

Medicina del seguro de vida y medicina asistencial

La cuestión abordada bajo este enunciado plantea diversos y frecuentes problemas que, en cierta medida, suponen un desafío para las entidades de seguros de Vida y para los profesionales médicos ligados a ellas.

Con carácter previo, procede aclarar que no hay varios tipos de medicina, como pudiera tal vez interpretarse a tenor del título de este artículo. Se trata siempre de una disciplina unitaria, y lo único que cambia es su aplicación, siendo el factor pronóstico el punto fundamental sobre el que se basa la Medicina del Seguro de Vida.

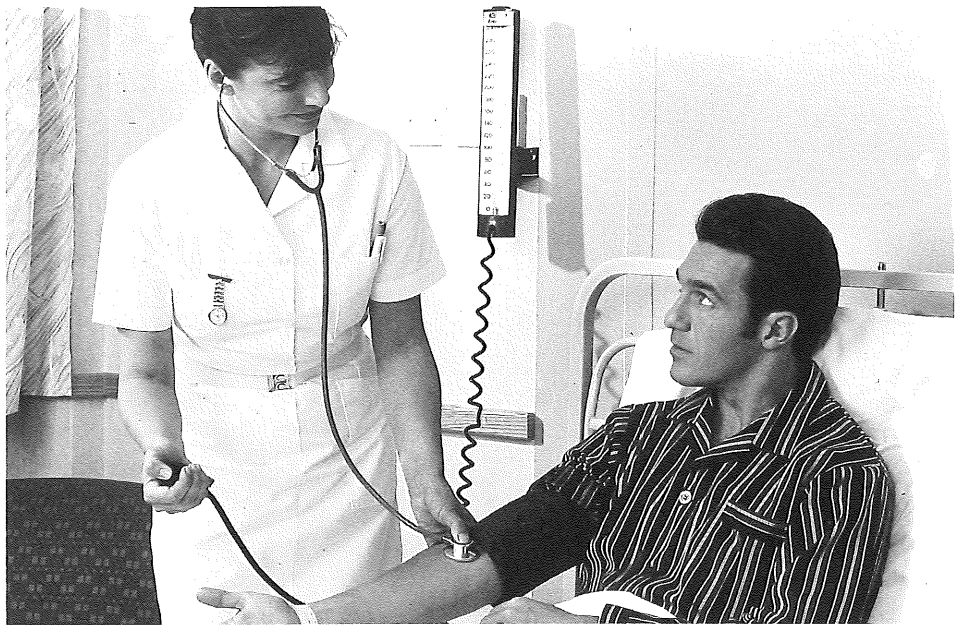
Por lo general, las entidades aseguradoras tienen especial interés en que los reconocimientos sirvan exclusivamente para aceptar o denegar la asegurabilidad del sujeto o establecer la sobreprima a aplicar, obviando cualesquiera otros fines, y en que la decisión a tomar, basada en la selección y en el dictamen médico previos, sea lo más rápida posible, en aras de la buena imagen de la entidad y la eficaz gestión del negocio.

Esta es la razón por la que en el impreso de Reconocimiento Médico de ciertas entidades, se solicita que "El médico se abstenga de hacer al cliente algún tipo de comentario" que pudiera servir para que el solicitante tenga una idea del riesgo que personalmente presenta.

Sin embargo, y pese a estos criterios iniciales de carácter general, es obligado comentar que la práctica diaria presenta situaciones muy peculiares, a alguna de las cuales nos referiremos a continuación, y que, en todo caso, deben tratarse con sutileza y profesionalidad.

FACTORES MAS IMPORTANTES A CONSIDERAR EN EL RECONOCIMIENTO MEDICO.

- Justificación real de las pruebas adicionales a realizar.
- Valoración de la presencia del candidato en la consulta médica.
- Capital en juego y duración.
- Situación global del cliente.
- Posibilidad de comunicar con la aseguradora para comentar casos individuales.



1. Prueba adicional necesaria pero no solicitada por la compañía.

Es usual que, a la vista de la historia clínica o de la exploración, surja la necesidad de realizar alguna prueba complementaria, en principio no solicitada. Se podrían poner muchos ejemplos: un análisis de glucemia ante un paciente que presenta una positividad para la glucosa en la prueba de la tira reactiva en orina, un ventilograma cuando hay sospecha clínica de un principio de enfisema, o bien la realización de una prueba de transaminasas y GGT cuando hay historia de hepatitis en los 2 últimos años o presunción de consumo excesivo de derivados alcohólicos.

Ante cada situación de este tipo, deben ser considerados una serie de factores:

A.- Justificación real de las pruebas adicionales a realizar. Es necesario que exista una buena relación causa-efecto y que se explique a la aseguradora la razón, sin caer en generalizaciones o rutinas. Nuestra experiencia es que muy raramente, o prácticamente

nunca, se ponen inconvenientes o dificultades para la realización de pruebas que realmente ayuden a mejorar la tarificación.

B.- Valoración de la presencia del candidato en la consulta médica. Es muy probable que cuando el candidato se despida y cruce la puerta de salida sea ya muy difícil hacerle volver para un nuevo análisis, estudio radiográfico.... Incluso aunque se consiga, siempre comporta molestias adicionales -de tiempo, desplazamientos, permisos...- para el posible cliente. Por lo tanto, debemos ser especialmente cuidadosos en obtener las pruebas necesarias en el transcurso de una sola sesión o, en su defecto, en las menos posibles.

C.- Capital en juego y duración. La especialidad de la medicina del Seguro de Vida requiere que el médico se sitúe siempre en el lugar de la aseguradora, cuya gestión se rige básicamente por un criterio economicista. Resulta absurdo pedir multitud de pruebas a un cliente que se hace un seguro pequeño y por un período de tiempo limitado. En cambio, ante un capital elevado, la omisión de una prueba puede traer graves consecuencias. A este respecto, es importante individualizar cada caso y estar informado del capital en juego aunque a veces pueda éste deducirse del número y tipo de pruebas solicitadas inicialmente.

D.- Situación global del cliente. En muchas ocasiones, requerir pruebas y más pruebas puede no tener ningún objeto. Como ejemplo, podemos citar un caso reciente en el que acudió a nuestra consulta un sujeto con una obesidad mórbida y una hipertensión muy severa del orden de 180/120. Independientemente de otros, la existencia de estos datos negativos ya era suficiente para concluir que sobran ulteriores requerimientos para decidir que el cliente era inasegurable en ese momento. Esta rápida conclusión permitiría liberar recursos económicos que la aseguradora puede destinar a otros supuestos en los que la práctica de pruebas adicionales sea realmente necesaria.

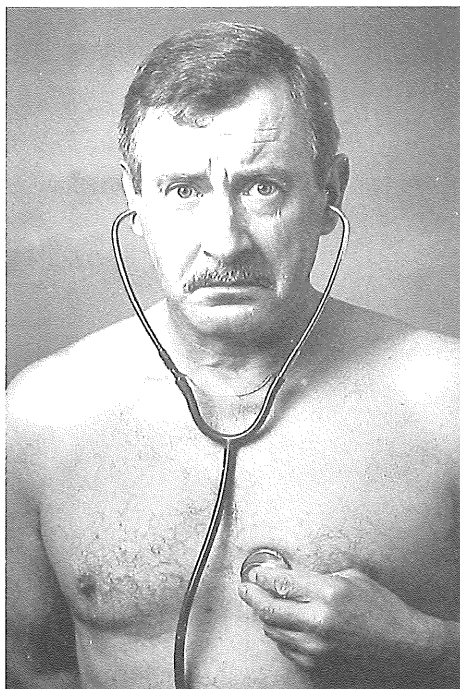
E.- Posibilidad de comunicar con la aseguradora para comentar casos individuales. Resulta obvia la conveniencia de poder contactar rápidamente con algún técnico cualificado o miembro responsable de la entidad para resolver alguna duda que pudiera suscitarse en el transcurso del reconocimiento. La buena y rápida comunicación puede ser fundamental y, de hecho, propicia con frecuencia la correcta solución de problemas específicos.

2. Comunicación con el cliente para comentar hallazgos que requieren tratamiento

Es relativamente frecuente que, al estudiar las pruebas médicas solicitadas, se detecten infecciones urinarias o glucemias muy altas que requieran tratamiento médico, y cuya falta de administración podría producir serias complicaciones.

Cuando la causa está justificada, el médico reconocedor debe ponerse en contacto con el cliente para sugerir un tratamiento, siempre bajo la supervisión y aceptación del médico de confianza del cliente. Un caso típico es el de una hipertensión severa, situación ésta que debe tratarse de inmediato.

Otra situación, que nos sirve como extraordinario ejemplo clarificador, fue el proceso llevado a cabo hace pocas semanas en el que reconocimos a un solicitante de alrededor de 40 años, con una apariencia y exploración totalmente normales y un consumo de tabaco elevado. En el electrocardiograma en reposo, solicitado por la aseguradora, había evidencia clara de la presencia de un infarto de miocardio en fase aguda de la que el cliente no era consciente.



No es necesario comentar que, en casos en los que corre peligro la vida de una persona, es urgente tomar las medidas precisas para que el paciente acuda de inmediato al centro hospitalario donde pueda recibir el tratamiento adecuado y, después, comunicar a la entidad lo sucedido.

Resulta difícil establecer normas operativas, debido a la enorme casuística que se presenta, pero es rigurosamente cierto que el enfoque adecuado de la inmensa mayoría de las situaciones comporta tener siempre presente que nuestra condición de profesionales de la medicina debe privar sobre nuestra actuación como peritos. Ante todo, está la situación del enfermo.

En cualquier caso, opinamos que en todo momento debe quedar algún nexo de comunicación entre el médico reconocedor y el cliente, bien a través de la aseguradora, bien de forma directa, apuntando por ejemplo la dirección o el teléfono en el impreso de reconocimiento, como ya lo demanda un número creciente de entidades.

En este punto, es fundamental que la relación **Aseguradora - Cliente - Médico** suponga una actividad integrada, de fácil acceso y buena comunicación entre las partes, y que el reconocimiento se entienda, no como un castigo o requisito molesto, sino como una norma que además de necesaria para el asegurador también resulta de interés para la persona asegurable.

Si consiguiéramos transmitir esta idea, se podría evitar la actitud de contrariedad de una proporción no despreciable de solicitantes que acuden forzados a las consultas de los médicos reconocedores.

3. Comunicación de resultados en casos "no necesarios" desde el punto de vista médico

Sucede, y podemos afirmar que cada vez más, el hecho de que un paciente después de una revisión que incluya una ergometría, análisis, radiografía de tórax... quiera saber sus resultados. No cabe duda que este deseo implica una mayor dedicación de tiempo y trabajo para la aseguradora y el médico reconocedor, pero no podemos dejar de situarnos en el lugar del cliente y admitir que muy probablemente "Yo solicitaría lo mismo".

Corresponder razonablemente a estas peticiones, constituye un desafío para la empresa aseguradora. Nos atrevemos a opinar que la entidad que, una vez resuelto el caso, tuviera la capacidad de enviar un resumen de los hallazgos en las pruebas médicas realizadas, no sólo estaría mejorando el servicio y estrechando lazos con sus asegurados, sino también realizando una buena medida de medicina preventiva.

4. Identificación del cliente

El cliente acude a la consulta del Médico Reconocedor a instancias de la entidad aseguradora. Sería necesario normalizar un mecanismo mediante el que el solicitante sea fácilmente identificado, a efectos de comprobar que la persona que se somete al reconocimiento médico es la misma sobre la que se estipulará el seguro. En todo caso, el médico debe examinar la documentación acreditativa correspondiente, de tal forma que pueda verificar la personalidad del reconocido. Asimismo, se hará figurar el resultado satisfactorio de esta comprobación como parte integrante del expediente médico.

Este procedimiento, que aporta rigor y seguridad en la realización de las pruebas médicas, es mayoritariamente entendido y aceptado por los clientes.

Raramente se sufren experiencias en las que el candidato no coopera en este trámite. Ante esta situación, y asumiendo que ninguna operación debe formalizarse si existe la mínima duda sobre la identidad de la persona reconocida, lo más conveniente sería poner en conocimiento de la aseguradora esta circunstancia, a fin de que adopte la solución que proceda en cada caso concreto.

El futuro del Seguro de Vida

Situación actual del mercado de Vida

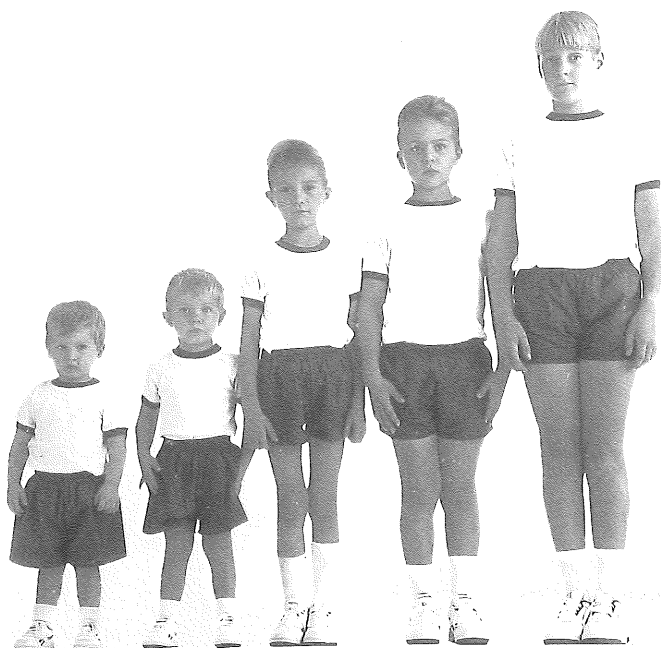
En los últimos meses, las dificultades de crecimiento se han acentuado también para este Ramo. A la busca de estímulos para reanimar la comercialización, las aseguradoras se muestran activas, lanzando nuevas garantías y productos más atractivos y sofisticados. Cualquier intento que pretenda potenciar las ventas es ciertamente interesante, y es labor del Reasegurador aportar nuevas ideas para apoyar y enriquecer, si cabe, los planteamientos y productos diseñados por la Cedente.

No obstante, en la venta de seguros de Vida es primordial asumir que nos encontramos ante potenciales compradores con una escala piramidal de necesidades de previsión, y que esta circunstancia genera un comportamiento secuencial de la demanda y de la contratación efectiva de coberturas. De ahí que sea imprescindible cimentar los programas de protección personal, completando previamente los niveles básicos de aseguramiento, todavía por lo general insuficientes. La etapa inmediata se centra, por tanto, en conseguir clientes para los productos esenciales del Ramo: seguros sencillos de Fallecimiento, Invalidez o Supervivencia.

A través de la esquemática descripción recogida para los seguros individuales en el cuadro adjunto, obtenemos un reflejo de la situación actual de nuestro mercado:

SEGUROS INDIVIDUALES Modalidades	Número de Pólizas
Fallecimiento	1.721.980
Rentas	277.275
Supervivencia	579.983
Mixtos	1.371.451
TOTAL	3.950.689

Fuente: UNESPA; "Estadística de Seguros Privados 1.994"



Aunque para el año 1.996, el crecimiento de las primas de seguros de Vida Individual a prima periódica se sitúe próximo al 20%, este porcentaje no supone un gran avance en los niveles de aseguramiento, sino sólo una continuidad dentro de una tendencia de aumentos sostenidos.

A la vista de las cifras, queda mucho por hacer. No queremos suscitar expectativas ingenuamente optimistas acerca del mercado potencial, pero dejando a un lado el segmento de pobla-

ción inaccesible en la práctica y aquel otro de muy difícil captación, por mentalidad o por capacidad económica, aún es posible contar con un colectivo objetivo ciertamente extenso. Además, todo ello sin contar los infraasegurados (personas con sumas aseguradas inferiores a las necesidades reales que se derivan de su situación y obligaciones socio-económicas) y los asegurados coyunturales (asegurados sólo por una necesidad pasajera excepcional; inversiones, endeudamiento, etc...).

Primas VIDA sobre P.I.B.		
PAÍS	(%)	Nº Orden
Reino Unido	7,31	1
Suiza	5,99	2
Finlandia	4,98	3
Francia	4,91	4
Irlanda	4,59	5
Holanda	4,51	6
Suecia	3,51	7
Alemania	2,80	8
Dinamarca	2,71	9
Bélgica	2,38	10
Noruega	2,33	11
España	2,23	12
Austria	2,10	13
Luxemburgo	1,95	14
Portugal	1,65	15
Italia	1,13	16
Grecia	1,12	17

(1994)

Primas VIDA por habitante		
PAÍS	Dólares U.S.A.	Nº Orden
Suiza	2205,9	1
Reino Unido	1280,6	2
Francia	1204,7	3
Holanda	981,3	4
Finlandia	889,4	5
Dinamarca	709,3	6
Suecia	679,4	7
Alemania	631,4	8
Noruega	630,5	9
Irlanda	611,5	10
Luxemburgo	531,9	11
Bélgica	473,7	12
Austria	439,8	13
España	274,7	14
Italia	202,0	15
Portugal	132,4	16
Grecia	83,4	17

(1994)

El futuro del Seguro de Vida

En el afán de cuantificar las posibilidades de futuro, valoramos como muy significativas las referencias que nos ofrecen los principales mercados de nuestro entorno. Si comparamos la participación del Seguro de Vida en el Producto Interior Bruto y el gasto por habitante dedicado a la cobertura de estas necesidades básicas de previsión, obtenemos como resultado que, en ambas magnitudes, España permanece todavía en posiciones alejadas de los primeros puestos e, incluso, de la media de los países europeos occidentales.

Ámbito del Seguro de Vida

Si nos atenemos a la finalidad principal perseguida por el cliente, las operaciones comprendidas en el ámbito objetivo del Seguro de Vida pueden encuadrarse en dos categorías bien definidas:

- a) pólizas cuyo propósito es dar cobertura a un riesgo sobre la vida humana.
- b) pólizas donde se pretende una rentabilidad financiera o fiscal.

Es esencial recordar que de estos dos grupos de negocio sólo el primero es objeto exclusivo de las entidades aseguradoras. Las personas pueden encontrar satisfacción a sus anhelos de rentabilidad en empresas pertenecientes a otros sectores, pero únicamente quedarán eficazmente cubiertas contra riesgos sobre sus vidas si acuden a los productos específicos que constituyen la oferta de las entidades aseguradoras.

En la práctica, sabemos que, cuando el motivo principal de la contratación es la cobertura de un riesgo, lógicamente el cliente *pretende cubrir la contingencia con la máxima rentabilidad*, procurando conseguir, de forma simultánea, que su aseguradora le garantice ambos objetivos. Pero también debemos admitir que cuando el móvil del contrato es la renta-



bilidad, el cliente no suele estar preocupado por la prevención contra un riesgo, sino única y ocasionalmente alerta ante la eventualidad de perder sus beneficios antes de alcanzar el momento en el que se devenga el derecho a la percepción de las prestaciones de la póliza.

Por ello, aunque su razón de ser pueda parecer inicialmente poco precisa, la clasificación propuesta se revela inequívocamente muy práctica cuando queremos contrastar los pilares sobre los que se asienta el Ramo de Vida en nuestro mercado: **los seguros de riesgo sobre la vida humana.**

Productos de Riesgo

Son "productos de riesgo", sobre la existencia de la vida humana, todos aquellos que otorgan cobertura a los estados elementales que afronta una persona desde el inicio hasta el término de su existencia: vida, salud y muerte. En línea coherente con esta definición, integramos en el Ramo de Vida los denominados seguros de Fallecimiento y de Supervivencia, y también todos aquellos otros que otorgan protección, en los términos legalmente establecidos, contra

situaciones de Invalidez, Incapacidad o cualquier otro estado que comporte un grave deterioro de la sanidad personal.

Características significativas

Estos seguros tienen muchas características que los hacen atractivos, tanto para el Asegurador, como para la Red de Ventas y el Asegurado. Destacamos las más importantes:

- Exclusividad**; sólo son comercializables por entidades aseguradoras.
- Buen resultado** para el Asegurador; fruto de los procesos de selección y del margen tarifario que permite el hecho de que el cliente no sienta la rentabilidad como motivo principal de la compra del seguro.
- Satisfactoria relación primas-prestaciones**; por un importe moderado a pagar en concepto de prima, el Asegurado puede contratar prestaciones sustanciosas.
- Sencillez** en el diseño; lo que influye favorablemente en la productividad de la Red de Ventas y en el proceso de entendimiento de los potenciales clientes.
- Ventajas fiscales**; suponen un incentivo adicional para su comercialización.
- Flexibilidad**; las pólizas son fácilmente adaptables a las necesidades individuales.
- Universalidad** de la cobertura; la protección se extiende, genéricamente, a la totalidad de enfermedades y accidentes que pueden afectar al Asegurado.

Perspectivas de futuro

Partiendo del limitado grado de expansión actual, las posibilidades para las aseguradoras de Vida en el campo de los productos de riesgo son enormes. Sin descuidar otras líneas de producción, en ellos se concentran las claves de un desarrollo sólido del Ramo. Los frutos en cuanto a cartera de clientes y los resultados que se pueden obtener merecen el esfuerzo de venta necesario y justifican e incentivan el pleno apoyo del Reasegurador para facilitar su consecución.

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 - 5ª planta. 28010 Madrid