el desarrollo, asistencia social, deporte y la cultura, pasando por las facilidades arquitectónicas, de desarrollo urbano, vivienda, transporte y comunicaciones. En todas estas áreas establece un catálogo general de derechos y obligaciones a favor de las personas con discapacidad.

La legislación en mérito crea, además, el Consejo Nacional para las personas con Discapacidad como “el instrumento permanente de coordinación intersecretarial e interinstitucional que tiene por objeto contribuir al establecimiento de una política de Estado en la materia, así como promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones, estrategias y programas derivados”<sup>131</sup> de la referida ley. Para los efectos de este estudio, nos interesa resaltar no sólo el carácter de orden público e interés social al que ya nos hemos referido, sino las disposiciones contenidas en su numeral trigésimo, relativo a las atribuciones del Consejo que se menciona antes. Al respecto, cabe señalar que dicho organismo tiene la facultad de “promover acciones para generar la equiparación de oportunidades...y ser el organismo de consulta y asesoría obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal...que realicen acciones y programas relacionados con las personas con discapacidad.”

### **3.6. Referencia a Ley federal de protección al consumidor.**

Cabe aclarar que antes de la promulgación y entrada en vigencia de la Ley de Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, era aplicable la Ley Federal de Protección al Consumidor, cuyo artículo primero establece que el objeto de dicha ley es proteger los derechos del consumidor en sus relaciones con los proveedores, por la prestación habitual de servicios propalados públicamente. Sin embargo, el artículo quinto de la citada ley, excluye ahora, de manera expresa, a las instituciones financieras.

---

<sup>131</sup> Idem

“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 de las instituciones y organizaciones cuya supervisión y vigilancia esté a cargo de las comisiones nacionales Bancaria y de Valores, de Seguros y Fianzas o del Sistema de Ahorro para el Retiro; así como los servicios profesionales que no sean de carácter mercantil.”<sup>132</sup>

### **3.7. Análisis del Reglamento del Seguro de Grupo.**

Este ordenamiento jurídico, que fue emitido por el Presidente de la República en ejercicio de la facultad reglamentaria prevista en el artículo ochenta y nueve de la Constitución General de la República se reglamenta lo que se denomina como “Seguro de grupo” que no es otra cosa sino aquellos a que se refiere el artículo segundo del referido reglamento:

“Artículo 2.- Son grupos asegurables en los términos de este Reglamento, los que a continuación se mencionan:

- a) Los empleados y obreros de un mismo patrón o empresa; los grupos formados por una sola clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a un mismo patrón o empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo y sus secciones o grupos;
- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos; y
- d) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

Sólo en el caso de este inciso, las instituciones aseguradoras presentarán para su aprobación ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las características del

---

<sup>132</sup> Ley federal de protección al consumidor vigente (2006) Editorial Porrúa, México

grupo que pretendan asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.”<sup>133</sup>

Doctrinalmente todavía se discute, por la indefinición de la ley, si el seguro de grupo es un contrato colectivo o si se asemeja al contrato popular al que también alude la legislación respectiva. Tanto en la Ley del Contrato de Seguro –en sus artículos ciento ochenta y ocho y ciento noventa y uno- como en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros –en su artículo doce- se hace referencia a dicho tipo de seguro, pero no lo definen, manteniendo la indefinición acerca de sus alcances.

“En ocasiones se celebra el contrato de seguro para cubrir el riesgo de muerte de una sola persona, o bien de una pluralidad de ellas, hipótesis que se da en lo que se conoce como *seguro de grupo*, considerado expresamente en nuestra legislación, como puede verse en el artículo 191 de la ley, o bien en el seguro colectivo, que también menciona nuestra ley en el artículo 188 refiriéndose a los seguros contra los accidentes personales, pero que también se aplica al seguro de vida propiamente.”<sup>134</sup>

Independientemente de la indefinición doctrinal, la importancia de dicho seguro colectivo y el Reglamento que lo rige, para nuestros efectos, es la posibilidad de acceder a la contratación colectiva a través de la constitución de una persona moral, integrada por personas con discapacidad y que estén interesadas en la contratación de seguros personales. En este sentido, sería necesario reformar el citado Reglamento del Seguro de Grupo con un inciso e) a su artículo segundo, para que también se considerara a este tipo de sector en la categoría de “grupos asegurables”. En los contratos de grupo, el contratante lo será la persona moral que corresponda, aunque los beneficiarios lo sean precisamente aquellas personas físicas a las que se alude en los diferentes incisos de la norma legal transcrita anteriormente. Una de las características de este seguro es la

---

<sup>133</sup> Reglamento del Seguro de Grupo vigente (2006), Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México

<sup>134</sup> Ruiz Rueda, op cit

posibilidad de que no exista selección adversa y que permitiría la declaración, tanto de la naturaleza del riesgo asegurado como de las circunstancias determinantes para apreciar la posibilidad de que se convierta en un riesgo catastrófico, lo que implicaría un trabajo específico dirigido a la población de nuestro interés. En este último sentido, la reforma al Reglamento se facilita porque no estaría sujeta al proceso legislativo, sino simplemente a la voluntad del Ejecutivo Federal para introducir las modificaciones aludidas, que se juzgan pertinentes. Amén de lo anterior, la Ley General para las Personas con Discapacidad también legitiman a las organizaciones integradas por personas con discapacidad, para que defiendan sus derechos, lo que probablemente facilitaría la obtención de este propósito.

### **3.8. Referencia al Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas es la encargada, junto con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de supervisar y vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales por parte de las instituciones de seguros. Su estructura, organización y funciones están reguladas por el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La referida Comisión Nacional es un órgano desconcentrado de la administración pública federal dependiente de la mencionada Secretaría de Hacienda y entre cuyas atribuciones se encuentra, precisamente, las de ejercer las facultades de inspección y vigilancia que le confieren la "...Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, así como otras leyes, reglamentos y disposiciones aplicables."<sup>135</sup>

---

<sup>135</sup> Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigente (2006) Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México

El propósito del ordenamiento es el de garantizar al posible usuario de los seguros y fianzas que los servicios que presten las instituciones de seguros, así como las actividades que realicen, se apeguen a lo establecido en las leyes aplicables en esta materia. Por una parte, se otorga a la mencionada Comisión Nacional de Seguros, facultades a las que podríamos calificar de especialmente técnicas, como son las de supervisar la solvencia de las aseguradoras y el cumplimiento de las disposiciones legales en sus aspectos contable y financiero. Además, se encuentran las de intervenir en la autorización de intermediarios en el sector de seguros directos, así como en apoyar su desarrollo. Específicamente en el área de inspección y vigilancia, se le constituye en órgano de consulta, con la facultad de emitir opinión sobre el alcance e interpretación de las leyes en esta esfera de conocimiento, así como emitir disposiciones e instrucciones a las compañías de seguros y las sociedades mutualistas de seguros. También puede intervenir en la elaboración de reglamentos y reglas de carácter general a las que se deben de sujetar en su funcionamiento tales instituciones y sociedades. La potestad que especialmente nos interesa, se precisa en la capacidad que tiene para proveer las medidas necesarias para que las aseguradoras cumplan con sus compromisos contractuales, realizar la investigación de actos que hagan suponer la ejecución de operaciones que violenten la ley y, en esencia, aplicar las sanciones correspondientes. En relación con el Reglamento Orgánico de la Comisión Nacional que se aborda de manera sucinta en este apartado, es poco lo que puede plantearse, al ser igualmente una reglamentación orgánica, que tiene como propósito la de establecer las atribuciones, funciones, estructura y organización de dicha entidad administrativa.

### **3.9. Referencia a las Políticas de suscripción.**

Las políticas de suscripción de las instituciones de seguros son los instrumentos en los que sustenta su planeación de crecimiento financiero, de negocios y sus estrategias de comercialización. Consecuentemente, es en esa herramienta comercial en la que se pueden contener los criterios de selección de mercado –y,

por tanto, de prácticas discriminatorias—por los que se excluye a las personas con discapacidad. Es, desde luego, un documento de circulación interna de las compañías aseguradoras y de acceso restringido, en un sector en el que la transparencia de la información no es su principal distintivo. Sin embargo, no alcanza la categoría de secreto industrial<sup>136</sup> por el que deba protegérsele de esa manera. Por tanto, --excluyendo su aspecto de utensilio negocial de penetración comercial--, debería ser motivo del escrutinio y supervisión por parte de la autoridad competente, a efecto de que ésta pueda, dentro del campo de sus atribuciones, decidir si el contenido de dicho instrumento violenta las disposiciones legales encaminadas a evitar y suprimir las prácticas discriminatorias en contra de la población vulnerabilizada a la que se refiere este trabajo. Son, precisamente, dichas políticas de suscripción las que constituyen el apoyo o referencia con la que se decide evitar la creación, operación y ofrecimiento de seguros de vida, de gastos médicos, enfermedades y salud orientadas a la atención de las personas que han nacido o adquirido alguna discapacidad. De ahí la importancia de que la autoridad tenga acceso a esa información, para conocer los criterios que rigen tales políticas de suscripción y pueda introducir medidas tendientes a evitar que se vulneren derechos y promover la igualdad de oportunidades. Cabe aclarar en este punto que, en la elaboración de este trabajo, no fue posible acceder a la información contenida en los documentos descritos.

### **3.10. Condiciones generales en los contratos de seguros.**

Por disposición gubernamental, las condiciones generales bajo las cuales se rige la contratación de toda clase de seguros deben mantenerse al alcance de la población general por los medios idóneos, a efecto de que las y los consumidores o usuarios y usuarias de los servicios de las instituciones de seguros puedan conocerlos. Sólo de esa manera se puede decidir, con libertad y el debido

---

<sup>136</sup> Según lo define la Ley de Propiedad Industrial, es “toda información de aplicación industrial o comercial que guarde una persona física o moral con carácter confidencial, que le signifique obtener o mantener una ventaja competitiva o económica frente a terceros en la relación de actividades económicas”.

conocimiento, la conveniencia o no de suscribir tales seguros o contratar con determinada institución de seguros. La gran mayoría de tales compañías lo han hecho almacenando esa información por medios electrónicos que son de acceso público. Las que no lo han hecho así –en franca violación de tales disposiciones— pueden tener como excusa que, a pesar de estar autorizadas no han iniciado su operación formal o porque su mercado dentro del sector de seguros es tan especializado, que tienen medios de contacto más directos con su población objetivo. También las hay que, simplemente, no cumplen con tales instrucciones.

Ahora bien, las políticas de suscripción se expresan en las condiciones generales de los contratos de seguro. Si, como se planteaba en el apartado anterior, las políticas de suscripción contienen criterios de selección que devienen en discriminatorios, entonces las condiciones generales pueden manifestar el mismo sesgo discriminatorio. Por ejemplo, una de las instituciones de seguro más importante –si se toma como criterio el volumen de sus operaciones contractuales– tiene como exclusiones generales las siguientes:

- “1.- Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso y sus complicaciones.
- 2.- Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y sus complicaciones.
- 3.- Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento y sus complicaciones.
- 4.- Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético y sus complicaciones.
- 5.- Cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.”<sup>137</sup>

Si se quisiera encontrar el motivo que existe para hacer las exclusiones anteriores, podría aventurarse que la clave nos la da la cuarta de las exclusiones transcritas, pues en las primeras cuatro hipótesis el común denominador sería el aspecto

---

<sup>137</sup> Seguros Monterrey New York Life, Alfa Medical, Plan pleno e íntegro, condiciones generales.

exterior de las personas. Al respecto, cabría precisar que si sólo ese fuera el problema, la obesidad no sería considerado hoy un problema de salud pública. Pero, lo que malamente puede aceptarse es que se reúna en el mismo grupo de las personas preocupadas por su apariencia (calvicie, obesidad, estatura, etcétera) a las personas que se someten a procedimientos de reasignación sexual, porque resulta una banalización inaceptable de una condición de vida de la mayor trascendencia. Esa manera tan fútil de abordar tal circunstancia disfraza un trato discriminatorio que no se justifica de manera alguna, tampoco técnicamente. Esta afirmación se hace, porque las personas interesadas en reasignarse sexualmente representan un porcentaje tan minúsculo de la población general y el costo de la intervención quirúrgica es tan reducido, que darle cobertura no implica, en forma alguna, riesgo económico para las aseguradoras. Si algo refleja la exclusión es, precisamente, un trato prejuicioso y discriminatorio. Y esa norma no está en la ley sino en las disposiciones generales que regulan el contrato de seguro.

El pacto contractual, en el caso del mercado de seguros, requiere tanta atención o más, que la revisión de las normas legales aplicables, puesto que siendo una materia de derecho privado en la que la autonomía de la voluntad impera –tal como lo expusimos en el apartado correspondiente de este trabajo- los acuerdos a los que lleguen las partes serán la norma fundamental de su relación jurídica. Si, por desconocimiento o inexperiencia del asegurado en este tipo de operaciones, pero fundamentalmente acerca de la posibilidad que tiene de negociar con la institución de seguros el contenido de su póliza de seguro, llega a considerar que se trata simplemente de un contrato *de adhesión* -en el que una de las partes establece el contenido del pacto y la otra expresa su voluntad de *adherirse* a tales términos, sin la libertad de discutirlos- resultaría entonces que el asegurado se sujetaría a una serie de condiciones contractuales con las que, probablemente, de haber tenido la oportunidad de analizarlas con cuidado, no hubiera estado conforme.

#### **4. LA OFERTA DE SEGUROS.**

Antes de entrar al análisis concreto de los contratos de seguro que constituyen la oferta actual en el mercado asegurador, conviene detenernos un poco en el conocimiento de las entidades autorizadas para operar en el país, en este sector de la economía.

Según la información de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, existen a la fecha sesenta y siete instituciones de seguros operando en la República Mexicana<sup>138</sup>. Sin embargo, en la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros aparecen registrados setenta y un organismos de la misma naturaleza<sup>139</sup>. La diferencia es atribuible a diferentes circunstancias, entre otras, la fusión mercantil de dos o más sociedades, la adquisición de acciones y activos de una por otra o, simplemente, el cambio de denominación de algunas entidades. Por ejemplo, Seguros Aegon fue adquirido por Banamex Aegon, S.A. del Grupo Financiero Banamex; Seguros Génesis fue absorbida por MetLife México, S.A. y, así, algunas otras compañías comerciales dedicadas al sector.

De ese universo de setenta y un organizaciones mercantiles, para los efectos de este estudio, fueron excluidas todas las que se especializan en pensiones como:

HSBC Pensiones, S.A.

Pensiones Banamex, S.A.

Pensiones Bancomer, S.A.

Pensiones Inbursa, S.A.

Profuturo GNP, S.A.

MetLife Pensiones, S.A.

Pensiones Banorte, S.A.

Pensiones ING Comercial América, S.A.

Principal Pensiones, S.A.

---

<sup>138</sup> Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, página electrónica.

<sup>139</sup> Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, página electrónica.

También se exceptuaron aquellas que se encuentran especializadas en el ramo de daños, responsabilidad civil, en valores, en propiedad inmobiliaria, en seguros de crédito, seguros de viaje o turísticos, como:

Aseguradora Patrimonial Daños, S.A.	Assurant Daños, S.A.
ABA Seguros, S.A.	Ana Compañía de Seguros, S.A.
El Águila Compañía de Seguros, S.A.	Coface Seguro de Crédito, S.A.
Euler Hermes Seguro de Crédito, S.A.	Gerling de México, S.A.
Internacional Health Insurance Denmark, Seguros Skandia, S.A.	Qualitas Compañía de Seguros, S.A.
Seguros Azteca Daños, S.A.	Seguros Inbursa, S.A. (Patrimonial) Stewart Title Guarant, Inc.

Además, se relegaron aquellas especializadas en sectores de la economía mediante la expedición de seguros marítimos, de arte, de aviación, de créditos de importación y exportación y otros semejantes como:

Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A.	Seguros Bancomext, S.A.
Seguros Sompo Japan Insurance, S.A.	Agroasemex, S.A.
Protección Agropecuaria, S.A.	XL Insurance México, S.A.

Finalmente, se eliminaron a aquellas compañías de seguros que ofrecen seguros personales, pero que sólo los contratan en forma colectiva, a través de las empresas o corporaciones que las propalan entre sus empleados y, por tanto, cuyo acceso individual se encuentra restringido o resulta más caro, como Zurich, Compañía de Seguros, S.A.

De esta enumeración resulta una selección de sólo cuarenta y seis compañías aseguradoras que, entre su oferta de productos, propalan los seguros de vida, accidentes y enfermedades que, como se ha anticipado antes en este trabajo, son el motivo de nuestro interés, por constituir el núcleo de los seguros con los que se puede discriminar a las personas con discapacidad. Como lo analizamos

previamente, tales seguros son los que tienen como encomienda la protección de la vida, la integridad o la vitalidad de una persona. El seguro de vida atiende a la existencia de las personas y su supervivencia. El seguro de accidentes apunta a la integridad de los asegurados, que puede verse disminuida, precisamente por los accidentes y las enfermedades que causen lesiones graves o discapacidades. Los seguros de gastos médicos y de salud, apuntan a los aspectos que tienen que ver con la salud y vigor vital de los seres humanos y cuyo propósito es, en el primer caso, resarcirlos mediante el pago de una suma de dinero y, en el segundo, lograr restablecerla mediante distintos mecanismos.

“Nuestra Ley sobre el Contrato de Seguro dedica su título tercero íntegramente a reglamentar el seguro de personas, no sólo aquél para cubrir en el denominado seguro de vida, el riesgo de muerte o bien el de supervivencia, sino también los seguros de accidentes y de enfermedades. Todo el articulado de este título no hace distinción alguna entre las tres especies de seguros de personas, a pesar de que la mayoría de sus disposiciones son exclusivamente aplicables, por su naturaleza misma, a los seguros de vida y sólo una que otra es específica de los seguros de accidentes, dejando totalmente en el olvido al seguro de enfermedades.”<sup>140</sup>

Al abordar el tratamiento que se da al tema del seguro de vida, debemos identificar los distintos riesgos que se encuentran cubiertos por éste, ya sea que dicho seguro cubra el riesgo de la muerte del asegurado, el riesgo de su supervivencia o, en su caso, ambos sucesos. El primero de ellos, como es obvio, resarce a los beneficiarios designados en la póliza con el monto de la suma asegurada, en el caso de que el asegurado muera estando vigente el contrato. El segundo de ellos, resarce al asegurado con el monto de la suma asegurada, en el caso de que dicho asegurado se mantenga vivo al momento en que venza la vigencia del contrato y contribuye a sostener su ritmo y calidad de vida. El tercero es de carácter mixto, pues cubre tanto la muerte como la sobrevivencia del asegurado.

---

<sup>140</sup> Ruiz Rueda, *El Contrato de Seguro*, op. cit.

“a) No se necesita explicación alguna para entender el seguro de vida que cubre el riesgo de muerte...b) El seguro de vida que cubre el riesgo de supervivencia, parecer ser poco inteligible...Sin embargo no es propiamente la supervivencia lo que constituye el riesgo, cuya realización se convierte en daño, sino *la mayor dificultad para poder ganarse la vida y aun la imposibilidad de lograrlo*, porque el asegurado al sobrevivir después de determinada fecha, puede encontrarse incapacitado incluso total y permanentemente. Esto sí puede entenderse fácilmente como verdadero riesgo, de manera que la expresión *riesgo de supervivencia*, es solamente una manera figurada de hablar que aunque notoriamente impropia, es universalmente aceptada...es lo que se llama entre nosotros *seguro dotal*, en virtud del cual la compañía aseguradora se obliga a pagar el monto de la suma asegurada en caso de que el asegurado llegue con vida a una determinada fecha que viene a señalar... el momento en que se produce el siniestro, o sea *la supervivencia* en esa fecha...c) Seguro mixto se llama al seguro de supervivencia en determinado plazo estipulado en el contrato, a cuyo vencimiento se pagará la suma asegurada si el asegurado sobrevive, pero en el que se conviene también, que si antes de vencerse ese plazo, muere el asegurado, se pagará la suma asegurada a sus beneficiarios...”<sup>141</sup>

En esta materia, la de los *seguros de vida*, cabe precisar que no existe un patrón de comportamiento de negocios entre las distintas instituciones de seguros. La mayoría de éstas distinguen si el seguro tiene contemplada la cobertura de las enfermedades catastróficas, así llamadas en la jerga del mercado de seguros. No existe una definición de enfermedad catastrófica, pero se entiende que es aquella desastrosa, que tiene un desenlace doloroso o desgraciado y, por extensión, fatal. En la doctrina y la ley se asimila a la clasificación de “riesgo subnormal”.

“La clasificación hecha desde el punto de vista de los requisitos para la apreciación o estimación del riesgo, establece la división de los seguros...de riesgos normales y de riesgos anormales, es decir aquéllos en que por su gravedad mayor, puede considerarse que salen de la media estadística señalada por las tablas de

---

<sup>141</sup> PLANIOL-RIPERT, *Traite pratique de droit civile francais* y DONATI, A., *Trattato del Diritto delle Assicurazione Private*, citado por Ruiz Rueda, op. cit.

mortalidad. Esta mayor gravedad puede provenir del tipo de actividad, que puede significar riesgos extraordinarios, por ejemplo, el seguro de vida de los pilotos aviadores o también por un estado precario de salud, que es lo que en México se acostumbra llamar seguro de *riesgos subnormales*.<sup>142</sup>

Así, las compañías aseguradoras excluyen de la cobertura de sus seguros de vida una serie de padecimientos. La exclusión implica que la aseguradora no asumirá responsabilidad alguna en caso de que se presenten tales dolencias o que, aún estando cubiertas por la póliza, si concurren determinadas circunstancias previamente establecidas cuando se presenten, puede relevarse de su responsabilidad contractual. En las condiciones generales de las instituciones de seguros existe un catálogo muy diverso de enfermedades enlistadas como exclusiones. Se entiende que si alguno de esos padecimientos o actividades causa la muerte, la compañía de seguros no pagará la suma cubierta. Una de las instituciones de seguro enumera sus exclusiones de la siguiente forma:

“Exclusiones para seguros de vida.

Accidente vascular

Cirrosis

Cualquier tipo de cáncer

Todo tipo de diabetes

Enfisema pulmonar

Esclerosis múltiple

Enfermedades hepáticas crónicas

Hipertensión arterial

Infarto angina de pecho

Insuficiencia renal crónica

Lupus

Obesidad mórbida

Sida

Toxicomanías

Transplante cardiaco, hepático o renal”<sup>143</sup>

---

<sup>142</sup> Idem

<sup>143</sup> Seguros Banamex Aegon, S.A., Condiciones Generales

La misma aseguradora considera que las enfermedades antes relacionadas son tan “catastróficas” como la muerte que ocurra por la realización de las siguientes actividades, que se incluyen dentro de la misma lista: Manejo de explosivos o de productos radioactivos, práctica de la aviación privada, práctica de deportes extremos, riñas o actividades delictivas.

Puede deducirse, una vez analizada la lista de enfermedades transcrita anteriormente, que varias de ellas pueden provocar diferentes discapacidades, como son, por ejemplo, los accidentes vasculares, la esclerosis múltiple, la insuficiencia renal crónica o el sida. Otra aseguradora prevé sus exclusiones, de manera distinta, pero incluye expresamente la falta de miembros como un riesgo subnormal, de la forma siguiente:

“En base a la ocupación, pasatiempos y deportes que practique el asegurado, se dictaminará el riesgo...En algunos casos, las enfermedades y deformidades corporales de los solicitantes puede influir para considerar como *subnormal* un riesgo, por lo que, cuando algún proponente presente deformidades, falta de miembros o enfermedad, deberá hacerse del conocimiento de la Compañía, dando los mayores detalles para su apreciación.”<sup>144</sup>

Nótese como en el párrafo transcrito antes se considera que la pérdida de algún miembro y las *deformidades* corporales, son consideradas, al menos por esta compañía de seguros, el equivalente a una enfermedad, que evidencia de manera significativa el trato discriminatorio que se ha venido afirmando a lo largo de este trabajo. La expresión *deformidad* corporal, por ejemplo, no establece referente alguno para poder determinar si se trata de alguna deficiencia en las funciones o restricción en la actividad y, sin embargo, sirve a la aseguradora para, con total discrecionalidad, negarse a la contratación para “considerar como subnormal un riesgo.”

---

<sup>144</sup> La Latinoamericana, Seguros, S.A., Condiciones Generales

Otra institución de seguros más, señala como enfermedades excluidas las que se mencionaron antes, sólo que ésta lo hace de manera muy sucinta pero con las mismas consecuencias:

“Cardiovasculares, diabetes, sida, oncológicos, enfermedades degenerativas, padecimientos neurológicos”<sup>145</sup>

Al analizar la lista de enfermedades excluidas conforme a este párrafo, nuevamente ha de concluirse que son aquellas que pueden provocar diferentes discapacidades. Por ejemplo, las cardiovasculares pueden devenir en apoplejía o cuadroplejía; los padecimientos neurológicos pueden provocar discapacidad mental y las enfermedades degenerativas –como la artrosis- pueden generar una discapacidad de carácter física al afectar la actividad motriz del cuerpo humano. En esa tesitura, la exclusión confirma que las aseguradoras eluden la contratación de seguros de vida de personas con discapacidad. Al respecto alegan la falta de interés asegurable pues, según tales instituciones, aunque pueda tener dependientes, una persona con discapacidad está impedida para generar sus propios ingresos y, de esa manera, no garantizan que el pago de la prima de seguro se haga conforme a lo pactado. Así pues, no cabe duda que tal punto de vista es prejuicioso y constituye una práctica de discriminación.

En el caso de los seguros de gastos médicos, igualmente existen diversos tratamientos por parte de las instituciones de seguros. Algunas, bajo el enunciado de “enfermedades graves” incluyen una serie de padecimientos, entre las cuales se pueden contar aquellas que pueden dar origen a alguna discapacidad. Así, por ejemplo, una de las aseguradoras establece que sí atiende enfermedades graves:

“Enfermedades graves, aplica si es diagnosticada por primera vez alguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Cirugía Coronaria, **Parálisis**, **Insuficiencia**

---

<sup>145</sup> La Peninsular Seguros, S.A., Condiciones Generales

**Renal, Apoplejía, Esclerosis Múltiple o Infarto** y en caso de transplante de órganos vitales: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Medula Ósea.”<sup>146</sup>

Al respecto, cabe aclarar que la compañía aseguradora de la que trata el párrafo que se transcribe antes está especializada en seguros de salud y accidentes y, por tanto, los productos que ofrece en el mercado están orientados en ese sentido. En un caso parecido, es decir, aseguradoras que incluyen dentro de su cobertura de seguros de gastos médicos la de enfermedades graves se encuentran casi el dieciséis por ciento de las cuarenta y seis analizadas, aunque con diferentes matices. Así, otra institución de seguros, que también cubre ese tipo de enfermedades, tiene un producto, obviamente con primas más costosas, pero muy completo en su cobertura pues comprende no sólo la atención de la enfermedad en sí misma, sino su atención posterior o rehabilitación, conforme se explica enseguida:

“Enfermedades neurológicas, incluyendo accidentes cerebro-vasculares; Cirugía cardiaca y angioplastia, Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia, radioterapia y la cirugía reconstructiva; Trauma grave (Politraumatismo), incluyendo rehabilitación; Insuficiencia renal crónica (diálisis); Quemaduras graves, incluyendo la cirugía reconstructiva; Desorden infeccioso grave (Septicemia), Trasplantes de órganos: Corazón. Corazón/Pulmón, Pulmón, Páncreas, Páncreas/Riñón, Riñón, Hígado, Médula Ósea.”<sup>147</sup>

Cabe aclarar, en este último caso, que se trata de una aseguradora extranjera que cuenta con el suficiente respaldo financiero y el de su experiencia propia en la operación de este tipo de seguros. Otra más, cubre algunas de las enfermedades graves pero excluye otras que tienen relación directa con la atención a discapacidades:

“incluye transplante de corazón, riñones y medula ósea, aunque no cubre extracción, conservación y transporte del órgano. Cubre pérdida de miembros e

---

<sup>146</sup> ACE Seguros, S.A. Condiciones Generales

<sup>147</sup> Amedex Insurance Corporation, Condiciones Generales

incapacidad total (1460 días de indemnización) o parcial (180 días de indemnización). Excluye tratamientos psicológicos y psiquiátricos, así como trastornos del aprendizaje y la conducta, tampoco aparatos auditivos ni anteojos, lentes ni intervenciones quirúrgicas relacionadas;...enfermedades congénitas, a menos que la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura...”<sup>148</sup>

En este mismo orden de ideas, una institución de seguros más, es explícita por cuanto se refiere a tratamientos que tenga que ver con la discapacidad mental o intelectual, pues su seguro cubre:

“padecimientos congénitos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, lo derivado de complicaciones de embarazo, parto y puerperio, tratamientos dentales, trasplante de órgano” pero excluye expresamente “tratamientos por enajenación mental, depresión psíquica o nerviosa, esto es, cualquier tratamiento psíquico, psicológico o psiquiátrico,”<sup>149</sup>

La mayoría de las cuarenta y seis aseguradoras que se estudiaron excluye expresamente los tratamientos relativos a lo visual, auditivo, psicológico y psiquiátrico. Así también excluyen las llamadas enfermedades preexistentes. Se entiende por enfermedad preexistente:

“la que hubiera padecido el asegurado o cualquier miembro de la familia asegurada, con anterioridad a la fecha de la solicitud del seguro, siempre y cuando se tenga conocimiento de dicha enfermedad porque se haya manifestado en alguna forma. Si el asegurado no declara la preexistencia de la enfermedad, incurre en omisiones e inexactas declaraciones... si es hereditaria o congénita, de la cual no se haya manifestado ningún síntoma, se considera preexistente y, por tanto, queda excluida de la cobertura de la póliza de seguro.”<sup>150</sup>

Como se ha podido establecer en apartados anteriores de este trabajo, el hecho de que se hubiere proporcionado a la compañía de seguros información inexacta o

---

<sup>148</sup> Aseguradora Interacciones, S.A., Condiciones Generales

<sup>149</sup> Allianz México, S.A., Condiciones Generales

<sup>150</sup> Martínez Gil, José de Jesús, op. cit.

insuficiente, da lugar a que se resuelva el contrato de seguro sin responsabilidad de la institución aseguradora. Por ejemplo, en el tratamiento que se da por parte de las aseguradoras al Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) el tratamiento es diferenciado. Como regla, se excluye de su oferta de *productos* o su catálogo de seguros. La excepción es que se le incluya dentro de las enfermedades cubiertas por la póliza de seguros correspondiente. En aquellas en las que se da la posibilidad de ser cubierto, se le contempla como padecimiento entre las enfermedades en espera, siempre que se hubiera contratado con base en una prueba previa de no infección.

Es decir, para que se encuentre cubierta como un riesgo amparado, tienen que transcurrir determinado número de años entre la fecha de contratación del seguro y la fecha de diagnóstico del padecimiento. Tiene como consecuencia la determinación de una prima de mayor o menor cuantía.

Sin embargo, hasta aquí sólo se ha hecho referencia a aquellos seguros en los que el asegurado hubiese contratado la póliza de seguros *antes de adquirir la discapacidad*. Sin embargo, si una persona con discapacidad ya existente intenta asegurarse, se ha establecido que no podrá adquirir un seguro de vida porque, según las compañías de seguros, no existe interés asegurable. Y, por lo que se refiere a los seguros de gastos médicos, sólo una institución de seguros en México, pero extranjera, ofrece la posibilidad de contratarlo bajo condiciones de costo muy elevado.

Otro ejemplo de trato discriminatorio, lo encontramos en relación con las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia adquirida, que en sus fases terminales provoca discapacidad y que se considera un padecimiento que aparece ya no como enfermedad en espera sino como exclusión general "...por presentarse con alta frecuencia y con costos no cuantificables para evaluar el riesgo" y, por ello, no se da cobertura a los "tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier tipo si el paciente está infectado por el virus de la inmunodeficiencia

humana VIH y sus complicaciones”<sup>151</sup>. Al menos en este caso, las condiciones generales pretenden explicar el motivo por el que se excluye ese padecimiento de la cobertura de los gastos médicos, sin que ello no signifique que existe un trato de segregación. En este supuesto, podría ampararse el padecimiento, siempre que se hubiera contratado la “Cobertura de Enfermedades Catastróficas” que, como ya se analizó, implica el pago de una prima muy costosa e impone a los asegurados la obligación de obtener un “diagnóstico previo por parte de un médico autorizado” por la institución aseguradora “que determine la probable existencia de una enfermedad catastrófica, por lo menos con diez días de anticipación a la fecha de admisión a un hospital o centro de transplante”<sup>152</sup> en las condiciones generales de los seguros a que se refiere este apartado.

Cabe comentar en este punto, que las instituciones de seguros que ofrecen cobertura para las personas que adquieren alguna discapacidad durante el tiempo de vigencia de la póliza de seguros, tienen como características, por un lado, que son las de mayor capacidad económica, generalmente porque cuentan con respaldo de compañías extranjeras y, por el otro, que tienen mayor presencia en el mercado de seguros a nivel nacional, por el crecimiento sostenido de su cartera de clientes. De lo anterior resulta que están dispuestas a atender ese “nicho de mercado”, porque las empresas extranjeras sí cuentan con mayor experiencia y han elaborado y actualizado sus tablas de siniestralidad, que las compañías aseguradoras mexicanas simplemente aplican y, en algunas ocasiones, intentan adecuar a la realidad mexicana.

Lo mismo puede afirmarse en relación con el seguro de “Larga Dependencia” al que se alude en los párrafos siguientes, pues la institución de seguros que lo opera cuenta con el respaldo estratégico de otra aseguradora europea, de las de mayor presencia internacional.

---

<sup>151</sup> Idem

<sup>152</sup> Idem

Tras de lo expuesto hasta aquí, es de considerarse que la posibilidad de instituir un seguro para personas con discapacidad es posible, si se modifica el sustento estadístico y técnico para darle viabilidad o, en su caso, si conociendo la aseguradora la discapacidad del asegurado, formula los cálculos para determinar el cobro de una extraprima, como lo concluimos junto con el tratadista Ruiz Rueda:

“Para que no ocurra esto los aseguradores procuran examinar previamente la gravedad de cada riesgo que se les propone para ser cubierto con el seguro y deciden si toman el seguro que se les propone o no lo toman, es decir si aceptan o no aceptan la proposición que se les hace, o bien para que, aun aceptándola a pesar de que el caso concreto presenta un riesgo de gravedad mayor que la normal, cobrar una extraprima que venga a colocar a ese individuo dentro de otro de los grupos que van formando de hecho, aunque no jurídicamente, las diversas mutualidades que en realidad se van creando dentro de una empresa de seguros.”<sup>153</sup>

Con los razonamientos expuestos hasta este punto, se pretende dejar testimonio y enfatizar la necesidad de prestar atención al pacto contractual, en el que se apoya la expedición de la póliza de seguro personal, cuyas condiciones generales reglamentan en forma detallada la relación jurídica entre las instituciones de seguros y los asegurados.

---

<sup>153</sup> Ruiz Rueda, Luis, op.cit.

## **5. SEGURO DE LARGA DEPENDENCIA**

Especial mención requiere aquí la circunstancia de que únicamente una sola de las instituciones de seguros –ING Seguros Comercial América, S.A.— ofrece un seguro denominado de “Larga dependencia” en la que el asegurado “contará con servicios de enfermería o rehabilitación cuando requiera asistencia de otra persona para realizar actividades tales como moverse, asearse, vestirse, alimentarse, ir al baño o las necesarias por sufrir de incontinencia”<sup>154</sup>. Este seguro tiene su antecedente en lo que se conoce en otras partes del mundo, fundamentalmente en los países sajones, como el “Long Term Care Insurance”<sup>155</sup> que podría traducirse, por sus características, como “Seguro para cuidados por un período prolongado para personas dependientes”. El espíritu de este tipo de seguro es el de contribuir al bienestar anímico, emocional y físico de una persona cuya discapacidad le impide la autosuficiencia. La contratación y el pago de las primas las hacen los asegurados durante el tiempo en el que aún se encuentran económicamente activos, en su etapa productiva o, por los menos, cuando aún no son dependientes física o económicamente. Este seguro les garantiza no depender totalmente, física y económicamente, de sus familiares o de las personas que le sean cercanas. En esta última etapa, cuando se requiere de la ayuda especializada en las tareas cotidianas, el seguro les proporciona el apoyo físico que requieren, lo que contribuye a garantizar que su autoestima no sufra un grave deterioro. Sin embargo, la operación de este tipo de seguros requiere de una infraestructura en instalaciones físicas y recursos humanos, con las que no se cuentan actualmente en México, por lo que resulta costosa su cobertura. Esa infraestructura se refiere a la existencia de una red de asilos y casas de asistencia para “cuidados de día” que no existen en México, así como una red hospitalaria que continúa siendo insuficiente en nuestro país.

---

<sup>154</sup> ING Comercial América

<sup>155</sup> Health Insurance Association of America, “A Guide to Long Term Care Insurance” (2002) Washington, Estados Unidos de América.

Lo que habría que destacar en relación con este seguro de larga dependencia, es que su instrumentación en nuestro país no requirió de modificaciones legales, sino sólo de la modificación del sustento actuarial en que se basa la nota técnica y los cálculos actuariales correspondientes.

Es por ello que resulta indispensable sensibilizar a las instituciones de seguros para que emitan seguros o instrumentos semejantes al seguro de Larga Dependencia, cuyo propósito sea atender a las personas con discapacidad, amén de sensibilizar al Estado de ir creando la infraestructura que requerirá la solución de ese complejo problema social.

## **6. SEGURO POPULAR.**

Cabe mencionar aquí que un seguro “contra la enfermedad y la invalidez” estuvo en operación en Francia durante la primera mitad del siglo veinte. Sin embargo, fue poco practicado porque se encontraron muchas dificultades al intentar su aplicación y desapareció una vez que se generalizaron los sistemas de seguridad social, que protegen de manera obligatoria a todas las personas que habitaban en la superficie de la capital francesa.<sup>156</sup>

En la República Mexicana hubo instituciones aseguradoras que se dedicaron al seguro popular, pero que se enfrentaron al mismo problema que en la capital francesa. La creación y puesta en marcha del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado desplazaron las posibilidades de que tales compañías prosperaran. Además, al parecer sus agentes de seguros aseguraron a personas que constituían riesgos muy altos, que desalentaron la operación de tales instituciones.

“Las compañías aseguradoras que en México se dedicaron al seguro popular durante la primera mitad del siglo XX no tuvieron éxito, debido especialmente a la falta de probidad de algunos agentes de seguros, quienes realizaban una selección negativa de los asegurados, quienes constituían riesgos sumamente graves o subnormales, con la finalidad que a pocos meses de contratar el seguro sucediera el siniestro, lo que significaba una pérdida para la aseguradora al no poder compensar la gran cantidad de siniestros, con riesgos menos graves, a fin de que operara la ley de los grandes números, lo que trajo como consecuencia que desaparecieran las dos compañías que practicaron habitualmente el seguro popular.”<sup>157</sup>

La cita, aunque no hace referencia expresa a las personas con discapacidad, sí se refiere a “riesgos sumamente graves o subnormales” que, como ya se analizó al abordar el concepto de enfermedades catastróficas, incluye el tema de la discapacidad. Insistimos en que un sustento técnico, que prevea la inclusión de

---

<sup>156</sup> Ruiz Rueda, Luis, op.cit

<sup>157</sup> Idem

personas con discapacidad, permitiría un manejo actuarial adecuado y evitaría los problemas de la selección negativa de asegurados o la inexacta información a la hora de contratar los seguros.

Actualmente el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud ha puesto en marcha el así denominado “Seguro Popular” pero que, igualmente, no contempla la posibilidad de que personas con discapacidad puedan tener acceso al tratamiento adecuado a sus requerimientos.

## **7. AGENDA.**

1. Las instituciones de seguros son entidades comerciales de carácter privado, pero que desarrollan actividades de interés público tuteladas por el Estado. Dada la naturaleza de las actividades y operaciones de seguro, las mencionadas compañías aseguradoras deben contribuir a la integración nacional, al mejoramiento de las formas de convivencia humana, a fortalecer la vida democrática y a construir una sociedad incluyente e igualitaria.

2. La protección a las personas con discapacidad es una responsabilidad considerada por la ley como de interés social, razón por la que se expidió la Ley General de las Personas con Discapacidad con el objeto de hacer posible la plena inclusión de las personas con discapacidad en un marco de igualdad y equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida.

3. Por su parte, el Estado tiene a su cargo el deber ineludible de vigilar el cumplimiento de la ley por parte de las instituciones de seguros. Las facultades de supervisión con las que cuenta la autoridad gubernamental, no sólo son útiles para lograr que referidas compañías aseguradoras cumplan con la función social que les corresponde, sino también para propiciar o encauzar su operación responsable e integral con la comunidad en la que se desenvuelven.

4. La discriminación que sufren las personas con discapacidad se refleja en la imposibilidad de acceder al mercado de seguros. Este hecho se deriva de la falta de conocimiento empírico por parte de las instituciones de seguros para dar sustento técnico adecuado y ofrecer pólizas de seguros que tiendan a resolver la demanda concreta de este sector de la población. Bastaría que las instituciones de seguros elaboraran sus tablas actuariales propias, que adquirieran experiencia y que utilizaran diferentes instrumentos técnico estadísticos para que sea posible la

atención de las personas con discapacidad, mediante la emisión de seguros de accidentes, enfermedades y de vida adecuados para ese sector social.

5. La discriminación que sufren las personas con discapacidad por parte de las instituciones de seguros al impedirles el acceso al mercado de seguros sin más argumento que la autonomía de la voluntad que priva en las relaciones jurídicas entre particulares, debe corregirse por la autoridad encargada de supervisarlas, en ejercicio de las atribuciones legales conferidas por las leyes administrativas.

6. Las prácticas de discriminación que realizan las instituciones de seguros deben combatirse, hasta su eliminación, en varios frentes. Uno de ellos es el de la reforma de algunas disposiciones legales. Otro es el de la actividad interinstitucional, a efecto de que las autoridades competentes realicen sus tareas de inspección y vigilancia con nuevos enfoques. Uno más es el de la actividad interinstitucional para que, en la materia de su competencia, los diferentes órganos de gobierno sean consultados y opinen sobre el cumplimiento de las referidas compañías aseguradoras a los diversos ordenamientos legales.

7. También debe contemplarse la corresponsabilidad que ocupa a la población que sufre este trato discriminatorio. La necesidad de que las personas con discapacidad se organicen y tomen en sus manos la solución directa a sus necesidades, tiene su complemento en las acciones administrativas que la autoridad puede lograr la equiparación de oportunidades.

### **7.1 Propuestas de reforma legal.**

1. La primera de las modificaciones propuesta consiste en incluir el principio de no discriminación tanto en las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro, como en los principios que rigen el funcionamiento de las instituciones de seguros. La redacción, para el primero de los ordenamientos, podría quedar tal como se

señala a continuación, utilizando las categorías de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y algunas que aparecen en el Código Civil del Distrito Federal, de donde se toma.

“A ninguna persona por razón de origen étnico o nacional, edad, sexo, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, estado civil, religión, opiniones o ideas, preferencias u orientación sexual, color de piel, trabajo u ocupación, o cualquier otra, se le podrá negar un servicio o prestación a la que tenga derecho, ni restringir el ejercicio de sus derechos cualquiera que sea la naturaleza de éstos.”

Son tres los propósitos de incluir este contenido en las disposiciones legales que se comentan. Por una parte, se reproduce el principio constitucional en las leyes ordinarias, promoviendo su difusión y respeto. Por la otra, se hace accesible a la población en general un instrumento legal más, al que puede acudir en la defensa de sus derechos. Finalmente, sirve para imponer a las instituciones de seguros una conducta de contención, que se debe observar en el tráfico mercantil, para evitar el avasallamiento de su contraparte.

2. La segunda de las modificaciones propuesta consiste en incluir el principio o cláusula democrática en las disposiciones de la Ley del Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, como uno más de los principios rectores de la actividad. La redacción podría quedar como sigue, incluyéndolo en el artículo que establece el carácter de la norma como de interés público.

“Artículo 1º. La presente ley es de interés público y tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; ... en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes.”

“Las instituciones nacionales de seguros se regirán por sus leyes especiales y... por lo que estatuye la presente.”

## **Propuesta**

Las instituciones de seguros tienen la función social de contribuir al fortalecimiento de la integración nacional y el mejoramiento de las formas de convivencia humana. Al efecto, afirmarán el respeto a los principios de solidaridad social, la dignidad humana y la democracia. Asimismo, contribuirán a fortalecer las convicciones democráticas y las acciones que tiendan a la inclusión social de los sectores vulnerabilizados de la población, mediante la adopción de mecanismos que posibiliten su atención. El Estado vigilará el debido cumplimiento de la función social de las instituciones de seguros en la actividad que desarrollen.

En la misma lógica que el comentario formulado a la primera de las propuestas, el propósito de establecer la cláusula democrática es doble. Por una parte, se impone al Estado el deber de procurar que dicho principio de convivencia democrática sea respetado y se le impone la obligación de velar porque se cumpla, facultándolo concomitantemente para ello. Por el otro, se hace explícita la necesidad de que las instituciones de seguros cumplan con el rol social que les corresponde y se les impone la obligación concreta de adoptar determinado comportamiento de negocios.

3.- La tercera de las modificaciones propuesta consiste en que, tal como se ha venido aseverando a lo largo de este trabajo, se reglamenten, al amparo del concepto de seguros especiales, previstos en los artículos séptimo, octavo y noveno de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dos o tres artículos que impongan a las instituciones de seguros la obligación de atender los requerimientos de sectores específicos de la población para garantizar la igualdad de oportunidades

Como se ha expresado en los apartados anteriores, el artículo séptimo menciona que las “autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros...se referirán a una o mas de las siguientes operaciones de

seguros:...k).- Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9o. de esta ley. Por su parte, el artículo noveno también invocado ordena que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, queda facultada “para resolver qué riesgos pueden cubrirse dentro de cada una de las operaciones o ramos mencionados en el artículo anterior, siempre que los riesgos no enumerados tengan las características técnicas de los consignados para cada operación o ramo;...”

En consecuencia, se propone reglamentar un capítulo de seguros especiales con los siguientes lineamientos.

Las instituciones de seguros están obligadas a formular proyectos específicos de atención a los sectores vulnerabilizados de la sociedad, mediante la expedición de pólizas para seguros especiales en materia de igualdad de oportunidades. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con base en los elementos técnicos que se allegue y oyendo la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de los órganos competentes de la administración pública federal, de las instituciones aseguradoras y de las organizaciones de la población interesada, podrá crear un ramo específico para este tipo de seguros.

La operación de pólizas para seguros especiales en esta materia se regularán según las Reglas de carácter general que emita la Secretaría al efecto.

Las instituciones de seguros que operen, en su caso, los seguros especiales para la igualdad de oportunidades, en los términos previstos en las fracciones de los artículos séptimo y noveno de esta ley, contarán con un bono democrático que podrán canjear por estímulos fiscales, facilidades administrativas para obtener autorización a efecto de ampliar el número y características de sus actividades o preferencia, en igualdad de circunstancias, para prestar sus servicios a la administración pública. Para operar los seguros especiales a que se refiere este artículo, la institución de

seguros deberá acompañar a los requisitos establecidos en este artículo, un dictamen provisional que emita el órgano gubernamental competente (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación), en el que se haga constar que la institución cuenta con los elementos necesarios para poder prestar tales servicios y los requisitos que debe cumplir en su operación. El dictamen deberá revisarse cada dos años, por tres veces consecutivas, hasta que se emita el dictamen definitivo en materia de no discriminación, que expedirá o negará, en su caso, el mismo órgano gubernamental, en un plazo no mayor de seis años.

La documentación contractual de las operaciones de seguros especiales en materia de igualdad de oportunidades y la relacionada con estas, precisará el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la institución de seguros así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las instituciones de seguros con sus asegurados contratantes y beneficiarios.

La nota técnica para la procedencia de la operación del seguro especial a que se refiere este artículo, se ajustará a los requisitos exigidos en esta ley para su aprobación. Sin embargo, podrá incluirse en su formulación cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la debida instrumentación del seguro, cuidando de contar con el debido sustento técnico que se utilice.

La nota técnica, una registrada por la autoridad competente, será revisada anualmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en la esfera de su correspondiente competencia, a efecto de dar seguimiento puntual al comportamiento del seguro para la igualdad de oportunidades, a efecto de que se mantenga en

los niveles de control financiero compatible con los buenos usos del mercado de seguros.

En la operación de este seguro, deberá regularse la proporcionalidad de la prima en relación con el riesgo asegurado; la descripción precisa de los riesgos a que se refiera la cobertura del seguro, así como la descripción detallada y *negociada* de las exclusiones convencionales de determinados riesgos, el de las consecuencias de la falta de aviso oportuno del agravamiento del riesgo por la incapacidad física de la persona con discapacidad, los plazos de gracia para el pago de primas vencidas, la indemnización de siniestros ocurridos y que no tengan su origen en la culpa del asegurado.

El seguro para el caso de muerte de un tercero, en que sea beneficiario una persona de la población vulnerabilizada a que se refieren las pólizas de este capítulo, será nulo sólo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, salvo que haya estado físicamente impedido. La póliza necesariamente contendrá la indicación de la suma asegurada. El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

El asegurado deberá comunicar a la aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo cubierto por la póliza, siempre que sus condiciones de salud se lo permitan o dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que le sea posible físicamente, justificando debidamente ese extremo, en cuyo caso el aviso se considerará oportunamente recibido.

4.- La tercera propuesta de modificación, complementaria a las anteriores consiste en reformar la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para que los proponentes de seguros, que no lleguen a suscribir póliza alguna con las instituciones de seguros sean considerados con el carácter de usuarios de servicios financieros y, de esa manera, tengan acceso a los procedimientos administrativos de defensa y protección de sus derechos, previstos en esa legislación.

5.- La segunda propuesta de la agenda, que ya no consiste en introducir reformas a las leyes pero que también es complementaria de las anteriores, consiste en imponer a las autoridades la obligación de verificar que el mandamiento constitucional de no discriminación se cumple en el campo de los seguros.

Al respecto, hemos dejado establecido que una de las finalidades de la Comisión Nacional para la Protección de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) es la “protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes” lo que implica, para el Estado, el deber prioritario de garantizar la protección de los consumidores de los servicios reglamentados por esta ley. Así, el carácter de interés público que se le asigna a la ley, en conjunto con el carácter prioritario para defender a los usuarios que se concede a su objeto, es un mecanismo del que debe valerse la autoridad para combatir los actos de discriminación en contra de las personas

6.- La tercera propuesta de la agenda, es la de coordinación interinstitucional para la supervisión de que el principio de no discriminación se cumpla en el campo de los seguros, de manera preventiva.

Al respecto, la ley de instituciones de seguros analizada, confiere a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, como dependencia especializada del poder Ejecutivo Federal, la facultad discrecional para recabar opiniones de órganos

consultivos que, de conformidad con su competencia, se encuentren especializados en los diferentes sectores de la administración. Así, la mencionada Secretaría podría acudir a la asistencia del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), para que emita opinión en los términos del artículo segundo de la citada ley de Instituciones de Seguros. Se trataría, desde luego de un órgano de consulta facultativa, en cuyo caso la autoridad competente se asesora a su discreción y sin merma alguna de la legalidad de resolución, haya o no intervenido el órgano consejero. También deberá acudir a la consulta obligatoria del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, en los términos de la fracción décimo octava del artículo treinta de la Ley General de las Personas con Discapacidad, cuando vaya a dictar resoluciones sobre la materia.

Lo mismo puede decirse para el caso de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que, al emitir resoluciones de carácter general puede recabar la opinión de las entidades de la administración pública que, en la esfera de su competencia, puedan opinar sobre la materia sobre la que deba resolver dicho cuerpo colegiado. Así, en tratándose de prácticas discriminatorias, podría acudir a la asistencia del CONAPRED, para que emita opinión en relación con la consulta correspondiente. Ahora bien, en tratándose de las personas con discapacidad, deberá acudir a la asistencia del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, para que tome la intervención legal que le corresponde.

Para ese efecto, basta con la negociación y suscripción de un convenio interinstitucional con esas instancias.

6.- La cuarta propuesta de la agenda es la de suscribir un convenio de colaboración con el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, para que, cada instancia en el ámbito de sus correspondientes atribuciones, impulsen la instalación de mesas de trabajo con el propósito de que se logre la expedición de seguros para atender a las personas con discapacidad por parte de las instituciones de seguros.

7.- La quinta propuesta de la agenda es la explorar tareas de organización con los sectores que sufren las prácticas discriminatorias a que se refiere este trabajo, a través de sus organizaciones, para generar grupos para adquirir seguros bajo la figura de “seguros de grupo” o, en su caso, para constituir sociedades mutualistas de seguros.

En el primero de los casos, podría constituirse una persona moral a través de la cual pueda contratarse un seguro de grupo, sin necesidad de reformar el Reglamento correspondiente. Este camino puede resultar tortuoso, si no se encuentra alguna institución de seguros que, en las condiciones en las que actualmente se encuentra reglamentada esta figura, esté dispuesta a suscribir las pólizas de seguro correspondientes.

En el segundo de los casos, es decir, la constitución de una sociedad mutualista de seguros, es de destacarse el hecho de que podría iniciar sus actividades de manera gradual, por ejemplo, para la emisión de un seguro para dar cobertura a los gastos funerarios o para atender gastos médicos menores. De acuerdo con la experiencia que se vaya adquiriendo en la operación, la mutualidad puede ir asumiendo mayores y mejores retos.

8.- La última propuesta es la de evidenciar la falta de oportunidades y solicitar a la Secretaría de Hacienda que permita la participación de entidades aseguradoras extranjeras que sí ofrezcan el producto buscado.

Si una persona tiene interés en contratar un seguro específico y demuestra a la autoridad competente que ninguna de las aseguradoras mexicanas estima “conveniente” realizar dicha operación, entonces se le podrá autorizar para contratar con una empresa extranjera, tal como se ha dejado demostrado en el apartado correspondiente de este estudio. Usando el lenguaje propio de las entidades comerciales, la competencia dentro del mercado, se puede forzar a que

las aseguradoras nacionales, reacias a atender a las personas con discapacidad, se interesen en hacerlo, con el único afán de evitar que las aseguradoras extranjeras atiendan ese mercado.

## BIBLIOGRAFÍA

BARR, NICHOLAS, *The Welfare State as Piggy Bank*, (2002), Oxford University Press,

BAURDE, JORGE, *La política del Seguro Privado*, (1953) Editorial Universitaria, S.A., Santiago de Chile

BECERRA BAUTISTA, JOSÉ, *El Proceso Civil en México*, (1997), Editorial Porrúa, México

DE LA FUENTE RODRÍGUEZ, JESÚS, *Tratado de Derecho Bancario y Bursátil*, (2002), Editorial Planta, México.

GALINDO GARFIAS, IGNACIO, *Derecho Civil*, México, (1998), Editorial Porrúa, Parte General, Personas y Familia.

GUEVARA BERMUDEZ, JOSE ANTONIO, *México frente al derecho internacional humanitario, política del Seguro Privado*, (2004) Universidad Iberoamericana, México

JALIFE DAHER, MAURICIO, *Comentarios a la ley de la Propiedad Industrial*, 1998, McGraw Hill, México

MANTILLA MOLINA ROBERTO, *Derecho Mercantil*, (1989) Editorial Porrúa, México

MARTÍNEZ GIL, JOSÉ DE JESÚS, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, (2004), México, Editorial Porrúa.

PEÑA SÁNCHEZ, EDITH YESENIA, *Los entornos de las personas con discapacidad*, (2003) Edufam Ediciones, S.A. en coedición con CONACULTA y el Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

PEREZNIETO CASTRO, LEONEL, *Derecho Internacional Privado*, Parte General, (2003) Oxford University Press, México.

RODRÍGUEZ Y RODRÍGUEZ, JOAQUÍN, *Curso de Derecho Mercantil*, (1988), México, Editorial Porrúa, Tomo Dos

ROJINA VILLEGAS, RAFAEL, *Compendio de Derecho Civil*, (1985), México, Editorial Porrúa, Tomo I, Introducción, Personas y Familia.

RUIZ RUEDA, LUIS, *El Contrato de Seguro*, (1998), Editorial Porrúa, México.

RUIZ TORRES, HUMBERTO ENRIQUE, *Derecho Bancario*, 2003, Oxford University Press, México

SÁNCHEZ MEDAL, RAMÓN, *De los contratos civiles*, (1976) México, Editorial Porrúa,

SEPÚLVEDA SANDOVAL, CARLOS, *El Contrato de Seguro*, (2006), Editorial Porrúa, México.

TORICES RODARTE IRENE Y AVILA GARCIA GUADALUPE, *Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad*, (2006) Editorial Trillas, México.

VAZQUEZ DEL MERCADO OSCAR, (1989) *Contratos Mercantiles*, Editorial Porrúa, México

### **Legislación.**

Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, 1989, México, Porrúa,

Código Civil para el Distrito Federal vigente, 2005, México, Porrúa,

Código Civil Federal vigente, 2005, México, Porrúa,

Código de Comercio vigente, 2002, México, McGraw-Hill.

Ley de Instituciones y sociedades mutualistas de seguros vigente; 2006, Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado vigente, Agenda de Seguridad Social, 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

Ley del Seguro Social vigente, Agenda de Seguridad Social, 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

Ley Federal de Protección al Consumidor, texto vigente, 2006, Editorial Porrúa, México

Ley Federal del Trabajo vigente, Agenda Laboral 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México.

Ley General de las Personas con Discapacidad, Diario Oficial de la Federación, 10 de junio de 2005.

Ley sobre el contrato de seguro vigente, 2006, Agenda de Seguros y Fianzas, México, Ediciones Fiscales ISEF, 2006.

Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros vigente (2006) Agenda de seguros y fianzas, Ediciones fiscales ISEF, México

Ley Federal para Prevenir y Eliminar toda clase de Discriminación, texto vigente, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México.

Reglamento del Seguro de Grupo vigente (2006), Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México

Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigente (2006) Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México

Suprema Corte de Justicia de la Nación, Informe 1966, página 54, Tercera Sala, número 314. Jurisprudencia: “SEGUROS, RESCISIÓN UNILATERAL Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO”

Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación, XXXVIII, p.1334

### **Documentos.**

Consejo Nacional de Población. (1996) Proyecciones de la Población de México, México.

Consejo Nacional de Población (1996) Cuadro de Enfermedades, México Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) Censo de Población.

Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, (CIDDM), 1980

Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidades y la Salud*, (CIF) (2001)

Palomar de Miguel, Juan, *Diccionario para Juristas*, (1991), Ediciones Mayo, México

Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, España, Espasa, 2001

Secretaría de Salud (1998), “NOM-173-SSA1-1998 para la atención integral a personas con discapacidad”

### **Referencias Hemerográficas.**

ACEDO QUEZADA, OCTAVIO, *Contratos coaligados*, (2002) en el número 3 de la Revista de Derecho Privado, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México

DONATI, ANTÍGONO, *Los seguros privados*, (1968) en el núm. 225 de la *Revista Mexicana de Seguros*, correspondiente a diciembre de 1968

Oliver, Isabel, *Data. En la salud y la Enfermedad*, Este país, Número 186, septiembre 2006, México

RUELAS B. ENRIQUE Y ALONSO C., ANTONIO, *Futuros de la salud:hospitales*, Este país, Número 186, septiembre 2006, México

RUIZ RUEDA L., (1956) *La carga de la descripción precontractual del riesgo*, en el núm. 105 de la *Revista Mexicana de Seguros*, correspondiente a diciembre de 1956

### **Referencias electrónicas, disponibles en línea.**

MedlinePlus Enciclopedia Médica en español. US Nacional Library of Medicine, (Sitio en Internet) Acceso el 14 de septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00594.htm>.

Recoletos, Grupo de Comunicación. Universidad de Navarra (2004) (Sitio en Internet) Disponible en: <http://www.ondasalud.com./edicion/noticia/81589.html>. Acceso el 14 de septiembre de 2006.

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (2004) (Sitio en Internet) Disponible en: [cif@salud.gob.mx](mailto:cif@salud.gob.mx). Acceso el 29 de agosto de 2006

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. <http://www.amis.org.mx/>

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. <http://www.cnsf.gob.mx/>

ABA Seguros, S.A de C.V. <http://www.abaseguros.com/Portalwebmkt/Index.html>

ACE, Seguros, S.A. de C.V.  
<http://www.ancelatinamerica.com/acela/Country.aspx?cc=MX>

AIG México, Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.  
<http://www.aigmexico.com.mx/>

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros. <http://www.allianz.com.mx/>

Amedex S.A. de C.V. <http://www.amedex.com/>

American Nacional de México, Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.  
<http://www.anmex.com/>

A.N.A. Compañía de Seguros S.A. de C.V. <http://www.anaseguros.com.mx/>

Aseguradora Patrimonial Daños/Vida, S.A. <http://www.apatrimonial.com.mx/>

Assurant Daños/Vida México, S.A.  
<http://www.assurant.com/inc/assurant/index.html>

Aseguradora Interacciones, S.A.  
[http://www.interacciones.com/portal/index.jsp?id\\_category=2](http://www.interacciones.com/portal/index.jsp?id_category=2)

Atradius Seguros de Crédito, S.A.  
<http://www.atradius.com/group/contact/internationalnetwork/officelocations/mexico.jsp>

Cardif, Seguros Generales, S.A. de C.V. <http://www.cardif.com.mx/site/>

CHUBB México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.  
<http://www.chubb.com/international/mexico/>

Coface, Seguro de Crédito México, S.A. de C.V.  
[http://www.cofacerating.com.mx/Global/HomePage/default\\_mx.asp](http://www.cofacerating.com.mx/Global/HomePage/default_mx.asp)

Cumbre Compañía de Seguros, S.A. <http://www.cumbreseguros.com.mx/>

Deco, Seguros, S.A de C.V.  
<http://www.grupodeco.com/decoesp/htmls/deseuros.htm>

El Águila, Compañía de Seguros, S.A de C.V.  
<http://www.elaguila.com.mx/main.htm>

Euler Hermes, Seguro de Crédito, S.A.  
<http://www.eulerhermes.com/mexico/es/index.html>

GE Seguros, S.A. de C.V. <http://www.geseguros.com/Index.aspx>

General de Seguros, S.A.  
<http://www.generaldeseguros.com.mx/gxpsites/hgxpp001.aspx>

Gerling de México Seguros, S.A. <http://www.gerling.com/industry/mx/>

Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.  
<http://www.cosmos.com.mx/off/4bmf.htm>

Grupo Nacional Provincial, S.A. <http://www.gnp.com.mx/gnp/clientes.nsf>

HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V. <http://www.hirsegueros.com/home.html>

HSBC, Seguros México, S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC.  
<http://dsrefw03.hsbc.com.mx/aptrix/internetpub.nsf/Content/Seguros>

ING, Seguros Comercial América, S.A. de C.V. <http://www.ing-comercialamerica.com/>

Internacional Health Insurance Danmark México, S.A.  
<http://www.ihl.com/english.asp>

La Latinoamericana Seguros, S.A. <http://www.lalatino.com.mx/>

La Peninsular Seguros, S.A. <http://www.lapeninsular.com.mx/>

Mapfre Tepeyac, S.A. <http://www.mapfretepeyac.com/mapfre>

MetLife México, S.A. <http://www.metlife.com.mx/individual.html>

Metropolitana, Compañía de Seguros, S.A. <http://www.metropolitana.com.mx/>

Plan Seguro <http://www.planseguro.com.mx/planseguro2/index.jsp>

Patrimonial INBURSA, S.A. <http://www.inbursa.com.mx/>

Principal, Compañía de Seguros, S.A. <http://www.principal.com.mx/>  
Protección Agropecuaria, Compañía de Seguros, S.A.  
<http://www.proagroseguros.com.mx/>

QBE del Istmo México, Compañía de Reaseguros, S.A. de C.V.  
<http://www.istmore.com/>

Quálitas, Compañías de Seguros, S.A. de C.V. <http://www.qualitas.com.mx/>

Reaseguradora Patria S.A. <http://www.repatria.com.mx/index.html>

Royal & Sunalliance Seguros (México) S.A. de C.V.  
<http://www.royalsun.com.mx/Portal/jsp/HomePage.jsp>

Seguros Afirma, S.A. de C.V. Grupo Financiero Afirme.  
<http://www.afirme.com.mx/Portal/VisualizadorContenido.do>

Seguros Argos, S.A. <http://199.236.74.54/>

Seguros Atlas, S.A. <http://www.segurosatlas.com.mx/atlas/indexa.html>

Seguros Azteca, S.A. de C.V.  
<http://www.segurosazteca.com.mx/PortalSegurosAzteca/inicio.do>

Seguros Banamex, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banamex.  
<http://www.segurosbanamex.com/home.htm>

Seguros BBVA Bancomer, S.A de C.V. Grupo Financiero BBVA Bancomer.  
<http://www.segurosbancomer.com.mx/seguros/index.html>

Seguros Bancomext, S.A de C.V. <http://www.segbxt.com.mx/>

Seguros Banorte Generali, S.A de C.V. Grupo Financiero Banorte.  
<http://www.banorte-general.com.mx/seguros/seguros.htm>

Seguros El Potosí, S.A. <http://www.elpotosi.com.mx/>

Seguros Monterrey New York Life, S.A de C.V. <http://www.monterrey-newyorklife.com.mx/>

Seguros Santander Serfin S.A. Grupo Financiero Santander Serfin.  
<http://www.santander-serfin.com/publishapp/schmex/html/main.htm>

Skandia Vida, S.A de C.V.  
[http://www.skandia.com.co/info\\_pages/skandia\\_group/life.htm](http://www.skandia.com.co/info_pages/skandia_group/life.htm)

Sompo Japan Insurance México, S.A. de C.V.  
<http://www.sompo-japan-us.com/Network.htm>

Stewart Title Guaranty de México, S.A. de C.V.  
<http://www.stewart.com/page.jsp?pageID=632>

Tokio Marine, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.  
<http://www.tokiomarine.com.mx/>

Torreón, Sociedad Mutualista de Seguros  
<http://portal.cnsf.gob.mx/portal/page? pageid=1058,1& dad=portal& schema=PORTAL>

XL Insurance Mexico, S.A de C.V. <http://www.xlinsurance.com/xli/xli/xli.jsp>

Zurich, Compañía de Seguros, S.A. <http://www.zurich.com.mx/>

## **GLOSARIO**

*Accidente de trabajo* es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y tiempo en que se preste.

*Agente de seguros* es el intermediario entre la institución de seguros y los particulares que adquieren un seguro. Es un “promotor de la producción de seguros” en la que actúa tanto como vendedor, como asesor.

*Árbitro en estricto derecho* es el tercero que, por voluntad de las partes y sin estar revestido de la función pública de juzgar, resuelve una controversia en apego estricto a las reglas del derecho.

*Árbitro en amigable composición* es el tercero que, por voluntad de las partes y sin estar revestido de la función pública de juzgar, resuelve una controversia en conciencia, buscando la equidad y actuando de buena fe.

*Aquiescencia* es sinónimo de consentimiento, significa estar de acuerdo con algo.

*Capacidad de goce* es la aptitud para ser titular de derechos o ser sujeto de obligaciones.

*Capacidad de ejercicio* es la aptitud de participar directamente en la vida jurídica, ejercer personalmente los derechos y obligaciones de los que se es titular

*Cliente institucional* es aquel que, generalmente, es un organismo o entidad de carácter público que maneja un enorme volumen de recursos financieros.

*Condición de salud* es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión.

*Contrato de adhesión* es aquel en el que una de las partes establece el contenido del pacto y la otra expresa su voluntad de *adherirse* a tales términos, sin la libertad de discutirlos

*Cooperativados* son aquellos que forman parte de una cooperativa; en el texto se utiliza como sinónimo de solidarios, de quienes se prestan ayuda mutuamente.

*Deficiencia* es la pérdida o la anormalidad de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente.

*Discapacidad* es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las personas

*Discapacitante* es toda deficiencia o discapacidad que limita la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales; significa que provoca alguna discapacidad.

*Dominios de salud* indican áreas de la vida que se incluyen en el concepto de “salud”.

*Enfermedad de trabajo* es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se crea obligado a prestar sus servicios

*Enfermedad catastrófica* se entiende que es aquella desastrosa, que tiene un desenlace doloroso o desgraciado y, por extensión, fatal. En la doctrina y la ley se asimila a la clasificación de “riesgo subnormal”.

*Enfermedad preexistente* es aquella que hubiera padecido el asegurado o cualquier miembro de la familia asegurada, con anterioridad a la fecha de la solicitud del seguro, siempre y cuando se tenga conocimiento de dicha enfermedad porque se haya manifestado en alguna forma.

*Equiparación de oportunidades* es el “proceso de adecuaciones, ajustes y mejoras necesarias en el entorno jurídico, social y cultural y de bienes y servicios, que faciliten a las personas con discapacidad una integración, participación y convivencia en igualdad de oportunidades y posibilidades con el resto de la población”.

*Estado de salud* es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud” de la Clasificación Internacional (CIF).

*Estatuir* significa establecer, ordenar o determinar algo. En su segunda acepción gramatical implica demostrar o asentar como verdad una doctrina o un hecho.

*Extraprima* es la cantidad fijada por la compañía aseguradora a pagar por parte del asegurado, por considerar que su estado de salud representa un riesgo mayor que el común, por lo que se fija una prima mayor.

*Factores ambientales* son todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo y como tal afecta el funcionamiento de la persona

*Funcionamiento* es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación.

*Fusión de sociedades* es el procedimiento legal por el que una sociedad mercantil denominada fusionante, absorbe o incorpora a título universal, todos los bienes, derechos y obligaciones de otra sociedad mercantil denominada fusionada, haciéndola desaparecer de la vida jurídica y materialmente.

*Igualdad de oportunidades* es el criterio que establece la justicia distributiva en el acceso de las funciones sociales, generado para combatir las desigualdades establecidas artificialmente y las diferencias sociales.

*Indisputabilidad* es la circunstancia que ataca la eficacia jurídica o el cumplimiento del contrato de seguro de vida, por parte de las aseguradoras, por las omisiones o inexactas declaraciones formuladas al contratarlo imputables al asegurado

*Interdicción* es la situación jurídica en la que se priva del ejercicio directo de sus derechos civiles a una persona imposibilitada para gobernarse por sí misma, a la que se sujeta a tutela.

*Ley orgánica* es la legislación que estructura y organiza el funcionamiento de una entidad de la administración pública.

*Minusvalía* es una situación desventajosa que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades que limita o impide el desempeño de rol que es normal en su caso

*Morbimortalidad* es la proporción de personas que mueren por enfermedad en un sitio y época determinados

*Normas prohibitivas o negativas* son las que prohíben a los particulares determinado comportamiento

*Normas potestativas o positivas* son las que dejan de aplicarse a una situación jurídica concreta por voluntad expresa de las partes, son renunciables.

*Nota técnica* es el documento con eficacia legal que contiene los procedimientos técnicos del contrato de seguro, que da sustento a su creación y su funcionamiento en el mercado

*Nugatorio* significa burlar la esperanza que se había concebido o depositado en algo o burlar el juicio que se tenía hecho respecto de alguna circunstancia.

*Pecuniario* es lo perteneciente o relativo al dinero.

*Período de espera* es el plazo contractualmente pactado, que debe transcurrir para que determinado riesgo se encuentre amparado por el contrato de seguro y que tiene como consecuencia la determinación de una mayor o menor prima.

*Persona con discapacidad* es “toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”

*Prejuicio* es un punto de vista, generalmente emocional, no razonable o irracional, que se apoya en un estereotipo o en generalizaciones imperfectas e inflexibles, dirigida hacia un grupo social o a un individuo por su pertenencia a ese grupo, y cuyo fin es colocarlo en una situación de desventaja social.

*Pobreza de salud*, es una categoría legal, contenida en la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que implica escasez o deterioro de las condiciones físicas de un organismo en un momento determinado. No se ajusta aún al concepto de salud actualmente aceptado en el ámbito de la medicina y al que se hace referencia en este trabajo.

*Producto* es la fabricación o elaboración de bienes, cosas o artículos que las personas consumen, por extensión se aplica a los servicios y actividades como los seguros.

*Proponente* es la persona que suscribe una solicitud de seguros.

*Ratio legis* es la causa fáctica o histórica por el que la norma se encuentra formulada en los términos en los que aparece redactada. Los motivos que le dieron origen y que obligan a su existencia.

*Reserva técnica* son las reservas económicas obligatorias que constituyen las compañías para hacer frente a obligaciones futuras.

*Riesgos de trabajo* son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo

*Riesgo subnormal* es el riesgo de mayor gravedad, que puede significar riesgos extraordinarios para la institución aseguradora, que puede provenir del tipo de actividad, edad, salud o cualquiera otra del asegurado y que se toma en cuenta para aceptar la suscripción de la póliza de seguro o negarla.

*Salud* es estado de bienestar físico, mental, moral y material indispensable para una calidad de vida aceptable.

*Secreto industrial* es “toda información de aplicación industrial o comercial que guarde una persona física o moral con carácter confidencial, que le signifique obtener o mantener una ventaja competitiva o económica frente a terceros en la relación de actividades económicas”.

*Seguro dotal* es aquel seguro en el que se contrata el pago de una cantidad determinada o *dote*, cuando concluye el plazo convenido u ocurre el retiro de la actividad o jubilación del beneficiario.

*SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)* es la etapa final y más grave de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia adquirida, la cual produce daño severo al sistema inmunitario

*Tablas* son documentos, listas y cuadros graduables de riesgos, que contienen tablas de frecuencia de realización de riesgos y de probabilidades estadísticas, usados para formular las tarifas de primas, que se van corrigiendo y perfeccionando con el tiempo y la experiencia

*Transacción* es el convenio que formulan las partes para resolver una controversia existente o para prevenir una futura.

*Vulnerabilizado* es la situación de desventaja social en la que se encuentra un grupo social cuando se le priva el acceso a bienes o servicios a causa de algún prejuicio, positivo o negativo, y orientado hacia la condición, situación o conducta de las personas identificadas en ese grupo social.

*“Discriminación hacia las personas con discapacidad por parte de  
las empresas aseguradoras en México”*

Colección estudios 2006  
del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

La edición estuvo al cuidado de la Dirección General Adjunta de Estudios,  
Legislación y Políticas Públicas  
del CONAPRED