

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-04-2006

**“DISCRIMINACIÓN HACIA PERSONAS QUE VIVEN CON
VIH-SIDA Y PERSONAS ADULTAS MAYORES 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 investigación y de edición

Lillian Valerie Alvarez Melo
Coordinadora administrativa

Diana Paola Cerón Ruiz
Lillian Valerie Alvarez Melo
Editoras de sección

SÍNTESIS

En la primera parte de este trabajo se introduce al lector en los problemas a los que se enfrentan dos sectores de la sociedad mexicana, que son objeto de prácticas discriminatorias por parte de las instituciones de seguros. A las personas de la tercera edad se les niega el acceso a la contratación de seguros de vida y se les limita la contratación de seguros de accidentes y enfermedades. Igualmente ocurre con las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, a las que, cuando no se les niega la posibilidad de contratar tales seguros, se les imponen modalidades que constituyen una restricción difícilmente salvable. Además, cuando cualquiera de estos seres humanos adquiere alguna discapacidad, su situación de vulnerabilidad empeora.

En la segunda parte del estudio se tiende un puente a los conceptos que delimitan el universo de nuestro estudio precisando, en lo posible, lo que ha de entenderse por tercera edad, cuarta edad, calidad de vida, virus de la inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, discapacidad, deficiencia, minusvalía, salud, capacidad legal, etcétera. De esa manera establecemos el marco general del lenguaje que permita el entendimiento común.

A continuación, se hace un diagnóstico breve 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 esta investigación. Posteriormente, se formula también una breve descripción y explicación de las categorías que son propias del contrato de seguro y su naturaleza mercantil.

La tercera parte contiene la parte sustancial de este trabajo y constituye su sustento legal. En éste se apuntan los distintos niveles doctrinarios en los que hay

que abordar el tema de nuestro análisis concreto. Así, 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.

En la cuarta parte, se concluye con una propuesta de Agenda, que posibilite la existencia, en el campo de los seguros personales, 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 Anahuac 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

| | |
|--|-----------|
| Síntesis | 3 |
| 1. Introducción | 7 |
| 2. Tercera Edad | 11 |
| 3. Virus de la Inmunodeficiencia Humana | 18 |
| 4. Conceptos y definiciones | 24 |
| 5. Las pensiones y los seguros | 41 |
| 6. La oferta de seguros | 43 |
| 7. Categorías fundamentales del contrato de seguro | 51 |
| 7.1 Mercantilidad del contrato de seguro | 51 |
| 7.2 Los seguros | 53 |
| 8. Legislación | 66 |
| 8.1 Ley sobre el contrato de seguro | 66 |
| 8.2 Ley que rige a las instituciones de seguros | 77 |
| 8.3 Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros | 130 |
| 8.4 Ley federal de protección al consumidor | 111 |
| 8.5 Reglamento del seguro de Grupo | 112 |
| 8.6 Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas | 114 |
| 8.7 Políticas de suscripción | 115 |
| 8.8 Condiciones Generales de Seguros | 116 |

| | |
|---------------------------------|------------|
| 9. Agenda | 124 |
| | 125 |
| 9.1 Propuestas de reforma legal | |
| 9.2 Propuestas administrativas | 131 |
| Bibliografía | 134 |
| Glosario | 142 |

1. INTRODUCCIÓN.

Desde la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las compañías aseguradoras establecieron como política general la de excluir a las personas que viven con el VIH de su mercado potencial de asegurados. De esa suerte, tales personas han sido rechazadas de manera sistemática cuando pretenden contratar seguros de vida o de gastos médicos mayores. La causa fundamental era la circunstancia de que, en esa época, a mediados de la década de los años ochenta, la infección era de consecuencias fatales.

Conforme se fue avanzando en el conocimiento del comportamiento del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de sus enfermedades relacionadas, ahora se sabe que el desenlace no es necesariamente mortal y que se puede vivir con el referido virus como si se tratara de un padecimiento crónico. No obstante ello, las aseguradoras continúan con su política de exclusión. Para el caso de personas que hubieran contratado el seguro previamente a la aparición de la pandemia, sólo han sido motivo de discusión, en ocasiones, el período de indisputabilidad de dos años; en otras, el hecho de si el riesgo amparado se refiere a una enfermedad que derive de otra preexistente y, en las menos, si se declaró falsamente al contratar el seguro.

Uno de los motivos fundamentales por los que se rechaza la posibilidad de asegurar a las personas que viven con el virus del SIDA es el alto costo del tratamiento. Otro es la probabilidad de que derive en una discapacidad. El SIDA - junto con la arterioesclerosis, la apoplejía, la ceguera absoluta, el cáncer, la diabetes, la epilepsia, la neurastenia, las enfermedades medulares, cardiacas y cerebrales, la parálisis o la tuberculosis- forma parte de una verdadera “lista negra” que en la jerga de los agentes de seguros forman parte de los “riesgos prohibidos”, es decir, aquellos que no pueden llegar a concluir en un contrato de seguro y la correspondiente expedición de la póliza. Dada la libertad de

contratación que rige en el ámbito de las instituciones de seguro, éstas deciden con absoluta discrecionalidad cuáles son los riesgos asegurables y cuáles no.

Semejante política existe en tales instituciones aseguradoras en relación con las personas adultas mayores. Del proceso de envejecimiento de la población, derivan, esencialmente, tres fenómenos que tienen dimensiones sociales generales. Uno es el financiamiento de los sistemas de pensiones. El segundo es la jubilación o retiro de la actividad y, en el tercer sitio y concomitante con lo anterior, la circunstancia de que las enfermedades que aparecen junto con el envejecimiento son, en la actualidad, crónicas y discapacitantes.

Sólo el segundo y tercer fenómenos interesan al presente estudio. La separación de las personas de su actividad laboral, por alcanzar la edad de jubilación, implica la necesidad de garantizar que su calidad de vida no tenga una merma sensible respecto del nivel en el que se venía desarrollando. A ese propósito, existen los seguros dotales, que garantizan a los asegurados un capital de retiro. Para atender sus requerimientos de salud, se encuentran los seguros de gastos médicos, que garantizan la atención médica y hospitalaria, hasta por la suma asegurada. Y, para el caso de que mueran, dada su edad avanzada, están los seguros de vida que permiten contribuir a la seguridad de sus familias una vez que fallecen. Sin embargo, los adultos mayores sólo tienen acceso a estos seguros si los contratan antes de cumplir sesenta y cuatro años. Excepcionalmente, han aparecido en el mercado de seguros, instituciones que amplían el límite hasta los setenta años. Una vez rebasado ese tope, los adultos mayores son rechazados sistemáticamente.

De lo expuesto anteriormente puede concluirse que existe una situación de discriminación en contra de quienes forman parte de estos sectores sociales y, por tanto, urgen medidas específicas para remediarla. Las compañías aseguradoras, pasando por alto el origen mutualista y carácter solidario del contrato de seguro, pretenden actuar simplemente como intermediarias un universo difuso de asegurados, frente a los cuales su responsabilidad contractual se limita al mundo

de los negocios. En ese sentido, 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 para combatir la discriminación en México.

La circunstancia de que el mercado asegurador se apoye en procesos actuariales de cálculo estadístico y, por tanto, tengan una justificación técnica para seleccionar a sus potenciales asegurados, debe evitar que la selección de los asegurados no se convierta en un acto discriminatorio reprochable legalmente. Además, sus criterios técnicos pretenden sustentarse en la experiencia acumulada a través del tiempo.

Sin embargo, cuando se trata de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana –a los que desde la aparición de la pandemia se les excluyó de la posibilidad de contratar seguros- se hace evidente que las empresas aseguradoras no tienen experiencia ni información que aporten en beneficio de sus políticas de operación o de sus criterios de desempeño. De lo anterior se concluye que –ante la ausencia de conocimiento empírico demostrable— tales políticas y criterios se basan en el prejuicio el desconocimiento. Cabe aclarar que tampoco existen estudios confiables a nivel internacional que avalen ese comportamiento.

Por lo que se refiere a los adultos mayores, las aseguradoras mexicanas se basan en tablas técnicas de mortalidad que contienen información de otros países, por lo que igualmente puede afirmarse que carecen de experiencia fiable. Como ya dijimos, 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. No se considera el actual estatus crónico que se le atribuye a la pandemia por el VIH, que no siempre deriva en enfermedades discapacitantes. En el caso de los adultos mayores, tampoco se aprecia el hecho de que es mucho mayor el porcentaje de quienes

conservan la salud, al porcentaje que representan los que sufren alguna enfermedad crónica o discapacitante y que, en todo caso, tales discapacidades tienen diferentes grados y manifestaciones. 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.

También implicaría que las aseguradoras, al obligarse con ese universo social y proporcionarles acceso a los seguros de vida o de gastos médicos mayores, estaría haciendo un mal negocio, en el que el riesgo se potencializaría y el pago de las primas contratadas se convertirían en una obligación casi segura. Pero ese razonamiento no es, necesariamente cierto. Sus propias mecánicas internas de prospección económica y actuarial, requerirían, sencillamente de mantener bajo control las variables que desencadenarían el pago de un mayor número de siniestros. 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.

En los apartados siguientes abordaremos los aspectos conceptuales de lo que debe entenderse como tercera edad, infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida, discapacidad y su respectiva ubicación en el contexto legal.

2. TERCERA EDAD.

La tercera edad es una categoría relativamente reciente. Fue la Organización de las Naciones Unidas la que, en la década de los ochentas, estableció que el inicio de la etapa del envejecimiento de los seres humanos podía considerarse a partir de los sesenta años cumplidos de edad. Desde entonces, se considera como personas de la tercera edad a aquellas que hayan alcanzado ese número de años o más.¹ Aunque los documentos internacionales, generalmente se refieren a las personas “de edad”, se entiende que la noción de la tercera edad, a partir de la mil novecientos ochenta y dos, hace alusión a las personas de edad avanzada. Esa concepción no hace mayores consideraciones respecto de si tales personas mantienen una vida independiente -gracias a la autonomía en su desempeño cotidiano y a que preservan su funcionalidad orgánica- o si, por el contrario, presentan problemas de salud que los incapacite. Cabe mencionar que hay estudiosos que a esta clasificación ya agregan otra más, cuya denominación se conoce en nuestro país como la Cuarta Edad.

“...en relación con las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar que este período de descanso no existe realmente como tal, o que cuando se da tiene una terminación y que, salvo contadas excepciones...con el avance de la edad llegan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas. Este último proceso, por marcar una diferencia ha sido denominado cuarta edad...en el caso de México se proponen las edades 65-74 y 75 y más. El grupo 65-74 representa el período de la tercera edad...indica edades avanzadas pero aún con gran oportunidad para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud... Dentro del grupo de 75 años y más, definido como de la cuarta edad, la gran mayoría de la población sufre pérdidas de capacidad para las actividades de la vida diaria...”²

¹ Organización de las Naciones Unidas, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 1982

² Ham Chande Roberto, El Envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México, Salud Pública de México (1996), Volumen 38, Número 6, Noviembre-Diciembre de 1996, México

Sin embargo, toda vez que la idea de concebir a la última etapa del ciclo vital como cuarta edad no se ha institucionalizado internacionalmente, ni se ha adoptado en forma global, a lo largo de este trabajo seguiremos considerando como parte del grupo de la tercera edad a todas las personas que hayan cumplido los sesenta años o más, independientemente de sus condiciones de salud.

El proceso de envejecimiento de la población, es parte de un proceso también global. Con las campañas de reducción y control de la natalidad promovidas en el mundo occidental e iniciadas, en lo que toca a Latinoamérica, aproximadamente hace treinta años, las sociedades de Europa y América han venido cambiando su perfil demográfico y han pasado a ser, estadísticamente hablando, sociedades adultas. En Europa el fenómeno ya está presente, pues su población está formada por un gran número de adultos nativos de la tercera edad, sin considerar los flujos recientes de inmigrantes. El pronóstico es que, muy pronto, a la mayoría de las sociedades latinoamericanas les ocurrirá algo semejante. Al respecto, la Organización de Naciones Unidas se ha pronunciado en los términos siguientes:

“Reconocemos que el mundo está experimentando una transformación demográfica sin precedentes y que, de aquí a 2050, el número de personas de más de sesenta años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo...”³

En el caso de México, las proyecciones del Consejo Nacional de Población estiman que, para mediados del siglo veintiuno, una cuarta parte de la población estará compuesta por personas de la tercera edad⁴. Ese será probablemente, la característica más distintiva del proceso de “transición demográfica”⁵ en nuestro país. Del envejecimiento de la población derivan tres fenómenos fundamentales

³ Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002

⁴ Consejo Nacional de Población. (1996) Proyecciones de la Población de México, México

⁵ Se define como “cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad” Bourgeois-Picat J., La demographie. (1971) citado por Ham Chande Roberto, op.cit.

que tienen dimensiones sociales generales. Uno es el problema de las pensiones, otro es el retiro de la actividad o jubilación y, el tercero, se refiere a la discapacidad relacionada con la tercera edad. En efecto, existe una relación innegable entre el envejecimiento de la planta laboral y su impacto en el financiamiento de las pensiones del sistema público de seguridad social. Tal relación hace que la viabilidad de los sistemas de pensión se encuentran ahora en grave riesgo, dadas sus propias características de constitución y operación. En segundo lugar, está el hecho del retiro de la actividad de las personas que llegan a determinada edad, con las consecuencias económicas de esa circunstancia. La discapacidad que ataca a las personas de la tercera edad. Finalmente, en tercer sitio, ha de mencionarse el hecho de que a partir de la tercera edad, las y los individuos deben enfrentar el manejo de enfermedades crónicas y discapacitantes.

A este respecto, cabe mencionar que en nuestro país, a la fecha, de las personas mayores de sesenta años, más del diez por ciento sufre algún tipo de discapacidad.⁶ Ello representa un universo de cerca de setecientos cincuenta mil personas. Según los cálculos de la Secretaría de Salud, existen en el país poco más de nueve millones de personas con algún tipo o grado de discapacidad.⁷

Una de las causas de esta transición demográfica se encuentra en la modificación del tipo de afecciones que aquejan a la población nacional. Según los datos difundidos por las entidades gubernamentales mexicanas, antes, la principal causa de muerte eran las enfermedades de carácter parasitarias, infecciosas y de fácil contagio, como la tifoidea, la viruela, la peste o la tuberculosis. En general, estos padecimientos han sido erradicados como enfermedades epidémicas.

“En México, 99% de la población está vacunada contra la tuberculosis, 92% contra la polio; 91% contra difteria, tosferina y tétanos y 96% contra sarampión.”⁸

⁶ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) Censo de Población

⁷ Secretaría de Salud (1998), “NOM-173-SSA1-1998 para la atención integral a personas con discapacidad”

⁸ Oliver, Isabel, *Data. En la salud y la Enfermedad*, Este país, Número 186, septiembre 2006, México

Ahora, la principal causa de muerte ha de buscarse entre las enfermedades crónico degenerativas, como lo pueden ser las cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artrosis y otras semejantes.⁹ Hay que agregar que, precisamente esa evolución en los padecimientos, ha incrementado los índices de esperanza de vida. Lo que es obvio es que el costo de la atención de ese tipo de afecciones crónicas se eleva considerablemente frente al costo que implicaba atender las enfermedades infecciosas. En esa tesitura, el encarecimiento de los tratamientos repercute de manera directa en los ingresos e, indirectamente, en la autosuficiencia y en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Cabe agregar aquí la relación proporcional que existe entre el avance de la edad con el incremento de los accidentes que sufren las personas en este rango de edad.

“Otra causa que va cobrando importancia son los accidentes, los que ocupaban el lugar 17 en 1970 y el noveno sitio en los años 1980 y 1990. Estos cambios no son debido a...los riesgos ambientales de sufrir un accidente, sino que reflejan mayor propensión individual debido al envejecimiento.”¹⁰

Colateralmente, todas esas condiciones afectan a las instituciones de salud que, más orientadas a la prevención o a la curación a corto plazo de las enfermedades, se enfrentan ahora al reto de satisfacer, para sus pacientes, necesidades de atención y cuidados continuos y extendidos a lo largo de un amplio período. A ello contribuye que las edades de jubilación se han establecido precisamente a partir de los sesenta y sesenta y cinco años de edad, pero desde los cincuenta años, empieza a aparecer la sintomatología de diversas enfermedades de naturaleza degenerativa.¹¹

Estimaciones de las autoridades de salud precisan que la demencia senil aparece con mayor frecuencia y en mayor número entre las personas de la tercera edad.

⁹ Consejo Nacional de Población (1996) Cuadro de Enfermedades, México

¹⁰ Gamble A. Riesgos en la tercera edad. (1993) Observador Internacional, citado por Ham Chande Roberto, op.cit.

¹¹ Consejo Nacional de Población, (1996) Cuadro de Enfermedades, México

Así, el Alzheimer -la más común de ese tipo de discapacidad, de carácter irreversible, progresivo y degenerativo- se ha convertido en un padecimiento que alcanza más del cincuenta por ciento de los casos. Lo grave es que la demencia impide la autosuficiencia y autonomía de las personas adultas mayores y los sujeta a una dependencia creciente. Tampoco debe perderse de vista que, desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es un proceso de deterioro natural de las funciones vitales de los individuos, sin posibilidad alguna de revertirlo, sino sólo de encontrar paliativos para garantizarles la mejor calidad de vida. De lo expuesto hasta aquí no es extraño que se reconozca por las autoridades gubernamentales que este grupo poblacional -de las personas que han alcanzado o superado los sesenta años o más- se han convertido en uno de los sectores más vulnerabilizados, pues están sometidos a la marginación familiar, laboral, social y política.

La calidad de vida es otro concepto que resulta de la combinación de factores individuales -como las aspiraciones o el aprovechamiento de las capacidades y habilidades creadoras de las personas, por ejemplo- y de factores externos que tienen que ver con el entorno cultural, el medio ambiente, las circunstancias sociales o la estructura socioeconómica. Como ha ocurrido con otras concepciones que se han ido desarrollando conforme progresa el conocimiento, de inicio se le entendió bajo una óptica meramente biologicista, hasta que la evolución del pensamiento científico impuso la necesidad de combinar las nociones de salud, bienestar social y su impacto en la sociedad general.

De esa forma, se ha transitado de la idea reduccionista de concebir la calidad de vida desde su aspecto de bienestar material, hasta entenderla en su dimensión humana, que permita una reflexión sobre enfoques físicos, sociales, culturales o, aún más, incluyendo los de carácter espiritual. La Organización de Naciones Unidas lo expresa señalando que las personas de la tercera edad tienen derecho a "...la salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural

y política de sus estados...”¹² y asumen el compromiso de “...realizar el reconocimiento de la dignidad de las personas de edad y eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia...”¹³ bajo los principios adoptados por la propia organización internacional para combatir la exclusión de las personas de la tercera edad, consistentes en “...independencia, participación, cuidados y atención, autorrealización y dignidad.”¹⁴

En el caso de la tercera edad, el concepto de calidad de vida, que se concentraba en el enfoque de la atención a la salud, trasciende ahora hasta la comprensión del ser humano a cabalidad, es decir, del individuo como un ente biopsicosocial en permanente intercambio e interacción con su ambiente de crecimiento y desarrollo. En este contexto, el nivel de la participación de las personas adultas mayores en actividades familiares y comunitarias; el mantenimiento de su autonomía física y psicológica, su satisfacción personal y adecuada autoestima o su falta de ellas; su mayor o menor independencia económica, así como su acceso a herramientas que contribuyan a preservarlas, son reflejo de su calidad de vida.

El garantizar a personas adultas mayores el acceso a mecanismos como los seguros de retiro o dotales, contra accidentes, de gastos médicos o de vida, independientemente de su edad, es una manera de asegurarles que alcanzarán una buena calidad de vida. La calidad de vida aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos tales como “...el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo.”¹⁵

Las instituciones de seguros, en su negativa a contratar con personas de la tercera edad, alegan precisamente la mayor propensión de éstos a los accidentes, lo que, según dicen, encarecería la prima del seguro contra

¹² Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, op.cit.

¹³ Ibidem

¹⁴ Organización de las Naciones Unidas, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, op.cit.

¹⁵ Dulcey Ruiz E. y Quintero G., Calidad de vida y envejecimiento. (1999) Tratado de Gerontología y Geriatría clínica. La Habana, Editorial Academia.

accidentes, hasta hacerla incosteable. En los seguros de gastos médicos, argumentan la disminución del vigor vital o la adquisición de enfermedades degenerativas –lo que traería como consecuencia su falta de autonomía- como una causa del incremento de las posibilidades del incumplimiento por parte de los beneficiarios, del pago de las primas. Finalmente, aducen su menor esperanza de vida, pues la muerte les resulta cercana y, por tanto, el siniestro estaría presente en el caso de los seguros de vida. Tales planteamientos pueden resolverse mediante la introducción de distintos métodos de cálculo estadístico, que permitan diluir el impacto de un número tan reducido de potenciales asegurados de la tercera edad, dentro del universo total de contratantes de seguros.

3. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Como su nombre lo indica, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no es un padecimiento sino un conjunto de síntomas. La mayoría de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, más tarde o más temprano desarrollarán el SIDA. Sin que a la fecha exista una cura y de naturaleza fatal al principio de la pandemia, por medio de los actuales tratamientos a base de antiretrovirales, se ha logrado diferir su aparición en las personas que se han infectado, cada vez por más tiempo, aumentando así el número de años de sobrevivencia. Una definición técnica sería:

“El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la etapa final y más grave de la infección por VIH, la cual produce daño severo al sistema inmunitario...el SIDA comienza cuando una persona con infección por VIH tiene un conteo de células CD4 (un tipo de célula inmunitaria también denominadas "células T" o "linfocitos T cooperadores") por debajo de 200. También se define por numerosas infecciones oportunistas y cánceres que se presentan en presencia de la infección por VIH...El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales.”¹⁶

Se desprende así que las personas que viven con el referido Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sufren, a lo largo del desarrollo de la infección, una serie de enfermedades que se han denominado oportunistas porque aprovechan las bajas defensas del sistema inmune de los seres humanos para introducirse en el organismo y desarrollar la patología. Estas enfermedades no son exclusivas de las personas que viven con VIH ni están asociadas únicamente a tal infección sino que, como ya se dijo, son padecimientos que se aprovechan de la

¹⁶ MedlinePlus Enciclopedia Médica en español. US Nacional Library of Medicine, (Sitio en Internet) Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00594.htm>. Acceso el 14 de septiembre de 2006.

fragilidad del sistema inmunológico en un momento determinado y de ahí la denominación de “oportunista”.

Algunas de estas enfermedades pueden ocasionar discapacidad -pasajera o permanente- en los pacientes cuyo organismo atacan. Las “enfermedades oportunistas”¹⁷ más frecuentes son el citomegalovirus, el sarcoma de kaposi, la neumonía, la toxoplasmosis, la tuberculosis, la hepatitis C, la candidiasis, las infecciones MAC y el herpes. Los cinco primeros trastornos pueden provocar la muerte de quienes llegan a sufrirlos, pero ello depende, desde luego, de la debilidad del sistema inmune del portador del virus.

En efecto, el citomegalovirus -que llega a afectar al noventa por ciento de los portadores- es una infección de naturaleza viral que ataca a todo el organismo y que puede derivar en meningitis o provocar la ceguera, en cuyo caso, estaríamos en presencia de una discapacidad mental o sensorial, respectivamente. El sarcoma de Kaposi -que ataca al veinte por ciento de los individuos que viven con el virus- tiene que recibir el tratamiento de cualquier tipo de cáncer, es decir, la quimioterapia, con los riesgos relacionados con tal procedimiento terapéutico. Dentro de estos tumores malignos también se incluyen los provocados por los linfoma de Burkitt y linfoma de no Hodgkin.¹⁸

La tuberculosis -cuyas posibilidades de afección se incrementan cuarenta veces en quienes viven con el virus respecto de los demás individuos- puede derivar en un proceso largo, costoso y complicado. La toxoplasmosis -que ataca al cerebro y es recurrente- tratada con tardanza provoca discapacidad mental.

Muy cercano a éste se encuentra el complejo demencial o encefalopatía por VIH. La neumonía, por pneumocystis carinii -que afecta al ochenta y cinco por ciento de

¹⁷ 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.

¹⁸ Secretaría de Salud, “NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”

las personas que viven con VIH- es una de las enfermedades oportunistas que frecuentemente se resuelven fatalmente. La hepatitis C -cuya aparición coincide en el treinta por ciento de los infectados con el VIH- en relación con el síndrome puede provocar la muerte por cirrosis y, en todos los casos, la pérdida de la energía vital. Como consecuencia de esta información, podría compartirse la percepción de las instituciones de seguros para negarse a contratar con las personas que viven con el VIH, alegando que la recurrencia frecuente de las enfermedades oportunistas y el precio de los medicamentos aumentarían de manera desproporcionada el costo del tratamiento.

Según las aseguradoras, esa carga les resultaría incosteable si, por ejemplo, decidieran contratar seguros de gastos médicos con personas que viven con el virus del VIH. Ese argumento, no obstante, queda sin sustento si se determina contractualmente, cuáles enfermedades estarían excluidas del seguro, entretanto las aseguradoras adquieren experiencia al respecto. Otra forma es, sencillamente, introduciendo mecanismos de subsidio, en los cálculos actuariales, en favor de un porcentaje minúsculo de personas que viven con el VIH dentro del enorme universo de asegurados.

Además, esta argumentación de las aseguradoras no toma en consideración que en el desarrollo del SIDA se han identificado por lo menos tres etapas. La primera es la de la invasión del organismo por el virus, después de una práctica de alto riesgo por medio de la cual se transmite. Es una fase asintomática -puesto que no hay síntomas ni señales de la infección- que puede durar varios años. La acción del virus, sin embargo, se mantiene constante y se va multiplicando dentro del cuerpo de la persona que lo contrajo. La siguiente etapa comienza haciendo evidente los daños ocasionados al sistema inmune de las personas que viven con el virus. Éstas empiezan a manifestar todo tipo de síntomas cuya causa precisa no se descubre fácilmente -lo que se conoce como complejo relacionado (CRS)¹⁹ con

¹⁹ Se entiende por complejo relacionado con el Sida al cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de

el SIDA- hasta que se desencadenan otras enfermedades infecciosas, iniciando así con la fase resolutoria de la infección, lo que sería el SIDA propiamente dicho, cuyo origen es el desplome del sistema inmune. Aparece así el cuadro clínico del SIDA, con numerosas enfermedades infecciosas y variedades de cánceres, de las conocidas como oportunistas y a las que nos referimos líneas arriba.

Al principio de la pandemia, por la ignorancia sobre la etiología y evolución del síndrome en mérito, cuando todavía no se habían identificado las enfermedades oportunistas o el complejo relacionado con dicho síndrome, era harto difícil precisar si determinada enfermedad era resultado de otra preexistente, que estuviera excluida de un seguro de gastos médicos o de vida. Pero, actualmente, esa circunstancia ya no puede ser motivo de debate real al momento de contratar un seguro o de discutir su cumplimiento. Si las empresas aseguradoras todavía quieren mantener la cautela sobre las enfermedades cuya protección sí podrían contratar con las personas que viven con el virus, como se expuso párrafos arriba, contractualmente podrían excluir aquellas que forman parte de las clasificadas como “oportunistas” y, en cambio, brindar la protección de un seguro a las personas que viven con el virus, respecto de todos los demás padecimientos que no son consecuencia ni tienen relación con el VIH.

El otro razonamiento que se planteaba por parte de las instituciones aseguradoras, va en el sentido de que para las personas que viven con el VIH las posibilidades de sobrevivencia se reducen trágicamente y la muerte acontece rápidamente. Este aserto ya no es del todo cierto y, por el contrario, esta situación ha cambiado en forma dramática en los últimos años. Por ejemplo, estudios practicados en la ciudad de Nueva York, en los Estados Unidos de Norteamérica, han dado como resultado información que es ilustrativa de lo que está ocurriendo con la pandemia.

SIDA. Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana (2002), NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Una de sus conclusiones es que está creciendo el número de infectados con el VIH que ya no mueren a consecuencia del SIDA. Todavía en 1990, el 20% de las personas que vivían con el virus del VIH morían a consecuencia de enfermedades que no estaban relacionadas con dicha circunstancia. Ahora, ese porcentaje a crecido al 26.3% de tal manera que la causa mortal en la población que representa ese último porcentaje no son causas “atribuibles al síndrome.”²⁰ Desde mil novecientos ochenta y tres, en el que fue registrado el primer paciente en el Hospital de Cardiología y Neumología del Centro Médico Nacional, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha confirmado que la tendencia en este sentido se confirma.

“La morbimortalidad de las personas que viven con VIH/sida se ha modificado, primero con la introducción de la Zidovudina de la cual el IMSS fue pionero en su introducción y utilización en México y luego, dramáticamente, con la inclusión de los inhibidores de la proteasa en 1996, y más recientemente con la inclusión de esquemas ahorradores de IP con análogos no nucleósidos inhibidores de las transcriptasa reversa...Los esquemas de tratamiento múltiple han permitido disminuir la mortalidad en 54 por ciento, al pasar de una tasa de 6.4 por 100 mil derechohabientes en 1996 a 2.9 en 2005...”²¹

En ambos casos, en lo que se refiere a las personas que viven con el VIH y en las personas de la tercera edad, las instituciones de seguros aprecian que la inclusión de estos dos grupos traería como consecuencia directa que el riesgo asegurable se incrementaría de tal manera que provocaría, a su vez, el incremento de las primas de seguros a niveles que harían poco atractivo la contratación de seguros a la población en general. El planteamiento resulta falaz. Como se explicó antes, basta mantener bajo control estadístico las variables que influyen en el cálculo del costo de las primas, seleccionando los referentes actuariales más apropiados. No obstante, hay que recordar que una fórmula de la justicia social ha sido,

²⁰ El sida ya no mata a todos los infectados. Datos de Nueva York. Milenio Diario, jueves 21 de septiembre de 2006.

²¹ Atención de las personas que viven con VIH/sida en el Instituto Mexicano del Seguro Social, (2006) Letra S, suplemento de La Jornada, febrero 2, 2006, México

precisamente, que los diferentes grupos de la sociedad se solidaricen entre ellos, con objeto de superar las condiciones de desigualdad en que se desenvuelven los más desprotegidos. Finalmente, algunos grupos sociales, los que han sido vulnerabilizados por los grupos mayoritarios, tienen en su favor el legítimo reclamo de que se les resarza por medio de la adopción de acciones afirmativas, lo que constituye una obligación elemental.

4. CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

En los apartados anteriores hemos esbozado las causas de la reticencia de las aseguradoras para celebrar contratos de seguros personales con los sujetos materia de nuestro estudio. Esas causas se pueden resumir, en primer lugar, en la supuesta cercanía de la muerte; en segundo lugar, en la pérdida de la capacidad vital de los potenciales beneficiarios del seguro y, finalmente, en que tanto las personas de la tercera edad como las personas que viven con el VIH están propensas a sufrir mayor número de accidentes invalidantes o a adquirir enfermedades discapacitantes o de naturaleza crónica. Así pues, la discapacidad es el motivo esencial argüido.

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 anormalidad 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.”²²

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 actuar²³ y, así, puede entenderse que la pérdida o anormalidad 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.”²⁴

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

²² Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, (CIDDM), 1980

²³ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, España, Espasa, 2001

²⁴ Organización Mundial de la Salud, Op.cit.

desempeño de rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales.”²⁵

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.²⁶ 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

²⁵ Ibidem

²⁶ 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.

de su entorno como ente social, incluyendo los factores ambientales que le dan al individuo un marco que lo contextualiza.

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”.²⁷

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.”²⁸ 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

²⁷ Idem

²⁸ Ham Chande Roberto, op.cit.

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 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)”²⁹.

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”.³⁰

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.

²⁹ Idem

³⁰ Idem

“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”.³¹

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...”³² 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.”³³ En este punto, cabe aclarar que la norma oficial en mención reproduce, casi textualmente, la definición de la norma

³¹ Idem

³² Secretaría de Salud, NOM-173-SSA1-1998 para la atención integral a personas con discapacidad, op. cit.

³³ Idem

internacional ya rebasada, contenida en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, pues estatuye como concepto:

“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.”³⁴

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana denominada “NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana” fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecisiete de enero de mil novecientos noventa y cinco y modificada el veintiuno de junio del año dos mil. Las modificaciones incorporadas a la norma oficial tuvieron como propósito “...facilitar su interpretación y fortalecer su contenido...para regular nuevas conductas y aplicar mejores criterios técnicos acordes...con los avances de la ciencia médica”.

Se divide igualmente en diferentes capítulos en los que se precisan los objetivos de la norma, su campo de aplicación, las definiciones que sirven como categorías uniformes de aplicación, las referencias y generalidades acerca de la infección por el VIH, así como las medidas de prevención, control e investigación adoptadas por el estado mexicano para combatir la pandemia, al último se alude a la concordancia de dicha norma con otras de carácter internacional y nacional. Cabe resaltar que se define a la infección por VIH como un problema de salud pública, se le eleva al rango de asunto de interés público -dado su carácter epidémico- y se impone su observancia obligatoria en todo el territorio nacional y, especialmente, al sistema nacional de salud. Por cuanto a la definición del síndrome, se le concibe como “resultante de enfermedades infecciosas y parasitarias...(así como)...de infección primaria aguda...”³⁵

³⁴ Idem

³⁵ Secretaría de Salud, “NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”

Por cuanto se refiere a las personas de la tercera edad, sólo existe una Norma Oficial Mexicana denominada “NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecisiete de noviembre de mil novecientos noventa y nueve, que los alude de manera tangencial. Tiene también su correspondiente capitulo, dividido en los apartados de objetivos de la norma, su campo de aplicación –en el que impone su observancia obligatoria a las dependencias y entidades de la administración pública federal y local que forman parte del sistema nacional de salud, así como a los sectores social y privado-, las definiciones, entre las que destaca la de adulto mayor como “...la persona de sesenta años o más...”³⁶, referencias, generalidades, las medidas estatales adoptadas, las previsiones para la investigación y llama la atención que, en la parte final del documento se aclara que dicha norma “no tiene concordancia” con otras normas de carácter internacional o mexicanas. Cabe aclarar que el propósito de esta norma es prestar servicios de asistencia social a los menores y adultos mayores en casas hogar y albergues, por lo que su campo de acción es muy limitado.

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”.³⁷

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

³⁶ Secretaría de Salud (1997), NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores

³⁷ Ley Federal del Trabajo vigente, Agenda Laboral 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

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.”³⁸

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:

“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”.³⁹

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”⁴⁰. 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,

³⁸ Idem

³⁹ Idem

⁴⁰ Idem

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”.

“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 médica 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.”⁴¹

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, gozarán de una pensión equivalente a cien por ciento del sueldo básico que hubiese percibido el trabajador en el momento de ocurrir el fallecimiento”.⁴²

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”.⁴³

⁴¹ Ley del Seguro Social vigente, Agenda de Seguridad Social 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

⁴² Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado vigente, Agenda de Seguridad Social 2006, Ediciones Fiscales ISEF, México

⁴³ Idem

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. Y, por la otra, porque siguen usando las mismas categorías de la legislación común, en cuyo contenido 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.”⁴⁴

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

La ley civil en su tratamiento a la capacidad, parte de la noción de los atributos de los seres humanos o *personas físicas* como 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

⁴⁴ 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...”⁴⁵

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.”⁴⁶

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. Tales categorías jurídicas previstas no apreciaban los distintos grados de las discapacidades, esto es, aquellas afecciones o deficiencias que, real o

⁴⁵ Rojina Villegas, Rafael, *Compendio de Derecho Civil*, México, Porrúa, 1985, Tomo I, Introducción, Personas y Familia.

⁴⁶ Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, México, Porrúa, 1989

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. ⁴⁷

⁴⁷ Código Civil Federal vigente, México, Porrúa , 2005

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.

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 más explícito. El 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.”⁴⁸

⁴⁸ Código Civil para el Distrito Federal vigente, México, Porrúa , 2005

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 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.

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 todos los ámbitos de la vida”.⁴⁹

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

⁴⁹ Ley General de las Personas con Discapacidad, Diario oficial de la federación. 10 de junio de 2005

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.”⁵⁰ 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.”⁵¹

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.

⁵⁰ Idem

⁵¹ Idem

5. LAS PENSIONES Y LOS SEGUROS.

Al inicio de este trabajo afirmamos que del proceso de envejecimiento de la población, derivan, esencialmente, tres fenómenos que tienen su correspondiente impacto social. Uno era el financiamiento de las pensiones para los jubilados; el segundo era el retiro de las personas de la tercera edad de la actividad productiva y el tercero era que las enfermedades que aparecen junto con el envejecimiento son, en la actualidad, crónicas y discapacitantes. Hemos analizado ya que tanto la Ley del Contrato de Seguro como la Ley de Instituciones de Seguros hacen referencia a los seguros derivados de las prestaciones de seguridad social.

Ello no quiere decir que las instituciones de seguros emitan ese tipo de *productos*, sino que los sistemas públicos de pensión son una parte importante de la cartera de clientes de las compañías de seguros, por el enorme volumen de recursos financieros que manejan, derivados de la recaudación de las cuotas derivadas de las prestaciones de previsión y seguridad sociales. En la jerga de los aseguradores se les denominan clientes institucionales y existen aseguradoras especializadas en la administración y operación de tales fondos.

Los sistemas de pensiones tienen tres objetivos fundamentales⁵². La primera es la de proveer seguridad en la vejez, en caso de despido; la segunda, es la de funcionar como un seguro para satisfacer los requerimientos mínimos para subsistir en la etapa de retiro de la actividad y, la tercera, es la de distribuir el gasto en consumo a lo largo de la vida, transfiriendo parte del consumo en los años más productivos a los menos productivos, suavizando los problemas derivados del gasto en la subsistencia.

La intervención del gobierno en la creación y operación de los sistemas públicos de pensiones, se justifica dada la circunstancia de que un número importante de personas integrantes de su población, no alcanzan a ahorrar lo suficiente para hacer frente a las necesidades patrimoniales y los retos económicos que se le

⁵² Barr, Nicholas, *The Welfare State as Piggy Bank*, 2002, Oxford University Press,

presentan en la vejez. Por eso, tales sistemas actúan como una especie de seguro. El sistema de pensiones constituye una válvula de seguridad para la posibilidad de que ese sector de la población se convierta, a largo plazo, en una carga para el resto de los miembros de la sociedad, que aún se mantengan en condiciones productivas. En el caso de México, habría que apuntar que un número significativo de la población no gana lo suficiente para constituir un fondo de ahorro para el retiro;⁵³ o, peor aún, el mercado de inversión de capitales se encuentra en tal nivel de evolución, que la inversión de esos fondos genera rendimientos escasos que, difícilmente, puedan ser útiles para incrementar el monto de las pensiones resultantes de los referidos fondos.

Finalmente, cabe destacar aquí, que el mercado de seguros se encuentra restringido para un enorme sector de la población, que carece de las calificaciones necesarias para ser seleccionado por las instituciones de seguros como un cliente atractivo. En ese contexto, la única conclusión posible es que se justifica plenamente la intervención gubernamental para operar este tipo de mecanismos, que contribuyan a garantizar cierta seguridad económica para su población en estado de envejecimiento. De otra manera, serían inevitables los gravísimos costos sociales y económicos que resultarían de su ausencia.

⁵³ INEGI, índice de salarios

6. 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 Mexicana⁵⁴. Sin embargo, en la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros aparecen registrados setenta y un organismos de la misma naturaleza⁵⁵. 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 | MetLife Pensiones, S.A. |
| Pensiones Banamex, S.A. | Pensiones Banorte, S.A. |
| Pensiones Bancomer, S.A. | Pensiones ING Comercial América, S.A., |
| Pensiones Inbursa, S.A. | Principal Pensiones, S.A. |
| Profuturo GNP, S.A. | y todas las similares. |

⁵⁴ Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, página electrónica.

⁵⁵ 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 Inbursa, S.A. (Patrimonial), |
| Seguros Azteca Daños, S.A. | 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 de la tercera edad y a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

En tratándose del virus mencionado y que ha provocado la pandemia del SIDA, el tratamiento que se le da por parte de las aseguradoras es, como regla, el de excluirla 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.

Así, de las cuarenta y seis instituciones de seguros resultantes, el SIDA o el VIH se mencionan entre las exclusiones generales en, por lo menos, el ochenta y uno por ciento de éstas. Del diecinueve por ciento restante, se le sujeta a determinadas modalidades. Así, en algunas compañías de seguros se incluye en los seguros de gastos médicos, pero dentro de la categoría de “Enfermedades y tratamientos en período de espera”. 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.

Esos períodos fluctúan entre los cinco años (o sesenta meses) “antes de la detección y diagnóstico de la enfermedad” hasta los cuatro años (o cuarenta y ocho meses) anteriores. Algunas aseguradoras exigen una “prueba de no infección” previa, para contabilizar el referido período de espera. No hay posibilidad de reducir ese período. Otra institución ampara el padecimiento “si se contrae durante la vigencia” de la póliza de seguro. En dos de esas compañías aseguradoras, además, se limita la cobertura, respectivamente, hasta \$100,000.00 (Cien mil pesos) en una o 750,000 (Setecientos cincuenta mil) UDI’S⁵⁶ en la otra.

⁵⁶ UDI’S se refiere a las Unidades de Inversión creadas por el gobierno mexicano en 1995.

Una más excluye al SIDA de la posibilidad de ser cubierto como padecimiento preexistente declarado, pero la incluye entre las enfermedades en espera. Otra aseguradora más específica que para el caso de “recién nacidos con la infección” el período de espera le será contabilizado a la madre y, en ese supuesto, se ampliará de cuarenta y ocho a sesenta meses. Finalmente, cabe señalar que de entre estas compañías aseguradoras que sí incorporan el padecimiento como riesgo cubierto, la mayoría de ellas lo incluyen entre sus planes de seguros más costosos.

Por cuanto se refiere a los seguros de vida, el tratamiento contractual es todavía más restrictivo. Aquí cabe aclarar que el período de espera a que se hace referencia en los párrafos anteriores se mantiene. Lo anterior implica que si la persona que vive con el virus de la inmunodeficiencia humana muere antes de transcurrido el referido período de espera, entonces sus familiares o beneficiarios podrán enfrentarse a la negativa de la institución a entregar el importe del monto asegurado, ya porque aleguen falsedad en las declaraciones iniciales o porque simplemente no ha transcurrido el período de indisputabilidad.

Por otro lado, una de las compañías de seguros incluye a la infección dentro de la cláusula de invalidez. Esto es así, porque se entiende que el seguro de vida va combinado con un seguro que prevé, que antes del vencimiento del plazo contratado como vigencia del seguro, si el asegurado queda en situación de discapacidad, entonces se le entregaría la suma asegurada sin esperar a que concluya el término pactado y, desde luego, sin esperar al evento de su fallecimiento. La mayoría de las compañías de seguros lo excluyen dentro de su cuadro de enfermedades en fase terminal.

Por lo que respecta a las personas de la tercera edad, las instituciones de seguros fijan límites de edad para contratar. De ello resulta que casi el cien por ciento evita que los mayores de setenta años tengan acceso a un seguro, a menos que se hubiera contratado con anterioridad a esa edad y, por tanto, se trate de una

renovación de la póliza. En seguros de enfermedades y accidentes (que como ya se explico antes, incluyen los de gastos médicos y, propiamente, los de enfermedades) tales límites fluctúan entre los cincuenta y los sesenta y nueve años. El promedio entre todas las compañías de seguros es de sesenta y cuatro años. Por excepción, una de esas aseguradoras ofrece contratar hasta el límite de setenta y tres años. Las modalidades que se imponen son escasas. Una de éstas es, por ejemplo, que se admite la contratación de gastos médicos hasta los setenta años, pero en tratándose de hospitalización se reduce el límite hasta los sesenta años. Si se trata de seguros de gastos médicos contratados antes de ese límite, algunas instituciones –no más de tres- ofrecen la renovación vitalicia.

Otras aseguradoras sólo admiten la renovación hasta los setenta años o hasta los setenta y nueve años, respectivamente, en cuyo caso, cumpliéndose éstos la vigencia de la póliza de seguro fenece, lo que es francamente discriminatorio e inequitativo. Una más ofrece la contratación usando como límite los sesenta años y, si se *completan* cinco años de aseguramiento, entonces se puede renovar en forma vitalicia. Alguna admite la contratación hasta los sesenta años como máximo y, en caso de que se ofrezca contratar entre los sesenta y uno a los sesenta y cinco años, se cobra una extraprima de veinticinco por ciento más en relación con la “tarifa normal”; si se contrata entre los sesenta y seis y los setenta, la extraprima es del cincuenta por ciento más, lo que evidencia que dicha aseguradora no se basa, realmente, en una tabla de siniestralidad que sea producto de un conocimiento empírico, de lo que su comportamiento comercial deviene en franca discriminación.

Se encontró el caso de una compañía que no establece límite, pero sí la modalidad de exigir un examen médico previo a los mayores a sesenta y cinco años de edad. Finalmente, apareció otra institución en la que se admite la contratación hasta los setenta años, siempre que se compruebe que todavía se tienen dependientes económicos (lo que determinaría la existencia del interés asegurable).

Refiriéndose a seguros de vida, los límites fluctúan desde los sesenta hasta los setenta años. La mayoría de las instituciones lo fija en setenta años. Las modalidades que se establecen en este rubro son menos variados. Consisten, por ejemplo, en fijar, además del límite de edad, un período mínimo de quince años de sobrevivencia una vez contratado el seguro. Otra compañía requiere que sea una póliza prepagada.

Por cuanto toca a los seguros de vida combinados con seguros dotales, se amplía el límite de cincuenta a cincuenta y cinco años, llegado el cual, se entrega al asegurado que no hubiera fallecido, el total de la suma asegurada; si hubiera fallecido esa cantidad se entrega a sus beneficiarios. Junto con los mismos seguros de vida, también se establecen límites para el efecto de recibir ayuda para gastos funerarios. Si se combina con un seguro de pensión, encontramos límites desde los cincuenta hasta los sesenta y cinco años, dependiendo del monto y el plazo contratados.

La misma variabilidad en los límites de edad se fijan para el caso de que se contrate seguros contra accidentes, pues fluctúa desde los sesenta y cuatro hasta los setenta años. El promedio es de sesenta y siete años como límite general. Si, como consecuencia del accidente, se adquiere alguna discapacidad –invalidez en el lenguaje del mercado de seguros- o de pérdidas orgánicas, algunas instituciones reducen el límite para la contratación hasta los cincuenta y cinco años. Otras aseguradoras fijan la misma edad, pero la condicionan a que el asegurado se dedique a una ocupación que no sea de alto riesgo. En alguna compañía expresamente se excluye la posibilidad de renovar el contrato de seguro si el asegurado rebasa los setenta y nueve años.

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”⁵⁷. 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”⁵⁸ 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 edad o discapacidad, o ambas, le impiden la autosuficiencia. Esa situación le puede ocurrir tanto a personas de la tercera edad como a personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. 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 se 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. Dicho seguro no requirió sino de la modificación del sustento actuarial en que se basa la nota técnica y los cálculos actuariales correspondientes para que pudiera ser instrumentado.

Como lo hemos mencionado en el primer apartado de este estudio, dado el acelerado fenómeno del envejecimiento de la población mexicana y que, como

⁵⁷ ING Comercial América

⁵⁸ Health Insurance Association of America, “A Guide to Long Term Care Insurance” (2002) Washington, Estados Unidos de América.

resultado de esa transición demográfica, también existe una transición clínica en la que las enfermedades infecciosas están siendo desplazadas por enfermedades crónicas y discapacitantes, es obvio que la dependencia física es un riesgo al que todas las personas estamos expuestos. Es por ello que resulta indispensable sensibilizar a las instituciones de seguros para que emitan seguros o instrumentos semejantes al seguro de Larga Dependencia, amén de sensibilizar al Estado de ir creando la infraestructura que requerirá la solución de ese complejo problema social. Concomitante con ello, se requiere hacer conciencia entre los adultos de que, como una manera más de planear una vejez con bienestar y evitar el impacto financiero que significará su atención en el futuro —en caso de que no puedan desarrollar una vejez independiente—es precisamente la contratación de este tipo de coberturas.

Cabe comentar en este punto, que las instituciones de seguros que ofrecen cobertura para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana tienen como características, por un lado, que son las de mayor capacidad económica, generalmente porque cuentan con respaldo de compañías extranjeras —porque se hayan fusionado con ellas o exista una asociación de negocios- 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 párrafos anteriores, pues la institución de seguros que lo opera cuenta con el respaldo estratégico de otra aseguradora europea, de las de mayor presencia internacional.

7. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DEL CONTRATO DE SEGURO.

La legislación de seguros reglamenta un campo legal que constituye uno de los sectores más técnicos en su aplicación e interpretación. Por ello es indispensable recuperar las categorías que perfilan las líneas generales relacionadas con el contrato de seguro.

7.1 Mercantilidad del contrato de seguro.

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 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.”⁵⁹

Esta libertad de contratación consiste, en suma, en determinar si se contrata o no, con quién se contrata y a determinar el contenido de ese pacto, también con absoluta libertad. Así, el principio de la autonomía de la voluntad 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.

⁵⁹ Sánchez Medal, Ramón, *De los contratos civiles*, México, Porrúa, 1976

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 que se refieran a requisitos esenciales del contrato o sean consecuencia de su naturaleza ordinaria se tendrán por puestas aunque no se expresen”⁶⁰, 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”⁶¹. 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 califica actos de comercio a “...XVI. Los contratos de seguro de toda especie, siempre que sean hechos por empresas.”⁶²

En el caso del contrato de seguro y por disposición expresa de la Ley de Instituciones de Seguros, 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 y afirma que 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.”⁶³

⁶⁰ Código Civil Federal vigente, México, Porrúa , 2005

⁶¹ Idem

⁶² Código de Comercio vigente, México, McGraw-Hill, 2002.

⁶³ Idem

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, que 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.”⁶⁴

De acuerdo con este marco general, las instituciones de seguro cuentan con absoluta discrecionalidad para contratar o no con personas de la tercera edad o de las que viven con el VIH. 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. 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 –consideradas entre ellas las aseguradoras- contribuyan a la consolidación de una sociedad igualitaria e incluyente.

7.2 Los seguros.

Hemos dicho en párrafos anteriores que la discriminación a las personas de la tercera edad o a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en relación con el mercado de seguros se da, fundamentalmente, en la contratación de los seguros de personas, que comprenden la existencia, la

⁶⁴ Ley sobre el contrato de seguro vigente, Agenda de Seguros y Fianzas, México, ISEF, 2006

integridad, salud y vitalidad de los asegurados. Así lo explica el artículo ciento cincuenta y uno de la ley sobre el Contrato de Seguro que dispone:

“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.”⁶⁵

Las categorías legales establecidas en este artículo, entre tanto no sean causa de disputa entre las partes --y, como consecuencia de esa controversia, motivo del análisis e interpretación de los tribunales-- deberán entenderse de acuerdo con su acepción gramatical⁶⁶. Así, existencia se comprende como sinónimo de la vida de una persona. Integridad se concibe como aquello que es íntegro, es decir, que no carece de ninguna de sus partes, porque está completo. Vitalidad es la eficacia con la que se realizan las facultades vitales. En ese orden de ideas, los seguros de vida protegen contra el riesgo de la muerte de las personas. Los seguros contra accidentes y enfermedades --que comprenden gastos médicos, salud y los accidentes personales--, protegen contra el riesgo de que una persona pierda su integridad o la vitalidad.

Por ello es que 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.

“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

⁶⁵ Idem

⁶⁶ Definiciones y sinónimos recabados en el Diccionario de la Lengua Española, op.cit.

c).- salud;...

III.- Daños, ...”⁶⁷

Y más aún, el propio numeral que se transcribe, explica que, como política pública traducida en la ley, se pretende que cada institución de seguros se especialice en una rama determinada, con objeto de que pueda desarrollar sus actividades con mayor eficacia, adquiera la experiencia debida y se proteja mejor a los consumidores. Así, los siguientes párrafos del mismo artículo séptimo de la Ley de Instituciones de Seguros mencionada, por ejemplo, ordena:

“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 y a los que se refiere el párrafo segundo de la fracción I del artículo 8o. de esta ley, 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 solo 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. La operación y desarrollo del ramo de salud estará sujeto a las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud, según corresponda.”⁶⁸

Tanto en el caso de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia como en lo que corresponde a las personas de la tercera edad, es de considerarse que sus requerimientos tienen que ver con obtener una adecuada atención

⁶⁷ Ley de Instituciones y sociedades mutualistas de seguros vigente; (2006), Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México.

⁶⁸ Idem

médica, acceso a hospitales y médicos competentes; recibir cuidados y auxilio en caso de que lleguen a sufrir alguna discapacidad que los haga dependientes; evitar graves desequilibrios en su economía para el caso de que enfermen y asegurar un ingreso durante ese período. Si se retiran de la actividad productiva, su interés es obtener una cantidad o una pensión que les garantice una adecuada sobrevivencia y, si mueren, evitar el desamparo de sus dependientes, familiares o beneficiarios.

Antes de entrar al análisis de la legislación aplicable, 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 los daños, que de particulares y considerables para cada víctima, se convierten en comunes y de muy reducida cuantía al dividirse entre muchos;...”⁶⁹

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

⁶⁹ Ruiz Rueda, Luis, *El Contrato de Seguro*, México, Porrúa, 1998

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 mutuatario 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.

“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.”⁷⁰

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.”⁷¹

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.”

Así, la prima se convierte en la cuota que a cada uno de los asegurados le corresponde cubrir, dentro del universo total de mutuatrios, de manera preventiva, a efecto de asegurar el pago de los riesgos que le acontezcan a

⁷⁰ Idem.

⁷¹ Rodríguez y Rodríguez, Joaquín, *Curso de Derecho Mercantil*, México, Porrúa, 1988, Tomo Dos

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.”⁷²

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”.⁷³

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:

⁷² Martínez Gil, José de Jesús, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, México, Porrúa, 2004

⁷³ 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*.”⁷⁴

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, las instituciones aseguradoras parten de la idea de que el virus de la inmunodeficiencia adquirida una vez diagnosticado en alguna persona constituye, en esencia, un *siniestro*, esto es, un riesgo actualizado y ya no un riesgo potencial. En esa lógica, si el padecimiento 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 ataquen su vigor vital y su capacidad productiva constituye un riesgo ya presente o, en su caso, un hecho que

⁷⁴ Ruiz Rueda, Luis, op.cit.,

constituye “agravamiento del riesgo” potencial, lo que haría inviable, por incoesteable, 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.”⁷⁵

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, tratándose de enfermedades crónicas –como ahora se considera clínicamente al síndrome relacionado con el virus de la Inmunodeficiencia Humana- las citadas compañías 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 incoesteable el aseguramiento.

⁷⁵ Idem

En el caso de las personas de la tercera edad y en relación con el seguro de vida, las instituciones de seguros parten de la premisa de que ya no hay interés asegurable.

“Interés asegurable es el requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo. Representa un deseo sincero y honesto de que el siniestro no se produzca, ya que en consecuencia de el se produciría un perjuicio para su patrimonio”.⁷⁶

Según las compañías aseguradoras, que han fijado como límite de edad para contratar con ellas, en promedio, el de los sesenta y siete años, las personas de la tercera edad, carecerán del interés asegurable requerido puesto que ya no tienen dependientes económicos y han abandonado la actividad productiva. Aunque no se reconoce expresamente, también se encuentra el hecho de que el período de sobrevivencia de tales personas es menor y se incrementa la posibilidad de que el riesgo de muerte ocurra y, con ello, la siniestralidad se incrementa. En tratándose de los seguros de accidentes y enfermedad, las compañías de seguros les dan el mismo tratamiento a que hicimos referencia en párrafos anteriores, al suponer que la probabilidad de que les aqueje algún padecimiento es mayor o que, en todo caso, también es mayor la posibilidad de que adquieran una discapacidad o una enfermedad crónica degenerativa, lo que implicaría la mayor probabilidad de que el riesgo esté presente en la relación jurídica establecida.

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 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

⁷⁶ Martínez Gil, José de Jesús, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, 2004, México, Porrúa,

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 ⁷⁷ pero en la materia de seguros se entiende como “...la realización del riesgo asegurado o la eventualidad prevista en el contrato.”⁷⁸ 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.

Anticipamos en párrafos anteriores, que los requerimientos de las personas de la tercera edad y de las personas que viven con el VIH son, por una parte, la de obtener una adecuada atención médica, acceso a hospitales y médicos competentes. Esto se logra a través de los seguros de salud –incluido en la clasificación legal de accidentes y enfermedades- en virtud de los cuales las instituciones aseguradoras satisfacen esos requerimientos proporcionando medicinas y atención médica directa a través de una infraestructura hospitalaria propia o mediante convenios con hospitales ya existentes. También, para ese efecto, se encuentran los seguros de gastos médicos, mediante los que se garantiza al beneficiario el reembolso de los gastos derivados de una enfermedad, por la atención médica de un conjunto de médicos incorporados en una red que controla la aseguradora. Relacionado con ello se encuentra el interés del mismo

⁷⁷ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, España, Espasa, 2001

⁷⁸ Martínez Gil, José de Jesús, op.cit.

beneficiario, de evitar graves desequilibrios en su economía para el caso de que enferme y asegurar un ingreso durante ese período. Esta inquietud se satisface con una combinación económica incluida en el seguro de enfermedad.

“El seguro de enfermedad garantizará una indemnización por los gastos en dinero que se producen por causa de enfermedades o accidentes. La pérdida indirecta de ingresos que acompaña a la pérdida de la salud, está cubierto por el seguro de renta en casos de incapacidad.”⁷⁹

Ahora bien, entender el mecanismo de los seguros de vida es muy simple. El riesgo que se cubre es la muerte y el interés que tiene la persona que se asegura es la de garantizar que su ausencia física no implique el desamparo de sus dependientes, familiares o beneficiarios. Eso se logra conviniendo en que, al fallecimiento del asegurado sus beneficiarios reciban una suma de dinero previamente determinada. Los mismos seguros de vida han sido utilizados para las personas cuyo interés es obtener una cantidad o una pensión que les garantice una adecuada sobrevivencia, una vez que se retiren de la actividad productiva.

Así, han aparecido en el mercado lo que se conoce como seguros dotales⁸⁰, que no son sino una combinación del seguro de vida y una pensión para el retiro. Consiste en que, para el caso de que ocurra la muerte del asegurado dentro del período contratado, se pagará a sus deudos una cantidad determinada y, en caso de la sobrevivencia del citado asegurado al vencimiento de dicho período, la cantidad se le entregará directamente a él.

Finalmente, el deseo de los asegurados –en nuestro caso, tanto de las personas de la tercera edad y de las personas que viven con el VIH que hayan adquirido alguna discapacidad-- de recibir cuidados y auxilio en caso de que lleguen a dejar

⁷⁹ Martínez Gil, José de Jesús, op.cit.

⁸⁰ Proviene de dote, que es el conjunto de derechos y bienes que la mujer llevaba al matrimonio para contribuir a enfrentar las cargas comunes y que, en caso de disolverse éste, debía devolversele. Por extensión se entiende en que se trata de un ahorro que se entrega al asegurado al vencimiento del período contratado.

de ser independientes en su vida cotidiana, todavía no encuentra atención en el mercado asegurador de nuestro país, a excepción de una institución de seguros que introdujo un seguro para cuidados prolongados, pero lamentablemente a costos muy altos. Es la excepción que confirma la regla.

8. LEGISLACIÓN.

En este capítulo se analizarán las leyes que reglamentan al contrato de seguro propiamente, así como la organización y funcionamiento de las entidades organizadas y autorizadas para operar en el mercado asegurador.

8.1. Ley sobre el 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, a los que nos hemos referido en el apartado inmediato anterior. El propósito de establecer los conceptos fundamentales del contrato de seguro, fue 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.”⁸¹

⁸¹ Ley sobre el contrato de seguro vigente, op. Cit.

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 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 -de los que actualmente se ofrecen en el mercado- pues adquirirían el carácter de un riesgo actualizado y no potencial. Pero no todas las personas de la tercera edad o de las personas que viven con VIH han adquirido alguna discapacidad. Sin embargo, en el caso de una persona que viviendo con el VIH contratara un seguro de gastos médicos mayores o de salud, una vez diagnosticado, las instituciones de seguros entenderían que la presencia de la infección ha dejado de ser un *riesgo* para convertirse en un *siniestro* y, en aplicación del dispositivo legal en análisis, pretenderían su invalidez. Para el caso de que se celebrara un contrato de seguro en tales circunstancias, la aseguradora quizás obtuviera, sin demasiadas dificultades, la sentencia judicial que declarara que 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.”⁸²

La previsión legal que prohíbe que se asegure a algún menor de edad “que no haya cumplido los doce años” parte del supuesto de que se trata de niños que no se pueden defender y que, por ese hecho, la ley debe hacerlo en su lugar. La disposición se refiere a seguros “para el caso de muerte”, es decir, un seguro de vida, en la que los beneficiarios del infante recibirían una suma indemnizatoria si

⁸² Idem

éste falleciera. Ese supuesto implica que, como se trata de un niño vulnerable podría sufrir una agresión mortal con el único propósito de que el beneficiario recibiera la suma contratada. Esta disposición tiene su origen en la legislación de los Estados Unidos de América, de la que se reprodujo. En ese país existen casos que, por su frecuencia, obligaron a la prohibición que se comenta. Por otro lado, en la misma disposición, existe la misma prohibición expresa que niega la posibilidad de celebrar un contrato de seguro donde el titular se encuentre en estado de interdicción.

La razón es la misma, si se trata de una persona con discapacidad que no pudiera gobernarse a sí misma y que, por ese hecho, estuviera sujeto al estado de interdicción legal. Sería pues, una persona con el mismo grado de vulnerabilidad que un infante. Sin embargo, puede tratarse también de una persona con discapacidad, sujeta a interdicción, que sí pudiera gobernarse a sí mismo. Es el caso, por ejemplo, de un sordomudo o alguno privado del sentido de la vista que, por su propia situación de vulnerabilidad, aunada a la ignorancia de sus familiares e impericia o negligencia de la autoridad judicial, estuviera limitado en sus derechos por el estado de interdicción.

Ahora bien, en la hipótesis de la norma legal transcrita antes, 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 sujetas a interdicción, que puedan asegurarse por *causas distintas* a las de su condición o padecimiento. 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.”⁸³

Como ya se explicó anteriormente, el mercado de seguros utiliza criterios de clasificación de riesgos, con objeto de seleccionarlos y asegurarse que determinados individuos, cuyo riesgo pueda clasificarse de alto, sean excluidos de la oferta en los segmentos del citado mercado. La selección de riesgo:

“Es el conjunto de medidas de carácter técnico y criterios, seguidos por una compañía aseguradora, en virtud de los cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquellos que ofrecen menor peligrosidad, limitándose al máximo a

⁸³ Idem

otorgar coberturas de riesgos elevados...posiblemente sea uno de los problemas más serios y graves a que deben enfrentarse las compañías de seguros pues dependerá de ello, no sólo su prestigio, sino su estabilidad económica y su autoridad moral. En efecto, una compañía que acepta cualquier riesgo con tal de cobrar una prima, aparte de mostrar poca seriedad y ética, resulta perjudicial para los asegurados y en general para la industria del seguro. Toda compañía aseguradora debe tener personal técnico capacitado que permita analizar adecuadamente el riesgo que se pretenda contratar...existen empresas que admiten cualquier clase de solicitud de seguro, sabiendo de antemano que el riesgo no es bueno y que en caso de presentarse el siniestro éste no será pagado...⁸⁴

Los criterios que rigen la selección del riesgo –que son fundamentalmente factores actuariales que permiten clasificar a los asegurados en grupos de riesgo bien definidos- se traducen en los criterios de suscripción de cada compañía y 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 o de gastos médicos, lo que influye de manera preponderante en la mortalidad o salud de la persona no es el sexo –si se es hombre o mujer- 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 que viven con el VIH 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 infección 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. Si se tratara de personas de la tercera edad,

⁸⁴ Martínez Gil, José de Jesús, op.cit.

ni siquiera se justificaría. 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”.⁸⁵

Así pues, concretando esta concepción al hecho de que el potencial asegurado es una persona que vive con el VIH, 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 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.”⁸⁶

⁸⁵ Ruiz Rueda, Luis, op cit.

⁸⁶ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Informe 1966, página 54, Tercera Sala, número 314

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 causa del riesgo 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.”⁸⁷

Lo anterior es así, en virtud de que habrá motivos fuera del control de la persona que viva con el VIH 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:

“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.”⁸⁸

Como ya se explicó, tal como se plantea en el texto de este dispositivo legal, sería inequitativo aplicarlo literalmente, sin considerar las condiciones de salud o de la persona asegurada. Por ejemplo, las únicas causas por las que se prevé la

⁸⁷ Ley sobre el contrato de seguro vigente, op. Cit.

⁸⁸ Idem

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.”⁸⁹

En la propuesta que se haga al final de este trabajo, para regular la contratación de seguros especiales, con personas de la tercera edad, con personas que viven con el VIH o bien, con aquellas de estos grupos sociales que han adquirido alguna 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 salud 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:

“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.”⁹⁰

⁸⁹ Idem

⁹⁰ Idem

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."⁹¹ 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."⁹²

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 la población a que se refiere este trabajo, se hace necesario adaptar la norma legal a las características de la discapacidad del asegurado, flexibilizando la norma.

"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."⁹³

⁹¹ Martínez Gil, José de Jesús, op. Cit.

⁹² Ley sobre el contrato de seguro vigente, op.cit.

⁹³ Idem

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 de la tercera edad o una viviendo con el VIH, el consentimiento se pueda expresar de manera más flexible, atendiendo, precisamente a la naturaleza de su condición y, más aún, si tuviera alguna discapacidad.

“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.”⁹⁴

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 personas viviendo con VIH o de la tercera edad, las empresas aseguradoras carecen de conocimiento empírico, pues las tablas que usan son las desarrolladas en el extranjero, principalmente en los Estados Unidos de América. 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:

“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.”⁹⁵

⁹⁴ Idem

⁹⁵ Martínez Gil, José de Jesús, op.cit.

Así pues, de lo que carecen las compañías aseguradoras es de ese 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 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.

8.2. Ley que rige a las Instituciones de Seguros.

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros es una ley de naturaleza administrativa. En consecuencia, tiene como finalidad esencial la de 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 fundamental 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, el artículo primero de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece que dicha legislación es 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; 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”⁹⁶.

La calidad 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. 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 se refuerza en el texto del artículo sexto del Código Civil Federal que explica que 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

⁹⁶ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros vigente (2006), Agenda de Seguros y Fianzas, ISEF, México

afecten directamente al interés público, cuando la renuncia no perjudique derechos de terceros.⁹⁷”

Así, 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). 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 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.⁹⁸”

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”⁹⁹.

Establecido el alcance de las normas de orden público que son irrenunciables, toca ahora explicar los elementos del interés público. El propio jurista antes

⁹⁷ Código Civil Federal vigente (2005), Editorial Porrúa, México

⁹⁸ Palomar de Miguel, Juan, *Diccionario para Juristas*, (1991), Ediciones Mayo, México

⁹⁹ 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

citado, nos precisa que interés público es "...El tutelado por el Estado por concernir al patrimonio común de la sociedad"¹⁰⁰

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 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 los discapacitados- siempre que la propia ley las eleve a esa calidad.

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 que 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."¹⁰¹

¹⁰⁰ Palomar, op cit

¹⁰¹ Código Civil Federal, op. cit.

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 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”¹⁰². 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”¹⁰³.

¹⁰² Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, op.cit.

¹⁰³ *Ibidem*

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 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”¹⁰⁴, 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, de la mayor importancia, pues alude a que tal regulación se hace “en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes.”¹⁰⁵ Como se verá más adelante en este mismo capítulo, la

¹⁰⁴ Ibidem

¹⁰⁵ Ibidem

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 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.

“Artículo 2o.- La Secretaría 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.”¹⁰⁶

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

¹⁰⁶ Idem

poder Ejecutivo Federal. Sin embargo, le concede facultad discrecional para recabar opiniones de órganos consultivos que, de conformidad con su competencia, se encuentren especializados en los diferentes sectores de la administración.

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), previsto en la ley de la materia, para que pudiera opinar en los términos del artículo segundo. 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.

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.”¹⁰⁷

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 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

¹⁰⁷ 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 de la tercera edad, pues las excluyen de la posibilidad de contratar seguros una vez rebasado el límite de edad establecido en sus políticas de suscripción. Por lo que se refiere a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia adquirida la oferta sigue siendo francamente insuficiente y, para aquellos miembros de esos sectores de la población que han adquirido alguna discapacidad, sólo una aseguradora ofrece un seguro medianamente adecuado a esa necesidad. Si las aseguradoras consideran que atender a esa población constituye un negocio ruinoso o catastrófico, sin tener estudios o experiencia que apoyen ese temor, es obvio que no cuentan con el debido respaldo fáctico. 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 y atender a esos grupos de la población, es usando el recurso de la competencia. 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, todo se reduce a formular los ofrecimientos concretos de para contratar, por ejemplo, un seguro de vida fuera de los límites de edad aceptable a efecto de que se rechace por un número determinado previamente de compañías nacionales y, como consecuencia, lo apropiado sería solicitar la autorización respectiva a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para que una aseguradora extranjera 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).- ...

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...”¹⁰⁸

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). 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, integridad 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.

Para garantizar el acceso de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana a los seguros personales, ya ha quedado establecido que, sin necesidad de reforma legal alguna, es posible que se atienda a este sector social con la oferta de ese tipo de seguros. Tan es así, que ese hecho ya ocurre, como lo hemos podido comprobar en el diagnóstico realizado en este trabajo, pues ya existen compañías aseguradoras que ofrecen productos adecuados a ese respecto. Sólo basta con que atiendan a la experiencia acumulada a lo largo de estos años de existencia de la pandemia, para que elaboren sus estadísticas de siniestralidad y decidan acabar con ese sesgo discriminatorio en sus políticas de suscripción, que no se justifica.

¹⁰⁸ Idem

Por lo que corresponde a las personas que han adquirido alguna discapacidad como consecuencia de su proceso de envejecimiento o por causa del VIH, ya también hemos podido comprobar que en el mercado asegurador existe un producto, incipiente aún, para contribuir a su bienestar físico, anímico y económico, sin necesidad de que haya ninguna reforma a la ley aplicable. Sin embargo, esa oferta no representa sino el punto cero dos por ciento de las instituciones de seguros, lo que evidencia la absoluta discriminación de que se hace objeto a esta parte de la población.

Cabe recordar que ese producto, el de “Larga dependencia” no requirió sino de la modificación del sustento actuarial en que se basa el seguro y la nota técnica correspondiente para que pudiera ser instrumentado. Ahora bien, por lo que se refiere a la necesidad de permitir el acceso de las personas de la tercera edad al mercado de seguros, sin límite de edad, el artículo séptimo que se analiza, en su inciso k, hace referencia a los seguros especiales. Ese puede ser otro mecanismo del que se pueden valer las personas de la tercera edad 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. El artículo séptimo tiene estrecha relación con los que se explica en el artículo noveno de la misma ley.

“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 ramos a que se refiere el artículo anterior, adquiera 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”.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Idem

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 de la tercera edad. 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 al sector de la población de nuestro interés, 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. En este sentido, es innegable que el fenómeno de transición demográfica al que nos hemos referido en la primera parte de este trabajo lo justifica por sí solo. 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 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 cuya discapacidad tuviera como causa su envejecimiento o la infección con el virus de la inmunodeficiencia, 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 suma, 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...”¹¹⁰

Así pues, queda sujeta la emisión de la autorización de funcionamiento correspondiente, a la previa entrega del dictamen de la Secretaría de Salud correspondiente, en tratándose de seguros del 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 arriba, se encuentra el numeral dieciséis bis de la misma legislación, que enumeran los requisitos que deberán contener los dictámenes que emita la Secretaría de Salud, 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.

¹¹⁰ 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; ...”¹¹¹

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 que forman parte de la población que es el universo del presente análisis. En efecto, como lo hemos anticipado, basta con utilizar herramientas actuariales adecuadas a las necesidades de esos sectores de la población, para que los cálculos técnicos

¹¹¹ Idem

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.”¹¹²

Especial importancia cobra la obligación impuesta en la fracción anterior porque, como se propone en este trabajo, contratar un seguro con personas de la tercera edad, de las personas con VIH o que hubieran adquirido alguna discapacidad por esas causas, puede hacerse inicialmente con la cautela comercial que pretenden las aseguradoras, haciendo las exclusiones necesarias para que los derechos derivados de tal contrato no se hagan resultar nugatorios posteriormente. Si el estado de salud, deficiencia o 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”¹¹³ 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, protegidas 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

¹¹² Ibidem

¹¹³ 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...”¹¹⁴

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.

¹¹⁴ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, op.cit

Así la nota técnica junto con el 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..”¹¹⁵

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:

¹¹⁵ Ruiz Rueda, Luis, *El Contrato de Seguro*, (1998) México, Editorial Porrúa,

“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 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;”¹¹⁶

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

¹¹⁶ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, op.cit

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.”¹¹⁷

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.”¹¹⁸

Lo que interesa destacar del dispositivo legal que arriba 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

¹¹⁷ Ibidem

¹¹⁸ Ibidem

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. 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 especial relevancia adquiere 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.”¹¹⁹

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 de la tercera edad, que vivan con el virus de la inmunodeficiencia humana o que hayan adquirido discapacidad por esos motivos. 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 tanto la discapacidad como la infección del VIH, 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

¹¹⁹ Idem

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. En el caso de las personas de la tercera edad, es obvio que lo único que podría argumentarse es que el vigor vital de las personas pueda estar disminuído, sin que se admita que tal razonamiento pueda generalizarse o sea necesariamente cierto. 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.”¹²⁰

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 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;...”¹²¹

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

¹²⁰ Idem

¹²¹ Martínez Gil José de Jesús, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, (2004) Editorial Porrúa, México

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...”¹²²

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 reputa 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”.¹²³

¹²² Idem

¹²³ Idem

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 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.

8.3 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..."¹²⁴ 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.

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..."¹²⁵ 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 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

¹²⁴ Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros vigente (2006) Agenda de seguros y fianzas, Ediciones fiscales ISEF, México

¹²⁵ Idem

del sector financiero. En ese sentido no habrá duplicidad de funciones entre las citadas comisiones y la CONDUSEF”.¹²⁶

Las facultades de dicha Comisión¹²⁷ 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 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 usuarios e instituciones. De esa suerte, puede actuar como “amigable componedor”, tanto en los procedimientos de conciliación como en los arbitrajes 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 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

¹²⁶ De la Fuente Rodríguez, *Tratado de Derecho Bancario y Bursátil* (2002), Editorial Planta, México

¹²⁷ Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros, op.cit.

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. Ésta 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 componedores o arbitradores, que emiten su laudo “en conciencia”.¹²⁸

Los procedimientos previstos en la ley que se analiza tienen relevancia en la medida en la que la población señalada como sujetos de interés en este trabajo, 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.

¹²⁸ Becerra Bautista, José, *El Proceso Civil en México* (1997), Editorial Porrúa, México

Tan es así que la Ley sobre el Contrato de Seguro hace referencia a los proponentes¹²⁹ 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:

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;...”¹³⁰

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 de la tercera edad o las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana podrían plantear ante las instituciones de seguros la contratación de un seguro concreto y, frente a

¹²⁹ Proponente es la “persona que suscribe una solicitud de seguros”, Martínez Gil, José de Jesús, *op.cit*

¹³⁰ Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros, *op.cit*.

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 mencionó 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 reclamación ante la Comisión que se menciona. Si bien es cierto que el procedimiento de conciliación¹³¹ 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

¹³¹ Idem (arts. 60 a 72).

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 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 en análisis.

“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. “¹³²

¹³² Idem

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.”¹³³

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 costear 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.

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

¹³³ Idem

las asociaciones de instituciones financieras y a las organizaciones de usuarios, directamente vinculadas con el tema de la sesión”.¹³⁴

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 ante la comisión nacional en cuestiones relacionadas con las políticas de protección y defensa a los usuarios,...”¹³⁵

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 de la tercera edad o de las que viven con el VIH. 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.

¹³⁴ Idem

¹³⁵ Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros, op.cit.

8.4 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.

“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.”¹³⁶

8.5 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.

¹³⁶ Ley federal de protección al consumidor vigente (2006) Editorial Porrúa, México

- 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 constituídas 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 grupo que pretendan asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.¹³⁷

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. Independientemente de ello, 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 de la tercera edad o de personas que vivan con el virus de la inmunodeficiencia humana y que estén interesadas en la contratación de seguros personales.

En este sentido, sería aplicable el inciso d) del artículo segundo del Reglamento en cita, en la medida en que las instituciones de seguros consideraran que tales grupos sociales se puedan comprender 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

¹³⁷ Reglamento del Seguro de Grupo vigente (2006), Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México

anteriormente. Una de las características de este seguro es la 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 los sectores de 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 pertinentes, de ser necesario.

8.6 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."¹³⁸

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

¹³⁸ Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigente (2006) Agenda de Seguros y Fianzas, Ediciones Fiscales ISEF, México

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.

8.7 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 de la tercera edad y a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. 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 industrial¹³⁹ por el que deba protegerse 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 de la tercera edad o de los que viven con el VIH. De ahí la importancia de que la autoridad tenga acceso 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.

8.8 Condiciones generales en los 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 los consumidores o usuarios de los servicios de las instituciones de seguros puedan conocerlos. Sólo de esa manera se puede decidir, con libertad y la debida información, la conveniencia o no de suscribir tales seguros o contratar con determinada

¹³⁹ 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”.

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.”¹⁴⁰

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 exterior de las personas. Al respecto, cabría precisar que si sólo ese fuera el

¹⁴⁰ Seguros Monterrey New York Life, Alfa Medical, Plan pleno e íntegro, condiciones generales.

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.

Concretamente, en el mismo documento, tratándose de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia adquirida, el padecimiento aparece 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”¹⁴¹. 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.

Cabe destacar en este punto que las mismas condiciones generales prevén la posibilidad de que algunas de las enfermedades relacionadas con el SIDA estén amparadas por el seguro de gastos médicos, siempre que se hubiera contratado la “Cobertura de Enfermedades Catastróficas” que prevé, de manera limitativa, la atención de transplante de médula ósea autóloga para Linfoma de No Hodking (Estado III A o B, Estado IV A o B) y transplante de médula ósea alogénica para

¹⁴¹ Idem

Linfoma de No Hodking (Estado III o Estado IV) y para la inmunodeficiencia combinada severa. Como es obvio, la contratación de esta cobertura de “enfermedades catastróficas” implica el pago de una prima muy costosa que excluye a la gran mayoría de las personas que viven con el VIH, haciéndola prácticamente inaccesible. Además de ello, para que opere la referida cobertura se 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.”¹⁴²

Si se continúa con el análisis de las mencionadas condiciones generales se descubrirá que aparecen disposiciones que aclaran los conceptos a que nos hemos referido en apartados anteriores de este trabajo, como es la noción de disputabilidad o, en su caso, indisputabilidad.

“DISPUTABILIDAD. La omisión o inexactitud en las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo a las que se refiere la cláusula anterior, facultará a Seguros... para considerar rescindido de pleno derecho esta póliza o cualquiera de sus renovaciones, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro.”¹⁴³

En el caso de las personas de la tercera edad, siempre encontraremos bajo el título de edad, la disposición contractual que constituye el trato discriminatorio que se atribuye a las instituciones de seguros en este estudio.

“EDAD MAXIMA DE ACEPTACION. La edad límite de aceptación es de 69 años de edad. Para efectos de renovación no habrá edad límite de aceptación”.¹⁴⁴

En el documento que se describe y analiza aquí, la cláusula de edad ni siquiera aparece como una exclusión sino como un dispositivo contractual específico, que

¹⁴² Idem

¹⁴³ Idem

¹⁴⁴ Idem

no encuentra más justificación que la voluntad expresa de la institución aseguradora de negarse a contratar con personas mayores, en este caso, a los sesenta y nueve años de edad. No atenúa este trato de segregación el hecho de que se precise en tal cláusula que, en tratándose de renovaciones de la póliza de seguro no existe el referido límite, pues de todas maneras la prima, a partir de esa edad, sufrirá un incremento sustancial si se alude a un seguro de gastos médicos. Ese encarecimiento en el costo del seguro, daña la economía de los asegurados que, precisamente en esa época de su vida, lo más probable es que se encuentren retirados de la actividad productiva y, en consecuencia, sus ingresos se vayan reduciendo conforme transcurre el tiempo.

Previsión semejante se encuentra en las condiciones generales de funcionamiento del seguro de gastos médicos que ofrece otra de las instituciones de seguros de entre las que mayor volumen de ventas realiza en el mercado.

“Los límites de edad de aceptación para este contrato son desde el nacimiento hasta los 64 años... Si por su edad algún Asegurado queda fuera de los límites fijados por este contrato... (la aseguradora)... podrá rescindir los beneficios de esta póliza para este asegurado. (La aseguradora) devolverá al contratante el 60% de la prima de aseguramiento, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir el derecho de póliza.”¹⁴⁵

Un principio de derecho civil establece que el cumplimiento de los contratos no puede dejarse a la voluntad de una sola de las partes. Como se desprende de la sola lectura de la cláusula anteriormente transcrita, esa regla se deroga por la institución de seguros si el asegurado “queda fuera de los límites fijados en este contrato” sin que importe, en el caso de esta póliza, si se trata de un usuario que hubiera mantenido vigente su seguro desde la fecha de su nacimiento hasta cumplir los sesenta y cuatro años fijados.

La misma compañía de seguros, pero ahora en el contrato de seguro de vida, incluye la cláusula de edad en los siguientes términos:

¹⁴⁵ Grupo Nacional Provincial (GNP) Línea Azul, condiciones generales

“Los límites de admisión fijados por la compañía por este contrato son: para plazo de 10 y 20, de los 12 años de edad como mínimo a los 70 años de edad como máximo; para el plazo de 65, de 12 años de edad como mínimo a 50 años de edad como máximo.”¹⁴⁶

Otra compañía aseguradora más, también de las que se encuentran clasificadas como las de mayor volumen de pólizas de seguros suscriben con personas físicas, prevé en sus condiciones generales que:

“Los límites de admisión fijados por (la aseguradora) son 12 años de edad como mínimo y 70 años como máximo”.¹⁴⁷

De todo lo anterior debe concluirse que 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. Pero si, por desconocimiento o inexperiencia del asegurado, 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.

¹⁴⁶ Idem

¹⁴⁷ Mapfre Tepeyac, S.A., Seguro de Vida, condiciones generales

Lo mismo ocurre en el caso del articulado que se señala para la suscripción de pólizas de gastos médicos, en los que expresamente se excluye a las personas que viven con el VIH.

Así, por ejemplo, en las condiciones generales del seguro de gastos médicos de una aseguradora, sin mencionar concretamente al SIDA o al VIH, se define con excesiva amplitud a las enfermedades excluidas, entre las que desde luego podría incorporarse al síndrome de referencia:

“Cualquier padecimiento que haya generado gastos, recibido tratamiento o haya presentado signos o síntomas durante los periodos especificados en los puntos arriba mencionados”.¹⁴⁸

Por su parte, la segunda de las instituciones cuyas condiciones generales se analizan, en lo que se refiere al seguro de gastos médicos, alude expresamente a dicho padecimiento como exclusión:

“Esta póliza no cubre gastos médicos y hospitalarios ni los beneficios de las coberturas adicionales como consecuencia de:... M. Tratamientos que requiera el asegurado infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 60 meses de cobertura continua e ininterrumpida con (la aseguradora).”¹⁴⁹

Además, la misma compañía, en lo que respecta a su seguro de vida, establece dentro de las condiciones generales que se revisan en este punto, también incluye al VIH expresamente como un padecimiento excluido, pues lo considera una enfermedad grave:

“*Enfermedad grave*. Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

¹⁴⁸ Grupo Nacional Provincial, seguros de gastos médicos, op. cit.

¹⁴⁹ Mapfre Tepeyac, S.A., Seguro de Vida, condiciones generales

Enfermedades excluidas. Cánceres in situ de cualquier localización y tumores en presencia de virus de la inmunodeficiencia humana...

Cualquier enfermedad relacionada con la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.¹⁵⁰

Finalmente, en el caso de la tercera de las aseguradoras cuyas condiciones generales se explican aquí, sin aludir de manera expresa a la pandemia, al aludir lo que considera como enfermedades terminales –que también son consideradas como exclusiones-- señala como definición de éstas, aquella que “conforme a la opinión del médico tratante, corroborada por una segunda opinión médica, sea incurable y mortal, siempre que el pronóstico de sobrevivencia del paciente, hecho por los mismos facultativos, sea menor de un año.”¹⁵¹

Con los razonamientos expuestos hasta este punto, se pretende dejar testimonio de 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, tal como lo afirmamos en párrafos anteriores de este mismo capítulo.

¹⁵⁰ Idem

¹⁵¹ Seguros Monterrey New York Life, Alfa Medical, op. cit.

9. 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. 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.

3. La discriminación que sufren las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana 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.

4. La discriminación que sufren las personas de la tercera edad por parte de las instituciones de seguros al impedirles, por sí y ante sí, 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. Este hecho también deriva de la falta de conocimiento empírico por parte de tales instituciones de seguros y por la miopía que priva en el mercado

en el que se desenvuelven, para atender una demanda creciente, dada la transición demográfica de la población mexicana.

5. Las prácticas discriminatorias a que nos referimos antes se duplican cuando los miembros de estos dos sectores de la población adquieren una discapacidad que las compañías de seguros se niegan a atender por medio de sus actividades.

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 que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana y las personas de la tercera edad se organicen y tomen en sus manos la solución directa a sus necesidades, tiene su complemento en las acciones administrativas que la autoridad puede adoptar para contribuir a que se alcance la igualdad de oportunidades.

9.1 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.

9.2. Propuestas administrativas.

1.- 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

2.- 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 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.

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.

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

3.- La cuarta 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.

5.- La quinta 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 de la tercera edad y a las personas que viven con el VIH, 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.
- DULCEY RUIZ E. Y QUINTERO G., *Calidad de vida y envejecimiento*. (1999). Tratado de Gerontología y Geriatria clínica. La Habana, Editorial Academia.
- 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
- HAM CHANDE, ROBERTO, *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, 2002, Colección las ciencias sociales, El colegio de la frontera norte y Miguel Angel Porrua, México
- HERNÁNDEZ BÖNNET, GERARDO, *S.I.D.A. esperanzas e interrogantes desde la esencia de lo humano*, 2002, edición particular, 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.
- 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.

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 la 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.

INEGI, índice de salarios

Organización de las Naciones Unidas, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 1982

Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002

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 (1997), NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores

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

Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana (2002), NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

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

Ham Chande Roberto, El Envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México, *Salud Pública de México* (1996), Volumen 38, Número 6, Noviembre-Diciembre de 1996, México.

Oliver, Isabel, *Data. En la salud y la Enfermedad*, 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

Atención de las personas que viven con VIH/sida en el Instituto Mexicano del Seguro Social, (2006) Letra S, suplemento de La Jornada, febrero 2, 2006, México.

El sida ya no mata a todos los infectados. Datos de Nueva York. Milenio Diario, jueves 21 de septiembre de 2006.

Referencias electrónicas, disponibles en línea.

MedlinePlus Enciclopedia Médica en español. US National 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. 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, Sociedad Anónima de Capital Variable.

<http://www.acelatinamerica.com/acela/Country.aspx?cc=MX>

AIG México, Compañía de Seguros de Vida, Sociedad Anónima de Capital Variable <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, S.A. <http://www.apatrimonial.com.mx/>

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

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

Assurant 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

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

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

Deco, Seguros, Sociedad Anónima de Capital Variable.

<http://www.grupodeco.com/decoesp/htmls/deseguros.htm>

El Águila, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima de Capital Variable.

<http://www.elaguila.com.mx/main.htm>

Euler Hermes, Seguro de Crédito, Sociedad Anónima

. <http://www.eulerhermes.com/mexico/es/index.html>

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

General de Seguros, Sociedad Anónima.

<http://www.generaldeseguros.com.mx/gxpsites/hgxpp001.aspx>

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

Grupo Mexicano de Seguros, Sociedad Anónima de Capital Variable.

<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.hirseguros.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/>

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

Reaseguradota 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.
<https://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, Sociedad Anónima de Capital Variable
[. 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, Sociedad Anónima de Capital Variable
<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.

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.

Complejo relacionado con el Sida es el cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que sugiere la infección, pero no constituye el diagnóstico de SIDA

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

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 anomalía 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".

Enfermedades oportunistas son los padecimientos que aprovechan las bajas defensas del sistema inmune de los seres humanos para introducirse en el organismo y desarrollar la patología

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

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.

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

Modalidad es el modo en que se establece la manera o forma en que ha de expresarse una cosa, en este caso, una póliza de seguro.

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

Norma Oficial Mexicana es una categoría de la Ley de Normalización y Metrología que la define como una regulación técnica de observancia obligatoria que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones que le son aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción y operación, así como las referidas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado, así como las referidas a su cumplimiento o aplicación.

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.

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.

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

Tercera edad alude a las personas de edad avanzada, mayores de sesenta años. También se les denomina adultos mayores.

Transición demográfica alude a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad

Unidad de Inversión (UDI) es una medida de referencia financiera y económica que creó el gobierno mexicano y comenzó a operar el 4 de abril de 1995 y se determinó que una Udi sería igual a un peso

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) virus patógeno que ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres. Causa el SIDA.

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 personas que viven con VIH-SIDA y personas adultas mayores por parte de las empresas aseguradoras en México.”

Colección estudios 2006
del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

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