

SELECCION

Número 51
Año XVIII
ABRIL 2014

VIDA



2013 **i**clam
MADR **D**



24th Congress

27th - 29th May, 2013





ICLAM MADRID 2013

24º CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA DEL SEGURO

Cada tres años se viene celebrando un congreso de medicina de los seguros en el ámbito internacional. En estas reuniones, en donde predominan los asistentes de países sajones-germánicos, se hace una revisión de los temas que por su frecuencia o importancia afectan más a la industria del seguro de vida. Así, los problemas de longevidad creciente en relación con los avances de las enfermedades cancerosas o de tipo cardiovascular, las metabólicas como la diabetes o dislipemias... son, en general, revisadas o puestas al día.



Es curioso observar a lo largo de los años cómo se van produciendo cambios importantes en la valoración de la salud, en los hábitos personales y en definitiva en el riesgo de los seres humanos. Estos cambios y avances no sólo son importantes para las valoraciones que sirven de base para los cálculos actuariales de las compañías de seguros sino que, en general, a los médicos nos aportan una información muy valiosa frente a los pacientes que acuden con los problemas habituales y que están, a diario, en boca de todos. Hoy es normal escuchar de forma indirecta, en un trayecto de autobús por ejemplo, una conversación donde se comentan los valores del colesterol en sangre de dos viajeros/as. Pues bien, lo que se aprende en estos congresos sirve muy a menudo para dar contestación al paciente que acude a una consulta médica y pregunta sobre el significado de un colesterol de 280 mg/cc, o bien sobre una tensión arterial de 160/90, o la influencia que pueda tener en un determinado individuo una historia familiar de diabetes o de cáncer mamario.

Estas sesiones valen la pena y, ya desde el principio de estas líneas, animamos a quien tenga interés en la valoración de los riesgos médicos a que considere su asistencia al próximo congreso que será en Maastricht-Holanda en mayo 2016.

Para empezar, y antes de enumerar y tratar los temas de mayor interés, queremos hacer la consideración de que fue tan grande el

número de temas tratados que resulta difícil hacer una selección de los más importantes en el ámbito general. Bajo nuestro punto de vista, consideramos los siguientes temas como los más interesantes:

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

En este apartado destacamos los siguientes puntos:

■ El profesor **Valentín Fuster**, cardiólogo pero interesado en todos los temas epidemiológicos, para encuadrar las causas de muerte de forma general nos recordaba que, de cada 10 muertes en el mundo,

- 3 se producen por enfermedades infecciosas y/o desnutrición.
- 6 por enfermedades no infecciosas, y de éstas el 40% son de origen cardiovascular.
- 1 por violencia.

El avance o el progreso hacia una sociedad mejorada requiere:

- Continuar avanzando desde el punto de vista científico.
- Motivar a la sociedad en general para conservar la salud.
- Educar a los pobladores del mundo en temas básicos de higiene.

■ Debemos considerar que, debido a la mayor longevidad de la población tomada en su conjunto, el número de muertes o de afectados por los problemas de tipo cardiovascular seguirá en aumento, no sólo de forma numérica sino también de modo proporcional. Los casos que ahora vemos de infartos miocárdicos, fallo renal secundario a hipertensión, ictus, aneurismas o enfermedades de tipo neurodegenerativo... se verán aún con mayor frecuencia y serán causa primordial de los siniestros futuros.

■ Para frenar esta tendencia creciente de problemas en relación con los conductos que transportan sangre y oxígeno a todas las áreas corporales, es necesario un esfuerzo que involucra a la persona de forma individual y responsable, y a las autoridades del mundo sanitario. Las áreas o temas a tener en consideración incluyen:

- Dieta saludable y fortalecimiento de la voluntad para un cumplimiento estable y comprometido.
- Evitar sedentarismo-realización de ejercicio-pérdida de peso en caso necesario y eliminación del tabaco.

■ Medicación para bajar lípidos en sangre. A este respecto, dada la frecuencia con que se prescribe medicación para bajar la tensión y las grasas de la sangre, añadiendo además ácido A. Salicílico por su efecto antiagregante de las plaquetas, se preconiza el uso conjunto de la llamada POLIPÍLDORA (aspirina + reguladores de la tensión arterial y de los lípidos en sangre). Combinando estos tres componentes en un único comprimido se ahorra dinero y se favorece la toma, o lo que es lo mismo, se hace más difícil el olvido y se facilita la adherencia al tratamiento.

■ Diagnóstico precoz de las enfermedades cardiovasculares. Este es un tema difícil y, según el estudio que se contemple, se puede llegar a diferentes conclusiones. ¿Cómo podemos conocer con anticipación si estamos predispuestos al ictus o al infarto? El profesor **Fuster** nos aporta la relación de estos accidentes biológicos de tipo cardiovascular con el calcio depositado en las arterias coronarias y el engrosamiento de la íntima de los vasos carotídeos, de forma que, cuando el depósito de calcio en el árbol coronario es bajo y la íntima carotídea no está engrosada, el número de eventos es muy bajo (1,51 por cada 100 pacientes/año) en relación con las situaciones contrarias (4,38).

Calcio coronario para predecir riesgos (José Juan Gómez de Diego)

En la valoración de riesgos, en muchas ocasiones los analistas nos sentimos frustrados por la falta de consistencia entre los factores de riesgo conocidos y la evolución real de las personas.

Consideremos a las figuras de **Winston Churchill**, que era obeso, sedentario, fumador inveterado, y que muere a los 91 años, en



contraste con **Jim Fixx**, que era corredor de maratones, nunca había fumado y se mantenía en el peso ideal, y que, sin embargo, fallece de infarto a los 53 años.

Estos contrastes nos hacen reconocer que no tenemos soluciones fáciles para poder determinar el futuro personal basado en los factores de riesgo hasta hoy conocidos.

En la búsqueda de factores adicionales que nos ayuden a determinar el pronóstico, se ha concluido en los últimos años que el cuantificar los depósitos de calcio en el lecho de las arterias coronarias puede ser tan valioso como combinar el resto de los factores ya conocidos, y, de hecho, en algunos estudios la simple determinación de la cantidad de calcio depositada en esos vasos coronarios tiene más importancia por sí sola que la consideración conjunta de la edad, el tabaco, la dieta y las grasas en sangre.

El problema hoy por hoy desde la visión de las aseguradoras es que es una prueba de alto precio y que supone una asistencia a un centro médico de alto nivel. Sin embargo conviene estar avisado de esta relación para valorar a los candidatos cuando aportan ya el estudio realizado por la razón que fuese.

Cuantificar los depósitos de calcio en el lecho de las arterias coronarias puede ser tan valioso como combinar el resto de los factores ya conocidos



Muerte súbita

(Josep Brugada- Universidad de Barcelona)

Nos recuerda este autor, conocido a nivel internacional, que, de acuerdo con la revista española de Cardiología (1999;5:717-730), entre el 8% y el 12% de las muertes son súbitas y, de ellas, el 88% son de origen cardíaco.

No hace falta insistir en la desolación, sorpresa y alarma que produce la muerte de una persona joven de forma brusca e inesperada. Lo primero que se pregunta cualquier familiar es la razón o causa de una muerte súbita.

El clínico debe, a través de los estudios complementarios y la clínica previa, descartar las causas más comunes y, entre ellas, la cardiomiopatía hipertrófica y la dilatada, la debida a isquemia poco expresiva sintomáticamente y la displasia arritmogénica del ventrículo derecho. Aparte se estudia la posibilidad de la presencia de las llamadas canalopatías, unas entidades que se encuentran todavía en estudio dado lo relativamente reciente de su descubrimiento. Cambios típicos en el ECG nos pueden dar la clave de una predisposición a la muerte súbita o sin ningún tipo de aviso previo.

El **profesor Brugada** hace un resumen de estas canalopatías o alteraciones bioquímicas que se producen durante la contracción y relajación de las miofibrillas que producen la contracción de la musculatura cardíaca.

La más frecuente es el denominado Síndrome QT prolongado, pero aparte están el Síndrome del espacio QT corto, el Síndrome de Brugada y el CPVT ("Catecholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia"). Las características, el diagnóstico y la valoración no son propios para este espacio de divulgación. Desde el punto de vista de los seguros nos interesa examinar con cuidado el electrocardiograma de los candidatos así como la historia familiar de posibles muertes súbitas, dado que estos síndromes muy a menudo tienen una tendencia hereditaria.

Desfibriladores automáticos internos

No es muy frecuente que en la medicina de selección de los seguros nos encontremos con candidatos que tengan implantado un desfibrilador interno, pero ocasionalmente se presenta la situación y probablemente, como señalaba el **Profesor Chouty**, en el futuro no será una situación rara. Y es que con el señalado aumento de la longevidad cada vez se ven más trastornos del ritmo cardíaco.

Se implanta un desfibrilador automático principalmente en tres situaciones específicas: cuando existe una miocardiopatía con



tendencia a las arritmias severas, en caso de canalopatías, y cuando ya se ha producido una muerte súbita con posterior recuperación gracias al éxito de una recuperación cardiopulmonar. Pero uno de los problemas graves en relación con estos mecanismos, muy complejos o sofisticados desde el punto de

vista técnico, es que se pueden disparar de forma justificada o no, creando una situación extraordinariamente molesta para el receptor de estos aparatos y, frecuentemente, graves desequilibrios psicológicos. Se denomina TORMENTA ARRÍTMICA cuando se producen 3 disparos o desfibrilaciones en el término de 24 horas. Ello sucede en entre un 10 y un 20% de los receptores. En general, y desde el punto de vista práctico, debemos tener en cuenta que cuando se pone un desfibrilador interno existe una grave enfermedad de base, muy mayoritariamente incompatible con una cobertura de seguro.

Solamente en aquellos casos en que se ha puesto por historia familiar de muerte súbita, pero con poca o ninguna clínica en el candidato, se puede considerar dicha cobertura.

CIRUGÍA BARIÁTRICA. Mortalidad y morbilidad asociadas

(Philippe Beissner - Zurich)

Estadísticamente se ha determinado de forma contundente que la menor mortalidad se asocia a un índice de masa corporal de 25,3 Kg/m2 en varones y de 24,3 en mujeres (NEJM 2008;359:2105). Y también está claramente demostrado que una reducción significativa y mantenida de peso en el obeso por medio de dieta y ejercicio es extraordinariamente difícil.

Con las estrecheces causadas por medio de bandas elásticas gástricas o por medio de bypasses, se consigue, especialmente con el bypass, unas reducciones sostenidas de un 20% a un 30% del peso original. Ello tiene grandes ventajas para el individuo puesto que, aparte de un mayor estado de bienestar, disminuye los valores de tensión arterial, la incidencia de diabetes, dislipemia y apnea de sueño, y a partir del 5º-6º año tras la operación, se observa una manifiesta mejoría en la longevidad de la persona previamente obesa.

Pero durante el primer año tras la operación pueden surgir complicaciones del tipo del tromboembolismo venoso, peritonitis o alteraciones metabólicas y nutricionales de importancia. Por ello es preferible posponer la contratación del seguro hasta que haya pasado un año tras la intervención quirúrgica y se pueda demostrar una estabilidad general bien afianzada.



VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO EN RELACIÓN CON LA SOBREMORTALIDAD

(Stephen K. Holland - Univita Health USA)

La demencia se define como un estado progresivo e irreversible de la capacidad cognitiva que incluye la pérdida de la memoria inmediata y remota, el lenguaje y la capacidad de enjuiciamiento, con cambios negativos en la conducta y personalidad. Los defectos observados deben tener la suficiente importancia como para interferir con las actividades de la vida diaria.

En los Estados Unidos hay actualmente unos 5,5 millones de personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer, pero este número, de seguir las tendencias actuales, aumentará a 14 millones en el año 2050, con el diagnóstico aproximado de 500.000 nuevos enfermos por año.

En la contratación de un seguro, los estados incipientes de demencia pueden pasar desapercibidos si no se hace una revisión orientada a descubrir los déficits que en las fases iniciales pueden ser muy discretos o casi "sin aparente relevancia".

Y tiene gran importancia el poder hacer un diagnóstico temprano o precoz, porque los gastos asistenciales de los enfermos con demencia son elevadísimos, y porque además supone un acortamiento manifiesto de la esperanza de vida. Así, si el diagnóstico se hace a los 65 años, la vida media se reduce a 7,5 años, y si se realiza a los 80 años de edad, a 4,4 años, aunque naturalmente hay mucha variación individual según el trato recibido. Los inhibidores de la colinesterasa, la medicación que se viene utilizando actualmente, no han demostrado mejorar la supervivencia en este tipo de enfermos.

Un concepto nuevo es el "MILD COGNITIVE IMPAIRMENT", que se podría traducir como síndrome de carencia cognitiva ligera, que es una situación observada con mayor frecuencia en personas que siguen haciendo una vida normal, sin necesidad de asistencia para las actividades de la vida diaria, pero que presentan un deterioro en cuanto a memoria, capacidad de enjuiciamiento, etc, superior a lo que sería esperado para su edad.

Para objetivar el estado mental de los próximos candidatos a un seguro de vida, en especial si se superan los 60-65 años de edad, se debe contar con alguna herramienta o método de detección. Hoy por hoy se aplica el MMSE (Mini Mental State Examination), en el que se hacen preguntas para valorar la orientación, el cálculo matemático y la comprensión, de forma elemental.

MEDITACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS QUE ACOMPAÑAN A UN AUMENTO DE LA LONGEVIDAD

El **Profesor Christensen**, de Dinamarca, afirma que los niños que nacen en este siglo XXI vivirán en su mayoría 100 ó más años. Si la predicción de este autor se cumple, debemos considerar que los gastos por asignación a pensiones, por cuidados médicos (que como es bien sabido aumentan mucho con la edad), y también por pago a servicios de tercera persona para asistir a los mayores, serán una carga para la sociedad difícilmente sostenible.

¿Cuáles serán los factores que determinen la longevidad de la población a medio plazo? No hay un factor mayoritariamente determinante. El incremento en la vida de nuestros hijos y nietos vendrá por la combinación de factores genéticos, la mejora de la atención sanitaria, el medio social y los cambios en la conducta del ciudadano medio.



En la contratación de un seguro, los estados incipientes de demencia pueden pasar desapercibidos si no se hace una revisión orientada a descubrir los déficits en las fases iniciales

La **Doctora Helen Chung**, de Swiss Re, hacía hincapié en su presentación en que era más importante añadir vida a los años que no añadir años a la vida, destacando la importancia de la calidad de vida sobre su extensión en el tiempo. En este sentido tenemos que partir de la definición de lo que es la salud. Llama la atención la antigua definición de los aborígenes australianos por poner énfasis en los resultados sobre la comunidad social.

- OMS: [Hace más de 50 años] Estado de bienestar completo de tipo físico, mental y social, y no meramente ausencia de enfermedad.
- SARACCHI: Una condición de bienestar, libre de enfermedades, un derecho de la humanidad básico y universal.
- De los ABORÍGENES AUSTRALIANOS: La salud no sólo significa un estado de bienestar físico. También incluye un estado social, emocional, espiritual y cultural positivos, que afectan a la comunidad por entero.

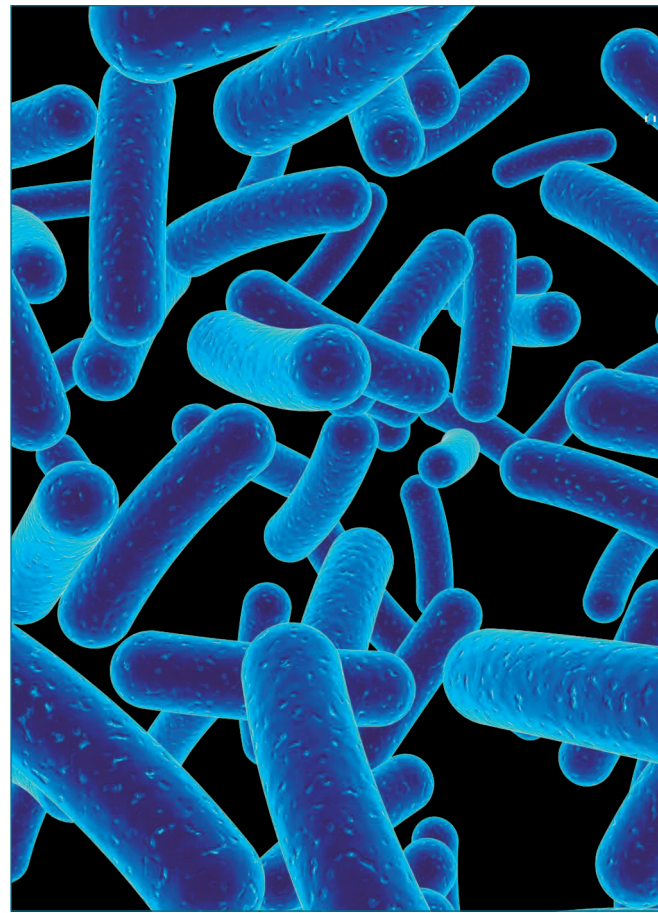
La genética probablemente nos dé claves para la mejora de ambas, la cantidad y la calidad de vida, y muy posiblemente el estudio cromosómico del porqué algunas especies animales viven mucho más o menos que otras nos haga avanzar en ese sentido. La ballena “Bobhead”, la más grande después de la ballena azul, es un mamífero que vive fácilmente por encima de los 100 años. Algunos ejemplares pueden haber vivido más de 200 años. La investigación de su estructura molecular y mapa genético, muy posiblemente encierre claves para poder aumentar la vida humana en los dos sentidos mencionados.

SEGURO DE VIDA EN LOS INDIVIDUOS VIH+

Hoy se ha conseguido, con las combinaciones de medicaciones antirretrovirales, limitar o estabilizar la enfermedad durante mucho tiempo. El virus que afecta la inmuno-competencia humana (el VIH1, el más infeccioso, y el VIH2, más prevalente en el oeste de África) con un tratamiento adecuado ya no debe ser causa de un rechazo automático por parte de las compañías de seguros.

En la presentación del **Doctor Rogelio López Vélez**, del hospital Ramón y Cajal de Madrid, se comentaban muchos aspectos de este tipo de infección, y entre ellos se destacaba la contagiosidad según la vía de entrada en el organismo humano:

- El contacto sexual es la principal vía de entrada, pero se estima que el infectado/a sólo transmite la enfermedad con un único contacto en el 0,05% al 0,30% de los casos.
- El riesgo por transfusión de sangre infectada es del 90%. Por punción de sangre infectada del 0,67%.
- En el nacimiento, el contagio de madre a hijo ocurre en un 25% de los casos, pero depende en gran medida de la toma de medicación.



- El contacto con líquidos o secreciones (heces, orina, saliva...) no es infeccioso, salvo que contenga sangre.
- Pre-exposición: Si se están tomando antirretrovirales y el recuento de CD4 es mayor de 350 células/mm³, el riesgo de infectar a un compañero/a sano/a es de 10 a 20 veces menor. Post-exposición: el tratamiento con ART administrado por 4 semanas, y empezando antes de que hayan pasado 72 horas tras el contacto, es muy eficaz.

La valoración del enfermo infectado requiere conocer el número de los linfocitos circulantes CD4 (por encima de 500 células/mm³ el estado es en general normal; entre 200 y 500, estado intermedio; y por debajo de 200, estado en general muy comprometido y casi siempre sintomático).

La esperanza de vida sin tratamiento es de unos 9 a 11 años, pero con tratamiento la esperanza de vida ha ido mejorando de tal manera que, si se tomaba un grupo de contagiados de 35 años entre 1996 y 1999, ésta era de 25 años, mientras que entre el año 2003 y el 2005 la esperanza de vida superaba ya los 37 años.

Resumiendo, si tenemos evidencia de un recuento de linfocitos CD4 mayor de 500, se demuestra que el posible cliente toma la medicación y no hay sintomatología relacionada con los problemas asociados o de inmunidad conocidos (Hepatitis viral, Sarcoma de Kaposi, Tuberculosis...). El cliente puede ser asegurado con una tasa de sobre-mortalidad moderada y muy probablemente en descenso durante los próximos años.

PATOLOGÍA TROPICAL

Aunque en la medicina de los seguros no es habitual observar enfermedades tropicales, el incremento de los viajes por razones comerciales o de turismo hace que tengamos que prever un futuro en el que ya no sea raro tener que valorar un caso con un paludismo o un dengue en tratamiento reciente o incluso actual.

Para que estemos al tanto de esa posibilidad y no olvidemos enfermedades de amplia distribución en el mundo, el **Dr. Juan Carlos Esquivel** nos recordaba los siguientes puntos con respecto a las enfermedades más prevalentes en el mundo de hoy:

Paludismo

- De los 4 tipos de parásito (Falciparum, Vivax, Malariae y Ovale) el más maligno es el falciparum.
- Los síntomas (dolor de cabeza, fiebre y vómitos) aparecen a los 7 días tras la infección.
- En el año 2010 la malaria causó unas 660.000 muertes en el mundo, más concentradas en los niños de las regiones tropicales de África.
- Los viajeros de los países que ya han controlado la enfermedad son particularmente susceptibles a adquirir formas graves de infección, y por ello es muy importante tomar medidas preventivas.

Dengue

- Causado por un flavovirus y transmitido por el mosquito Aedes Aegypti.
- Tras un periodo de incubación de unos 4-10 días se produce un cuadro clínico que puede ser muy violento, con dolor de cabeza y muscular en general, artralgia o dolor articular, dolor retro-ocular y grave anorexia o pérdida de apetito, con erupción cutánea, náuseas y vómitos.
- El periodo manifiestamente sintomático dura entre 2 y 7 días.
- El tratamiento incluye una monitorización del número de plaquetas, que puede caer a niveles peligrosos, acetaminofén e hidratación apropiada.

Leishmaniasis

- Hay 3 tipos de leishmaniasis: la visceral, también conocida como Kala-Azar, la cutánea (la más común y peligrosa) y la mucocutánea. En los últimos 10 años la enfermedad se ha extendido de forma considerable.
- Anualmente se producen en el mundo más de 1.300.000 nuevos casos, que provocan entre 20 y 30.000 defunciones.



- El parásito (un protozoo) es transportado por un flebótomo o “sandfly” (mosquito), y afecta fundamentalmente a la población con problemas de desnutrición, pobreza y un sistema inmune debilitado.
- La mayor propagación de la enfermedad se ha atribuido a la deforestación, construcción de presas y a la extensión de áreas de riego.

En general debemos recordar que las enfermedades más propias del trópico se relacionan con la pobreza, la malnutrición, condiciones socioeconómicas deprimidas e incluso con los cambios climáticos. El tratamiento incluye vacunas, algunas en desarrollo, y sobre todo evitar el contacto con el mosquito, para lo que se recomienda de forma especial el uso de repelentes y las redes anti mosquito.

LA TELE-SELECCIÓN: UN MÉTODO DE AYUDA EN LA SELECCIÓN DE LOS SEGUROS

La Tele-selección es un proceso orientado a la medicina de los seguros con utilidad en la valoración del riesgo biométrico, el riesgo financiero y el llamado riesgo social (riesgo ocupacional, deportivo, actividades de ocio...).

Se destina a la selección de riesgo de individuos y no de grupos y debe ser dirigida y trabajada por la propia compañía aseguradora y no ser delegada a compañías subsidiarias.

Comparativa con la selección tradicional

La norma en la selección clásica supone tiempo prolongado, elaboración de cuestionarios prolijos con cuestiones o preguntas que no son adaptables a todos los candidatos, un importante riesgo de pérdida de confidencialidad y problemas en la homogenización de calidades según la experiencia del médico reconecedor y el seleccionador de la empresa.



La Tele-selección, al suponer una mejora frente a los problemas citados, se ha extendido desde los países que la iniciaron (USA, Australia y Sudáfrica) a grandes áreas del mundo, y desde los años noventa es predominante en el Reino Unido y en USA.

Se considera que la Tele-selección es igual a la Tele Interview más la Selección propiamente dicha.

Se parte de la base de que el 80% de los casos son “riesgo normal” o “estándar”, el 15% son sobre-primables y el 5% son “a rehusar” por muy alto riesgo. Importantes variaciones sobre estos niveles indican que algo no se está haciendo bien.

Con la Tele-selección se reduce el número de casos en los que hay que pedir información adicional, se reduce el número de errores y se consigue un mayor número de datos que sirven para aclarar puntos en el momento del siniestro y también para preparar nuevos estudios o

productos. Además se orienta mejor el número y tipo de preguntas atendiendo a los grupos de edad, sumas aseguradas y tipos de cobertura.

A través de la Tele-selección se obtiene como dato estadístico que las patologías más frecuentes en nuestro medio son:

- Problemas osteoesqueléticos, un 25% destacando entre ellos las hernias discales (29%).
- Problemas respiratorios, un 12%.
- Problemas de tipo psiquiátrico, un 8 %, y de ellos prácticamente la mitad son depresiones.
- Problemas gastrointestinales, un 7%.

Por ejemplo, cuando se sospecha por el tipo de medicación que se viene tomando o por declaración directa del candidato que existe un proceso de depresión, se obtienen los siguientes datos en relación con un cuestionario específico orientado:

CUESTIONARIO		
Año de diagnóstico		
Actualmente bajo depresión	Sí - 43%	No - 57%
Intento de suicidio	Sí - 6%	No - 94%
Sexo	Varones 54%	Mujeres 47%
Bajo medicación	Sí - 1%	No - 99%
Consumiendo alcohol	Sí - 81% (>10 un./semana 3%)	No - 19%
Hospitalizaciones	Sí - 12%	No - 88%
Tipo de tratamiento	Psicoterapia 8%; Ansiolíticos 40%; Antidepresivos 43%; Litio 1%; Neurolépticos < 1%; Ninguno 8%	
Incapacitado	Sí - 48%; Permanente 34%; Temporal 66%	

Evolución y desafíos en el futuro

- Conseguir acceso directo del candidato durante cualquier día a cualquier hora.
- Ampliar la operatividad a internet.
- Limitar la cobertura a pequeñas sumas de capital.
- Conseguir un buen filtrado y conexión para los casos que no sean “Estándar”.
- Una buena sinergia y consideración entre la Tele-selección y los siniestros.
- Ahondar en la influencia de los factores geográficos, el poder adquisitivo y el estilo de vida del cliente.



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 el Doctor Manuel Cid. Zurbano, 8 - 28010 Madrid
www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es