



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

**SENADOR OSCAR EDUARDO RAMIREZ AGUILAR  
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DE LA  
CÁMARA DE SENADORES DEL HONORABLE  
CONGRESO DE LA UNIÓN.**

*PRESENTE*

**Nadia Navarro Acevedo**, Senadora de la República de la LXIV Legislatura del Congreso de la Unión e integrante del Grupo Parlamentario Acción Nacional, con fundamento en lo dispuesto por los artículos: 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8, numeral I, fracción I, 164, numeral 1, 169 y 172 del Reglamento del Senado de la República someto a consideración de esta Soberanía, la **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA EL ARTÍCULO 203 BIS A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**, en materia de gastos médicos mayores, al tenor de la siguiente:

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Uno de los principales problemas en la economía personal y familiar, es la presencia de eventos inesperados que afectan el capital.

La importancia de los seguros, radica en que evitan que esos riesgos ocasionen golpes severos a las finanzas, disminuyendo su impacto.

Las primeras pólizas de seguro surgieron en el siglo XIV con el comercio marítimo, por la necesidad de buscar protección sobre los riesgos a que estaba expuesta la mercancía que se trasladaba entre puertos.



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

Las Ordenanzas de Barcelona, en España, fueron el primer código de derecho de seguro marítimo en el que se plasmaron por primera vez los elementos jurídicos del contrato<sup>1</sup>.

Fue Londres, el lugar donde existió un impulso para los contratos de seguros financieros, después del incendio de 1710, que consumió cerca de 13,200 viviendas, 89 iglesias, entre ellas la catedral de Saint Paul, posterior a esto se fundó la “Fire Office” para ayudar a las víctimas; es aquí donde surge la empresa aseguradora en sentido moderno, desarrollada tanto en su forma mutualista como en la forma de seguro a prima fija.

En nuestro país, en 1789 se constituyó, en el puerto de Veracruz, la Compañía de Seguros Marítimos de la Nueva España, para cubrir los riesgos de todos los tripulantes que emprendían la ruta conocida como la “Carrera de las Indias”.

La Ley Federal Suiza Sobre el Contrato de Seguro de 1908, fue el modelo sobre el cual se configuró la legislación base del contrato de seguro, uno de los grandes méritos de esta ley, fue distinguir las ramas: accidentes y vida.

En 1930, la ley francesa avanzó en la regulación de la protección de los asegurados, beneficiarios y terceros.

En México se promulgó la Ley Sobre el Contrato de Seguro en 1935, la cual recopiló la influencia de las leyes suizas de 1908, la ley francesa de 1930 y del Proyecto Italiano Mossa de 1931.

Fue hasta 1870, cuando se incluyó el contrato del seguro en el Código Civil.

---

<sup>1</sup><https://www.cnsf.gob.mx/Difusion/OtrasPublicaciones/DOCUMENTOS%20DE%20TRABAJO%20DESCRIPTIVOS/DdT67conimag%20BV%20ok.pdf>. El Contrato de Seguro y su perfeccionamiento. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

Actualmente, la Ley Sobre el Contrato de Seguro regula la protección contra daños (de provechos esperados y de ganados, de transporte terrestre, contra la responsabilidad y seguro de caución,) y el seguro sobre las personas.

Desde la teoría general de los contratos, los seguros de gastos médicos mayores se califican como innominados porque la ley no los contempla o denomina expresamente, por lo que su interpretación se realiza conforme a las cláusulas que los componen y a la ley respectiva.

Los Seguros de Gastos Médicos Mayores se han desarrollado en México desde hace más de 40 años, su crecimiento fue lento en un primer momento, su contratación se ha incrementado significativamente en la última década por el aumento en el costo del cuidado integral de la salud.

El ramo de seguros más desarrollado ha sido el de “Accidentes y Enfermedades”, que ha crecido más de seis veces en los últimos diez años<sup>2</sup>.

Actualmente, existe una amplia oferta de Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) de cobertura y costos distintos, precios ajustados a la edad y género del comprador, montos variables del deducible y del co-aseguro.

El costo generalmente se considera elevado, sujeto a incrementos anuales que rebasan la inflación y cobertura condicionada a una serie de variables explícitas y exclusiones implícitas.

Estas características requieren ser revisadas, reformadas y reguladas, en virtud de que algunas están lejos de estipular condiciones equitativas entre las partes.

---

<sup>2</sup> [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia\\_ene\\_2k2.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_ene_2k2.html). El Ejercicio Actual de la Medicina, Seguros de Gastos Médicos Retos, Desafíos y Alternativas. UNAM



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

De acuerdo al Buró de Entidades Financieras, las aseguradoras que ofrecen el producto de Seguro de Gastos Médicos Mayores obtuvieron una calificación promedio de 6.78, en el periodo de enero a septiembre de 2014<sup>3</sup>.

En una encuesta pública, conducida por una de las cadenas televisoras con mayor demanda en México<sup>4</sup>, dirigida a personas que contrataron un Seguro de Gastos Médicos Mayores, reveló que el 78% estaba insatisfecho con el servicio, lo que refleja la necesidad de una estricta reglamentación y una cuidadosa supervisión de la calidad de los servicios<sup>5</sup>.

Cuando una persona contrata un seguro de gastos médicos, busca seguridad financiera y la tranquilidad de contar con todos los servicios hospitalarios en caso de siniestro.

Pero, esa seguridad no siempre se refleja en la práctica, por ejemplo, en la mayoría de los casos en las condiciones del seguro se estipulan enfermedades que no son atendidas de forma inmediata a la emisión de la póliza.

Es decir, las pólizas de gastos médicos incluyen en sus condiciones generales que debe transcurrir cierto tiempo (establecido en años) para cubrir algunas enfermedades (generalmente complicadas).

A esto se le llama “periodo de espera”<sup>6</sup>, y comienza a correr a partir del “inicio de vigencia” o fecha de emisión de la póliza.

---

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Grupo Televisa S.A.B.

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Período de espera.- Ptiempo establecido en la póliza, a partir de la contratación del seguro, durante el cual la Aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertas enfermedades o padecimientos. <https://www.condusef.gob.mx/?p=contenido&idc=751&idcat=1>. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

Precisamente, una de las principales quejas por parte de los usuarios es que cuando suspenden el pago de la póliza, aún por un tiempo breve, las empresas aseguradoras interrumpen la antigüedad de los “periodos de espera”.

Lo que genera que aún cuando se reanude la vigencia del contrato no se reactive la antigüedad, quedando sujeto a que se cumpla nuevamente el tiempo de espera, desde el primer día, dejando al asegurado nuevamente desprotegido respecto a enfermedades graves.

Así, en muchos casos, aun cuando el asegurado lleve años ininterrumpidos contratando y pagando puntualmente su póliza de seguro, bastará con que no cubra una fecha de pago para que automáticamente pierda el derecho a ser respaldado en caso de siniestro.

Y peor aún, pierde la antigüedad generada durante años para que la empresa aseguradora lo cubra tratándose de enfermedades graves.

Esto, definitivamente abandona la naturaleza del contrato de seguro, que no es otra que estar amparado en el caso de pérdida de la salud.

Incluso, si lo trasladamos al derecho público, en una equiparación con el sistema de Seguridad Social en México, existe un menoscabo para los asegurados, en virtud de que nuestro sistema está diseñado bajo el esquema de priorizar en todo momento, aún sobre el tema económico, el bienestar integral de las personas aseguradas.

Por ejemplo, la ley dispone que se debe brindar atención médica a los beneficiarios hasta ocho semanas después de su baja laboral aún cuando ya no estén cotizando.



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

## SENADORA DE LA REPÚBLICA

La Suprema Corte de Justicia de la Nación<sup>7</sup>, ha confirmado que el derecho a recibir atención médica con posterioridad a que un beneficiario causó baja laboral (por un tiempo breve) representa una prerrogativa válida.

Esto, en virtud de todo el tiempo que estuvo cotizando puntualmente y en aras de proteger el interés superior de la vida y la salud de las personas.

Asimismo, el Poder Judicial ha determinado en diversas ejecutorias que en ocasiones existen *prácticas desleales para los contratantes* de seguros de gastos médicos, por ejemplo en los periodos de espera durante los primeros días de la celebración del contrato, porque ante una enfermedad o padecimiento durante ese periodo, se carece de la garantía de protección que es precisamente el objeto de la contratación<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> SEGURO SOCIAL. EL ARTÍCULO 182 DE LA LEY RELATIVA, VIGENTE HASTA EL 30 DE JUNIO DE 1997, QUE PREVÉ UN PERIODO DE CONSERVACIÓN DE DERECHOS EN MATERIA DE PENSIONES, NO VIOLA EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL. Registro digital: 2013537, Instancia: Segunda Sala, Décima Época, Materias(s): Constitucional, LaboralTesis: 2a./J. 5/2017 (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 38, Enero de 2017, Tomo I, página 526, Tipo: Jurisprudencia

<sup>8</sup> Cita por analogía. Registro digital: 2004177. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época Materias(s): Civil. Tesis: VIII.1o.(X Región) 7 C (10a.). Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXIII, Agosto de 2013, Tomo 3, página 1612. Tipo: Aislada. **CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS. LA CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN QUE ESTABLECE QUE LA ENFERMEDAD O TRATAMIENTO SUSCITADO ANTES DE LOS PRIMEROS TREINTA DÍAS DE VIGENCIA NO SERÁ CUBIERTA, SINO SÓLO DESPUÉS DE ESE PLAZO, ES GENÉRICA Y PRODUCE UNA PRÁCTICA DESLEAL.** *La cláusula del contrato de seguro de gastos médicos, que excluye durante los primeros treinta días de su vigencia a la enfermedad o tratamiento suscitado en ese plazo, interpretada de manera sistemática de acuerdo con los principios de buena fe, voluntad de los contratantes, lógica jurídica, identidad, congruencia, causalidad, finalidad y sana crítica, en correlación con el artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que establece que: "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.";* debe concluirse que es genérica, porque no establece el tipo de enfermedad o padecimiento que se excluye, lo cual atenta contra su finalidad que no es más que el quedar cubierto en contra de cualquier enfermedad. De manera que dicha exclusión genérica sólo significa que en realidad el contrato comienza a tener vigencia posterior a los treinta días de su formalización, puesto que no se le podrán pagar los padecimientos en su acepción de enfermedad que surjan antes de ese periodo, lo cual no cumple con el objetivo, finalidad, causa e intención del contratante asegurado, que fue el quedar protegido desde su vigencia, lo que ocasiona prolongar el tiempo de inicio de la vigencia del seguro; de esa manera, dicha cláusula contiene un doble propósito de protección para el ente asegurador, en caso en que también adicionalmente hubiera establecido un apartado específico de enfermedades o padecimientos preexistentes; *lo que genera una práctica desleal para el contratante asegurado, pues ante una eventualidad de enfermedad o padecimiento durante los primeros treinta días de celebrado el aseguramiento, carece de esa garantía de protección que le proporciona su contratación.*



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

Con mayor razón se actualiza una práctica desleal cuando durante años se ha pagado puntualmente el seguro, se ha adquirido y se ha conservado el derecho de ser atendido en enfermedades sujetas a periodos de espera y por un mínimo atraso en el pago de la póliza se suspende cualquier derecho, cualquier protección, se retira por completo la seguridad que se pacta en la firma del contrato, aún cuando el pago se subsane posteriormente.

Esta inquietud se incrementa por la realidad económica actual, es ineludible que nos enfrentaremos a una recesión que tardará años en estabilizarse.

Según cifras publicadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la pandemia dejó un saldo de 647 mil 710 empleos perdidos en 2020, de los cuales 560 mil 473 eran formales y 87 mil 237 eran eventuales.

Definitivamente esto ha ocasionado un severo detrimento en la economía familiar, padres y madres han tenido que priorizar entre productos y servicios básicos, educación y desde luego salud.

Si en condiciones normales el pago de un seguro de gastos médicos representa un esfuerzo y una fuerte inversión para las familias debido a los costos elevados (sólo 1 de cada 10 mexicanos cuenta con seguro de gastos médicos), en una ocasión extraordinaria como la que estamos viviendo, resulta por demás complicado.

Por ello, muchas personas se han visto obligadas a suspender temporalmente la contratación de estos servicios, esto generará la pérdida del derecho a ser atendidos si alguna enfermedad o accidente surgiera en ese intervalo.

---

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO DE CIRCUITO DEL CENTRO AUXILIAR DE LA DÉCIMA REGIÓN. Amparo directo 28/2013 (cuaderno auxiliar 173/2013). José Ángel Covarrubias Zendejas. 26 de abril de 2013. Unanimidad de votos. Ponente: Alejandro Alberto Albores Castañón. Secretario: Yair Mendiola del Ángel.



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

Conviene cuestionarse si esta disposición es constitucionalmente válida, pareciera que es excesivo para los asegurados que han cumplido oportuna y periódicamente con la obligación de pago, máxime si esta suspensión en la contratación de la póliza no excede de tres meses.

Por ello, se propone una adición a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a efecto de brindar certeza jurídica a los asegurados, de otorgar un respaldo mínimo por todo el tiempo que los usuarios han cubierto puntualmente una contraprestación y sobre todo, garantizar el derecho a la salud.

La adición consiste en que en los contratos de seguro de gastos médicos, la interrupción de la póliza por falta de pago, no mayor a tres meses, no podrá suspender la cobertura de riesgo ni considerarse como pérdida de antigüedad para el caso de enfermedades y tratamientos sujetos a periodos de espera.

En el entendido de que se trata de una prórroga, más no una exención en el pago y que lo que se busca es:

- 1) Que la empresa aseguradora cubra cualquier riesgo que se presente durante esos tres meses en que se ha suspendido el pago, en los mismos términos y condiciones pactados.
- 2) Que la interrupción de la póliza durante esos tres meses no tenga por consecuencia la suspensión de la antigüedad para el caso de enfermedades y tratamientos sujetos a periodos de espera.

Esto, ayudará tanto al sector público como al privado en un objetivo común: brindar una mejor calidad en los servicios de salud.

En el entendido de que las empresas aseguradoras del sector de la salud tienen el reto de diversificar sus estrategias y productos, para poder atraer la contratación de más pólizas e incrementar el porcentaje de población asegurada.

Para mejor comprensión, se inserta el siguiente cuadro:

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	
Sin correlativo	<b>Artículo 203 Bis.-</b> En los contratos de seguro de gastos médicos, la interrupción de la póliza por falta de pago, no mayor a tres meses, no podrá suspender la cobertura de riesgo del asegurado ni considerarse como pérdida de antigüedad para el caso de enfermedades y tratamientos sujetos a periodos de espera.

Bajo estas condiciones se propone ADICIONAR EL ARTÍCULO 203 BIS A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO con la finalidad de evitar prácticas desleales en la contratación del seguro de gastos médicos mayores, al tenor de la siguiente:

**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR LA QUE SE ADICIONA EL ARTÍCULO 203 BIS A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, PARA QUEDAR COMO SIGUE:**

**Artículo 203 BIS.** En los contratos de seguro de gastos médicos, la suspensión de la póliza por falta de pago, no mayor a tres meses, no podrá suspender la cobertura de riesgo del asegurado ni considerarse como pérdida de antigüedad para el caso de enfermedades y tratamientos sujetos a periodos de espera.



# NADIA NAVARRO ACEVEDO

SENADORA DE LA REPÚBLICA

## TRANSITORIOS

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

**SEGUNDO.** - Se derogan aquellas disposiciones que se opongan a lo previsto en el presente decreto.

Dado en el Salón de Sesiones de la Cámara de Senadores el 8 de marzo de 2021.

**ATENTAMENTE**

**SENADORA NADIA NAVARRO ACEVEDO**

**INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO ACCIÓN NACIONAL**