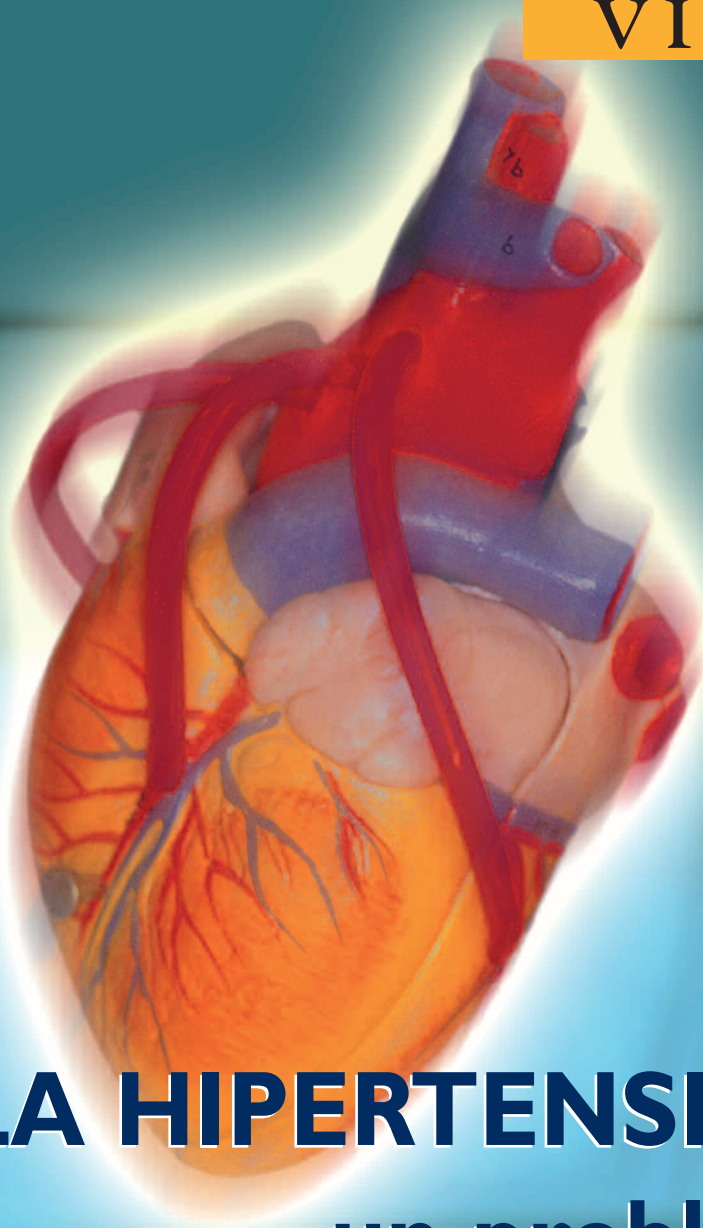


# SELECCION

Número 31  
Año IX  
Marzo 2005

VIDA



## LA HIPERTENSIÓN, un problema cultural



Nacional de Reaseguros S.A.

► TABLAS ACTUARIALES DE INVALIDEZ

# La Hipertensión, un problema cultural

El problema de la hipertensión arterial (o presión elevada) es de enorme importancia en la medicina clínica y en la medicina del seguro. En la Unión Europea, al menos 50 millones de personas la padecen. Esta cifra representa el 16,5 % de los individuos mayores de 15 años de edad, aunque cabe señalar que la proporción crece de manera espectacular en edades comprendidas entre los 45-50 años. Se estima que uno de cada tres adultos la sufre, si bien con frecuencia un alto porcentaje desconoce estar afectado o no se somete a tratamiento.

En nuestro entorno socioeconómico, un adulto normal tiene a lo largo de su vida un 90% de probabilidades de sufrir algún problema relacionado con la tensión arterial. La mitad de nuestras poblaciones morirá de alteraciones cardíacas o enfermedades cerebrovasculares, dolencias que de forma habitual tienen una relación directa con una tensión elevada. De forma similar, cada vez con mayor frecuencia observamos casos de obesidad en jóvenes; un hecho preocupante es la aparición de hipertensos antes de los 20 años de edad.

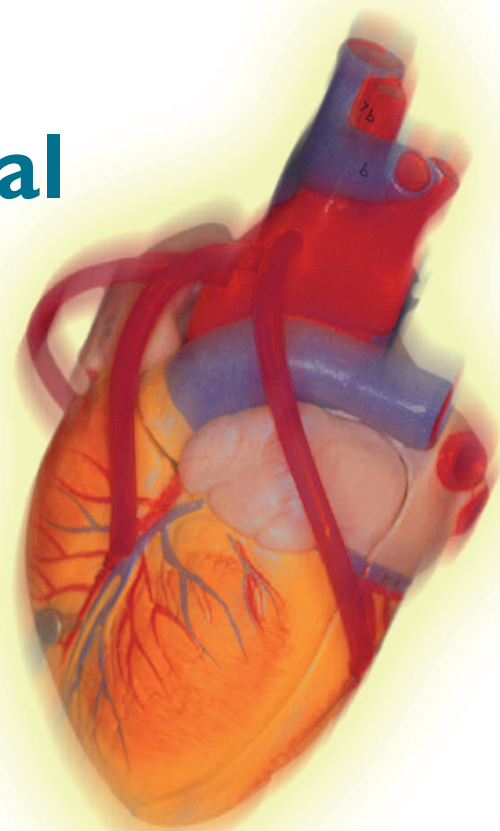
En este escenario tan poco halagüeño surge con fuerza el término "prehipertensión", que hace referencia a una situación o estado de tensión arterial que anuncia o antecede a una hipertensión claramente instituida.

A pesar de todos estos preocupantes antecedentes, el hecho de que seamos conscientes de la gravedad de la situación y de su alarmante tendencia es por sí mismo una buena noticia y constituye el primer paso para plantear acciones correctoras y preventivas de cara al futuro. Así ocurrió, por ejemplo, cuando entre 1972 y 1994 la frecuencia de accidentes cerebrovasculares se redujo al 50% como consecuencia de que por primera vez se empezó a tratar a grandes sectores de población con medicación efectiva.

En cierto modo, podríamos comparar el actual problema de la hipertensión con el de la falta de cuidados higiénicos en la Edad Media, con la consiguiente secuela de enfermedades infecciosas, y de todo tipo, hoy prácticamente superadas. Si hacemos un poco de memoria histórica, hace sólo unos 150 años, cuando se conoció y se divulgó que el lavado cuidadoso de las manos era esencial antes de atender un parto, se salvaron infinidad de vidas. Concretamente, con esta simple medida, las muertes por fiebre puerperal se redujeron en una proporción de 20 a 1.

En la actualidad, el esfuerzo tiene que centrarse en conocer los factores que provocan o aceleran la hipertensión, para evitar así la larga lista de problemas que se relacionan con esta anomalía. Sólo cuando haya una conciencia general del peligro de la hipertensión, habremos dado un paso de gigante hacia el control de los problemas vasculares y hacia la mejora de la calidad y esperanza de vida.

Es importante recordar que hablamos de conceptos básicos, por lo que, en la medida en que el conocimiento sea divulgado y bien asimilado por la población en general, se podrá hacer frente de forma eficaz a esta especie de epidemia.



Hoy en día, el control de la tensión se puede realizar fácilmente a través de instrumentos como el tensiómetro o de otras medidas tales como el control del peso, algunos cambios en el estilo de vida y medicación, que en general se reduce a una sola toma por día.

La motivación de la sociedad para valorar los riesgos asociados a la tensión arterial y los beneficios de su control puede tener una gran influencia en la vida media de la población y, consecuentemente, en la medicina de los seguros de vida.

## ¿Por qué la tensión mata?

La sangre, un líquido de elevada densidad, es bombeada desde el corazón hacia un sistema de arterias, conjunto de tubos elásticos con capacidad para adaptarse a la fuerza de cada latido mediante una dilatación y una contracción. Una tensión elevada o el simple paso de los años merman esa elasticidad; las arterias, que en un principio eran flexibles y finas, se van endureciendo y engrosando. El ciclo de deterioro se acelera, puesto que, a medida que la tensión se eleva, la pared de los vasos soporta peor ese aumento de presión y va sustituyendo sus fibras elásticas por colágeno rígido.

Además, comer demasiado, consumir sal sódica de forma abusiva o hacer poco ejercicio hacen que el riñón se vea forzado a eliminar el exceso de sal, y son hábitos que pueden llegar a provocar el fallo del proceso de adaptación y la retención de líquidos y sal, con el consiguiente aumento encadenado de la tensión. De esta manera, se cierra un círculo vicioso que, si no se rompe a tiempo, acabará causando graves daños en algún punto del aparato circulatorio.

## La tensión no controlada

Ya se ha mencionado que una tensión alta deteriora las arterias, y que dicho deterioro es causa de accidentes cerebrovasculares y de infartos de miocardio. Asimismo, una tensión alta puede incluso estar

relacionada con la demencia y la enfermedad de Alzheimer. En enfermos con esta patología se producen cambios en los capilares que podrían estar relacionados con un colesterol o una hipertensión constantemente elevados. Parece inferirse de este hecho que mantener una tensión “normal” es un factor saludable, que puede actuar a favor de la prevención de la demencia.

Cuando la tensión alcanza un valor de 220/120 mmHg (milímetros de mercurio), estamos al principio de lo que podemos llamar HIPERTENSIÓN MALIGNA, que, aunque puede no presentar síntomas evidentes, nos sitúa en una situación de peligro que requiere medidas inmediatas.

### OTRAS CONSECUENCIAS DE LA HIPERTENSIÓN:

- Puede dañar el delicado tejido que constituye la retina.
- Puede causar fallo renal a largo plazo.
- En las mujeres embarazadas puede provocar convulsiones, partos prematuros y hasta la pérdida del feto.



## Prehipertensión

Recientemente, y a la vista de los estudios sobre las consecuencias de una tensión mantenida en niveles altos, hemos observado que la ciencia médica ha sido generosa en su terminología, al considerar como normal una tensión sistólica de hasta 140 mmHg y una diastólica de hasta 90 mmHg. En distintos momentos, una tensión sistólica entre 120 y 140 mmHg y una diastólica entre 80 y 90 mmHg se ha considerado tensión límite o “borderline”. Hoy en día se considera que, si en dos registros separados se observan niveles de estas características, estamos ante una “prehipertensión”. Sin la menor dilación, será necesario empezar a tomar medidas; medidas que, en principio, supondrán cambios de orden dietético y aumento de ejercicio.

## Principios que se deben tener siempre en cuenta

- Efectos dañinos de la hipertensión: se producen sin que el paciente sea consciente en la mayoría de las ocasiones. Es cierto que algunos pueden observar dolor de cabeza, sensación de un fuerte latido en su pecho o frialdad de manos y pies...pero, en general, el hipertenso no suele notar nada.
- Control de la tensión: hoy en día es teóricamente fácil, pero hay que contar con la voluntad de la persona, algo que puede ser muy problemático.
- Corazón: no sólo no es causa de la hipertensión, sino que es el órgano que más sufre con una tensión alta; de hecho, su capacidad de adaptación a un bombeo más fuerte puede producir su hipertrofia y dilatación y, como consecuencia, un fallo cardíaco. Además, el temido infarto de miocardio está muy relacionado con una hipertensión de larga duración.
- Problemas relacionados con la hipertensión: se deben valorar en relación con otros factores de riesgo y de forma muy especial con el sobrepeso, el aumento de colesterol y el consumo de tabaco.
- Tensión en sus límites: permite contrarrestar o corregir la inmensa mayoría de los efectos negativos.

## Soluciones

### 1- DETECTAR Y ASUMIR EL PROBLEMA

La primera medida, de acuerdo con todo lo anterior, es la toma de conciencia por parte de la sociedad de la importancia que tiene la tensión y de su control periódico.

### 2- NO CONSUMIR TABACO

No debemos echar leña al fuego: debemos tener en cuenta que el tabaco, que ya de por sí es nocivo para la salud, en los casos de prehipertensión o hipertensión se puede considerar como un auténtico veneno. El consumo de tabaco, al hacer que los capilares y las pequeñas arterias se contraigan, provoca una sobrecarga mayor de la función cardíaca; además, su efecto negativo se ve reforzado como consecuencia de que también altera la estructura propia del endotelio o cubierta interior de los vasos.



### 3- EVITAR O REDUCIR EL SOBREPESO

El sobrepeso tiene mucho que ver con la hipertensión. La grasa interna o visceral, mucho más abundante en la persona que mantiene un índice de masa  $> 25$  (resultado de dividir el peso en kilos por la altura, en metros al cuadrado), produce unas sustancias de tipo inflamatorio que, por un lado, producen resistencia a la insulina y, por tanto, tendencia diabética; y, por otro, destruyen el óxido nítrico, sustancia elemental para la relajación y regeneración de los vasos sanguíneos.

**Principios dietéticos:** La dieta debe ser pobre en grasas, colesterol, sal, carnes rojas y azúcares purificados. Debe ser, en cambio, rica en frutas y verduras frescas, cereales, pescado, frutos secos y leche desnatada. El alcohol debe limitarse a 2 unidades como máximo en hombres y a una única en mujeres o en hombres de bajo peso.

**Ejercicio:** Media hora caminando a paso rápido es muy beneficioso para mantener la tensión dentro de los límites normales. Es cierto que durante el ejercicio la tensión se eleva; pero, con posterioridad al mismo, ésta se mantiene por debajo de las cifras medias que presentaba en estado sedentario.

#### 4- REDUCIR EL ESTRÉS

Meditación o medidas antiestrés: Como medida complementaria, cualquier técnica que reduzca el estrés o estado de ansiedad mejora los niveles de tensión, ya que disminuye la producción de adrenalina y cortisol.

#### 5- MEDICACIÓN

En último lugar, y no por tratarse de una medida menos importante, sino porque es conveniente empezar con las anteriores, la mayoría de los hipertensos recurre a la medicación. Se trata básicamente de diuréticos, que eliminan la sal y los líquidos retenidos, y que tienen un mejor efecto en personas mayores; betabloqueantes, que disminuyen las pulsaciones cardíacas y frenan el sistema angiotensina, básico para la constricción o estrechamiento de las arteriolas; calcio-antagonistas, que inhiben localmente las fibras musculares de las arteriolas para provocar la constricción; IECA o inhibidores de la producción de angiotensina; y bloqueadores de los receptores de angiotensina.

Estas familias de medicamentos pueden asociarse de diferentes formas entre sí y combinarse con medidas higiénico-dietéticas; sin embargo, el problema con el que

nos enfrentamos a menudo es que, mientras que la hipertensión muy frecuentemente no presenta síntomas, la medicación antihipertensiva sí puede provocar malestar general, disfunción eréctil en el varón, tos, fatiga... La consecuencia de esta paradoja terapéutica es que los pacientes dejan de tomar la medicación y de controlar la tensión arterial. El médico y los servicios sociales no sólo deben atender al paciente que llega a su consulta para tratar su tensión, sino estimularle y animarle para que, a pesar de los efectos molestos de la medicación, sea persistente en su toma y control.

**Para terminar, cabe reiterar la conclusión de los expertos de que un buen control de la tensión prolonga muchos años la vida productiva y de buena calidad de las personas.**



#### POR TRAMOS DE EDAD Y SEXO

Hasta los 44 años de edad, tanto en mujeres como en hombres, los casos de hipertensión son reducidos (no llegan al 5%), si bien el número de hombres que la padece es ligeramente mayor que el de las mujeres.

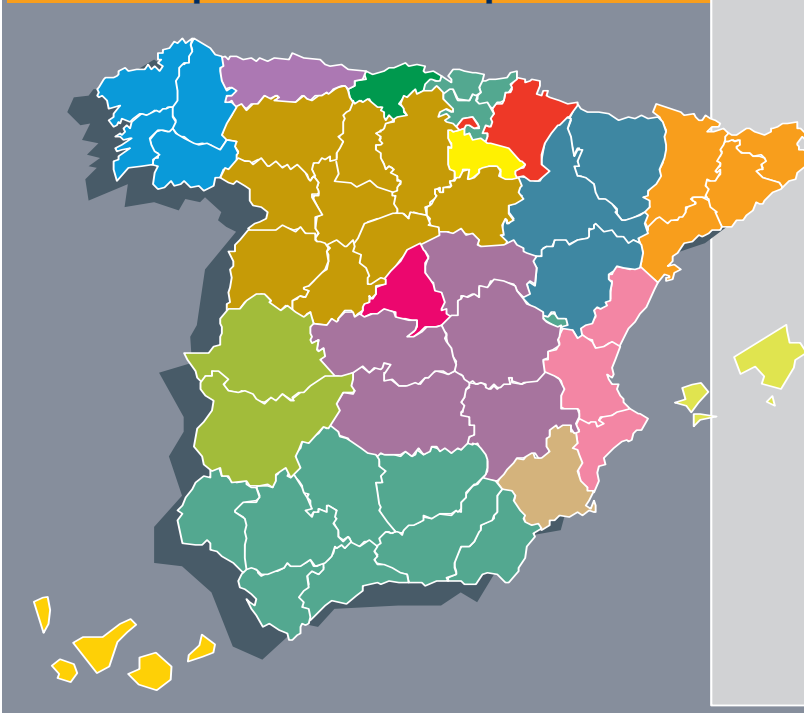
A partir de esa edad, y para el tramo comprendido entre los 45 y 54 años, es cuando la hipertensión afecta a un porcentaje mayor de la población, en torno al 10%. Se puede apreciar también cómo el número de mujeres hipertensas pasa a ser mayor que el de hombres.

Es en el tramo de edad entre los 55 y 64 años cuando existe un fuerte incremento del número de hipertensos, en mayor medida entre las mujeres, ya que casi una de cada tres es hipertensa, mientras que en el caso de los hombres la hipertensión está en torno al 20%.

#### POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En cuanto al porcentaje de población hipertensa por comunidades, observamos que en la mayoría de ellas el porcentaje se sitúa entre el 9% y 10%. Destacan por encima de estos valores Murcia y Castilla-La Mancha, con cifras entre el 11% y 12% de la población. Por debajo de estos valores, en torno al 7%, estarían las comunidades de Madrid, Navarra y País Vasco.

#### Hipertensión en España



# Tablas actuariales de invalidez

## Inexistencia de Tablas de Invalidez en nuestro mercado

El seguro de invalidez, sobre todo en su forma habitual como complementario a un seguro principal de fallecimiento, está ganando relevancia en nuestro mercado, tanto en el número de personas cubiertas como en el nivel de las sumas aseguradas que se contratan. Especial significación está teniendo en el ámbito de los seguros colectivos que emanan del entorno de la empresa.

En esta etapa de avance de las coberturas de invalidez, el técnico de seguros se encuentra con una grave dificultad causada por la inexistencia de unas tablas actuariales que puedan ser aceptadas como representativas del riesgo real de invalidez en nuestro mercado, a diferencia de lo que ocurre para los riesgos de fallecimiento o supervivencia, donde incluso contamos con tablas cuya utilización es promovida por la propia Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en su convencimiento de que se ajustan a la realidad del mercado español.

## Construcción de Tablas de Invalidez

La determinación de las primas de los seguros de invalidez debe hacerse a partir de la probabilidad de que la persona asegurada se vea afectada por la situación de invalidez que esté definida en la póliza. Este es un aspecto clave, que cobra una vital importancia por ser la invalidez un término que también está presente en diferentes formas (Invalidez Absoluta, Invalidez Total, Gran Invalidez) en la cobertura pública de la Seguridad Social. Por esta razón, es preciso ser muy cuidadosos a la hora de nombrar y delimitar las garantías que otorguen los seguros privados de invalidez, ya que ante cualquier duda en la interpretación de la cobertura, es muy probable que la protección pública sea utilizada como referencia.

En este sentido, conviene tener en consideración que el riesgo de invalidez conlleva una notable carga de incertidumbre, puesto que su evaluación está sujeta a las apreciaciones particulares de los organismos competentes para su calificación. Esta carga subjetiva depende, a su vez, de múltiples circunstancias, muy difíciles de valorar a priori, de imposible cuantificación en algunos casos y, en su mayoría, cambiantes en el tiempo de forma interrelacionada con factores exógenos al seguro, como son entre otros el entorno socio-económico, los marcos legislativo e impositivo, el sistema sanitario...



En el ámbito actuarial, la obtención de series temporales de datos homogéneos es una dificultad notable, ya que la incidencia de la invalidez presenta resultados dispares para distintos colectivos asegurados o para diferentes momentos, aspecto que suele representar el primer gran obstáculo para confeccionar una tabla de invalidez de forma solvente.

Tampoco es despreciable el componente de riesgo subjetivo que es lógico asociar al riesgo de invalidez, incomparablemente mayor que en el caso de fallecimiento. En el seguro de invalidez, el estado del sujeto asegurado que está previsto genere la prestación debe darse desde un punto de vista objetivo o “técnico”, pero al tratarse en muchas ocasiones de situaciones de salud susceptibles de evaluación, nos encontramos ante una decisión del órgano competente a tal efecto, alimentada necesariamente por interpretaciones y apreciaciones que nos llevan a una calificación administrativa que no siempre corresponde con un estado definitivo, completo e insalvable de invalidez, tal y como se pretende cubrir originalmente en un seguro privado. A modo de ejemplo, la entrada en un estado de invalidez se viene considerando irreversible, por lo que, aunque existiera una posibilidad real de recuperación, no es factible considerar en el cálculo de la prima ninguna probabilidad de volver a un estado de actividad.

Como consecuencia de este sistema de determinación de los siniestros, nos es muy necesario reflexionar sobre el hecho de que, aspectos como la predisposición personal del asegurado hacia la situación administrativa de invalidez, cobran gran relevancia en la siniestralidad real de este tipo de garantías, pero escapan al control de las aseguradoras y,

en la medida en que organismos públicos son quienes tienen la potestad de calificar los estados de invalidez, es probable que se mantenga la actual interpretación de que sus dictámenes son vinculantes a efectos prácticos para las entidades aseguradoras, con la lógica indefensión que así se genera al seguro privado.

Otro elemento de dificultad añadida en la determinación de las bases técnicas de los seguros de invalidez, nace de que la prestación adquiera la forma de renta actuarial. Bajo este supuesto, es preciso trabajar con tablas de supervivencia de inválidos, cuestión compleja, no sólo porque no existan datos y estudios en nuestro mercado que sean aplicables con fiabilidad suficiente, sino porque la utilización coherente de este tipo de tablas debe analizarse desde la homogeneidad del concepto de invalidez del producto a considerar respecto al concepto de invalidez contemplado en la construcción de las tablas. Este requerimiento, de acuerdo con las circunstancias específicas del riesgo de invalidez que venimos comentando en este artículo, es de harto complicado cumplimiento, por lo que admitimos un cierto grado de desviación en cualquier planteamiento de prestaciones de invalidez en forma de renta.

A tener en cuenta que idénticas consideraciones a las hechas para la fijación de las tasas son las que nos surgen

cuando calculamos las provisiones que deben ser dotadas para hacer frente a las responsabilidades asumidas en las carteras asociadas a los riesgos de invalidez.

## Pautas de actuación técnica en la cobertura del riesgo de invalidez

Las tarifas habituales del mercado, en su mayoría derivadas de la OM de 24 de enero de 1977, se han mostrado insuficientes en múltiples ocasiones, con un contraste estadístico que revela la necesidad de una mayor progresividad con la edad.

En todo caso, unas tablas de invalidez de mercado, al uso de las tablas de mortalidad o supervivencia, nos aportarían una referencia de gran utilidad, aunque todas las sugerencias recogidas en este artículo seguirían siendo válidas incluso en ese supuesto. La aplicación ciega de una tabla de invalidez, sin atender a las particularidades de cada riesgo concreto, comporta un riesgo de desviación elevado, ya que subyacen todos los condicionantes subjetivos que pueden provocar grandes oscilaciones en la siniestralidad, y que no es posible recoger de forma genérica en una tarifa.

### La recomendación de NACIONAL DE REASEGUROS



*La recomendación de Nacional de Reaseguros intenta seguir un planteamiento lógico, muy basado en la experiencia de los suscriptores expertos y en la cautela en la valoración de los riesgos inherentes a cada una de las operaciones, o a la puesta en marcha de nuevos productos o garantías complementarias que otorguen protección contra los riesgos de invalidez.*

- *Productos y coberturas adaptadas al entorno social, económico, normativo y judicial.*

- *Selección adaptada, con especial atención a circunstancias de edad, profesionales, de historial clínico y económicas que puedan incidir en una agravación del riesgo.*

- *Aplicación de tarifas tradicionales del mercado sólo en casos de probada suficiencia.*

- *Utilización alternativa de tarifas que intenten medir el riesgo real, según experiencia propia de cada colectivo o de colectivos o sectores que puedan ser considerados representativos del riesgo a asumir.*

- *Evolución de las tarifas que recojan la dinamicidad del riesgo en el tiempo, por la inevitable evolución de los factores que mayor influencia tienen sobre la invalidez.*

- *Vinculación de las sumas aseguradas al ciclo vital, limitando la cobertura al periodo de actividad laboral o profesional, adecuando los capitales a los años pendientes hasta la jubilación o promocionando los seguros en forma de renta temporal hasta el momento de retiro.*



Consulte los últimos números de SELECCIÓN VIDA  
en nuestra web

**[www.nacionalre.es](http://www.nacionalre.es)**

**SELECCION**  
**VIDA**

Depósito legal:M-344-97

SELECCION VIDA es una publicación editada por el  
Dpto. Técnico de NACIONAL DE REASEGUROS, S.A.  
en colaboración con INTERCLINIC.  
Zurbano, 8 - 28010 Madrid  
[www.nacionalre.es](http://www.nacionalre.es) - [nr@nacionalre.es](mailto:nr@nacionalre.es)