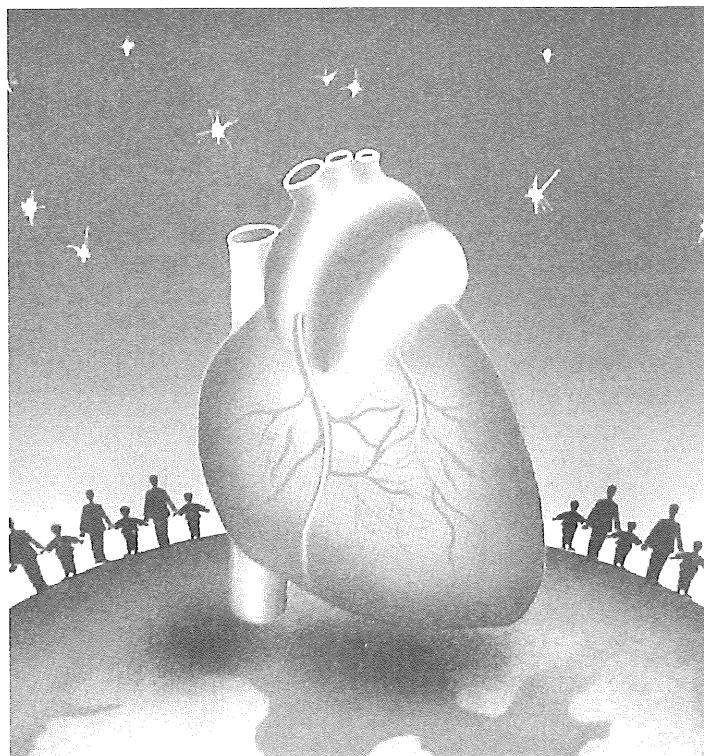
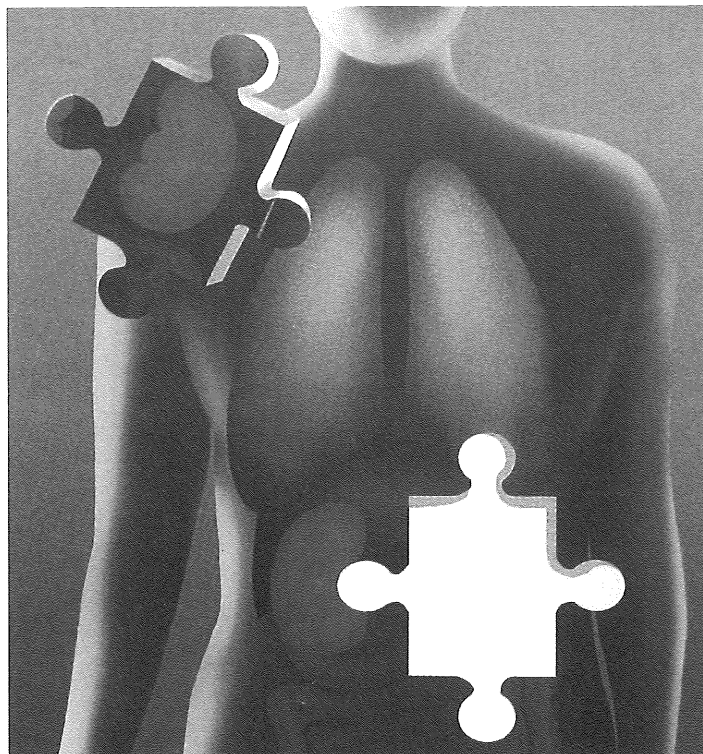




Trasplantes y medicina del seguro

En general se tiene la impresión de que el trasplante de órganos es un método terapéutico excepcional, con una incidencia mínima o muy circunstancial en la medicina de los Seguros de Vida. Puede parecer sorprendente, pero la realidad es algo diferente.

Por citar un ejemplo que nos es muy próximo, indicamos que la última década en España ha visto un desarrollo espectacular en este campo, casi 100.000 personas han sido trasplantadas en este período de tiempo y las expectativas son de crecimiento continuo y acelerado.

Este aumento de frecuencia ha cambiado nuestro entorno en lo referente a este concepto y, por tanto, debiéramos prepararnos para recibir solicitudes de seguro de candidatos trasplantados.

A título comparativo, y para darnos una idea global del grado de evolución

en los trasplantes, en el siguiente cuadro mostramos el número de trasplantes realizados en España en 1.989 con los estimados al cierre de 1.999:

TRASPLANTES	AÑOS	
	1989	1999 (Datos apróx.)
Riñón	1.039	2.000
Hígado	170	920
Corazón	97	350
Pulmón (1990)	2	130
Cornea	960	2.400
Médula ósea	390	2.200

En relación con los trasplantes y desde la valoración de la industria de Seguros de Vida, se deben tener en cuenta, entre otros, los siguientes puntos:

1.- Estudio de los datos científicos objetivos. Es necesario deslindar la noticia de prensa de los datos reales a medio y largo plazo. Hay una tendencia a

ver los trasplantes como noticia revestida de triunfalismo y espectacularidad con datos mezclados con impresiones y declaraciones de la familia y de los equipos que han llevado a cabo el trasplante, pero con una información más bien escasa de su evolución en el tiempo, que es precisamente lo que más interesa a la medicina del Seguro de Vida.

2.- Análisis y valoración de los riesgos de forma objetiva, rigurosa y prudente. El factor de emocionalidad que rodea a los receptores de un trasplante, y también la consideración del grado de sufrimiento y tensión emocionales por el que han pasado la gran mayoría de los trasplantados, hace que sea necesaria una selección cuidadosa, aclarando previamente todos los puntos, ya que ante cualquier reclamación posterior, los agentes externos al Sector (Prensa, Asociaciones de Consumidores, Tribunales de Justicia,...) "resuelve-

rán”, en principio, en contra de la entidad aseguradora.

Este factor emocional influye en todos los estratos de la medicina asistencial y sería muy difícil, por ejemplo, que a un trasplantado de hígado o de corazón se le denegasen los beneficios asociados a la invalidez.

Es importante que consideremos este entorno y que pensemos ya desde un principio que, salvo en casos excepcionales, la contratación de la garantía de invalidez debe ser rehusada.

3.- Solicitud de la documentación apropiada. En muchas ocasiones, especialmente con capitales de menor cuantía, debemos resignarnos a prescindir de información clínica o complementaria que podría tener gran importancia en la valoración de las diferentes entidades patológicas. Las razones de funcionalidad y resolución se imponen.

En relación con los trasplantes, opinamos que no hay lugar para esta actitud. Estos pacientes, por la naturaleza de su enfermedad original y también por el tipo de intervención realizada, disponen de una buena información científica sobre sus personas y el no facilitarla al servicio médico de la compañía debe ser un motivo para rehusar la suscripción.

Como documentación básica deberíamos contar con los informes que motivaron la decisión del trasplante, que lógicamente incluirían la causa del fallo orgánico determinante. Es además importante analizar la evolución, los diferentes tratamientos aplicados, las complicaciones surgidas y el estado actual, mediante informe que no debe tener más de tres meses de antigüedad.

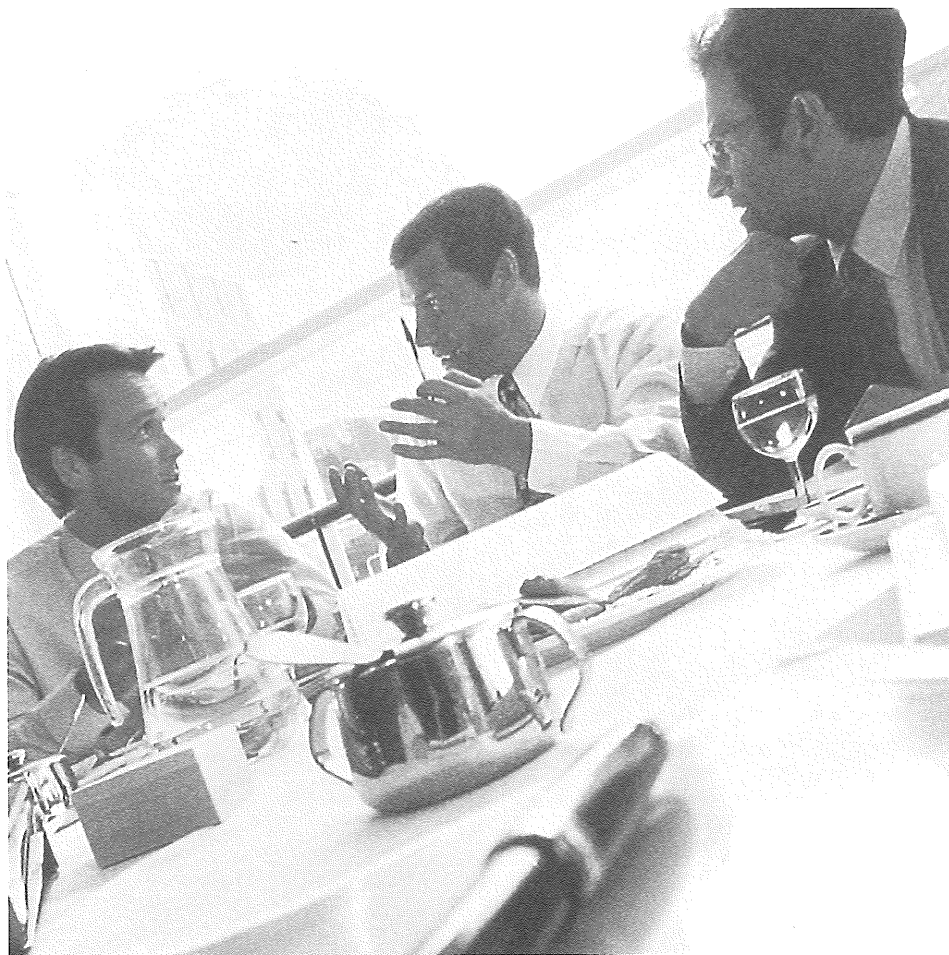
4.- Dificultad para enjuiciar la mortalidad real. Por la naturaleza de la medicina, en rapidísimo avance en este campo, no contamos con estadísticas precisas de la mortalidad según el tipo de trasplante. Además, la variación según los factores asociados y las diferencias de asignación según las instituciones o centros hospitalarios complican su análisis.

5.- Riesgo por diferentes criterios de valoración médica. Es precisamente

en los trasplantados donde se puede apreciar la diferencia fundamental entre la medicina clínica y la medicina de los Seguros de Vida en cuanto a la valoración del riesgo.

Si, por ejemplo, se toman 100 trasplantados de riñón, entre los 40 y los 50 años de edad, y se observa que la mortalidad al cabo de 5 años es de 15 (15%), podremos decir que el resultado es “muy bueno” porque viven 85, cifra muy superior a la que tendríamos de no haber realizado el trasplante.

6.- Prestigio de las compañías. Como indicábamos previamente, los trasplantes se encuentran rodeados de un factor emocional del que no podemos inhibirnos. Por otro lado, nunca debemos olvidar el objetivo social y humano que tienen los seguros. En general, existe un deseo de conceder el seguro solicitado a la persona trasplantada y una compañía que sistemáticamente rehusa a los trasplantados de órganos vitales se expone a ser tachada de ser insensible a las necesidades sociales.



Ahora bien, esta mortalidad se puede considerar como “muy mala”, dado que es muy superior a la media de la población general. Como punto de referencia a este respecto observamos que la probabilidad de fallecimiento según la GKM80 a los 45 años es de 3,69 por mil y que en 5 años morirían 23 personas de cada mil.

Se observa como, a pesar del buen resultado clínico, el resultado comparado con la media de la población requiere una valoración muy prudente a la hora de considerar una suscripción.

Principios de Asegurabilidad

En la actualidad, de los trasplantes más habituales se deben considerar como en fase de muy dudosa asegurabilidad los de: corazón, hígado, páncreas y pulmón.

En estos casos, sólo de forma “en estudio” o experimental, la compañía puede arriesgarse a ir adelante con la suscripción teniendo en cuenta la com-

probación cuidadosa de los siguientes puntos:

- Paciente estable después de 2 años, como mínimo, desde el trasplante.
- Información rigurosa, satisfactoria y actualizada.
- Capital moderado.
- Única cobertura de la garantía de fallecimiento.
- Limitar el período de cobertura a un máximo de 10 años.

Por su importancia en el número y por ser los trasplantes de los que tenemos mayor historia y por tanto experiencia, nos detendremos con mayor detalle en el trasplante renal y en el de médula ósea.

TRASPLANTE RENAL

Los factores a tener en cuenta para valorar el pronóstico son:

- Edad.
- Dosis de inmunosupresores: cuanto más alta es la dosis, peor es el pronóstico.
- Tipo de donante: tienen mejor evolución los trasplantes procedentes de sujetos vivos que los de cadáver.
- Albuminuria o hipertensión: la presencia de estos signos agrava el pronóstico. En cualquier caso, y si la causa original del fallo renal era la glomerulonefritis, indican la probabilidad de recurrencia de la enfermedad original.
- La diabetes y la nefropatía diabética previa agravan el pronóstico.

Debemos recordar que el 50% de las muertes se deben a complicaciones cardiovasculares, que se aceleran de forma manifiesta tras el trasplante, y el 20-25% a problemas infecciosos relacionados, en general, con la medicación inmunosupresora.

Está claro que la alta mortalidad durante el primer año tras el trasplante no permite la suscripción en este período de tiempo.

Básicamente se pueden considerar candidatos al seguro aquellos trasplantados que hayan superado la barrera del primer año y se encuentren bien, sin diabetes manifiesta, hipertensión ni albuminuria y tengan una buena función renal (estudio de urea y creatinina en sangre). También debemos asegurarnos de que el paciente es responsable y sigue las indicaciones de la unidad nefrológica asignada.

La siguiente tabla de mortalidad, para los pacientes en buen estado y que hayan superado el primer año tras el trasplante, ha sido desarrollada en una prestigiosa publicación médico-científica:

Edad	Trasplante de cadáver	Trasplante de persona viva
x < 20	Rehusar	Rehusar
20 - 40	+500%	+400%
41 - 50	+400%	+300%
x > 50	+300%	+200%

matología febril, alteración de la función hepática, exantema cutáneo, diarrea y síndrome artrítico. Esta enfermedad tiene una gran variabilidad según los casos, variando desde una simple molestia a causar la muerte.

En el caso de que la enfermedad original haya sido superada, se puede establecer el siguiente baremo para la garantía de fallecimiento:

- Dentro de los 5 primeros años para leucemia, o dentro de los 2 primeros años para aplasia: REHUSAR.
- Con recuentos normales y sin E.T.H. ni otras complicaciones: +100%.
- Sin recurrencia de la enfermedad inicial, recuentos sanguíneos normales y solamente una ligera E.T.H.: +300%.
- Más que ligera - moderada E.T.H.: REHUSAR.



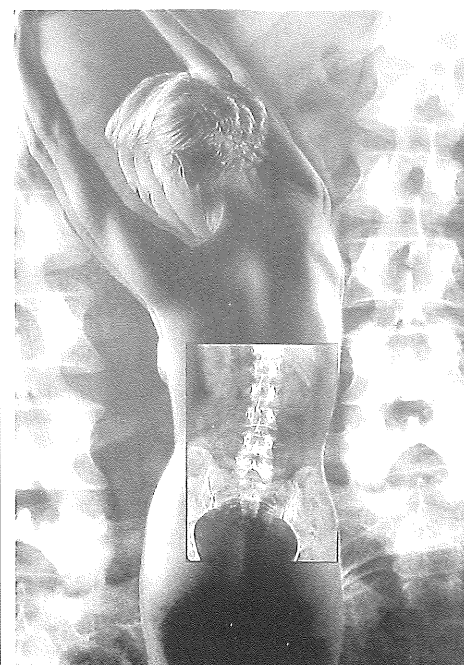
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Se usa en múltiples alteraciones hematológicas, pero la mayor parte de los casos se orienta al tratamiento de:

- Aplasias o fallo de la médula para fabricar células, con un éxito que llega al 80%.
- Leucemias, con una tasa de curación que oscila entre el 30 y el 50%.
- Otras alteraciones genéticas, enzimáticas, como talasemia mayor, anemia de células falciformes...

En los trasplantes de médula ósea se deben tener en cuenta dos problemas fundamentales:

- La evolución de la enfermedad inicial.
- La enfermedad del trasplante contra el huésped (E.T.H.) con sinto-



Seguro de Invalidez (II)



En nuestro número anterior desarrollamos las principales líneas que marcan la actualidad de los seguros de invalidez y destacamos diferentes consideraciones médicas, ocupacionales y financieras de su suscripción. En el presente artículo, vamos a dar nuevas pinceladas sobre la actualidad de este tipo de cobertura en sus aspectos de tarificación y liquidación de siniestros.

Tarificación

La tarificación es la última parte de la suscripción del riesgo, la fase en la

que será determinante el conocimiento que se haya obtenido a lo largo del proceso de selección.

De nuestra experiencia en la tarificación de este tipo de garantías podemos destacar las siguientes líneas de actuación como respuesta a las dudas que sobre este tema hemos observado en el mercado, y que no por obvias dejan de ser importantes:

- Los criterios de tarificación de esta garantía complementaria no coinciden siempre con los empleados para la garantía principal.

- Debemos prestar gran atención a la incorporación a la tarificación del riesgo subjetivo, ya que este tipo de riesgo tiene una incidencia en invalidez mucho mayor que en fallecimiento.

- Los clientes que tienen una alta sobremortalidad son siempre un elevado riesgo en invalidez. La experiencia demuestra que aquellos sujetos que tienen una sobremortalidad igual o superior a +150%, en general, se deben rehusar para los complementarios.

- Efectividad de la utilización relativa de cláusulas de exclusión. Muy frecuentemente se observan situaciones que, aunque en el momento actual no producen invalidez, es fácil que la produzcan en el futuro. Debemos tener un cierto cuidado de no abusar del empleo de exclusiones, puesto que ello, en cierta medida, produce una imagen de entidad conservadora o rígida en exceso, a la vez que nos va a complicar el proceso de tramitación de los posibles siniestros.

Sin embargo y como mencionábamos en la primera entrega de este artículo, cuando se sospechen problemas psiquiátricos o de origen osteosquelético, si no podemos obtener una información rigurosa y que despeje nuestras dudas es preferible incluir este tipo de cláusulas.

- Todo el mundo sabe que un cliente es "rehusable por principio" en esta cobertura cuando en el momento de contratar una póliza ya está inválido. Esto que parece tan evidente conviene que se recuerde porque en ocasiones no se tiene en cuenta adecuadamente.

Por ejemplo, cuando en seguros colectivos se incluye toda la plantilla de una determinada entidad y todos los miembros han sido asegurados de vida e invalidez con una nula o mínima selección, nos podemos encontrar con que alguno ya lleve de baja algunos meses o esté tramitando o a punto de tramitar la invalidez ante la Seguridad Social. Debemos tener cuidado para detectar a estas

personas y evitar que contraten la garantía complementaria hasta que alcancen la situación de alta o hasta que se haya podido estudiar y valorar su incidencia.

- Cuando un colectivo tiene características de alto riesgo, es común recomendar exclusiones de tipo general. Se suelen excluir las lesiones o afecciones preexistentes y las autoinfligidas. Según las situaciones, también se excluyen las lesiones producidas por guerra, por problemas psiquiátricos, por deportes peligrosos, o por rechazo a someterse a un tratamiento médico adecuado.
- Al igual que con la garantía de fallecimiento, es habitual estudiar el número de casos de invalidez que se producen durante un plazo concreto en una cartera, en un grupo o, en general, en la sociedad en la que actúa una determinada aseguradora, para luego plasmarlo en las normas de suscripción y tarifas.

En estos casos, debemos tener en cuenta que es importante que consideremos las características sociales-profesionales-médicas propias de cada cartera, grupo o comunidad y estar dispuestos a introducir constantes cambios. Está claro que la incidencia de invalidez no es la misma en países diferentes, que tampoco será igual en un entorno de inestabilidad laboral que en uno estable y que variará dependiendo de la calidad y dotación de los servicios médicos de la zona donde se encuentren los asegurados.

Liquidación de Indemnizaciones

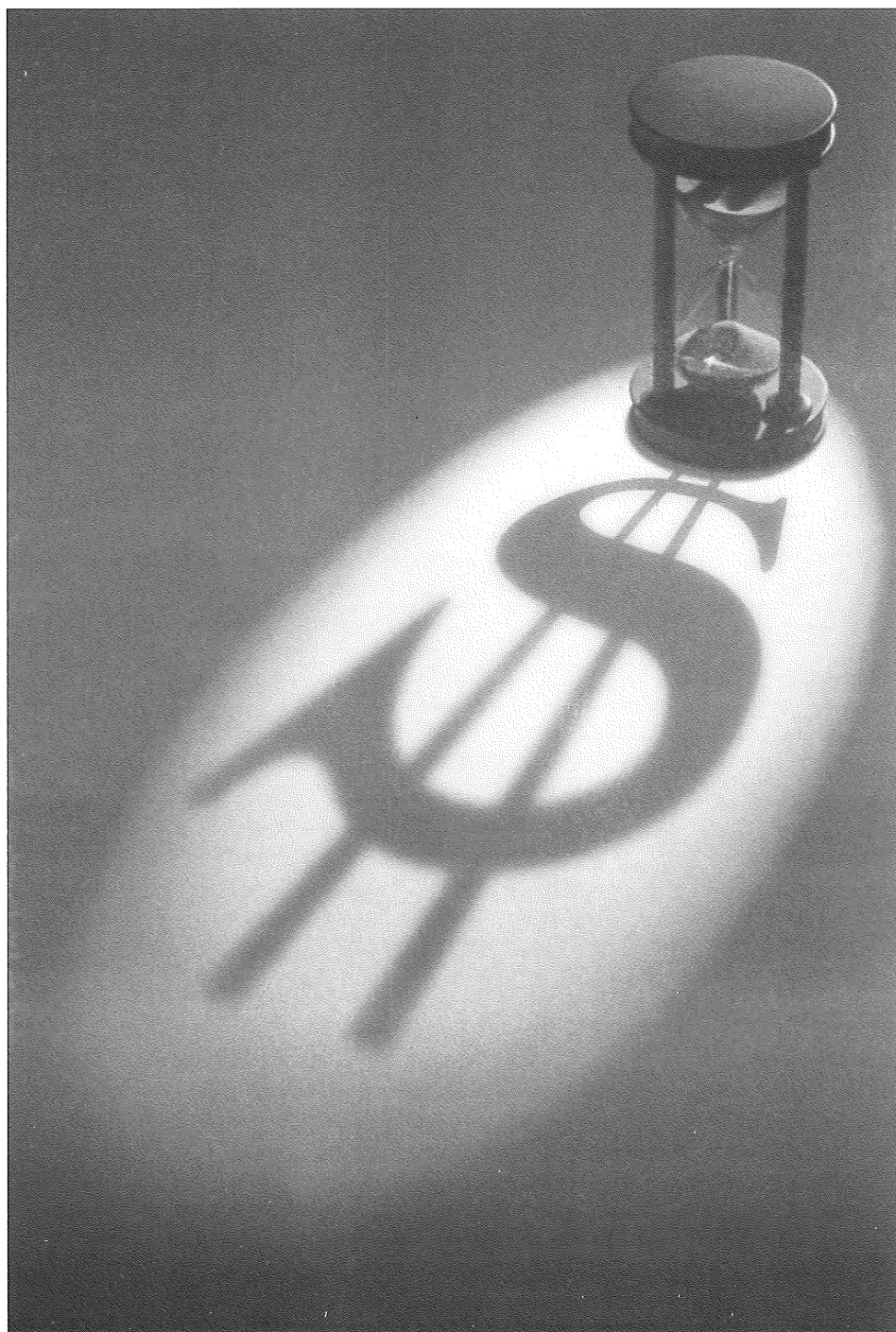
El caso más común es aquel en el que se ha contratado un capital que la aseguradora debe abonar al cliente cuando se produce una invalidez. No está de más indicar aquí que sería mucho más lógico y más beneficioso para el sector, y seguramente para el beneficiario, cambiar esta forma de prestación por indemnizaciones en forma de renta.

Ocurre muy a menudo que el cliente aporta como prueba de su invalidez el dictamen de la Seguridad Social donde se declara una Invalidez Total para su trabajo habitual o una Invalidez Absoluta para todo tipo de trabajo.

Siempre que sea posible desligar la cobertura del ámbito jurídico laboral, el clausulado de la póliza debe dejar claro que cualquier informe, certificado o resolución externa a la aseguradora será estudiado cuidadosamente, pero será la propia aseguradora, a través de sus servicios

técnicos de valoración, la que finalmente determine el grado de invalidez.

Básico también será obtener informes médicos anteriores a la declaración de invalidez, ya sean aportados por el asegurado o bien obtenidos por la aseguradora bajo la liberación del secreto profesional autorizada por él. De esta manera se consigue información valiosa sobre datos de antecedentes médicos, del inicio de las alteraciones, del tratamiento, de su duración y del diagnóstico definitivo. Estos informes nos ayudarán a valorar la



Seguro de Invalidez (II)

preexistencia o no de las lesiones en el momento de la suscripción de la póliza.

También la entidad deberá establecer los plazos oportunos para garantizarse que va a recibir el aviso de siniestro y las pruebas dentro de un período de tiempo bastante próximo a la presentación de la invalidez, a fin de facilitar el examen del caso y la verificación de los hechos.

Las entidades aseguradoras deben fijar un período de espera desde que se produce la invalidez hasta

que la indemnización se hace efectiva. Esto tiene como base el hecho de que en muchas situaciones la invalidez es reversible. Así, por ejemplo, existen lesiones del sistema nervioso en las que se produce una recuperación espontánea y hay problemas de tipo traumatológico en los que una fisioterapia bien aplicada puede producir resultados inesperados. En general, se acepta que lo que no se haya recuperado al cabo de un año, debe considerarse como definitivo. Por estas razones, sería idóneo que la aseguradora se reservase el de-

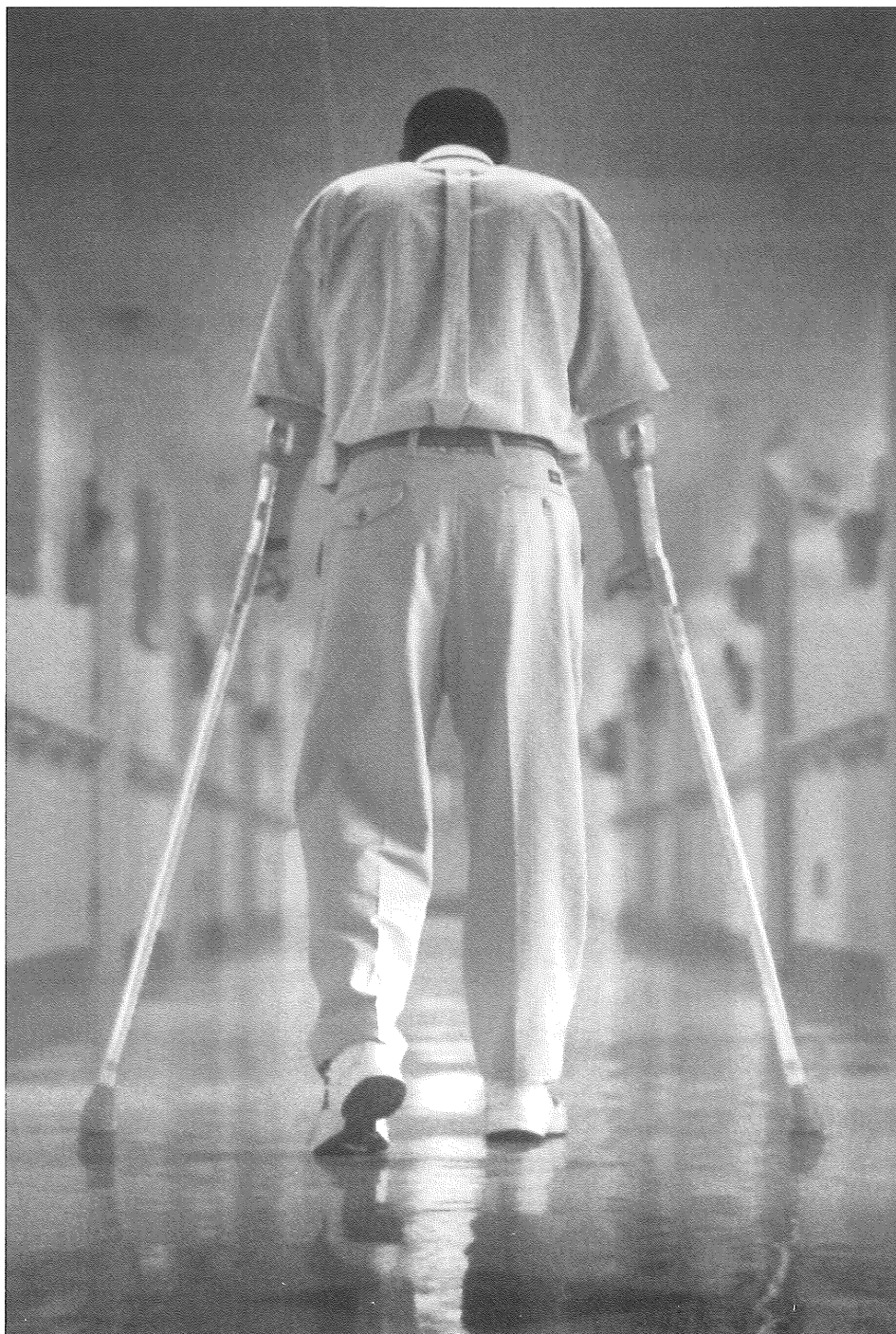
recho a realizar una valoración médica cuando se hubiera cumplido un año tras un accidente o lesión repentina.

Es conveniente señalar la contradicción que se produce cuando la Seguridad Social concluye la presencia de una invalidez permanente, pero revisable a una determinada fecha. Puesto que el cliente tiene en su poder un documento que le declara inválido permanente, la aseguradora, según la práctica y los condicionados de póliza habituales, le debe indemnizar de forma completa y no retornable, mientras que la Seguridad Social se ha reservado el derecho, según el resultado de una revisión posterior, de hacer regresar al trabajador al grupo de población activa.

Para finalizar estos comentarios queremos recomendar que en la valoración de los siniestros tengamos siempre presente:

- 1.- Fecha de efecto de la póliza y fecha de la invalidez.
- 2.- Historia natural de evolución de la enfermedad causante de la invalidez.
- 3.- Informes hospitalarios e informes en los que por primera vez se diagnostica la patología ahora causa de invalidez. Hoy en día no se puede aducir, por ejemplo, la presencia de un infarto de miocardio o un infarto cerebral sin el correspondiente informe hospitalario y en caso de pérdida, el cliente o su familia deben aportar y facilitar los cauces para su obtención.

Y por último insistir en que el seguro de invalidez es un tipo de prestación individualizada. Dar cobertura de invalidez a un colectivo, sin un estudio metódico y serio de la situación económica, social y hasta ética, tanto del grupo como de la sociedad en la que se encuentra, es facilitar las cosas para que se produzcan a corto o medio plazo pérdidas importantes.



Jornadas de Formación en Materia de Fraude



Los días 25, 26, 27 y 28 de Octubre se celebraron en el Salón de Actos de la *Secretaría de Estado de Seguridad* las "Jornadas de Formación en materia de Fraude", organizadas por la *Agencia de Prevención e Inspección de Sinistros Asegurados*, con el objeto de reunir a los enlaces responsables de Fraude de las Compañías Aseguradoras junto con miembros operativos de delincuencia económica del Cuerpo Nacional de Policía y de la Guardia Civil.

Al margen del conocimiento personal para favorecer la comunicación e intercambio de información, hubo la oportunidad de asistir a unas interesantes exposiciones sobre casos prácticos de fraude en Seguros de Automóviles, de Daños y Seguros Personales (por parte de representantes

del Sector Asegurador) y sobre la intervención de oficio y la necesaria personación del asegurador en los procedimientos (por parte de miembros de la Dirección General de la Policía y Dirección General de la Guardia Civil).

Nacional de Reaseguros, atendiendo la amable invitación de la que fue objeto por parte de los organizadores, se encargó del apartado referente a Seguros Personales con la exposición de algunas situaciones fraudulentas en este ámbito. A continuación presentamos de forma resumida uno de estos casos:

Antecedentes

Transportista de origen español con residencia en una localidad del sur

de Francia que por motivos de trabajo viene a España con cierta frecuencia.

Inicio de la idea de fraude

En una de estas ocasiones conoce a una persona vinculada al sector asegurador con quien entabla amistad. Al parecer esta persona le indica la posibilidad de engañar a las compañías de seguros dada su residencia fuera de España y el "poco control de las compañías aseguradoras cuando se trata de siniestros en el extranjero".

Preparación del fraude

Contrata varias pólizas de Vida y/o Accidentes en distintas entidades de seguros. En cada una de ellas la sistemática es prácticamente la misma con la única salvedad de que puede figurar como beneficiaria su actual compañera sentimental o la hija (menor de edad) del asegurado fruto de una relación anterior.

Puesta en práctica del fraude

Al poco tiempo de entrar en vigor la cobertura, la entidad es informada del fallecimiento del asegurado en accidente de circulación (el plazo transcurrido entre la contratación de la póliza y el supuesto accidente de tráfico no suele superar los dos meses y medio).

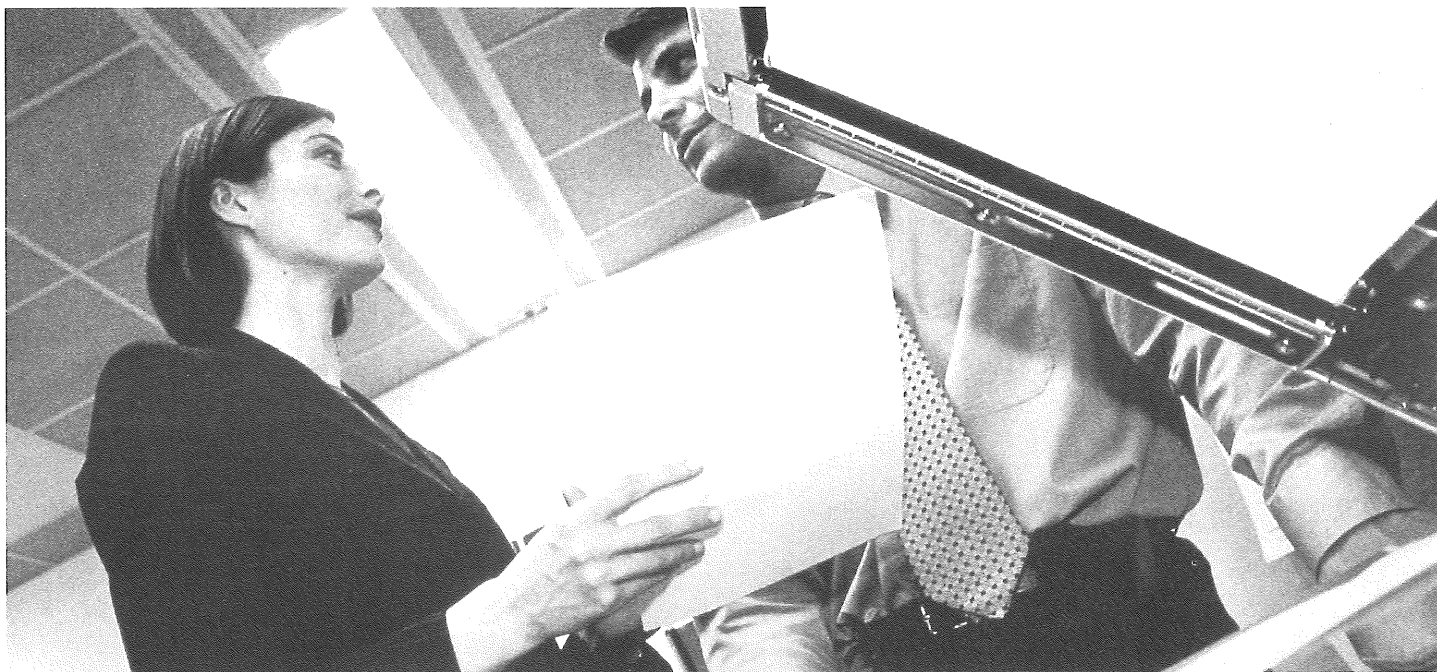
Se encarga de las gestiones para el cobro de la indemnización la compañera sentimental ya que también figura como tutora de la pequeña.

Las entidades aseguradoras solicitan una serie de documentos (entre otros: certificado de defunción, atestado policial del accidente de circulación, liquidación del impuesto de sucesiones e informes hospitalarios).

El asegurado previamente se ha encargado de falsificar dichos documentos:

Certificado de defunción: Solicita al ayuntamiento el certificado de defunción de su padre (se llamaba igual que él por lo que sólo tiene que manipular el segundo apellido, la causa de la muerte y las fechas de nacimiento y fallecimiento). De aquí obtiene, asimismo el sello del ayuntamiento.

Atestado policial: Su compañera había sufrido unos años antes un accidente de circulación por lo que so-



licita al Juzgado copia de este documento. De aquí obtiene, asimismo el sello de la Policía. Utiliza matrículas españolas (se suponía que habían chocado dos camiones españoles) pertenecientes a vehículos que habían sido dados de baja unos años antes.

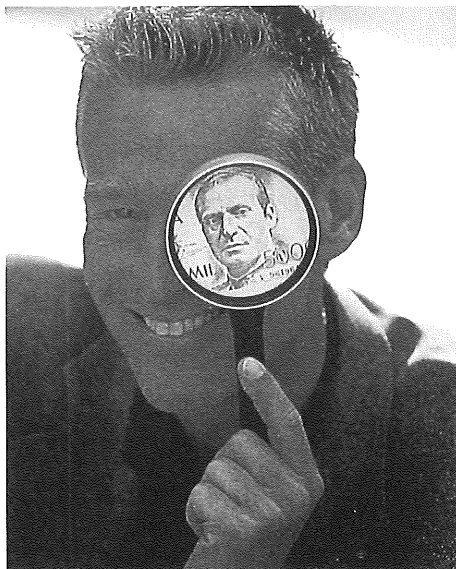
Impuesto de Sucesiones: Al parecer liquidó este impuesto en una primera ocasión (no pagó una sola peseta) y lo falsificó para las siguientes entidades modificando los importes de capital contratados.

Investigación

Se sospecha de la posibilidad de fraude ante la detección por parte de **Nacional de Reaseguros** de la existencia de distintas fechas de siniestro para un mismo asegurado en diferentes entidades aseguradoras.

Se inician las pesquisas en el sur de Francia. Fruto de las mismas se tiene conocimiento de la existencia de antecedentes policiales en Francia:

- Trabajo clandestino.
- Falsedad.
- Uso de documentos falsos.



- Robo.
- Abuso de confianza.

Se procede a la localización del sospechoso (no ha fallecido como se pretendía hacer creer).

Se interpone la correspondiente denuncia. Cargos por los que fue acusado:

- Falsedad.
- Uso de documentos falsos.
- Estafa.
- Intento de estafa.

Finalmente es detenido.

Por lo que se sabe hasta el momento comienza su actividad delictiva en Agosto de 1991, se empieza a sospechar del fraude en Abril de 1994 y es detenido en Mayo del mismo año.

Tras este historial se ha tenido conocimiento de su interés por contratar en una entidad aseguradora una póliza de Incapacidad Temporal lo que nos hace sospechar que pudiera estar pensando en volver a las andadas.

Conclusiones

En el defraudador suelen coincidir las siguientes circunstancias:

- Dificultades económicas.
- Contratación de un elevado número de pólizas en un corto espacio de tiempo.
- El "siniestro" no tarda mucho tiempo en ocurrir desde la fecha de la contratación.
- Existen conocimientos, en ocasiones muy minuciosos, del funcionamiento de las entidades aseguradoras.

SELECCION

Depósito legal: M-344-97. Impreso en España

VIDA

SELECCION VIDA es una publicación editada por el Dpto. Técnico de **NACIONAL DE REASEGUROS, S.A.** en colaboración con **INTERCLINIC**. Zurbano, 8 - 28010 Madrid