

SELECCION

Número 39
Año XII
Noviembre 2008

VIDA

El Seguro de Invalidez en tiempos de crisis



Nacional de Reaseguros S.A.

RIESGO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN Y DE LA DIABETES

Consideraciones sobre el SEGURO de INVALIDEZ en tiempos de crisis

En los últimos decenios se ha dedicado una gran atención al colectivo social de discapacitados. Este colectivo es muy grande y, aunque la investigación y configuración de estadísticas es muy compleja debido a la falta de acuerdo que hay en muchos campos para establecer lo que es una minusvalía, se puede concluir que hay entre un 8% y un 10% de personas en el mundo con algún tipo de discapacidad.



Fijémonos en que sólo en el año 1975 surge la “Declaración de los derechos de las personas con DISCAPACIDAD”, por medio de Naciones Unidas, y que hasta 1980 la OMS no aprobó una clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

En esta mayor atención hacia el colectivo de minusválidos han tenido que ver varios factores, entre los que enumeramos los siguientes:

- A medida que el mundo ha ido democratizándose o apartándose de los regímenes autoritarios se ha dejado oír mejor a este colectivo que desde el punto de vista de la emisión de un sufragio tenía valor e influencia. Además esa consideración hacia los marginados por minusvalía se veía reforzada por una mayor consideración a otros grupos que habían sido previamente discriminados (por razón de sexo, género...), por una mayor libertad de expresión y, en general, por una mayor atención a las minorías.
- Gran parte de la población se ha hecho más receptiva a la situación de los marginados por problemas físicos o psíquicos gracias a la publicidad,

a la elevación general del nivel de cultura y a las múltiples organizaciones con dedicación a las personas “disminuidas”.

- Además la técnica y el mejor conocimiento de las capacidades de los distintos tipos de minusválidos ha conseguido integrar a muchos discapacitados en la fuerza laboral del país, de tal manera que, desde una posición de mayor independencia social y económica, han sido capaces de reivindicar una mayor atención y ayuda.

Debemos considerar un punto importante en relación con la discapacidad y el ambiente social existente en una determinada área. Se trata de la gran diferencia que se produce en cuanto a niveles de discapacidad entre las poblaciones con buenos recursos económicos y las poblaciones pobres o con recursos escasos. Entre las primeras el porcentaje de discapacitados se encuentra en general entre el 2 y el 4%, mientras que entre las poblaciones con dificultades económicas es fácil que el porcentaje supere el 12%.

En este contexto de una mayor atención de las sociedades actuales por las personas con una minusvalía física, ha surgido un mayor grado de preocupación y sensibilidad en las personas sanas, para prevenir las consecuencias de la aparición repentina o inesperada de un problema de salud.

Esto es así por la asociación mental que se produce al observar a un vecino, asociado o compañero, con las secuelas físicas de discapacidad (dolor, gastos de recuperación, depresión asociada a la pérdida de un órgano o una función ...) y el problema que surge de forma inmediata cuando ese amigo o compañero deja de percibir total o parcialmente sus ingresos.

En pocas palabras, la población en general tiene muy presente la posibilidad de sufrir una súbita discapacidad con los problemas económicos subsiguientes.

Además debemos tener siempre en mente que las necesidades del hombre de hoy son muy superiores a las que teníamos hace 40-50 años y, por tanto, la preocupación por perder el status o situación actual (una casa confortable con calefacción y aire acondicionado, un buen automóvil que permita independencia en desplazamientos ...) es mucho mayor, por lo que el individuo en general tratará de que ese status no se vea en peligro cuando llegue un momento de desgracia imprevista. El individuo medio hoy en día tiene mucho más que perder y, en consecuencia, que asegurar.

Estos factores que venimos repasando se pueden considerar de naturaleza global o mundial, dada la similitud de intereses y circunstancias que dominan a la población actual del mundo, queriendo comentar con esto que el problema no es sólo de la región o nación en que vivimos.

Por último, en esta serie de comentarios sobre la invalidez en general, quiero insistir en que el concepto de invalidez se ha ampliado y ha dejado de ser un problema exclusivamente médico para imbricarse en un conjunto de problemática social y cultural con derivaciones hacia la rehabilitación, reeducación, estimulación mediante incentivos ..., que atañen a la sociedad en todo su conjunto. Después de comentar estos puntos podemos **concluir** que:

1. La garantía de invalidez es muy importante, y su importancia está en ascenso.
2. La población está actualmente muy sensibilizada hacia dicho tipo de cobertura.
3. Como consecuencia de lo anterior se puede prever que la demanda de cobertura por discapacidad irá en aumento en los próximos años.

Hay una serie de principios que también debemos recordar:

en épocas de inseguridad, o de crisis económica local y/o global como la que tenemos en la actualidad, las personas tienen una mayor posibilidad de perder el empleo y, secundariamente, deprimirse por dicha pérdida. Esta especie de cadena de CRISIS ►PÉRDIDA DE EMPLEO ►DEPRESIÓN lleva a un último eslabón, que es el aumento de siniestralidad por declaraciones de INVALIDEZ que en otra situación no hubieran existido.

Es por ello que las aseguradoras deben considerar muy seriamente la selección de riesgos durante estas épocas, haciendo hincapié en los factores que siempre se deben analizar, pero revisándolos ahora con mayor interés para así evitar una siniestralidad superior a la prevista en un principio para épocas estables o con un menor grado de inseguridad económica.

PUNTOS A TENER EN CUENTA:

- 1 La historia de discapacidades o periodos de baja del candidato, considerando que más de 3 periodos de baja por un tiempo superior a los 10 días en los últimos 3 años, y salvo que el diagnóstico éste claramente especificado y escape a la posible manipulación del individuo, constituye un mal indicador.
- 2 El sobrepeso es un factor que incrementa en gran medida la siniestralidad y por tanto se debe ser cauto cuando la persona supera el valor de 30-32 de índice de masa corporal.
- 3 La depresión previa, o la indicación de que pueda existir actualmente una depresión (cefaleas frecuentes sin causa clara, insomnio, o la necesidad de tomar tranquilizantes o antidepresivos, hipnóticos o relajantes ...), es posiblemente el indicador más importante en la anticipación de discapacidades.
- 4 La hipertensión, el bajo peso, los antecedentes de fatiga crónica o de fibromialgia y los dolores de espalda son también una garantía de anticipo de un aumento de siniestralidad.
- 5 Por último, pero no menos importante, se requiere un estudio minucioso de la situación sociofamiliar y de adaptación al trabajo para conseguir un conjunto de asegurados que no produzcan un aumento excesivo de siniestros.



Opinamos que se podría, a la luz de los puntos anteriores, elaborar un cuestionario específico para la cobertura de invalidez, especialmente cuando tratamos de capitales de cierta importancia. A modo de ejemplo mostramos un posible modelo:

CUESTIONARIO ABREVIADO DE SALUD para delimitar el riesgo de Invalidez permanente absoluta y Gran invalidez.

Identidad del candidato: _____
 Profesión: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
 Nacionalidad: ☐ Española, Unión Económica Europea, Suiza ☐ Resto de Nacionalidades
 En caso de Resto Nacionalidades Indicar: Fecha de expedición de Tarjeta de Residencia Permanente: ____/____/____
 Número de Tarjeta de Residencia Permanente: _____

DATOS PERSONALES

Peso: ____ Kg. Talla: ____ Cm. Tensión Arterial: ____ / ____
 Diabetes Diagnosticada: ☐ Sí ☐ No Tipo de Diabetes: _____ Fecha de Diagnóstico: _____
 ¿Padece Hipercolesterolemia? ☐ Sí ☐ No. ¿Está bajo tratamiento? ☐ Sí ☐ No. Valor máximo en los últimos 5 años: ____
 ¿Fuma o ha fumado alguna vez? ☐ Sí ☐ No. ¿Desde cuándo? _____ ¿Hasta cuándo? _____
 Consumo diario de tabaco: ____ cigarrillos; ____ pipas; ____ puros
 Consumo semanal de alcohol: ____ vinos; ____ cervezas; ____ licores
 ¿Consumo actual/ocasional de cocaína, cannabis u otras? ☐ Sí ☐ No
 Especifique Sustancia: _____ Consumo semanal: _____
 ¿Consumo en el pasado? ☐ Sí ☐ No. ¿Desde cuándo? _____ ¿Hasta cuándo? _____
 Especifique Sustancia: _____ Consumo semanal: _____

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD ACTUAL(si vive)	EDAD AL FALLECIMIENTO	CAUSA
Padre			
Madre			
¿Ha habido en familiares cercanos casos de diabetes, hipertensión, infarto, epilepsia, alteraciones vasculocerebrales... antes de los 50 años?			

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Padece o ha padecido de hipertensión, infarto de miocardio, enfermedad renal, enfisema, asma, alteraciones psiquiátricas, depresión, hepatitis, prueba de sida positiva...? ☐ Sí ☐ No. Especifique: _____
 Detalles a comentar, fechas, periodos de internamiento: _____
 ¿Consumo regularmente o con frecuencia hipnóticos, tranquilizantes o antidepresivos? ☐ Sí ☐ No
 Especifique: _____
 ¿Ha estado de baja por enfermedad o accidente en los últimos 5 años por un periodo superior a los 10 días, está de baja en la actualidad o se plantea una operación o una concesión de invalidez? ☐ Sí ☐ No
 Especifique: _____
 ¿Tiene alguna alteración física, ha sufrido algún accidente/intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez? ☐ Sí ☐ No. Especifique: _____

¿Ha suscrito o tiene en tramitación otras pólizas de seguros de Vida, Accidentes o Invalidez? ☐ Sí ☐ No
 Especifique: _____
 Espacio para detallar cualquier aclaración a las respuestas positivas. _____

Riesgo y control de la HIPERTENSIÓN y de la DIABETES

En la medicina clínica y en la selección de riesgos de las entidades de seguros de vida el problema de la hipertensión y de la diabetes es una observación de cada día, un problema constante.

Podríamos decir que hipertensión y diabetes, conjuntamente con los hábitos y el sobrepeso, son las alteraciones más frecuentes en la práctica de la medicina de los seguros.

En relación con la **HIPERTENSIÓN**, hoy en día está claramente establecido que, cuando se alcanzan y/o se mantienen unas cifras de máxima o sistólica por encima de 160 mm Hg o de diastólica por encima de 100 mm. Hg, se produce:

- Un aumento de accidentes cerebrovasculares, que es la segunda causa de muerte en el mundo industrializado.
- Un aumento de los ataques de isquemia transitoria.
- Una tendencia a la hipertrofia cardíaca, el fallo cardíaco y la enfermedad coronaria.
- Cuando se asocia al consumo de tabaco, se produce una tendencia a la degeneración macular, causa frecuente de ceguera.
- Incluso con tensiones hasta hace poco consideradas como normales ($>130/>82$) se empieza a producir un incremento en las complicaciones asociadas a la hipertensión, en general.

En los casos de **DIABETES** los problemas o secuelas bien conocidos se resumen en:

- Complicaciones microvasculares que aumentan el riesgo de:
 - 1- Infarto de miocardio
 - 2- Fallo renal



- 3- Retinopatía diabética (Causa actual más frecuente de ceguera)
- Disfunción en el metabolismo de las grasas con alteración cuantitativa de los diferentes componentes grasos circulantes.
- Complicaciones en relación con la circulación en general que aumentan las posibilidades de:
 - 1- Depresión y disminución de la capacidad cognitiva.
 - 2- Mayor frecuencia de enfermedad vascular periférica que a la larga supone amputaciones.
 - 3- En resumen, una clara disminución de la calidad y cantidad de vida.

Cuando la diabetes y la hipertensión se asocian el riesgo es muy elevado, y, si además se suman otros factores de riesgo, como pueden ser un aumento manifiesto del colesterol en sangre, el consumo de tabaco, o unas pruebas hepáticas elevadas ... , el riesgo no es asumible.

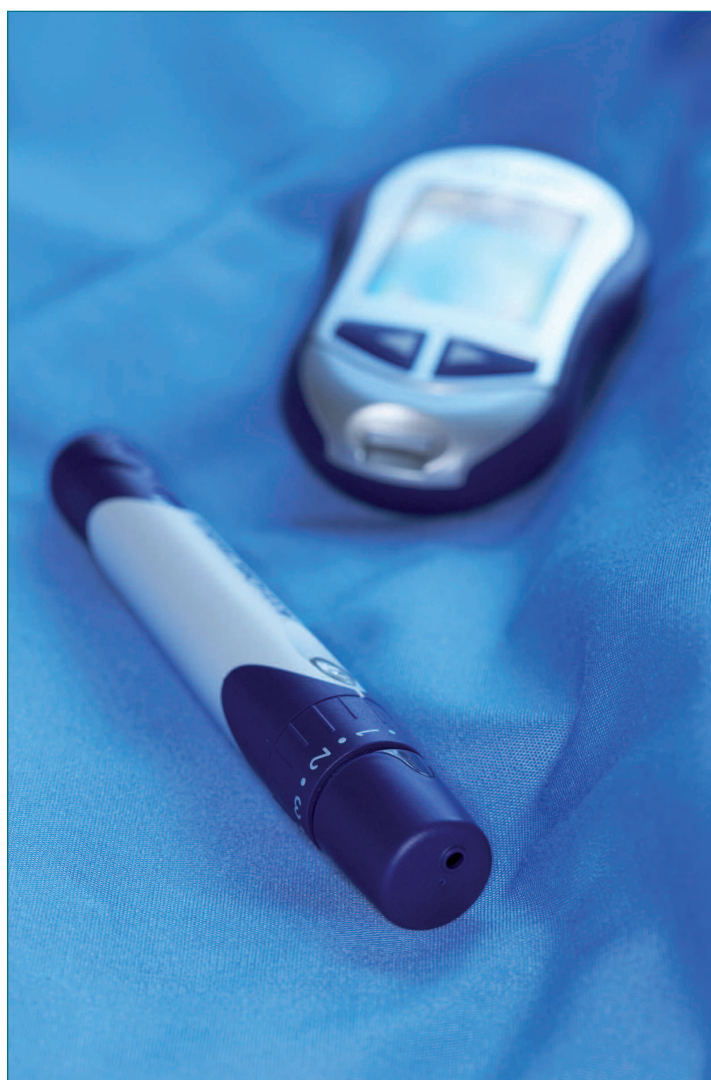
EL PROBLEMA CON QUE NOS ENCONTRAMOS EN LA PRÁCTICA es el caso muy frecuente en el que se presenta un diabético o hipertenso con una información claramente insuficiente.

Hoy en día, y a pesar de que hay polémica en muchos puntos y los investigadores no acaban de delimitar cifras o valores a partir de los cuales el riesgo aumenta de forma manifiesta, se puede concluir lo siguiente en relación con estas patologías o anomalías, muy frecuentes y además en aumento en las sociedades que podríamos denominar como “acomodadas”:

- La mejor forma de seguir los niveles medios de glucosa en sangre es la hemoglobina glicosilada, habiéndose determinado que la elevación de una unidad en porcentaje (por ejemplo, subir del 6,5% al 7,5%) supone un aumento del 18% en episodios agudos de tipo cardiovascular, un aumento en la posibilidad de muerte del 13% o un aumento del 37% en el riesgo de retinopatía-ceguera o de fallo renal.
- Un control demasiado estricto, por ejemplo manteniendo niveles de glucosa en los márgenes de normalidad mediante bombas de infusión, podría ser perjudicial por la frecuencia de episodios de hipoglucemia que en los casos graves se asocian a convulsiones.
- Los casos de diabetes o de glucemias, a cualquier hora del día o en cualquier situación con respecto a comidas por encima de 140

mg/dl, requieren una investigación de la microalbuminuria como factor de mayor relevancia en la investigación del daño renal.

- En la HIPERTENSION ARTERIAL resulta fundamental una investigación cuidadosa de las cifras basales. Si se obtienen valores iniciales por encima de 130 de sistólica y/o 85 de diastólica, se debe tomar y registrar la tensión en ambas extremidades superiores antes y después de un ejercicio moderado (10-15 flexiones rápidas de rodillas).
- A pesar de lo anterior, a menudo los médicos nos quedamos insatisfechos con la toma de tensión/es que se hace en la oficina o consulta. El ideal, salvando el escollo que presenta la práctica médica de los seguros de vida, es **tomar la tensión mediante un aparato “Holter” que registra la tensión a lo largo de 24 horas, con tomas cada 15-30 minutos.** Esta prueba supone, naturalmente, una mayor complicación que la toma única en la consulta del médico, pero tiene la ventaja de dar una mucho mejor visión de conjunto, y además elimina el factor denominado “bata blanca” que, aunque muchas veces supone simple emocionalidad momentánea, sin embargo se suele asociar a subidas constantes a medio o largo plazo. Muy probablemente en el futuro, con el abaratamiento de la técnica y dada la importancia pronóstica que tiene la hipertensión, será ésta la medida preferida por las aseguradoras, especialmente cuando estemos tratando de capitales elevados.



CONCLUSIONES

De lo anterior podemos concluir que en los casos de personas hipertensas o diabéticas, y con mucha mayor razón aun cuando se combinan ambas anomalías, es necesario según los casos:

Tomar la tensión de forma cuidadosa, y en casos dudosos o de capitales cuantiosos recomendar la realización de una prueba de monitorización ambulatoria durante 24 horas.

Solicitar una prueba de microalbuminuria y una HbA1c con el principio en mente de que una microalbuminuria evidente o constante o una HbA1c por encima de 8% supone un muy alto riesgo, bien sea por falta de control o por las características propias de la enfermedad.

En los casos frecuentes que observamos con tensión arterial tratada desde hace tiempo se debe solicitar el registro o las tomas de tensión durante los últimos 6 meses, así como las medicaciones empleadas al menos durante ese periodo de tiempo. El fallo en aportar un registro de tensiones en la persona ya clasificada como hipertensa nos debe hacer pensar que la persona no está bien controlada o que no ha tomado conciencia de la importancia pronóstica que tiene dicho factor.

Por último debemos insistir que, tanto en los diabéticos como en los hipertensos, se hace necesario el estudio de todos los factores de riesgo “posiblemente asociados”. Una historia detallada de consumos de alcohol y tabaco, la presencia o no de hipertrofia cardiaca (ecografía), problemas de sobrepeso y alteraciones metabólicas, así como la posibilidad de una enfermedad coronaria, deben ser investigadas con especial cuidado si deseamos definir de forma correcta el riesgo. Un factor en el que no se hace suficiente hincapié y que tiene mucho que ver con el control de hipertensos y diabéticos es el sedentarismo. Debemos anotar cuidadosamente la cantidad de tiempo que se dedica a la marcha, y al ejercicio en general, por semana. También aprovechar para insistir en lo importante que es el ejercicio, en forma no competitiva, para el control de ambas anomalías.



NACIONAL, claro

CIFRAS MÁS SIGNIFICATIVAS 2007	Euros	Crecimiento
INGRESOS		
Primas de reaseguro aceptado	400.470.556	7,6%
Rendimientos financieros	18.433.494	10,8%
Total ingresos	418.904.050	7,8%
PROVISIONES TÉCNICAS	638.856.375	11,8%
RETENCIÓN		
Primas retenidas	293.435.596	10,6%
Provisiones técnicas a la retención	542.650.036	13,6%
% sobre primas retenidas	184,9%	
ACTIVOS RENTABLES	659.618.810	14,6%
RECURSOS PROPIOS		
Capital social desembolsado	30.000.000	11,1%
Reservas patrimoniales	59.823.538	30,3%
Resultado neto del ejercicio	23.038.029	14,7%
Total recursos propios	112.861.567	21,4%



... como el AGUA



Nacional de Reaseguros S.A.

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 - nr@nacionalre.es