

SELECCION

Número 30
Año VIII
Septiembre 2004

VIDA

XXI

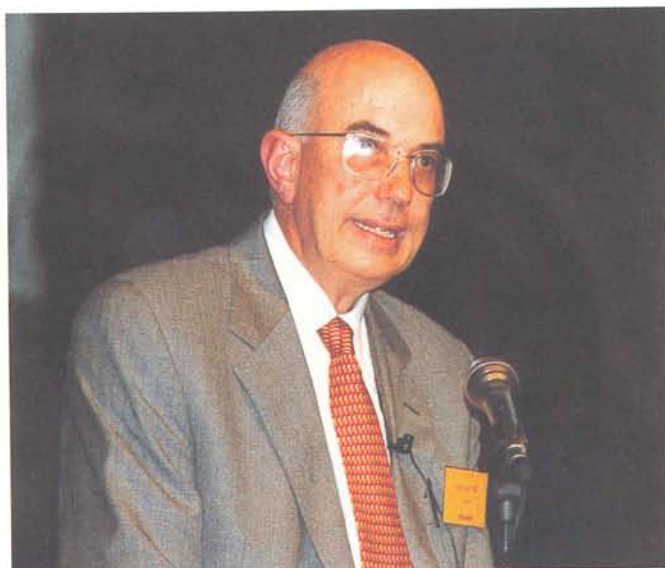


**Congreso internacional
de la Medicina del Seguro**



Nacional de Reaseguros S.A.

XXI Congreso internacional de la Medicina del Seguro



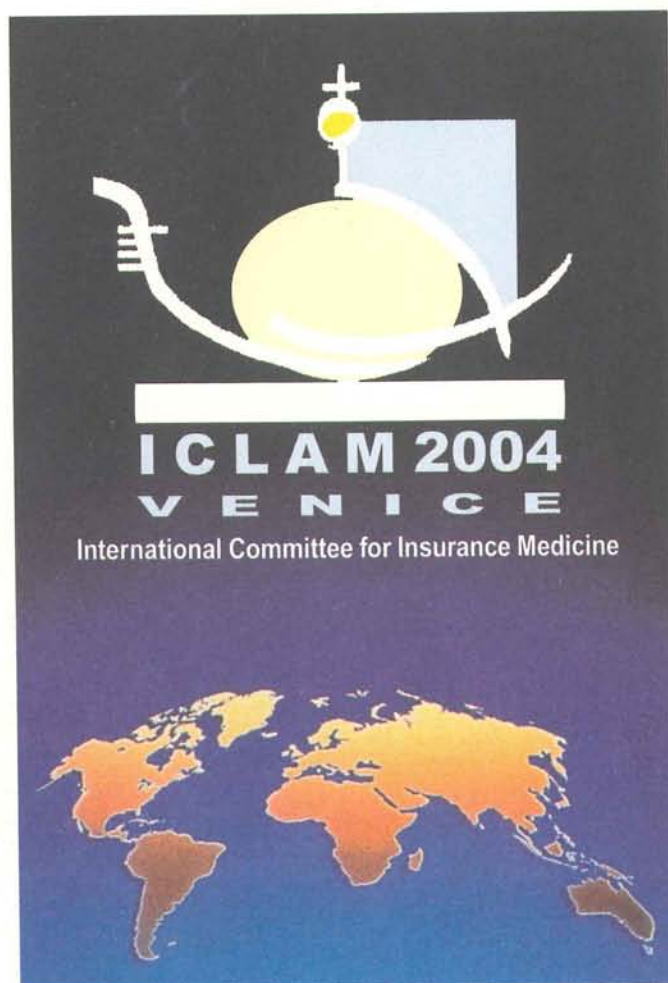
Doctor Manuel Cid

Como viene siendo habitual, **NACIONAL DE REASEGUROS** acudió a esta cita representada por el **Doctor Manuel Cid**, Responsable de Selección Médica, quien fue el único profesional del sector asegurador español que participó en las jornadas.

Si tratásemos de resumir todas las ponencias del Congreso, estaríamos hablando, en cualquier caso, de una comunicación excesivamente amplia y difusa. Por ello, vamos a concentrarnos en algunos temas que nos parecieron especialmente interesantes por su influencia práctica en la Medicina del Seguro.

Recientemente se ha celebrado en Venecia el **XXI Congreso Internacional de la Medicina del Seguro**.

Este foro tiene interés como orientación de actualidad, con un enfoque de ámbito mundial en los temas de mayor relevancia, y aporta una visión a la que es muy difícil acceder desde el puesto de trabajo cotidiano.



Avances de la ciencia médica y su impacto en la Medicina del Seguro

Volver la vista atrás y observar los cambios que vienen experimentando el fenómeno de la mortalidad y sus causas resulta muy instructivo, y nos permite reflexionar sobre cual va a ser la evolución que veremos en los próximos años.

Si tenemos en cuenta las causas de muerte a principios y a finales del siglo XX, nos encontramos un importante cambio en los puestos principales:

Causa de Muerte	A principios del siglo XX	A finales del siglo XX
1 ^a	Neumonía	Enfermedad cardíaca
2 ^a	Tuberculosis	Cáncer
3 ^a	Gastroenteritis	Accidentes cerebro vasculares
4 ^a	Enfermedad Cardíaca	Accidentes
5 ^a	Accidentes cerebro vasculares	Neumonía y gripe
6 ^a	Enfermedades renales	Diabetes



En la actualidad, ya inmersos en el siglo XXI, las observaciones nos dicen que las tasas de muerte por cáncer y por enfermedad cardiovascular están disminuyendo, en mayor grado las segundas que las primeras, mientras que las muertes relacionadas con la obesidad y la diabetes aumentan.

Las enfermedades infecciosas sufrieron un descenso espectacular a partir de la introducción de los antibióticos y, por ello, tenemos derecho a preguntar si no ocurrirá algún tipo de hallazgo o descubrimiento que elimine o mitigue de forma significativa la mortalidad en relación, por ejemplo con las enfermedades cardiovasculares, principal causa actual de fallecimiento.

Debemos considerar en principio que, así como la vida media ha crecido mucho en el último siglo, la edad máxima de supervivencia no ha cambiado. La curva de supervivencia (número de supervivientes a cada edad) se hace progresivamente más cuadrada, pero el final de la vida humana parece estar sujeto a unos extremos poco o nada flexibles.

Curiosamente la calidad de vida también parece haber mejorado de forma muy apreciable en los últimos años. Así, mientras que en 1982 la proporción de población sin taras físicas de importancia era del 73%, en 1999 había subido al 81%.

Dos terceras partes de la mejoría de la vida media y de la calidad de vida experimentadas en el siglo XX ocurrieron entre 1900 y 1950. El principal responsable fue el conjunto de medidas higiénico – sanitarias que se pusieron en marcha. El tercio restante se debió a medidas médicas, que se concentran mucho más en los tramos de edad por encima de los 65 años, y que se produjeron sobre todo en la segunda mitad del pasado siglo.

En el terreno de las hipótesis, si ahora fuese posible eliminar el cáncer como causa de muerte, veríamos como la mujer actual de 50 años, en lugar de vivir hasta

los 81-82 años, llegaría hasta los 85. Si además se eliminasen por completo las enfermedades cardiovasculares, viviría unos 89 años. No parece mucho, habida cuenta de lo frecuente que es el cáncer y las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte.

En cambio, sí se produciría un salto notable en la longevidad del ser humano si consiguiésemos dominar el proceso de degradación celular o el proceso básico de envejecimiento. Esto es hoy por hoy utópico, pero nadie podía tampoco adivinar antes del hallazgo de la penicilina que se llegaría a tal descubrimiento, ni tampoco cuáles serían sus consecuencias.

Todo lo anterior resulta esperanzador y nos da una sensación de seguridad en la visión del futuro, pero también tiene su parte negativa consistente en el modelo de alto gasto sanitario en el que nos hemos introducido las llamadas sociedades desarrolladas. Es cierto que ha disminuido el número de muertes por infarto agudo miocárdico, pero ello ha conllevado un gasto en recursos económicos altísimo, ya que las medidas de atención al enfermo coronario agudo, las medicaciones que disuelven los coágulos intra vasculares, las operaciones de pontaje coronario, los stents, las estancias en las unidades intensivas... resultan de un coste elevadísimo.

Se habla mucho de las posibilidades futuras y se anticipan edades medias que hoy por hoy son increíbles. Mientras llega ese mundo, "casi eterno", debemos concentrar nuestro esfuerzo en evitar el sobrepeso y los hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol, drogas) y considerar que el mantenerse en una buena forma física está en nuestra mano y, en cierto modo, es nuestra mejor contribución a la propia salud y a un mejor pronóstico de supervivencia.

Hipertensión

Cuando consideramos las sobremortalidades que una entidad aseguradora aplica a sus candidatos e indagamos acerca de las causas de dichas sobreprimas, resulta que por orden de frecuencia tenemos las siguientes:

1ª	Hipertensión
2ª	Sobrepeso
3ª	Hiperlipemia
4ª	Dorsalgia
5ª	Peso Bajo
6ª	Diabetes
7ª	Enfermedad Hepática Crónica
8ª	Asma

La principal causa de sobretasación a los candidatos para un seguro de vida es la hipertensión.

Uno de los problemas en relación con la tensión arterial es su difícil definición, según edad sexo, y el hecho de que no hay una tensión que se pueda considerar como normal, a partir de la cual entremos en una situación "no normal".

En un esfuerzo por definir las tensiones, se hace la siguiente clasificación orientativa:

	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
TENSIÓN ÓPTIMA	<120	<80
TENSIÓN NORMAL	<130	<85
TENSIÓN LÍMITE	130-139	85-89
TENSIÓN CRÍTICA	140-149	90-94
HTA. NIVEL I	140-159	90-99
HTA. NIVEL II	160-179	100-109
HTA. NIVEL III (SEVERA)	>180	>110
TENSIÓN SISTÓLICA AISLADA CRÍTICA	140-14,9	<90
HTA. SISTÓLICA AISLADA	>150	<90

La anterior clasificación tiene interés por resaltar:

- El nivel óptimo por debajo de 120 de sistólica y de 80 de diastólica.
- Las hipertensiones de sistólica exclusivamente; cuando la cifra sistólica está por encima de 150 mm Hg., que es un hecho frecuente.

El concepto de tensión arterial descompensada, con el que de forma coloquial nos referimos a valores de presión sistólica y diastólica muy próximos

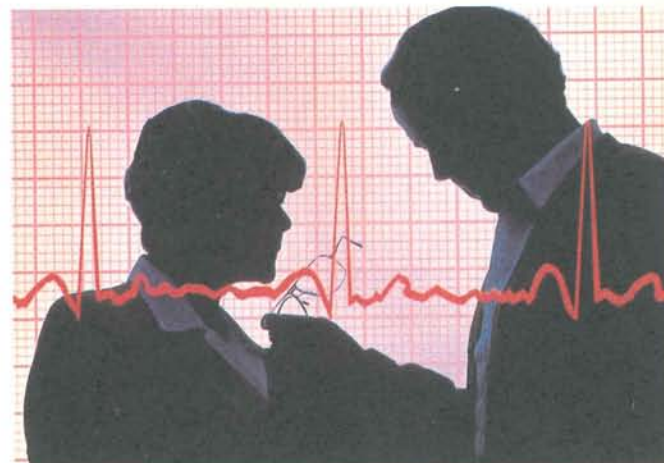
(por ejemplo: 100/80), no se corresponde con ninguna situación patológica desde el punto de vista médico. Los límites de "140/90 mm Hg" para las presiones sistólica y diastólica son los límites de la normalidad, independientemente de la diferencia entre ambos valores.

La hipertensión de la cifra sistólica de forma exclusiva se debe en principio a la falta de elasticidad arterial y constituye un factor de riesgo que debe modificarse mediante tratamiento.

Es habitual que la hipertensión no se presente como una patología aislada, por lo que cuando consideramos a un hipertenso como candidato para un seguro de vida debemos averiguar si existen:

- Obesidad, presente en el 33,5% de los casos.
- Hiperlipemia, en el 27% de los casos.
- Diabetes, en el 16% de los casos.
- Enfermedad coronaria, gota, asma, osteoartritis, arritmia, abuso de tabaco...

Hoy está claro que un control de la hipertensión, por sí misma y de los problemas asociados, tiene una gran importancia desde el punto de vista pronóstico, de ahí que deba considerarse a la hora de la suscripción.



Por último, conviene recordar que las personas que presentan hipertensión a pesar de estar tratadas, presentan una mortalidad superior a aquellos que con las mismas cifras de tensión no siguen tratamiento alguno.

Cáncer y seguro de vida

Si tenemos en cuenta que la población asegurable tiene una media de edad diferente de la población general (la edad de aseguramiento suele coincidir con la edad adulta, pero con un límite de edad en el entorno de los 65-70 años), resulta que el cáncer es la principal causa de muerte en el seguro de vida, por delante de los problemas vasculares.

El Dr. S. Akerman nos mostraba la siguiente estadística fruto de su estudio en Alemania.

• **CAUSAS DE MUERTE en Alemania**, en la edad habitual de aseguramiento:

Cáncer	31,2%
Enfermedades Cardiovasculares	28,6%
Alteraciones Gastrointestinales	8,8%
Accidentes	7,4%
Suicidio	5,4%
Alteraciones Respiratorias	3,5%
Alteraciones del Metabolismo	3,6%
Infecciones	1,8%

Si nos concentramos en los tipos de cáncer que afectan al género humano entre los 45 y los 65 años, se observa que si no se hace diferenciación de sexo, los tumores de pulmón y los gastrointestinales son los que más muertes producen. Si se diferencia por sexos y se consideran todos los tramos de edad, la mama en la mujer y la próstata en el hombre son los tumores más frecuentes.

Las medidas preventivas son importantes, pero a menudo en los reconocimientos para un seguro de vida no se hace especial mención a las mismas. Estos reconocimientos, como cualquier acto médico, deberían ser aprovechados para reforzar las medidas generales y sociales que tiendan a disminuir los factores de riesgo y que incluyen:

- Conseguir una historia completa de consumo de tabaco animando a disminuirlo o suprimirlo.
- Obtener la posible historia familiar de cáncer con especial interés en los tumores de estirpe gastrointestinal y mamario.
- No olvidar la exploración testicular en varones jóvenes por su relativa alta frecuencia.
- Insistir en la necesidad de que las mujeres no olviden sus revisiones ginecológicas, incluyendo mamografía y citología vaginal.
- Utilizar racionalmente la radiografía de tórax en los reconocimientos médicos de Seguros de Vida, a fin de adecuarse, no sólo a una serie de criterios médicos y legales vigentes, sino también a la realidad social existente. La necesidad de efectuar la radiografía debe basarse en una serie de aspectos tales como la actividad laboral, los hábitos personales y el historial médico del asegurado.
- Emplear los marcadores tumorales con un criterio de utilidad. Parece claro que el único que tiene una aplicación práctica indiscutible, cuando hablamos de varones por encima de los 55-60 años de edad, es el Antígeno Prostático Específico o PSA.
- Atender a consideraciones legales. Por ejemplo, en relación a las pruebas genéticas de valoración de la estructura cromosómica, no vale la pena profundizar en este punto, dados los condicionantes éticos y legales actualmente predominantes en el ámbito del mundo industrial.

Dado que en verano la exposición exagerada a la luz solar parece ser la causa principal de la producción de melanomas, parece oportuno mencionar en relación con esta enfermedad maligna lo siguiente:

- Desde los años 30 se demuestra que tanto la incidencia como la mortalidad por este tumor se viene incrementando en aproximadamente un 5% al año. (Un caso en cada 1500 personas en 1900 y un caso en cada 75 personas en 1990).
- La incidencia aumenta en personas con familiares que lo hayan padecido, en rubicundos y en personas que trabajan al aire libre.



Diabetoepidemia y Obesidad

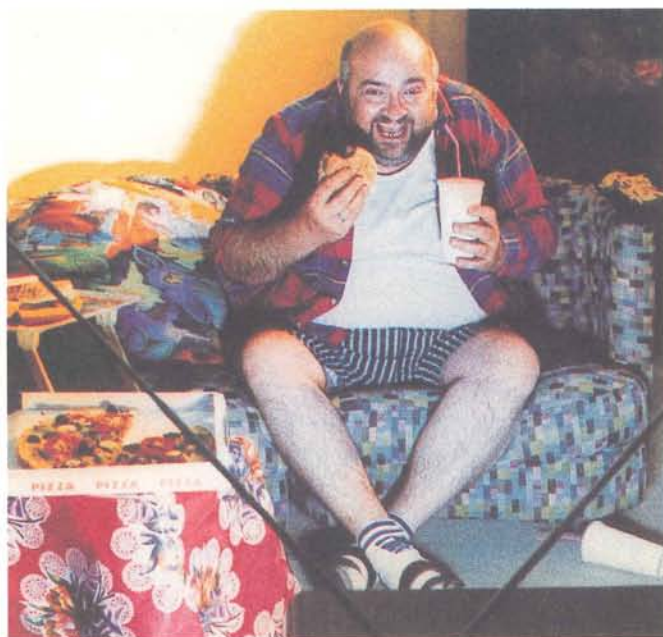
Tanto la obesidad como la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono son fenómenos que crecen en nuestras sociedades de forma alarmante y que modifican a la baja tanto la cantidad como la calidad de vida.

En un estudio en Hamburgo se llegó a la siguiente conclusión estadística:

SIN DIABETES	54%
Glucosa en ayunas > 125 Mg. en sangre entera [Glucemia en ayunas alterada]	9%
Intolerancia a Carbohidratos (Glucemia 2 horas Post Prandial entre 140-200Mg.)	17%
Diabéticos conocidos	9%
Diabéticos desconocedores de su estado	10%

- Casi la mitad de la población tenía de alguna manera algún tipo de anomalía en el metabolismo de los hidratos de carbono, aunque una buena parte de los afectados desconocieran su situación.

Estas anomalías suelen asociarse con otros múltiples factores de riesgo, tales como la hipertensión y problemas vasculares, que en conjunto suponen una merma en la esperanza de vida que se ha llegado a valorar en unos 6 años, pero, sobre todo, en una pérdida importante en la calidad de vida.



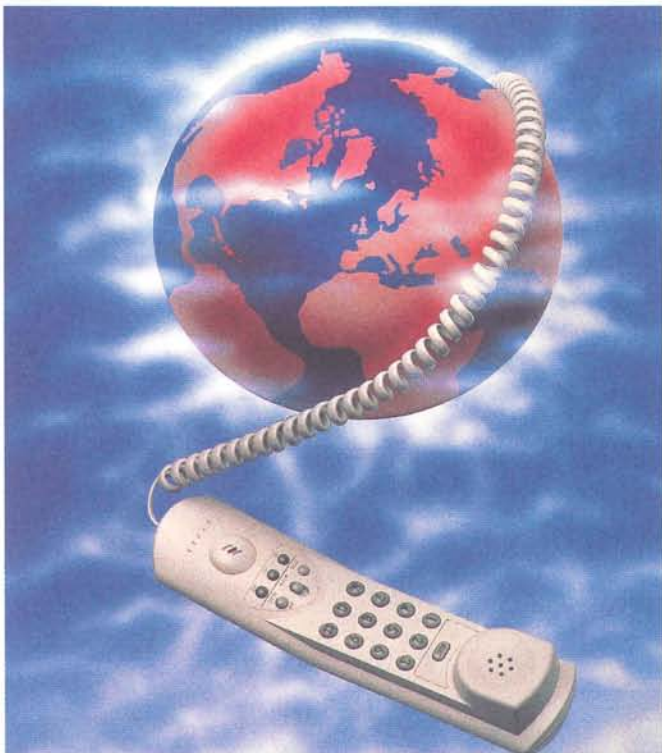
Para explicar como se llega a provocar este crecimiento, se recordó la experiencia con los indios Pima, una tribu en el sur de los EE.UU., a los que, para que no causaran problemas tras la usurpación de buena parte de su territorio, se les daba la comida que quisieran sin necesidad de trabajar. Estos indios, que habían estado acostumbrados a realizar una importante tasa de ejercicio físico para ganarse su sustento, al cabo de pocos años de tener lo que necesitaban sin esfuerzo, se convirtieron en una sociedad de obesos y diabéticos en su casi totalidad.

Se hizo la consideración de que desde los tiempos faraónicos hasta principios del siglo XX el trabajo de cultivar una hectárea, incluyendo el roturado, la siembra, recolección... había permanecido más o menos estable, pero a un muy alto nivel. Hoy, con las maquinarias de que disponen las sociedades avanzadas el gasto de energía humano es una mínima fracción del trabajo que venía desarrollando el hombre desde hacía muchos cientos de años, y lógicamente ello conlleva consecuencias de las que tenemos que ser conscientes.

Es importante que consideremos los siguientes puntos en cuanto a estas "epidemias modernas", fuente de gran número de limitaciones y efectos secundarios:

- ❖ La diabetes es una enfermedad multisistémica, en la que la alteración de la glucosa en sangre y orina es sólo una de las manifestaciones de la enfermedad, que incluye además una alteración en el metabolismo de las grasas, una disfunción de las paredes internas de los vasos y una alteración de los sistemas de coagulación.
- ❖ La forma de atajar esta tendencia no es la edad adulta o el uso de medicaciones, sino el estímulo desde la niñez de practicar deporte y evitar los malos usos alimenticios, que podrían tener consecuencias negativas para el resto de la vida.
- ❖ Una vez establecida una situación, que por los hechos tenemos que admitir como irreversible (diabetes y/u obesidad), debemos considerar que:
 - Las Tatinas (medicación para reducir el colesterol), de una forma poco conocida, y el control de la tensión arterial reducen las complicaciones y especialmente la producción de infartos y deterioro de la función renal.
 - El mejor método para reducir los niveles de azúcar de forma estable es la realización de una tasa continua de ejercicio.

Teleselección



Para finalizar este artículo, vamos a tratar un tema que produjo en el Congreso Internacional de la Medicina del Seguro bastante animación en el debate.

La utilización de la tecnología en nuestra sociedad se vive de forma cada vez más acelerada y siempre en busca de un ahorro de costes. La selección de candidatos para un seguro de Vida es una tarea ardua y costosa, por lo que se consideraría un notable avance su realización por los métodos audiovisuales actuales, siempre que fuéramos capaces de preservar una correcta evaluación de los factores de riesgo que determinan la cobertura.

En los EE.UU. desde hace unos años 15 años se viene experimentando con un éxito creciente la teleselección, que incluye:

1.- CONTACTO TELEFÓNICO INICIAL, con objeto de seleccionar a los clientes potencialmente interesados. Incluye nombre y apellidos completos, la fecha de nacimiento, el tipo de seguro a realizar, y una fecha y hora conveniente para realizar una valoración completa.

2.- ENTREVISTA TELEFÓNICA, avisando al candidato de que se realiza una grabación con su consentimiento. En esta entrevista se indagaría acerca de los:

- Diagnósticos previos
- Síntomas actuales y últimos episodios
- Frecuencia
- Tratamiento- (nombre de medicamentos y dosis)
- Hospitalización / es

Se da especial importancia al tipo de dieta, peso actual y control, ejercicio, tabaco, alcohol y drogas, problemas de sueño, seguimiento de tratamientos y revisiones (Citología Vaginal, Mamografías...)

3.- SELECCIÓN. Valoración de resultados.

Con los datos aportados se decide si el cliente puede ser aceptado sin más tramites o si por el contrario es necesario hacer pruebas complementarias u obtener informes más detallados.

Aceptación o decisión de más información.

4.- CONFIRMACIÓN DE SELECCIÓN

Se envía por correo carta de aceptación para recogida de firma o anuncio de necesidad de "más datos".

Estos datos pueden ser tomados por paramédicos entrenados en hacer electrocardiogramas, obtención de muestras de saliva, sangre y orina... o bien se precisa, en casos complejos, un servicio especializado que realice las pruebas que sean necesarias según el servicio médico.

En EE.UU. se da particular importancia a las pruebas en saliva, en donde se investiga la cotinina (para confirmar el no uso de tabaco en quien se declara NO fumador), drogas, albúmina glicada....

Sin duda, la teleselección es un método que parece más adecuado para las sociedades acostumbradas a realizar transacciones y operaciones financieras por teléfono y/o correo electrónico. Quizá para España el momento todavía no haya llegado.

La agencia internacional Standard & Poor's ha confirmado a Nacional Reaseguros, S.A. la calificación óptima de "A" (Fuerte), con una perspectiva estable.



This company or group is a Security Circle insurer, which means it voluntarily underwent Standard & Poor's most comprehensive analysis and was assigned a rating in one of the top four categories for financial security.

SELECCION

Diseño e impresión: J. de Diago
Depósito legal: M-344-97

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
www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es

100% nacional 100% reaseguro



Nacional de Reaseguros S.A.

<i>CIFRAS MÁS SIGNIFICATIVAS 2003</i>	<i>Euros</i>	<i>Crecimiento</i>
INGRESOS		
Primas de reaseguro aceptado	306.360.543	15,2%
Rendimientos financieros	13.760.435	138,9%
Total ingresos	320.120.978	17,8%
RETENCIÓN		
Primas retenidas	186.461.592	16,0%
Provisiones técnicas retenidas	300.964.307	9,9%
ACTIVOS RENTABLES		
Total activos rentables	373.728.570	14,9%
RECURSOS PROPIOS		
Capital social desembolsado	20.400.000	6,3%
Reservas patrimoniales	24.726.376	13,1%
Resultado neto del ejercicio	6.426.983	16,9%
Total recursos propios	51.553.359	10,7%

