




XVIII Memorias, Jornadas Seguro y Reaseguro 2021



Índice

	Índice
<hr/>  Prólogo 3 Gerardo Trigueros	3
<hr/>  ¿Hacia donde va la salud en América Latina? 5 Dr. Javier González Maciel	5
<hr/>  Los datos personales en el sector asegurador 15 Dr. Israel Trujillo Bravo	15
<hr/>	

Prólogo

Gerardo M. Trigueros Gaisman

Prólogo

Gerardo M. Trigueros Gaisman

Durante las interminables horas de esta larga y terrible pandemia, hemos debido aprender muchas cosas, entre ellas, la bendición de contar con los medios electrónicos que nos han permitido, a pesar del aislamiento, estar en contacto con nuestros seres queridos, familiares, amigos y clientes.

En el Comité Jurídico de Swiss Re, que ha seguido sesionando en forma virtual durante este período, no quisimos perder el impulso de diecisiete Jornadas de Seguro y Reaseguro, y decidimos, como siempre, con el apoyo incondicional de Swiss Re, celebrar las Décimo octavas Jornadas de Seguro y Reaseguro en un Foro Virtual, que si bien no se compara con un evento presencial, nos permite mantenernos en contacto con los actores del Sector Asegurador y Reasegurador y seguir la conversación, tratando temas que consideramos de especial interés para los que trabajamos en este dinámico sector.

Debido al radical cambio de formato se decidió que en esta ocasión las Jornadas durarían un solo día.

En este tenor me es grato presentarles las Memorias de las Décimo Octavas Jornadas de Seguro y Reaseguro del Comité Jurídico de Swiss Re, las cuales contienen el interesantísimo trabajo de nuestro buen amigo el Dr. Javier González Maciel, quien es Médico cirujano y licenciado en psicología y es jefe de Cardiología Intervencionista del Hospital General de México y desde hace ocho años Director Médico de Swiss Re para LATAM, trabajo que nos presenta un panorama, que resulta impresionante, de los problemas de salud, especialmente en América Latina y llama nuestra atención sobre las principales preocupaciones que pueden afectar tanto a los sistemas de atención a la salud, como la suscripción de seguros de vida y gastos médicos por parte del Sector Asegurador, tanto público como privado.

El siguiente trabajo es parte de la ponencia que presentó el Dr. en Derecho Israel Trujillo Bravo, quien tiene a su cargo la Dirección Jurídica de General de Seguros y General de Salud, la cual contiene un interesante y bien fundamentado trabajo respecto de los datos personales en el sector Asegurador, incluyendo la protección de datos personales y las consecuencias del incumplimiento de su protección. Tema que es de especial interés del Sector por su importancia y novedad.

Ciudad de México, febrero 2021.

¿Hacia donde va la salud en América Latina?

Dr. Javier González Maciel

¿Hacia donde va la salud en América Latina?

Dr. Javier González Maciel

Hasta principios del siglo XIX, la mayoría de los países actualmente desarrollados, tenían tasas de mortalidad muy elevadas (mayores 30 ‰), irregulares, con incrementos y descensos abruptos y muy dependientes de catástrofes naturales o humanas (guerras, epidemias, hambrunas, etc.).

Durante la primera mitad del siglo XIX, se observó en los países desarrollados una reducción importante de la mortalidad “catastrófica” y de la mortalidad ordinaria debido a la introducción de mejoras alimentarias y sanitarias con un aumento apreciable en la esperanza de vida. Las tasas de mortalidad se situaron en torno al 20 ‰ a principios del siglo XX.

En la segunda mitad del siglo XX, las tasas de mortalidad en los países industrializados continuaron descendiendo hasta situarse en un 7 a 8 ‰, con un incremento natural ulterior debido al envejecimiento de la población, situándose alrededor del 12 al 13 ‰. En los países subdesarrollados, las tasas de mortalidad se mantuvieron elevadas y comenzaron a retroceder tras la primera guerra mundial y, sobre todo, tras la segunda guerra mundial con la introducción de las medidas sanitarias ya habituales en otras partes del mundo.

La salud de los seres humanos ha experimentado cambios sustanciales a lo largo de su historia, pero es factible reconocer 4 etapas bien definidas en la evolución sanitaria de los países desarrollados. La transición de una etapa a otra está determinada por cambios en los factores de riesgo y en la fecundidad poblacional y por los avances médicos en el tratamiento y prevención de las enfermedades.

En la **etapa de las epidemias y de la hambruna** que tuvo lugar antes de 1900, la población era fundamentalmente rural con una economía agraria. Las condiciones sanitarias y dietéticas eran deficientes y predominaban las infecciones y la desnutrición como causas de muerte, con elevadas tasas de mortalidad materno-infantil. La esperanza de vida era así muy reducida.

En la siguiente etapa, conocida como etapa II, se registró un **retroceso de las pandemias** y un crecimiento importante de los núcleos urbanos con una transición hacia una economía industrial. Las mejoras sanitarias, redujeron sustancialmente la mortalidad por enfermedades transmisibles y aumento consecuentemente la esperanza de vida.

En la etapa III, en la que **predominan las enfermedades degenerativas**, aproximadamente entre 1930 y 1965, la vida de corte urbano, con un alto consumo de grasas saturadas y un aumento en el consumo de tabaco, condujo a un pico de mortalidad cardiovascular (CV) asociada tanto a enfermedad coronaria como a accidente cerebrovascular (ACV). El proceso de envejecimiento poblacional y el aumento en la esperanza de vida incrementaron la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas.

En los años subsiguientes, los países desarrollados han experimentado una **reducción de en las tasas de mortalidad por enfermedad CV** y ACV ajustadas por edad debido a la implementación de estrategias preventivas y a los avances en la terapéutica, con tratamiento oportuno de la hipertensión, ejercicio y menor consumo de grasas

saturadas. La mortalidad por cáncer y enfermedad CV continúa prevaleciendo, pero se desplaza hacia grupos de edad más avanzada.

De acuerdo con esta evolución en las condiciones generales de salud, ¿qué nos depara el futuro? ¿Cuál es la situación actual de nuestro país y hacia dónde vamos? ¿Esperamos una trayectoria semejante en materia de salud o experimentaremos un curso diferente?

Para entender hacia dónde se dirige la salud, es necesario analizar el problema desde una **perspectiva multidimensional**, pues la salud se verá influenciada no sólo por factores genéticos y biológicos individuales, sino por numerosos determinantes físicos, ambientales culturales y socioeconómicos. Los hábitos de vida, incluida la alimentación, la actividad física, las adicciones, las conductas peligrosas o la actividad sexual tienen también una importancia capital al igual que los factores relacionados con la atención sanitaria, o sea con el tipo, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud brindados a la población. La salud es así el producto de complejas interacciones, y los elementos que la determinan se hallan fuertemente entrelazados, influenciándose continuamente unos a otros.

En el contexto de este enfoque multidimensional, Latinoamérica enfrenta notables retos específicos que parecen prefigurar el futuro de la salud. Me refiero en particular a 6 elementos que han emergido en fecha relativamente reciente como los determinantes principales de las actuales tendencias sanitarias en nuestro país: El **envejecimiento paulatino de la población**, que trae aparejado un aumento concomitante de las enfermedades crónicas no transmisibles, los efectos imprevisibles y a menudo devastadores del **cambio climático**, la adopción de hábitos de vida marcados por el sedentarismo y la alimentación hipercalórica, que han conducido a nuestro país a una **doble epidemia de obesidad y diabetes**, el reto persistente de las **enfermedades emergentes y reemergentes** cuyo ejemplo actual más devastador es sin duda la covid-19, la inequidad en los sistemas de salud y, finalmente, los **fenómenos migratorios** internos y entre países.

1. El envejecimiento poblacional.

El envejecimiento de la población se define como un aumento en la proporción de personas que se encuentra en los grupos de mayor edad, junto con un decremento en la proporción de personas en los grupos de menor edad.

Tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. En la actualidad sólo Japón tiene una proporción superior al 30%, pero en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una proporción similar. Se espera que en América Latina y el Caribe, el porcentaje de la población mayor de 60 años alcance un 25.1%, mientras que este porcentaje será de 26.8% en América del Norte. El ritmo de envejecimiento de la población en muchos países, también es mucho mayor que en el pasado, lo que implica que la adaptación deberá ser también mucho más rápida.

Las dos causas principales de índole demográfica del envejecimiento poblacional son la declinación de la fecundidad y una mayor esperanza de vida en edades avanzadas. El **aumento de la esperanza de vida** ha sido un proceso constante y continuado en Latinoamérica (LA). De un promedio aproximado de 59 años entre 1965 y 1970, se pasó a casi 76 años en el quinquenio 2015-2020. En promedio, la población ha ganado 17 años de vida en los últimos 55 años. La esperanza de vida en LA y el Caribe alcanzará 74.7 años para los hombres y 80.7 para las mujeres en 2030. En América del Norte estas cifras serán de 79.5 y 83.4, respectivamente.

La base de la pirámide poblacional en LA y el Caribe se irá reduciendo paulatinamente, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las cuantiosas generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen la edad de 60 años. Esto producirá notorios cambios en la forma de la pirámide, que será cada vez más amplia en su cúspide y más estrecha en su base. Para el 2050 la población envejecida de 60 años o más, llegará a representar poco más de la cuarta parte de la población total (aproximadamente el 26%).

América Latina se transformará paulatinamente en una región con **más viejos que niños**. Este fenómeno se hace evidente cuando se analiza el índice de envejecimiento de la población que expresa la relación numérica que hay entre niños y adultos mayores. En 2000 había 25.3 adultos por cada 100 niños; este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Se espera que el índice alcance una razón de 113.5 adultos mayores por cada 100 niños en el 2050. A pesar de que el proceso de envejecimiento que tendrá lugar en las sociedades latinoamericanas durante las próximas décadas es muy similar al que experimentaron los países desarrollados durante el transcurso del siglo pasado, también presenta diferencias sustanciales en su velocidad, pues ocurrirá en un periodo de tiempo mucho menor y en un **contexto socioeconómico menos favorable**. Así, la Región de las Américas alcanzará mayor cantidad de personas mayores que niños menores de 15 años hacia el 2030 y lo hará 25 años antes que el promedio mundial.

Es así que los países de la región con menor desarrollo económico y con menor acceso a los sistemas de salud, tendrán grandes dificultades para hacer frente a las necesidades de una población envejecida.

El envejecimiento de la población suele ir acompañado de un aumento de la carga de enfermedades no transmisibles crónicas (ENTC), como enfermedades CV, diabetes, enfermedad de Alzheimer y otras afecciones de salud mental relacionadas con el envejecimiento, cáncer o neumopatía obstructiva crónica. Así, las ENTC serán una causa de morbimortalidad creciente en América Latina y ejercerán una enorme presión sobre sus sistemas de salud.

La población de ancianos en el continente, más propensa a las enfermedades crónicas, está creciendo de manera paulatina. El resultado será sin duda una **epidemia silenciosa de enfermedades crónicas** que ha recibido menos atención que las enfermedades infecciosas mortales como el VIH / SIDA o la tuberculosis. Hoy día, es un hecho que las ENTC son la causa principal de muerte en todas las regiones, excepto en el África subsahariana y en el sureste asiático. Si bien se prevé que la proporción del total de muertes por ENTC aumente en todas las regiones, se esperan mayores aumentos en los países en desarrollo.

El proceso de envejecimiento incrementa nuestras preocupaciones en torno a la calidad de vida. Para medir con mayor certeza la **calidad de vida de las personas**, sobre todo de las mayores de 60 años, como resultado de un aumento de la expectativa de vida, se creó el indicador de "Esperanza de Vida Saludable" que muestra el número de años que una persona de un país en promedio puede vivir con salud completa, descontando a la esperanza de vida los años en que se padece alguna enfermedad o dolencia incapacitante a edad avanzada o los relacionados con muerte prematura.

La población del hemisferio americano en promedio por enfermedad, dolencia incapacitante o muerte prematura pierde 10 años de vida saludable y su calidad de vida disminuye significativamente.

Otro de los grandes problemas frecuentemente ligados al envejecimiento poblacional es la posibilidad de que coexistan dos o más trastornos crónicos a la vez en un mismo individuo. La **multimorbilidad**, entendida como la presencia de múltiples trastornos crónicos en una misma persona, es un fenómeno frecuente en la vejez debido al aumento de la prevalencia de los trastornos crónicos en este sector de la población. La multimorbilidad se relaciona a su vez con una mayor probabilidad de aparición de discapacidades. A la edad de 50 años, la mitad de la población tiene al menos un trastorno crónico y para los 65 años, la mayoría tendrán multimorbilidad.

La población de adultos mayores de 60 requiere revisiones y tratamientos médicos frecuentes. El **gasto en atención médica** aumenta significativamente en el grupo de edad de 60 a 90. Esto se debe a que la mayoría de las dolencias de la vejez serán muy específicas, incluyendo diabetes, padecimientos neurológicos, padecimientos CV, ortopédicos, etc., que necesitan médicos e infraestructura especializados y que, finalmente, aumentan el costo del tratamiento.

El aumento en la longevidad de la población habrá de condicionar:

- 1) Un aumento en las tasas de morbilidad relacionadas con **problemas crónicos de salud**, lo que incrementará notablemente la demanda de servicios sanitarios.
- 2) Una población cada vez más envejecida, más frágil y con una **mayor tendencia a la discapacidad**, lo que puede generar tensiones pues será necesario destinar una mayor cantidad de recursos médicos y financieros para el cuidado de una creciente población de ancianos.
- 3) Una población con **multimorbilidad crónica** que plantea retos importantes a la capacidad de atención de los servicios sanitarios.
- 3) Conforme mejore la expectativa de vida, los costos en salud se desplazarán hacia edades más avanzadas y habrá un **aumento considerable en el gasto** destinado a la prevención y al diagnóstico temprano.
- 4) Ya que las enfermedades crónico-degenerativas serán las principales causas de daño a la salud, se requerirán **servicios cada vez más complejos** y con mayor grado de especialización

2. Cambio climático.

A lo largo del último medio siglo, las actividades humanas han condicionado un aumento significativo en las emisiones de dióxido de carbono y de otros gases con efecto invernadero (GEI) (principalmente metano y óxido nitroso), que atrapan calor en las capas más bajas de la atmósfera cambiando la temperatura del planeta. De acuerdo con los datos de la Organización Meteorológica Mundial (OMM), los promedios mundiales de las concentraciones de CO₂, metano (CH₄) y óxido nitroso (N₂O), alcanzaron nuevos valores máximos. Estas concentraciones representan respectivamente el 147%, el 259% y el 128% de los niveles registrados en la era preindustrial (1750). El CO₂ es el principal GEI antropógeno de la atmósfera y explica el 65% del calentamiento climático inducido por los GEI. Procede principalmente de la quema de combustibles fósiles (petróleo, carbón, gas natural y gas licuado del petróleo), de la fabricación de cemento, de los cambios del uso de suelo y de la deforestación.

El aumento en la mortalidad en invierno es un fenómeno conocido en muchos países. La mortalidad en invierno suele ser un 10 a un 25% más alta que en el verano, pero también las temperaturas altas pueden condicionar un aumento en la mortalidad, de tal modo que la curva que relaciona mortalidad con temperatura ambiental adopta una forma en "J" o en "U". El exceso de mortalidad observado a temperaturas altas puede estar relacionado con el llamado **golpe de calor**, un síndrome grave y potencialmente mortal en el que los mecanismos de regulación de la temperatura corporal son incapaces de disipar el calor corporal, pero también con un **aumento en la incidencia de enfermedades CV, infarto de miocardio, enfermedades renales y accidente cerebrovascular**. Las enfermedades CV siguen un patrón estacional en muchas poblaciones. Se describen consistentemente picos de invierno y picos corolarios vinculados a las olas de calor. Es un hecho conocido que las temperaturas extremas pueden actuar como un disparador de eventos cardiovasculares adversos debido a cambios en la presión sanguínea, en la viscosidad de la sangre, en la frecuencia cardíaca o en los niveles sanguíneos de colesterol. Especialmente, las ondas de calor pueden inducir cambios fisiológicos profundos que incluyen hipotensión, que reduce la perfusión sanguínea, deshidratación, que aumenta la viscosidad sanguínea y la tendencia a la trombosis, y el aumento de la frecuencia cardíaca que incrementa la demanda de oxígeno. Incluso las ondas de calor pueden asociarse a daño vascular endotelial.

Los individuos que viven en climas más suaves podrían ser más vulnerables a la estacionalidad. También será evidente una mayor vulnerabilidad CV en grupos de riesgo como ancianos, trabajadores que llevan a cabo labores físicas arduas en ambientes no acondicionados y personas con condiciones médicas preexistentes como enfermedad CV o insuficiencia cardíaca. Entre más intensas y duraderas sean las olas de calor, mayor será la mortalidad por **infarto e insuficiencia cardíaca**.

Por otra parte, la **contaminación del aire** y el cambio climático están fuertemente relacionados. Los gases con efecto invernadero como el CO₂, el metano o el óxido nítrico, atrapan calor en las capas bajas de la atmósfera lo que aumenta las concentraciones de importantes contaminantes ambientales como monóxido de carbono, ozono, dióxido de nitrógeno y dióxido de azufre, especialmente relevantes para la salud cardiopulmonar y el desarrollo de cáncer. Por cada elevación de 10 ug/m³ en las partículas finas del aire, se registra un aumento paralelo de la mortalidad general, de la **mortalidad cardiopulmonar** y de la mortalidad por **cáncer** de 4, 6 y 8%, respectivamente.

De acuerdo con los datos más recientes disponibles, más de 5.5 millones de personas mueren prematuramente cada año por contaminación del aire. Es un hecho conocido que 85% de la población mundial vive en áreas donde la calidad del aire no se ajusta a las recomendaciones de la OMS.

Finalmente, el comportamiento y la frecuencia de las **enfermedades transmitidas al hombre por vectores** como mosquitos, pulgas o garrapatas, pueden verse afectados por el cambio climático. Los cambios de temperatura, precipitaciones o humedad, modifican la conducta, reproducción, distribución, número y estacionalidad de los vectores, de los hospederos y de los reservorios naturales. En muchas regiones del mundo, es factible que el cambio climático genere condiciones propicias para el desarrollo y la propagación de las enfermedades transmitidas por vectores que se corresponden burdamente con 14 a 18 °C en el extremo inferior y 35 a 40 °C en el extremo superior. Según la OMS, la malaria, la leishmaniasis, la tripanosomiasis la enfermedad de Chagas, el dengue, el zika, la fiebre amarilla y otras enfermedades similares, son responsables de 1/6 parte de la carga de enfermedades y de la discapacidad

alrededor del mundo y explican cada año más de 1,000 millones de infecciones y más de un millón de muertes.

3. **Modificaciones en los hábitos de vida (doble epidemia de obesidad y diabetes).**

Todos los países de América Latina y el Caribe han incrementado sus tasas de obesidad en adultos, siendo un fenómeno más extendido en mujeres. Salvo en Haití (38,5%), Paraguay (48,5%) y Nicaragua (49,4%) el sobrepeso afecta a más de la mitad de la población de todos los países de la región, siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas.

De hecho, la prevalencia más alta de **sobrepeso y obesidad** se encuentra hoy día a nivel mundial en la región de las Américas (62% para el sobrepeso en ambos sexos y 26% para la obesidad).

La obesidad es un fenómeno cada vez más generalizado en la región. En total, 24 países de América Latina y el Caribe presentan una proporción de personas obesas en valores cercanos o superiores al 20% de la población.

Las causas de este fenómeno en la región son múltiples e incluyen cambios en los patrones alimentarios, con aumento en la disponibilidad de productos ultra procesados con alto contenido de azúcar, grasa y sal, y una disminución de las preparaciones culinarias tradicionales preparadas con alimentos frescos y saludables. Todo esto se suma a estilos de vida más sedentarios, jornadas laborales extensas, desregulación del mercadeo y de la publicidad de productos alimenticios no saludables.

El número de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los cinco y los 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos decenios. En América la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años oscila entre 18.9 y 36.9%, y entre 16.6 y 35.8% en adolescentes entre los 12 y los 19 años.

Pero ¿cuál es la relevancia de la obesidad infantil? Por principio es un hecho conocido que los niños que son obesos a la edad de 6 años tienen un 27% de probabilidad de ser obesos cuando sean adultos, mientras que esta probabilidad aumenta al 75% en niños que son obesos a los 12 años. Un niño obeso tiene además 12.6 más probabilidades de tener diabetes mellitus y 9 veces más probabilidades de ser hipertenso a edad más temprana que los niños no obesos.

El riesgo de complicaciones CV incluyendo **hipertensión, ACV, enfermedad coronaria, diabetes tipo 2 y enfermedad renal**, aumenta a medida que el IMC se incrementa. La más alta categoría de riesgo incluye individuos con un IMC mayor de 40 Kg/m², pero un aumento en la incidencia de tales padecimientos ocurre desde que el IMC excede los 27 Kg/m².

Si estas tendencias en torno a la obesidad y el sobrepeso continúan, se prevé que para el 2045 existan en el mundo alrededor de 629 millones de personas con **diabetes**. Los principales incrementos tendrán lugar en las economías en desarrollo.

4. **Enfermedades emergentes y reemergentes (riesgo de pandemias).**

Entre el 2011 y el 2018 la OMS registró 1483 eventos epidémicos en 172 países alrededor del mundo. Enfermedades como la influenza, el síndrome respiratorio

agudo severo (SARS), el síndrome respiratorio de Oriente medio (MERS), el Ébola, la enfermedad por virus Zika o la fiebre amarilla parecen presagiar una nueva era caracterizada por brotes infecciosos con gran potencial para la rápida extensión, con grave impacto sanitario, y que resultan difíciles de contener debido a múltiples factores que incluyen dificultades para la detección oportuna, falta de disponibilidad de cuidados básicos, rastreo de los contactos, problemas con periodos de cuarentena y procedimientos de aislamiento o falta de coordinación de los servicios sanitarios.

Las **pandemias** suponen un grave riesgo sanitario que puede tener un gran impacto socioeconómico e incluso político. En las últimas décadas, se han conjuntado numerosos factores sociales, ambientales, socioeconómicos, climáticos y ecológicos que han incrementado sustancialmente el riesgo pandémico y que incluyen un aumento en la integración y en la movilidad global, con viajes cada vez más largos y rápidos de grandes núcleos de población, urbanización creciente, cambios climáticos, aumento de flujos migratorios, aumento de la pobreza, surgimiento de zonas de conflicto, cambios en el uso de suelo y sobre explotación de los recursos naturales, etc.

De acuerdo con los expertos, más del 75% de las enfermedades emergentes se originan en los animales, por lo que son también llamadas **zoonosis o enfermedades zoonóticas**, lo que significa que pueden "saltar" desde los animales hacia las personas. Al menos 10 de los brotes del último siglo se han extendido a los seres humanos a partir de animales como murciélagos, aves o cerdos. Por desgracia, se espera que estas enfermedades continúen propagándose a medida que la población global se incrementa, debido a la intrusión creciente en ambientes salvajes, que nos pone en contacto con criaturas que pueden albergar diferentes tipos de virus u otros patógenos.

Debido a la estrecha relación entre las personas y los animales, es importante conocer las vías más comunes por la transmisión a los humanos de gérmenes que causan enfermedades zoonóticas:

- a) Contacto directo con saliva, sangre, orina, moco heces u otros fluidos de animales infectados o mediante mordeduras o arañazos de mascotas u otros animales.
- b) Contacto indirecto con áreas donde los animales habitan o transitan, o con objetos o superficies que han sido contaminadas con gérmenes.
- c) A través de vectores como mosquitos, garrapatas, chinches, etc.
- d) A través de alimentos contaminados como leche sin pasteurizar, alimentos mal cocidos, verduras o frutas contaminadas con heces, etc.
- e) Beber o entrar en contacto con agua que ha sido contaminada con heces de un animal infectado

El ejemplo actual más devastador de una zoonosis es la **covid 19**. En diciembre de 2019 una serie de enfermedades respiratorias agudas ocurrieron en Wuhan, China y en otras áreas. Pronto se descubrió que el responsable era un coronavirus, que fue llamado **SARS-CoV2**, debido a su gran similitud, de casi el 80% con el SARS-CoV que causó el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y una elevada mortalidad en 2002-2003. Se considera ahora que el brote de SARS-CoV-2 se inició por transmisión zoonótica en el mercado de alimentos marinos de Wuhan. Más tarde se reconoció la transmisión entre humanos y su papel en el brote

subsiguiente. La enfermedad causada por este virus fue llamada Covid-19 y fue calificada por la OMS como pandemia el 11 de marzo de 2020.

Hasta el 7 de febrero de 2021, se han documentado un total de 105,856,046 casos de la enfermedad y se han registrado ya 2,311,227 muertes alrededor del mundo. De acuerdo con datos del INEGI, la covid 19 se ubicaba ya en agosto de 2020 como la segunda causa de muerte en México sólo por debajo de las enfermedades del corazón y es probable que sea reconocida como la primera causa de muerte cuando contemos con las estadísticas completas del 2020.

5. Fenómenos migratorios.

En la actualidad, las migraciones continúan siendo la principal vía de escape ante la guerra, los conflictos sociales, políticos o religiosos, los desastres naturales, las amenazas climáticas y las penurias económicas. El volumen de las migraciones y el hecho de que buena parte de los migrantes se desplacen entre regiones del mundo con condiciones de salud y perfiles epidemiológicos diferentes tienen importantes consecuencias tanto para la salud de los migrantes como de las poblaciones receptoras. A ello se suman las circunstancias culturales, las barreras idiomáticas, el rechazo hacia las poblaciones inmigrantes, así como las privaciones económicas, las epidemias, la inseguridad alimentaria, los peligros asociados al medio ambiente, la discriminación racial y la falta de acceso a los servicios de salud. Éstos entre otros factores, exponen a los migrantes a condiciones de riesgo en relación con accidentes laborales, violencia, abuso de drogas, trastornos mentales, tuberculosis, infección por VIH o SIDA, y otras enfermedades infecciosas. Cabe añadir que las migraciones son también un elemento importante en la **propagación de enfermedades** emergentes o reemergentes.

6. Inequidades en los sistemas de salud

Es evidente que los costos de la salud se incrementarán debido a la creciente incidencia de las enfermedades crónicas, al envejecimiento poblacional y a la comercialización de tecnologías nuevas y más costosas. En consecuencia, aumentará la presión social y, con ella, la urgencia de poner en práctica políticas de salud eficientes y equitativas. A pesar de los progresos regionales en materia de salud, asociados al desarrollo económico y a la incorporación de nuevos recursos, la pobreza y las inequidades en los sistemas de salud continúan siendo un problema. En relación con el financiamiento de la salud, entre el 2010 y el 2015 el gasto público en la Región de LA y el Caribe aumentó, pero a un ritmo muy lento. Inclusive algunos países exhibieron ajustes negativos del gasto en salud con respecto al aumento del PIB.

Para que el sistema de salud funcione correctamente, cada país debe diseñar un sistema de financiación que cubra las necesidades de su población y garantice el acceso a los servicios sanitarios.

La falta de financiación y la falta y/o ineficiencia del uso de los recursos, dificulta el acceso y la cobertura universal de salud, provocando una oferta deficiente de servicios, especialmente para las poblaciones más vulnerables.

Al analizar el gasto sanitario durante el año 2014 como porcentaje del PIB puede verse que salvo algunas excepciones, América Latina se encuentra lejos del nivel que exhiben los países desarrollados. Mientras que en países como Alemania, Inglaterra y Japón, el gasto total en salud representó en promedio un 10% del

PIB con un pico encabezado por Estados Unidos que destinó 17.1% de su PIB, en los países de América Latina el gasto sanitario no alcanzó ni siquiera el 7% del PIB de cada país. Las dos excepciones estuvieron representadas por Costa Rica y Cuba con un porcentaje de gasto en salud respecto del PIB del 9,3% y 11,1% respectivamente.

Impacto en el seguro de persona.

El incremento notable en la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, ejercerá notables presiones en el costo de los seguros de salud, que podrían volverse inviables bajo el esquema tradicional. Se espera por otra parte, que los cambios recientes en el perfil epidemiológico, amplíen la brecha (gap) de cobertura en el seguro de salud. El proceso creciente de envejecimiento en América Latina y el Caribe, que ocurrirá a una mayor velocidad que en el resto del mundo, nos obliga a mirar a los individuos de la tercera edad como población "blanco" en el diseño de seguros de vida y salud. Los productos indemnizatorios (enfermedades graves, productos relacionados con el cáncer, enfermedades incapacitantes avanzadas, enfermedades nerviosas del adulto mayor, fracturas. etc.) pueden constituir una opción ante el nuevo perfil demográfico y el aumento en los costos de la cobertura de salud.

La diabetes será sin duda una de las principales "pandemias" y exigirá un nivel especial de atención con diseño de productos específicos. Es probable que se requieran nuevos esquemas de cobertura que apunten hacia un "seguro de salud universal" con la participación de la iniciativa privada en conjunto con los sistemas de atención pública.

A pesar del inminente incremento en la carga de enfermedades crónicas no transmisibles que traerá aparejado el cambio ya comentado en el perfil epidemiológico de América Latina, aun no contamos con los recursos necesarios para predecir sus alcances, especialmente en las personas actualmente asintomáticas que solicitan un seguro de vida o de salud. Las pruebas genéticas suponen riesgos importantes de antiselección, aumento en los costos de suscripción, problemas de naturaleza legal o casos de discriminación. Por otra parte, la correlación entre perfil genético y riesgo de enfermedad pocas veces resulta determinante y por lo general sólo indica una predisposición, pues el desarrollo de la enfermedad dependerá de múltiples factores. Hoy más que nunca, los sistemas de salud y las propias compañías de seguros deberán enfatizar el manejo de los factores de riesgo y la detección temprana de los padecimientos.

Finalmente, la industria del seguro deberá prepararse ante escenarios catastróficos relacionados con eventos pandémicos, enfermedades reemergentes y emergentes que pueden, como en el caso de la covid 19, producir importantes sesgos en la siniestralidad proyectada.

Los datos personales en el sector asegurador.

Dr. Israel Trujillo Bravo

Los datos personales en el sector asegurador.

Dr. Israel Trujillo Bravo

I. Fundamento del Derecho de Protección de datos personales.

El derecho a la protección de datos personales, tiene su origen en el Derecho Internacional, cuyos fundamentos son en el artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹, del 10 de diciembre de 1948; el artículo 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) de 1966²; el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 19 de diciembre de 1966³; el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos del 4 de noviembre de 1950⁴; asimismo el artículo 7 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea suscrita en Niza el 7 de diciembre de 2000⁵. Con base en los antecedentes antes mencionados, en México, se reguló dicho derecho fundamental; como parte del derecho a la privacidad; posteriormente se le reconoció como un derecho autónomo en el segundo párrafo del artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁶. El reconocimiento a la protección de datos personales trascendió de lo constitucional a su regulación en las siguientes leyes: Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG), y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), publicada en el año 2010; misma que es aplicable al sector asegurador.

II. Incumplimiento a las sanciones derivadas del derecho de protección de datos personales.

A raíz de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de 2011, se dio mayor énfasis a la regulación que tiende a fomentar el respeto a los derechos fundamentales, hecho que fortaleció la cultura normativa, el respeto y las sanciones para todo tipo de violaciones a estos derechos fundamentales.

En cuanto a la protección de los datos personales en el sector asegurador, el reflejo de lo anterior se materializó en las sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Acceso a la Información (INAI), por incumplimiento a lo establecido en la LFPDPPP.

El incumplimiento a la normatividad aplicable en materia de datos personales puede generar las siguientes sanciones:

- 1 Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.
- 2 Artículo 11. Protección de la Honra y de la Dignidad: 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. 2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación.
- 3 Artículo 17: 1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación. 2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.
- 4 Artículo 8. Derecho al respeto a la vida privada y familiar 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia. 2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.
- 5 Artículo 7. Respeto de la vida privada y familiar Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de sus comunicaciones.
- 6 Adicionado por Publicación en el Diario Oficial de la Federación del 01 de junio de 2009.

A. AMONESTACIONES.

B. MULTAS: DE (\$8,962.00 A \$28, 678,6400.00)- A 2021, por conductas como:

- a. Actuar con negligencia o dolo en la tramitación de solicitudes de acceso; rectificación, cancelación u oposición de datos personales; declarar dolosamente la inexistencia de datos personales, cuando exista total o parcialmente en las bases de datos del responsable; omitir en el aviso de privacidad; mantener datos personales inexactos cuando resulte imputable al responsable, o no efectuar las rectificaciones o cancelaciones de los mismos que legalmente procedan cuando resulten afectados los derechos de los titulares; llevar a cabo la transferencia o cesión de los datos personales, fuera de los casos previstos en la LFPDPPP; recabar o transferir datos personales sin el consentimiento expreso del titular, en los casos en que este sea exigible; obstruir los actos de verificación de la autoridad, recabar datos en forma engañosa y fraudulenta, continuar con el uso ilegítimo de los datos personales cuando se ha solicitado el cese del mismo por el instituto o los titulares.

φ TRATÁNDOSE DE DATOS PERSONALES SENSIBLES LAS PENAS SE DUPLICAN DE (\$17,924.00 pesos A \$57,356,800.00 pesos).

C. ACTUALIZACIÓN DE DELITOS ESPECIALES: que van de 3 meses a 6 años de prisión.

Un ejemplo de los casos presentados en el sector asegurador es aquel en que, una **Compañía Aseguradora** proporcionó indebidamente a su cliente el formato original de Declaración Universal de Accidente, en el que se contenían datos personales del conductor con quien había sufrido el incidente, entre ellos, su nombre, domicilio, teléfono, edad, sexo y narración de hechos, lo que le aparejo como consecuencia la imposición de una multa por parte del INAI de **2 millones 978 mil pesos**.

III. POSIBLES ACCIONES CONTRA EL USO INDEBIDO DE DATOS PERSONALES.

No obstante, lo anterior la transgresión al derecho a la protección de datos personales, no solo se materializa en las sanciones, sino en las acciones que tienen los titulares para salvaguardar dicho derecho, mismas que se pueden resumir en las siguientes:

- I. **PROCEDIMIENTO DE DERECHOS ARCO:** el titular o su representante legal, puede solicitar al responsable en cualquier momento el acceso, rectificación, cancelación y oposición, respecto a los datos personales que le conciernen.
- II. **PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS:** Se inicia a instancia del titular o de su representante, expresando el contenido de la reclamación y de los preceptos de Ley que se consideran vulnerados, es presentada ante el INAI. Procede cuando el responsable no da respuesta o la que da no es suficiente al ejercicio de los derechos ARCO.
- III. **PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN:** Procede de forma oficiosa, cuando se dé el incumplimiento a resoluciones dictadas con motivo de procedimientos de derecho, no obstante puede ser a petición de parte.
- IV. **PROCEDIMIENTO DE IMPOSICIÓN DE SANCIONES:** se da cuando con motivo del desahogo del procedimiento de protección de derechos o del procedimiento de verificación que realice el Instituto, éste tuviera conocimiento de un presunto incumplimiento de alguno de los principios o disposiciones de esta Ley, da lugar a amonestación, multa o actualización de un delito.

V. **ACCIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y DAÑO MORAL**, derivado del daño que acusa al titular el mal uso de sus datos.

VI. **JUICIO DE AMPARO**: Teniendo el carácter de autoridad, el particular que haga mal uso de los datos personales del titular.

Como hemos expuesto, es de vital importancia tener claridad y conocimiento en las obligaciones que tenemos como integrantes del Sector Asegurador en materia de protección de datos personales, con la finalidad de no generar la activación de las acciones mencionadas, y sobre todo evitar sanciones que pueden generarse de eventos cotidianos y no esperados de la operación.

Any opinions and/or views expressed herein are solely those of the authors and do not necessarily represent those of Swiss Re. Although all the information used herein was taken from reliable sources, Swiss Re does not accept any responsibility for the accuracy or comprehensiveness of the details given. All liability for the accuracy and completeness thereof or for any damage resulting from the use of the information contained in this publication is expressly excluded. Under no circumstances shall Swiss Re or its Group companies be liable for any financial and/or consequential loss relating to this document.

Cualquier contenido, opinión, o punto de vista aquí expresado es responsabilidad de los autores y no necesariamente son los puntos de vista u opiniones de Swiss Re. Aún cuando la información aquí señalada venga de fuentes fiables, Swiss Re no acepta responsabilidad alguna por la precisión o extensión de la misma. Toda la responsabilidad por la precisión o extensión de este material, o por cualquier daño que resulte del uso de la información contenida en esta publicación, está expresamente excluida. Bajo ninguna circunstancia el grupo Swiss Re o sus compañías será responsable por cualquier tipo de daño o perjuicio que se relacione con este documento.

2021
Swiss Reinsurance Company

Título:
"XVIII Memorias, Jornadas Seguro y Reaseguro 2021"

Autores:
Gerardo Trigueros
Javier González Maciel
Israel Trujillo Bravo

Publicado por:
Swiss Re México Servicios, S. de R.L. de C.V.

Swiss Re México Servicios, S. de R.L.
de C.V.
Insurgentes Sur 1898 Piso 8
México, D.F. 01030

Tel. +52 5322 8400
www.swissre.com