



DIP. OLIVIA GARZA DE LOS SANTOS
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA DEL
CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
III LEGISLATURA

P R E S E N T E

La que suscribe, Diputada Luisa Fernanda Ledesma Alpízar, integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en la III Legislatura del Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en los artículos 71, fracción III, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 30, numeral 1, inciso b), de la Constitución Política de la Ciudad de México; 12, fracción II, de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; así como 5, fracción I, 82, 83, fracción I, 95, fracción II, 96, 325 y 326 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a consideración de esta Soberanía, la siguiente:

**INICIATIVA ANTE EL CONGRESO DE LA UNIÓN CON PROYECTO DE DECRETO
POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA
LEY GENERAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD,
DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y DE LA LEY
SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, EN MATERIA DE ACCESO NO
DISCRIMINATORIO A LOS SEGUROS Y GARANTÍA MÍNIMA DE PROTECCIÓN
FRENTE A ACCIDENTES (LEY EMILIO)**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El seguro constituye una herramienta de previsión que permite trasladar las consecuencias económicas de un acontecimiento incierto a una institución especializada; para una familia, contar con una póliza puede significar la diferencia entre atender oportunamente una urgencia y afrontar una deuda difícil de solventar; entre recibir rehabilitación después de un accidente y abandonar un tratamiento por falta de recursos; sin embargo, para numerosas personas con discapacidad,



condiciones congénitas o padecimientos preexistentes, la posibilidad de contratar un seguro se convierte en una puerta que se cierra antes de que exista una valoración individual de los riesgos que realmente desean proteger.

El problema no consiste únicamente en que un padecimiento previo pueda recibir un tratamiento contractual específico conforme a la legislación aplicable; la afectación más grave aparece cuando la discapacidad, el diagnóstico o la condición de salud se utilizan como una razón global para negar toda contratación, impedir la renovación o extender una exclusión a hechos que carecen de relación causal con el antecedente médico; bajo esa lógica, una persona puede quedar sin protección frente a un atropellamiento, una caída, una fractura, una quemadura, una intoxicación o cualquier otro accidente ocurrido durante la vigencia que no existía al celebrarse el contrato y que no deriva de su historia clínica.

Una discapacidad no describe la totalidad del estado de salud de una persona; una condición congénita no equivale a una enfermedad universal; y un diagnóstico preexistente no convierte en preexistentes todos los riesgos futuros; equiparar esas realidades produce una evaluación excesivamente amplia que confunde identidad, condición funcional y riesgo asegurado; además, traslada a la persona solicitante las consecuencias de estereotipos generales y le impide acceder incluso a coberturas que técnica y jurídicamente pueden separarse de los riesgos previamente identificados.

La legislación vigente contiene prohibiciones relevantes de discriminación, pero todavía no articula un procedimiento completo que obligue a evaluar individualmente el riesgo, motive por escrito las decisiones, preserve el acceso a coberturas ordinarias, garantice un piso mínimo frente a accidentes y distribuya correctamente la carga de la prueba cuando se invoca una preexistencia. La ausencia de estas reglas deja un espacio en el que una prohibición general puede perder eficacia práctica: la persona sabe que no debe ser discriminada, pero no siempre cuenta con una oferta accesible, una explicación verificable o una vía probatoria clara para cuestionar la negativa.

La historia de Emilio hizo visible esta brecha; en agosto de 2026, su madre, Mely Flores, compartió públicamente la preocupación de no encontrar una alternativa de aseguramiento para proteger a su hijo frente a acontecimientos futuros; en su



mensaje hizo visible que tener un diagnóstico no debe por ningún motivo cerrar las puertas; La petición no pretende ocultar antecedentes médicos ni desconocer las reglas técnicas del seguro; pregunta por qué esos antecedentes deben impedir toda protección, incluso ante contingencias nuevas y ajenas; la conversación generada alrededor de esa publicación reunió testimonios de otras familias que refirieron haber enfrentado respuestas semejantes y convirtió una experiencia personal en una exigencia colectiva de igualdad. _

El caso de Emilio no se incorpora como expediente clínico ni como controversia individual; se menciona únicamente en los términos que su familia hizo públicos, sin atribuirle diagnósticos, decisiones contractuales o circunstancias que no se encuentran acreditadas; por ello, su valor legislativo radica en mostrar el efecto humano de una falla estructural: una madre intenta prever cómo proteger a su hijo y encuentra que el solo antecedente de un diagnóstico puede ser tratado como una barrera para cualquier cobertura. Emilio inspira esta iniciativa porque recuerda que detrás de cada solicitud existen una persona, una familia y un proyecto de vida que merecen respuestas individualizadas, accesibles y libres de prejuicios.

La problemática adquiere especial gravedad cuando involucra a niñas, niños y adolescentes; el interés superior de la niñez exige que toda decisión que pueda afectar su salud, integridad y desarrollo sea examinada con una protección reforzada. Una negativa automática no sólo limita un contrato; puede incrementar la exposición patrimonial de la familia, retrasar la atención posterior a un accidente y reducir las oportunidades de rehabilitación. La ausencia de cobertura se vuelve así una barrera que acompaña al menor durante etapas esenciales de su desarrollo.

La solución legislativa debe evitar dos extremos; no puede convertir el diagnóstico en una autorización para excluir a la persona del mercado, pero tampoco debe diseñarse como una regla imprecisa que ignore la naturaleza mutual y técnica del seguro. La respuesta constitucionalmente adecuada consiste en separar riesgos, exigir evidencia individual, impedir generalizaciones, proteger la libertad de contratar coberturas más amplias y establecer una garantía mínima de acceso frente a accidentes ocurridos durante la vigencia. El piso de protección debe ser un punto de partida y nunca un techo ni un producto segregado para personas con discapacidad.



En términos normativos, la iniciativa busca resolver cinco fallas conectadas: la negativa total fundada en una categoría protegida; la falta de evaluación individualizada; la ausencia de una garantía mínima frente a accidentes; la utilización de cláusulas generales para extender exclusiones a siniestros distintos; y la dificultad probatoria de la persona usuaria cuando la institución alega una preexistencia. Para ello se propone armonizar la legislación de inclusión, la regulación de las instituciones aseguradoras y las reglas del contrato de seguro, de modo que el derecho a la igualdad opere desde la solicitud y la suscripción hasta la ejecución de la póliza y la resolución del siniestro.

La propuesta parte de una idea rectora: ningún diagnóstico debe funcionar como una exclusión de ciudadanía económica. Las personas con discapacidad, condiciones congénitas o padecimientos preexistentes deben poder solicitar los productos ordinarios disponibles en el mercado; recibir una evaluación basada en su situación concreta; conocer por escrito las razones de la decisión; obtener ajustes razonables y formatos accesibles; y contar, cuando menos, con protección efectiva ante accidentes que no pueden calificarse como preexistentes por haber ocurrido después de la contratación.

II. PROBLEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

La exclusión del aseguramiento por motivos asociados con discapacidad o salud no es neutral al género. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en México había 8.8 millones de personas de cinco años y más con discapacidad; 53.5 por ciento eran mujeres y 46.5 por ciento hombres. Esta distribución exige reconocer que las barreras de acceso a servicios financieros y de salud pueden acumularse con desigualdades de ingreso, empleo, autonomía económica, edad, origen étnico y responsabilidades de cuidado.

La dimensión de género también aparece en la organización social de los cuidados. La Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados 2022 reportó que 31.7 millones de personas de quince años y más brindaron cuidados a integrantes de su hogar o de otros hogares y que 75.1 por ciento de quienes realizaron esas tareas fueron



mujeres. Cuando una aseguradora niega toda protección o no ofrece una alternativa comprensible, el riesgo no desaparece: regresa al hogar en forma de gastos directos, búsqueda de atención, traslados, trámites, acompañamiento hospitalario y rehabilitación. En un contexto de distribución desigual del cuidado, esos costos monetarios y de tiempo recaen de manera desproporcionada en mujeres.

El caso que inspira la propuesta permite observar esta realidad sin convertirla en estereotipo; fue la madre de Emilio quien hizo pública la búsqueda de protección y quien expresó la incertidumbre de prepararse para contingencias futuras. Su experiencia ilustra una carga administrativa y emocional que muchas madres asumen, pero la iniciativa no presupone que el cuidado les corresponda naturalmente; por el contrario, reconoce que las instituciones y el mercado deben ofrecer respuestas que reduzcan la sobrecarga familiar, permitan una distribución corresponsable del cuidado y fortalezcan la autonomía de quienes toman decisiones de previsión.

Las mujeres con discapacidad pueden enfrentar simultáneamente barreras como solicitantes, aseguradas y cuidadoras; una práctica de suscripción basada en generalizaciones puede intensificar la discriminación múltiple: por condición de salud, por discapacidad, por sexo, por edad o por nivel socioeconómico. La reforma obliga a utilizar información pertinente al riesgo concreto y prohíbe que la discapacidad genere presunciones generales de enfermedad o agravación; con ello se reduce el margen para decisiones opacas en las que distintos factores de desigualdad se mezclan sin justificación verificable.

La obligación de emitir resoluciones en formatos accesibles y de fácil comprensión tiene igualmente una función de igualdad sustantiva; una madre, padre, persona tutora o persona con discapacidad no debería depender de explicaciones verbales incompletas de un agente para conocer por qué fue aceptada, condicionada o rechazada una solicitud. La información por escrito, la identificación de alternativas y la mención expresa de los mecanismos de reclamación disminuyen asimetrías de información y facilitan que la persona defienda sus derechos sin multiplicar desplazamientos, llamadas y trámites.

La perspectiva de género se incorpora también en la evaluación futura de la reforma; la regulación secundaria y los informes agregados deberán permitir conocer, con protección de datos personales, si las solicitudes, decisiones y reclamaciones revelan



impactos diferenciados. La producción de información no debe convertirse en una nueva carga para la persona solicitante ni justificar la recopilación excesiva de datos sensibles; su finalidad será supervisar el cumplimiento, detectar patrones de discriminación y mejorar progresivamente la inclusión.

Por ello, la iniciativa beneficia a las personas con discapacidad y, al mismo tiempo, contribuye a aliviar consecuencias que afectan de manera particular a las mujeres cuidadoras; la cobertura mínima frente a accidentes, la motivación escrita, la evaluación individual y la carga probatoria a cargo de quien posee la información técnica son medidas que fortalecen la autonomía, la seguridad económica y la corresponsabilidad; no se trata de proteger a las mujeres porque se les atribuya un deber natural de cuidado, sino de remover una barrera institucional cuyos efectos se distribuyen de forma desigual.

III. ARGUMENTOS QUE LA SUSTENTAN

La dignidad humana impide reducir a una persona al nombre de un diagnóstico; el artículo 1o. constitucional reconoce los derechos humanos de todas las personas, ordena interpretar las normas favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia y prohíbe la discriminación motivada, entre otras causas, por discapacidades y condiciones de salud. Esta obligación no se satisface con admitir formalmente una solicitud si el resultado se decide mediante categorías automáticas que no distinguen los riesgos asegurables de los antecedentes clínicos. La igualdad exige que las diferencias de trato respondan a una finalidad legítima y descansen en evidencia objetiva, idónea, necesaria y proporcional.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad consolidó un modelo social y de derechos humanos; la discapacidad surge de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones. Trasladado al ámbito asegurador, este enfoque obliga a identificar si la barrera se encuentra realmente en el riesgo cubierto o en una práctica que presume que toda discapacidad equivale a enfermedad, siniestro inminente o incapacidad para contratar. La evaluación debe recaer sobre el riesgo objeto del contrato, no sobre la dignidad o el valor social de la persona.



El artículo 25, inciso e), de la Convención obliga a los Estados parte a prohibir la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida y a velar porque esos seguros se presten de manera justa y razonable. La expresión justa y razonable no es retórica: exige que la información utilizada sea pertinente, que la decisión pueda explicarse, que exista una relación entre el dato médico y el riesgo considerado y que las medidas no excedan lo necesario. Una negativa total basada únicamente en la pertenencia a una categoría protegida difícilmente supera ese examen cuando existen coberturas separables y eventos futuros que no guardan relación causal con el antecedente.

La actividad aseguradora descansa en la selección y distribución técnica de riesgos, en el cálculo actuarial de primas y en la solvencia de las instituciones; reconocerlo no autoriza la discriminación ni obliga a aceptar generalizaciones; por el contrario, una industria que administra riesgos debe estar en condiciones de distinguirlos; la reforma no fija primas, sumas aseguradas ni reservas, ni impide aplicar la legislación prudencial; exige que la técnica se utilice como herramienta de precisión y no como lenguaje genérico para excluir a una persona de cualquier protección.

La evaluación individualizada es el punto de encuentro entre igualdad y técnica aseguradora; permite considerar información médica actual, pronóstico, funcionalidad, tipo de cobertura, suma asegurada, temporalidad y evidencia actuarial aplicable al riesgo concreto; también impide que una tabla histórica, una asociación estadística general o una etiqueta diagnóstica sustituyan el análisis de la persona. No toda diferencia estadística es jurídicamente relevante y ninguna correlación poblacional acredita, por sí sola, que un siniestro individual sea consecuencia de un padecimiento preexistente.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido que la autonomía de la voluntad y la libertad de contratación no operan al margen de los derechos fundamentales. En el amparo en revisión 410/2012, relativo al acceso de personas con discapacidad a seguros, el Alto Tribunal sostuvo que las aseguradoras deben abstenerse de equiparar discapacidad y enfermedad, permitir el acceso y realizar ajustes razonables, sin desconocer que las condiciones aplicables deben analizarse con bases objetivas y razonables. Este criterio demuestra que la protección de la igualdad y la viabilidad técnica no son intereses incompatibles; la incompatibilidad



aparece cuando la diferencia carece de justificación individual o se vuelve una exclusión absoluta.

En el recurso de queja 40/2020, la Suprema Corte consideró procedente examinar mediante el juicio de amparo la negativa de una aseguradora a incorporar a un niño con síndrome de Down a una póliza de gastos médicos mayores. Sin prejuzgar sobre el fondo de cada caso, esa decisión reconoció que la conducta de una empresa privada puede afectar de manera especial derechos fundamentales y que la edad, la discapacidad y la posición de desventaja deben ser consideradas al estudiar la procedencia de la tutela. La reforma brinda reglas legislativas claras para evitar que la defensa de esos derechos dependa exclusivamente de litigios prolongados.

El artículo 9 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad ya prohíbe cualquier discriminación en el otorgamiento de seguros de salud o de vida. Esa norma establece el punto de partida, pero su brevedad deja sin desarrollar etapas decisivas: la contratación, la renovación, la fijación de condiciones, la ejecución del contrato y la resolución de siniestros. También omite precisar que la discapacidad no puede utilizarse para negar la cobertura de riesgos distintos, que debe existir una evaluación individual y que las decisiones deben comunicarse de forma accesible. La reforma transforma una prohibición general en deberes exigibles a lo largo de toda la relación contractual.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación considera discriminatorio impedir o limitar el acceso a servicios de atención médica y establecer limitaciones para la contratación de seguros médicos, salvo los casos permitidos por la ley; esta última salvedad no puede interpretarse como una autorización abierta para crear diferencias. Las limitaciones válidas deben provenir del orden jurídico, perseguir un fin constitucional, ser necesarias y proporcionales y cumplir con el escrutinio reforzado que corresponde a categorías protegidas; por ello, la propuesta aclara expresamente que sus disposiciones no crean nuevas causas de exclusión, recargo o negativa.

La Circular Única de Seguros y Fianzas contiene avances regulatorios; en el diseño de productos destinados a personas con discapacidad exige medidas para facilitar la contratación y dispone que no podrá negarse la recepción de una solicitud por razón de discapacidad. En materia de gastos médicos, regula la acreditación de padecimientos preexistentes, prohíbe periodos de espera para accidentes y urgencias



médicas ocurridos durante la vigencia y prevé mecanismos de arbitraje médico. No obstante, recibir una solicitud no equivale a garantizar una evaluación no discriminatoria; tampoco impide que, después de recibirla, se niegue toda oferta o que una preexistencia se invoque frente a un siniestro distinto. La ley debe cerrar esa brecha.

El concepto de preexistencia tiene una dimensión temporal: se refiere a un padecimiento que existía antes de la celebración del contrato conforme a los supuestos y medios de prueba aplicables. Un accidente ocurrido durante la vigencia, por definición, es un acontecimiento posterior e incierto. Aunque un antecedente médico pueda ser relevante en un caso concreto, no convierte automáticamente al accidente en preexistente. Para rechazar la cobertura debe demostrarse algo adicional: que existe una exclusión válida, específica y comunicada, y que el siniestro reclamado guarda relación causal directa con el riesgo expresamente excluido.

La causalidad es el criterio que evita que una exclusión se expanda sin límite. La sola coexistencia de dos hechos —un diagnóstico previo y un accidente posterior— no demuestra que uno sea causa del otro; tampoco basta una relación estadística general referida a grupos de población. La institución que cuenta con la nota técnica, el expediente de suscripción, el cuestionario y el análisis médico se encuentra en mejor posición para acreditar la relación concreta. Por eso la iniciativa le asigna la carga de probar la preexistencia, la incorporación clara de la cláusula y el nexo causal directo cuando niegue total o parcialmente un siniestro.

La distribución propuesta de la carga probatoria responde al principio de facilidad y disponibilidad de la prueba; la persona asegurada suele desconocer los modelos de selección, los manuales internos y la información actuarial que sustentaron la decisión. Exigirle demostrar un hecho negativo —que su diagnóstico no causó el accidente— puede volver ilusoria la protección. La aseguradora, en cambio, tomó la decisión, redactó la póliza, administra el expediente y dispone de personal especializado. Colocar en ella la obligación de justificar la exclusión equilibra la asimetría sin impedirle aportar la evidencia técnica que considere pertinente.

La propuesta atiende también los supuestos de causalidad concurrente; en la práctica, un accidente cubierto puede interactuar con una condición previa y producir gastos que provengan de ambas circunstancias. Una regla de todo o nada incentivaría



el rechazo integral aun cuando parte de la atención derive claramente del accidente. La reforma establece que la institución no podrá negar la totalidad si existe una porción objetivamente separable vinculada al evento cubierto. Sólo podrá sustraer la parte que demuestre directa y exclusivamente atribuible a un riesgo válidamente excluido. Esta solución favorece la indemnización de lo efectivamente cubierto y evita enriquecimientos o negativas excesivas.

El principio de interpretación favorable a la cobertura cumple una función semejante; cuando una cláusula elaborada por la aseguradora admita razonablemente más de una interpretación, debe preferirse la que preserve la protección y no la que amplíe la exclusión. Esta regla es congruente con la naturaleza de los contratos de adhesión, con el deber de claridad y con la prohibición de extender restricciones por analogía. No elimina las condiciones contractuales expresas; impide que su ambigüedad sea utilizada en perjuicio de la parte que no las redactó.

La accesibilidad es una obligación transversal. Una resolución escrita no es suficiente si utiliza un formato inaccesible, tecnicismos incomprensibles o razones genéricas. La institución debe informar de manera clara la decisión, los elementos médicos y actuariales pertinentes, las alternativas disponibles y los mecanismos de aclaración o reclamación. Cuando la persona lo requiera, deberá proporcionar ajustes razonables y formatos accesibles. La finalidad no es revelar secretos industriales ni datos de terceros, sino permitir que la persona comprenda la consecuencia que se atribuye a su información y pueda controvertirla.

La protección propuesta abarca solicitud, contratación, renovación, condiciones y ejecución porque la discriminación puede aparecer en cualquiera de esas etapas. Una persona puede ser admitida inicialmente y enfrentar después una no renovación automática; puede recibir una póliza con una exclusión redactada de manera tan amplia que vacíe el contrato; o puede pagar primas y descubrir al momento del siniestro que la discapacidad se invoca como explicación universal. Limitar la norma al acto inicial de otorgamiento dejaría intactas esas prácticas.

El interés superior de la niñez exige una salvaguarda reforzada. El artículo 4o. constitucional dispone que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con ese principio, garantizando de manera plena los derechos de niñas y niños. Cuando el aseguramiento se refiere a una persona menor de edad, la



valoración debe considerar que la protección frente a accidentes contribuye a preservar salud, integridad, rehabilitación, educación y desarrollo. La decisión no puede descansar en una predicción general que acompañe al niño durante toda su vida sin revisar su situación concreta.

El nombre Ley Emilio expresa el origen humano de la propuesta, pero su alcance es general y abstracto. No crea un régimen para una sola condición ni clasifica a las personas por diagnóstico. Protege a cualquier solicitante cuya discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente sea utilizado como razón totalizante. Esta universalidad evita fragmentar derechos mediante catálogos médicos que pronto quedarían incompletos y asegura que la evaluación se concentre en el riesgo y no en la pertenencia a un grupo.

El primer eje normativo reforma el artículo 9 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. La nueva redacción amplía las etapas y operaciones protegidas; impide negar, restringir o limitar por sí sola la discapacidad; reconoce el derecho a evaluación individual, ajustes razonables, información accesible y motivación; protege los riesgos sin relación causal directa; y establece una regla de salvaguarda para que ninguna expresión pueda entenderse como permiso para introducir restricciones. Con ello, la norma de inclusión conserva su carácter de derecho y no se convierte en un catálogo de excepciones.

El segundo eje adiciona obligaciones a las instituciones en el artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Se exige recibir y tramitar solicitudes sin filtros automáticos; evaluar individualmente; evitar negativas totales basadas únicamente en categorías protegidas; ofrecer los productos ordinarios disponibles y la garantía mínima correspondiente; redactar cláusulas claras; motivar decisiones; brindar accesibilidad; e integrar documentación suficiente para supervisión y controversias. Estas reglas convierten la debida diligencia de suscripción en una obligación verificable.

El tercer eje incorpora al producto básico estandarizado de accidentes personales una garantía mínima de protección incluyente disponible para todas las personas. Esta decisión de diseño es fundamental: no se crea una póliza separada, inferior o estigmatizante para personas con discapacidad. Se fortalece un producto que ya forma parte de la oferta obligatoria prevista en el artículo 208 y se establece que la



garantía será un piso, compatible con la contratación de productos ordinarios o coberturas superiores. La inclusión ocurre dentro del mercado general y no en un circuito paralelo.

La garantía mínima cubrirá accidentes personales y las consecuencias médicas directamente derivadas de ellos, tales como atención de urgencia, hospitalización, procedimientos y rehabilitación, dentro de las sumas, condiciones y reglas generales que emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La discapacidad o preexistencia no podrá utilizarse por sí sola para negar la contratación ni el siniestro. Si se pretende aplicar una exclusión prevista válidamente en la legislación, deberá identificarse el riesgo concreto y probarse el nexo causal directo. Así se protege el objetivo central de la iniciativa: que una persona no quede indefensa ante un atropellamiento, una caída u otro accidente sólo por tener un diagnóstico previo.

El cuarto eje adiciona el artículo 20 Ter a la Ley sobre el Contrato de Seguro. Esta disposición se ocupa de la validez e interpretación de las cláusulas, la prueba de preexistencia, la causalidad y los efectos de la concurrencia. Declara nulas las cláusulas discriminatorias o generales, impide la extensión analógica de exclusiones, asigna la carga de la prueba a la aseguradora y ordena conservar la parte cubierta cuando sea separable. De este modo, las obligaciones prudenciales de la institución y los derechos contractuales de la persona se refuerzan mutuamente.

La reforma se formula como una garantía mínima y no como una limitación de derechos. Nada en el decreto podrá invocarse para negar un producto ordinario, reducir una cobertura existente, presumir una exclusión, generalizar una extraprima o considerar suficiente el mero diagnóstico. La persona conservará el derecho a solicitar cualquier producto disponible y la institución deberá analizarlo individualmente. El producto básico funciona como red de protección cuando no se concrete una cobertura más amplia, pero no reemplaza ni disminuye el deber general de no discriminación.

Tampoco se pretende afirmar que las personas con discapacidad son inherentemente vulnerables o enfermas. La vulnerabilidad relevante es producida por barreras institucionales, información asimétrica y prácticas que impiden participar en igualdad. El lenguaje de la iniciativa evita identificar discapacidad y padecimiento, aunque protege ambos supuestos porque pueden ser utilizados como categorías de



exclusión. La inclusión no consiste en ofrecer caridad o concesiones; consiste en garantizar condiciones equitativas de acceso y decisión.

La propuesta es compatible con la sostenibilidad del sistema asegurador. La Comisión conservará sus atribuciones para aprobar notas técnicas, supervisar solvencia y definir las características del producto básico. Las instituciones podrán calcular primas y administrar riesgos conforme al marco vigente, pero deberán justificar cualquier trato diferenciado con elementos pertinentes y proporcionales. La prohibición de generalizaciones mejora la calidad de la suscripción, favorece la innovación de productos y amplía la cultura aseguradora sin imponer la cobertura ilimitada de hechos anteriores al contrato.

La transparencia fortalece también la supervisión. La documentación de las decisiones permitirá a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas verificar si existe sustento técnico; a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros conocer controversias y revisar contratos; y a los órganos competentes en materia de discriminación valorar patrones de trato. Un informe anual agregado y anonimizado hará posible medir solicitudes, decisiones y reclamaciones sin exponer datos personales sensibles.

La consulta estrecha y participación activa de las personas con discapacidad y de las organizaciones que las representan es una obligación convencional prevista en el artículo 4.3 de la Convención. La experiencia de quienes enfrentan barreras debe orientar tanto el análisis legislativo como la regulación secundaria. La consulta deberá ser previa, accesible, informada, de buena fe y con capacidad real de influir en el resultado. También deberán habilitarse mecanismos adecuados para niñas, niños y adolescentes, atendiendo a su edad y autonomía progresiva.

La medida no demanda la creación de una nueva autoridad ni una ampliación presupuestal automática. Utiliza atribuciones existentes de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la CONDUSEF, y ordena que la implementación se realice con cargo a los presupuestos aprobados.

En síntesis, la Ley Emilio propone una visión renovada del aseguramiento: Tener una discapacidad no significa estar enfermo de todo, y tener un antecedente médico no puede equivaler a quedar desprotegido frente a todo.



IV. FUNDAMENTO LEGAL Y EN SU CASO SOBRE SU CONSTITUCIONALIDAD Y CONVENCIONALIDAD.

La presente iniciativa se sustenta, en primer término, en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reconoce los derechos humanos previstos en la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte; establece el principio pro persona; impone a todas las autoridades el deber de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos; y prohíbe la discriminación motivada, entre otras causas, por las discapacidades y las condiciones de salud. La reforma desarrolla estas obligaciones en un ámbito donde las decisiones privadas pueden afectar de manera intensa la igualdad, la salud y la integridad personal.

El artículo 4o. constitucional reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud y ordena que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se vele y cumpla con el interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Si bien el seguro privado no sustituye las obligaciones públicas en salud, constituye un mecanismo de previsión y acceso a recursos para atender contingencias. El Estado puede y debe regularlo para evitar prácticas discriminatorias y asegurar que la actividad económica se desarrolle dentro del marco de derechos.

La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad encuentra fundamento en la obligación de garantizar la igualdad y la inclusión. Su artículo 9 contiene una prohibición específica de discriminación en el otorgamiento de seguros de salud o de vida. La reforma mantiene esa prohibición y la dota de contenido operativo, ampliando las etapas protegidas y articulándola con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y la Ley sobre el Contrato de Seguro. No se altera la distribución competencial; se armonizan tres ordenamientos federales dentro de sus respectivos objetos.

La Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas regula la organización, operación y funcionamiento de las instituciones, así como la supervisión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Sus artículos 200 y 208 son sedes normativas idóneas. El primero contiene los principios que las instituciones deben observar en su actividad y



permite incorporar deberes de suscripción, información y trato no discriminatorio. El segundo ya obliga a ofrecer productos básicos estandarizados, entre ellos accidentes personales, gastos médicos y salud; por ello permite establecer una garantía mínima incluyente sin crear una estructura ajena al sistema vigente.

La Ley sobre el Contrato de Seguro regula los derechos y obligaciones de las partes. El artículo 20 enumera las menciones que debe contener la póliza y el artículo 20 Bis desarrolla deberes asociados a la documentación contractual. La adición del artículo 20 Ter introduce reglas sustantivas para las cláusulas relacionadas con discapacidad, condiciones congénitas y preexistencias, así como para la carga de la prueba y la causalidad. Su ubicación permite que las garantías operen directamente en la interpretación y ejecución del contrato.

Desde la perspectiva convencional, los artículos 5 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad obligan a reconocer la igualdad ante la ley, prohibir toda discriminación por motivos de discapacidad, garantizar protección legal igual y efectiva y evitar la discriminación en seguros de salud y vida. El artículo 4.3 exige consulta estrecha y participación activa de las personas con discapacidad en la elaboración y aplicación de legislación y políticas que les conciernan. Los artículos transitorios ordenan esa participación en la regulación secundaria y la exposición de motivos solicita que el proceso legislativo garantice una consulta previa, accesible, informada y de buena fe

La Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 4o. constitucional obligan a colocar el interés superior de niñas, niños y adolescentes como consideración primordial. La protección reforzada incluida en el artículo 9 propuesto responde a esa obligación. Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, interpretada conjuntamente con el Protocolo de San Salvador, exige progresividad y no discriminación en la protección de derechos sociales.

La constitucionalidad de la medida se confirma mediante un examen de proporcionalidad. Persigue fines constitucionalmente imperiosos: igualdad, no discriminación, salud, interés superior de la niñez, información y protección de personas usuarias. Es idónea porque obliga a separar riesgos, documentar



decisiones y ofrecer una garantía mínima. Es necesaria porque las prohibiciones generales vigentes no precisan estos deberes y existen alternativas menos protectoras que dejan intacta la exclusión total. Es proporcional en sentido estricto porque preserva las atribuciones técnicas, prudenciales y de solvencia, al tiempo que impide que se utilicen categorías protegidas sin justificación individual.

La reforma respeta la seguridad jurídica. Identifica los ramos y etapas a los que se aplica; exige criterios objetivos, pertinentes, verificables y relacionados con el riesgo concreto; define la información mínima de la resolución; precisa los elementos que la institución debe acreditar al invocar una preexistencia; y establece plazos para la regulación y adecuación. A la vez, evita rigideces clínicas que podrían quedar obsoletas y remite a disposiciones generales la determinación de características técnicas de la garantía mínima.

También respeta la protección de datos personales. La información de salud es sensible y sólo deberá recabarse cuando sea pertinente y necesaria para el riesgo, con las medidas de seguridad y finalidades previstas en la legislación aplicable. La obligación de conservar documentación no habilita su uso indiscriminado; se limita a sustentar la decisión y facilitar supervisión o controversias. Los informes públicos deberán utilizar datos agregados y anonimizados.

En consecuencia, la propuesta es formalmente competente, materialmente compatible con la libertad contractual y la regulación prudencial, y sustantivamente exigida por los principios de igualdad y no discriminación. Su interpretación deberá favorecer siempre la protección más amplia y considerar que la garantía mínima es un piso de acceso, nunca una autorización para reducir derechos, ampliar exclusiones o sustituir productos ordinarios.



V. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DE LEY O DECRETO

INICIATIVA ANTE EL CONGRESO DE LA UNIÓN CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, EN MATERIA DE ACCESO NO DISCRIMINATORIO A LOS SEGUROS Y GARANTÍA MÍNIMA DE PROTECCIÓN FRENTE A ACCIDENTES

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
Artículo 9. Queda prohibido cualquier tipo de discriminación contra las personas con discapacidad en el otorgamiento de seguros de salud o de vida.	Artículo 9. Queda prohibido cualquier tipo de discriminación contra las personas con discapacidad en la solicitud, evaluación, otorgamiento, contratación, renovación, determinación de condiciones y ejecución de los seguros de vida, accidentes personales, gastos médicos y salud. En ningún caso podrá negarse, restringirse o limitarse el acceso a un seguro, ni la cobertura de un siniestro, por el solo hecho de que la persona tenga una discapacidad, una condición congénita o un padecimiento preexistente. Las personas con discapacidad tendrán derecho a una evaluación individualizada del riesgo, fundada en información médica y actuarial objetiva, pertinente, actual, verificable y relacionada con la cobertura solicitada.



La discapacidad no generará presunción de enfermedad, agravación general del riesgo o siniestralidad.

Las instituciones de seguros deberán proporcionar ajustes razonables, información accesible y de fácil comprensión y una resolución escrita y debidamente motivada. Las decisiones deberán identificar las alternativas de cobertura disponibles y los mecanismos de aclaración e inconformidad.

La existencia de una discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente no podrá afectar la contratación ni la cobertura de accidentes, enfermedades o eventos que no guarden una relación causal directa, específica y médicamente sustentada con el riesgo que, en su caso, haya sido expresamente identificado conforme a la legislación aplicable.

Tratándose de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, las decisiones relativas a su aseguramiento deberán atender de manera reforzada al interés superior de la niñez, a su autonomía progresiva y a su derecho al desarrollo integral.

Lo dispuesto en este artículo constituye una garantía mínima de protección y no podrá interpretarse como autorización para establecer, presumir o ampliar exclusiones, extraprimas, periodos de



	espera, limitaciones, condiciones diferenciadas o negativas de aseguramiento. En todo caso deberá preferirse la interpretación que otorgue la protección más amplia a la persona.
--	--

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios: I. a V. ... VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán: a)... b) ... Sin correlativo.	ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios: I. a VI. ... VII. En los seguros de vida, accidentes personales, gastos médicos y salud, cuando en la solicitud, evaluación, contratación, renovación o ejecución participe una persona con discapacidad, una condición congénita o un padecimiento preexistente, las Instituciones de Seguros deberán: a) Recibir, registrar y tramitar la solicitud sin filtros automáticos, estereotipos o generalizaciones fundados en la discapacidad o condición de salud; b) Realizar una evaluación individualizada del riesgo, sustentada en información médica y



	actuarial objetiva, pertinente, actual, verificable, razonable y directamente relacionada con la cobertura solicitada; c) Abstenerse de negar totalmente la contratación o renovación, o de rechazar un siniestro, con base únicamente en la discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente; d) Permitir que la persona solicite y sea evaluada para los productos ordinarios disponibles. La garantía mínima prevista en el artículo 208 de esta Ley no podrá utilizarse para canalizar, separar o limitar a las personas con discapacidad respecto de la oferta general; e) Cuando no se concrete la contratación de una cobertura ordinaria, ofrecer la garantía mínima de protección incluyente prevista en el artículo 208, sin perjuicio del derecho de la persona a solicitar o contratar productos con mayor cobertura; f) Redactar cualquier exclusión, limitación o condición diferenciada de manera específica, objetiva, razonable, proporcional y comprensible, sin extenderla por analogía a riesgos distintos y sin utilizar expresiones generales que
--	---



	vacien de contenido la protección contratada; g) Entregar una resolución escrita, accesible y de fácil comprensión que indique la decisión, los elementos médicos y actuariales pertinentes que la sustenten, las alternativas disponibles y los mecanismos de aclaración o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; h) Proporcionar los ajustes razonables que requiera la persona durante la contratación y ejecución del seguro, y i) Conservar la documentación médica, actuarial y contractual que sustente la determinación, para efectos de inspección, vigilancia y, en su caso, resolución de controversias por las autoridades competentes. Lo dispuesto en esta fracción establece obligaciones mínimas de inclusión y no podrá invocarse como autorización para crear, presumir o ampliar exclusiones, extraprimas, deducibles, coaseguros, periodos de espera, limitaciones o negativas. Cualquier condición diferenciada que se encuentre permitida por la
--	--



	legislación aplicable deberá perseguir una finalidad legítima, estar individualmente sustentada, ser necesaria, razonable y proporcional y guardar relación directa con el riesgo concreto. La Comisión supervisará que las notas técnicas, productos, procedimientos de suscripción, contratos y prácticas de las Instituciones se ajusten a los principios de igualdad, no discriminación, accesibilidad, ajustes razonables, interés superior de la niñez y protección más amplia.
--	---

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
ARTÍCULO 208.- Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las Instituciones de Seguros, atendiendo a las operaciones y ramos que tengan autorizados, así como a los seguros y coberturas que comercializan, deberán ofrecer un producto básico estandarizado para cada una de las siguientes coberturas: I. Fallecimiento, en la operación de vida;	ARTÍCULO 208.- Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las Instituciones de Seguros, atendiendo a las operaciones y ramos que tengan autorizados, así como a los seguros y coberturas que comercializan, deberán ofrecer un producto básico estandarizado para cada una de las siguientes coberturas: I. Fallecimiento, en la operación de vida;



II. Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades; III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades; IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades, y V. Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles. ... Sin correlativo.	II. Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades; III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades; IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades, y V. Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles. Para el producto básico estandarizado de accidentes personales previsto en la fracción II de este artículo, la Comisión establecerá, mediante disposiciones de carácter general y previa opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, una garantía mínima de protección incluyente, de disponibilidad general y no segregada, que deberá comprender al menos los accidentes personales y lesiones traumáticas ocurridos durante la vigencia; la atención médica y hospitalaria de urgencia directamente derivada de ellos; los procedimientos, tratamientos y rehabilitación necesarios por el evento cubierto; y las indemnizaciones por muerte accidental, pérdidas orgánicas o incapacidad derivadas del accidente, conforme a las sumas aseguradas y
--	--



	características que determine la regulación. Un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza no podrá considerarse padecimiento preexistente. La discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente de la persona no constituirá, por sí sola, causa para negar la contratación de la garantía mínima ni la cobertura del accidente. Cuando la Institución invoque una exclusión permitida por la legislación aplicable, deberá identificar el riesgo expresamente señalado y acreditar una relación causal directa, específica y médicamente sustentada con el siniestro. La garantía mínima será un piso de protección y no un límite a los derechos de la persona. No sustituirá los productos ordinarios ni impedirá solicitar o contratar coberturas superiores; tampoco podrá utilizarse para separar a las personas con discapacidad de la oferta general, reducir beneficios existentes o ampliar exclusiones. Las Instituciones autorizadas para operar el ramo deberán ofrecerla en formatos accesibles y de fácil comprensión.
--	---



	La Comisión determinará las bases técnicas, sumas aseguradas, mecanismos de actualización, información precontractual y demás características necesarias para procurar accesibilidad económica, suficiencia de la cobertura y solvencia de las Instituciones, con observancia de los principios de igualdad, no discriminación, interés superior de la niñez y protección más amplia.
--	--

Ley sobre el Contrato de Seguro.	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
Artículo 20 Bis.- Tratándose de los contratos de seguro de adhesión a los que se refiere el artículo 56 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuando exista duda sobre la interpretación de una cláusula, el juez, tomando en cuenta el dictamen que al efecto solicite a la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, resolverá el sentido en que debe interpretarse dicha cláusula para efectos de la litis. En los casos en que la interpretación de una cláusula involucre aspectos de carácter técnico-actuarial, la Comisión Nacional para la	Artículo 20 Bis.- Tratándose de los contratos de seguro de adhesión a los que se refiere el artículo 56 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuando exista duda sobre la interpretación de una cláusula, el juez, tomando en cuenta el dictamen que al efecto solicite a la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, resolverá el sentido en que debe interpretarse dicha cláusula para efectos de la litis. En los casos en que la interpretación de una cláusula involucre aspectos de carácter técnico-actuarial, la Comisión Nacional para la



Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros podrá solicitar opinión a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Sin correlativo.	Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros podrá solicitar opinión a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Artículo 20 Ter.- En los seguros de vida, accidentes personales, gastos médicos y salud serán nulas y se tendrán por no puestas las cláusulas que nieguen, restrinjan o limiten de manera general la contratación, renovación o cobertura por el solo hecho de que la persona tenga una discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente, así como aquellas que equiparen la discapacidad con enfermedad o agravación general del riesgo. Cualquier cláusula que establezca una exclusión, limitación o condición diferenciada únicamente será válida cuando se encuentre permitida por la legislación aplicable; esté redactada de manera específica, objetiva y comprensible; haya sido comunicada de forma clara; responda a una evaluación individualizada; sea necesaria, razonable y proporcional, y guarde relación directa con el riesgo concreto. Este artículo no crea ni amplía causas de exclusión o trato diferenciado.
--	---



	Las exclusiones no podrán extenderse por analogía a accidentes, enfermedades, urgencias o eventos distintos de los expresamente identificados. La mera coexistencia temporal entre el antecedente y el siniestro, una asociación estadística general o la sola existencia de una discapacidad no serán suficientes para acreditar relación causal. Cuando la empresa aseguradora niegue total o parcialmente la cobertura de un siniestro alegando un padecimiento preexistente o un riesgo excluido, le corresponderá acreditar: I. Que el padecimiento o condición relevante existía antes de la celebración del contrato, conforme a los medios y supuestos previstos en las disposiciones aplicables; II. Que la cláusula se encuentra expresamente prevista en la póliza, fue comunicada de manera clara y cumple los requisitos de validez establecidos en este artículo, y III. Que existe una relación causal directa, específica y médicamente sustentada entre el riesgo expresamente identificado y el siniestro reclamado.
--	---



	Quando un accidente, enfermedad o evento cubierto produzca consecuencias concurrentes con un padecimiento o condición anterior, la empresa aseguradora no podrá negar la totalidad de la reclamación. Únicamente podrá dejar de cubrir la parte que demuestre, de manera objetiva y técnicamente separable, que deriva directa y exclusivamente de un riesgo válidamente excluido. En caso de duda razonable sobre el alcance de una cláusula, la causalidad o la separación de gastos, prevalecerá la interpretación que favorezca la cobertura. La discapacidad no generará presunción de enfermedad, agravación general del riesgo o relación causal con el siniestro.
--	--

La adecuación normativa propuesta se presenta a continuación:

TEXTO NORMATIVO PROPUESTO

LEY GENERAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 9. Queda prohibido cualquier tipo de discriminación contra las personas con discapacidad en la solicitud, evaluación, otorgamiento, contratación, renovación, determinación de condiciones y ejecución de los seguros de vida, accidentes personales, gastos médicos y salud.



En ningún caso podrá negarse, restringirse o limitarse el acceso a un seguro, ni la cobertura de un siniestro, por el solo hecho de que la persona tenga una discapacidad, una condición congénita o un padecimiento preexistente.

Las personas con discapacidad tendrán derecho a una evaluación individualizada del riesgo, fundada en información médica y actuarial objetiva, pertinente, actual, verificable y relacionada con la cobertura solicitada. La discapacidad no generará presunción de enfermedad, agravación general del riesgo o siniestralidad.

Las instituciones de seguros deberán proporcionar ajustes razonables, información accesible y de fácil comprensión y una resolución escrita y debidamente motivada. Las decisiones deberán identificar las alternativas de cobertura disponibles y los mecanismos de aclaración e inconformidad.

La existencia de una discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente no podrá afectar la contratación ni la cobertura de accidentes, enfermedades o eventos que no guarden una relación causal directa, específica y médicamente sustentada con el riesgo que, en su caso, haya sido expresamente identificado conforme a la legislación aplicable.

Tratándose de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, las decisiones relativas a su aseguramiento deberán atender de manera reforzada al interés superior de la niñez, a su autonomía progresiva y a su derecho al desarrollo integral.

Lo dispuesto en este artículo constituye una garantía mínima de protección y no podrá interpretarse como autorización para establecer, presumir o ampliar exclusiones, extraprimas, periodos de espera, limitaciones, condiciones diferenciadas o negativas de aseguramiento. En todo caso deberá preferirse la interpretación que otorgue la protección más amplia a la persona.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:



I. a VI. ...

VII. En los seguros de vida, accidentes personales, gastos médicos y salud, cuando en la solicitud, evaluación, contratación, renovación o ejecución participe una persona con discapacidad, una condición congénita o un padecimiento preexistente, las Instituciones de Seguros deberán:

- a) Recibir, registrar y tramitar la solicitud sin filtros automáticos, estereotipos o generalizaciones fundados en la discapacidad o condición de salud;
- b) Realizar una evaluación individualizada del riesgo, sustentada en información médica y actuarial objetiva, pertinente, actual, verificable, razonable y directamente relacionada con la cobertura solicitada;
- c) Abstenerse de negar totalmente la contratación o renovación, o de rechazar un siniestro, con base únicamente en la discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente;
- d) Permitir que la persona solicite y sea evaluada para los productos ordinarios disponibles. La garantía mínima prevista en el artículo 208 de esta Ley no podrá utilizarse para canalizar, separar o limitar a las personas con discapacidad respecto de la oferta general;
- e) Cuando no se concrete la contratación de una cobertura ordinaria, ofrecer la garantía mínima de protección incluyente prevista en el artículo 208, sin perjuicio del derecho de la persona a solicitar o contratar productos con mayor cobertura;
- f) Redactar cualquier exclusión, limitación o condición diferenciada de manera específica, objetiva, razonable, proporcional y comprensible, sin extenderla por analogía a riesgos distintos y sin utilizar expresiones generales que vacíen de contenido la protección contratada;
- g) Entregar una resolución escrita, accesible y de fácil comprensión que indique la decisión, los elementos médicos y actuariales pertinentes que la sustenten, las alternativas disponibles y los mecanismos de aclaración o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros;



h) Proporcionar los ajustes razonables que requiera la persona durante la contratación y ejecución del seguro, y

i) Conservar la documentación médica, actuarial y contractual que sustente la determinación, para efectos de inspección, vigilancia y, en su caso, resolución de controversias por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en esta fracción establece obligaciones mínimas de inclusión y no podrá invocarse como autorización para crear, presumir o ampliar exclusiones, extraprimas, deducibles, coaseguros, periodos de espera, limitaciones o negativas. Cualquier condición diferenciada que se encuentre permitida por la legislación aplicable deberá perseguir una finalidad legítima, estar individualmente sustentada, ser necesaria, razonable y proporcional y guardar relación directa con el riesgo concreto.

La Comisión supervisará que las notas técnicas, productos, procedimientos de suscripción, contratos y prácticas de las Instituciones se ajusten a los principios de igualdad, no discriminación, accesibilidad, ajustes razonables, interés superior de la niñez y protección más amplia

ARTÍCULO 208.- Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las Instituciones de Seguros, atendiendo a las operaciones y ramos que tengan autorizados, así como a los seguros y coberturas que comercializan, deberán ofrecer un producto básico estandarizado para cada una de las siguientes coberturas:

- I. Fallecimiento, en la operación de vida;
- II. Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades;
- III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades;
- IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades, y
- V. Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles.

Para el producto básico estandarizado de accidentes personales previsto en la fracción II de este artículo, la Comisión establecerá, mediante disposiciones de carácter general y previa opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, una garantía mínima de protección incluyente, de disponibilidad general y no segregada, que deberá comprender al



menos los accidentes personales y lesiones traumáticas ocurridos durante la vigencia; la atención médica y hospitalaria de urgencia directamente derivada de ellos; los procedimientos, tratamientos y rehabilitación necesarios por el evento cubierto; y las indemnizaciones por muerte accidental, pérdidas orgánicas o incapacidad derivadas del accidente, conforme a las sumas aseguradas y características que determine la regulación.

Un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza no podrá considerarse padecimiento preexistente. La discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente de la persona no constituirá, por sí sola, causa para negar la contratación de la garantía mínima ni la cobertura del accidente. Cuando la Institución invoque una exclusión permitida por la legislación aplicable, deberá identificar el riesgo expresamente señalado y acreditar una relación causal directa, específica y médicamente sustentada con el siniestro.

La garantía mínima será un piso de protección y no un límite a los derechos de la persona. No sustituirá los productos ordinarios ni impedirá solicitar o contratar coberturas superiores; tampoco podrá utilizarse para separar a las personas con discapacidad de la oferta general, reducir beneficios existentes o ampliar exclusiones. Las Instituciones autorizadas para operar el ramo deberán ofrecerla en formatos accesibles y de fácil comprensión.

La Comisión determinará las bases técnicas, sumas aseguradas, mecanismos de actualización, información precontractual y demás características necesarias para procurar accesibilidad económica, suficiencia de la cobertura y solvencia de las Instituciones, con observancia de los principios de igualdad, no discriminación, interés superior de la niñez y protección más amplia.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Artículo 20 Bis.- Tratándose de los contratos de seguro de adhesión a los que se refiere el artículo 56 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuando exista duda sobre la interpretación de una cláusula, el juez, tomando en cuenta el dictamen que al efecto solicite a la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, resolverá el sentido



en que debe interpretarse dicha cláusula para efectos de la litis. En los casos en que la interpretación de una cláusula involucre aspectos de carácter técnico-actuarial, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros podrá solicitar opinión a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Artículo 20 Ter.- En los seguros de vida, accidentes personales, gastos médicos y salud serán nulas y se tendrán por no puestas las cláusulas que nieguen, restrinjan o limiten de manera general la contratación, renovación o cobertura por el solo hecho de que la persona tenga una discapacidad, condición congénita o padecimiento preexistente, así como aquellas que equiparen la discapacidad con enfermedad o agravación general del riesgo.

Cualquier cláusula que establezca una exclusión, limitación o condición diferenciada únicamente será válida cuando se encuentre permitida por la legislación aplicable; esté redactada de manera específica, objetiva y comprensible; haya sido comunicada de forma clara; responda a una evaluación individualizada; sea necesaria, razonable y proporcional, y guarde relación directa con el riesgo concreto. Este artículo no crea ni amplía causas de exclusión o trato diferenciado.

Las exclusiones no podrán extenderse por analogía a accidentes, enfermedades, urgencias o eventos distintos de los expresamente identificados. La mera coexistencia temporal entre el antecedente y el siniestro, una asociación estadística general o la sola existencia de una discapacidad no serán suficientes para acreditar relación causal.

Cuando la empresa aseguradora niegue total o parcialmente la cobertura de un siniestro alegando un padecimiento preexistente o un riesgo excluido, le corresponderá acreditar:

- I. Que el padecimiento o condición relevante existía antes de la celebración del contrato, conforme a los medios y supuestos previstos en las disposiciones aplicables;
- II. Que la cláusula se encuentra expresamente prevista en la póliza, fue comunicada de manera clara y cumple los requisitos de validez establecidos en este artículo, y



III. Que existe una relación causal directa, específica y médicamente sustentada entre el riesgo expresamente identificado y el siniestro reclamado.

Cuando un accidente, enfermedad o evento cubierto produzca consecuencias concurrentes con un padecimiento o condición anterior, la empresa aseguradora no podrá negar la totalidad de la reclamación. Únicamente podrá dejar de cubrir la parte que demuestre, de manera objetiva y técnicamente separable, que deriva directa y exclusivamente de un riesgo válidamente excluido.

En caso de duda razonable sobre el alcance de una cláusula, la causalidad o la separación de gastos, prevalecerá la interpretación que favorezca la cobertura. La discapacidad no generará presunción de enfermedad, agravación general del riesgo o relación causal con el siniestro.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- Dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, previa opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, emitirá o modificará las disposiciones de carácter general necesarias para su cumplimiento. En su elaboración deberá garantizarse la consulta estrecha y participación activa de las personas con discapacidad, incluidas niñas, niños y adolescentes mediante mecanismos adecuados a su edad y autonomía progresiva, así como de las organizaciones que las representan, a través de procedimientos previos, accesibles, informados y de buena fe.

TERCERO.- Las Instituciones de Seguros contarán con un plazo de ciento ochenta días naturales, contado a partir de la publicación de las disposiciones señaladas en el artículo transitorio anterior, para ajustar y registrar sus productos, contratos de adhesión, notas técnicas, procedimientos de evaluación, sistemas de información, capacitación y mecanismos de atención.



CUARTO.- Las disposiciones del presente Decreto serán aplicables a los contratos celebrados con posterioridad a su entrada en vigor y a las renovaciones que se realicen una vez concluidos los plazos de adecuación previstos en los artículos transitorios anteriores. Las Instituciones podrán incorporar anticipadamente las condiciones más favorables a contratos en vigor.

Dado en el Recinto Legislativo de Donceles, el día 03 del mes de septiembre del año 2026.

ATENTAMENTE

Luisa Fernanda Ledesma Alpizar

Dip. Luisa Fernanda Ledesma Alpizar.