

## La Selección de riesgos en el complementario de Invalidez Absoluta



Durante los últimos años se ha observado, a nivel general, un incremento considerable del número de siniestros que afectan a la garantía de invalidez absoluta. Este hecho ha originado la insuficiencia clara de las tasas cobradas para dicha cobertura, que se ha procurado compensar con los precios de otras garantías mejor tarifadas o menos afectadas por la siniestralidad.

El problema no presenta fácil solución, ya que, en un mercado tan competitivo como el actual, cualquier decisión que implique un aumento de las tasas reviste siempre cierta complejidad.

En este contexto consideramos que una de las herramientas disponible para tratar con eficacia de mejorar los resultados de esta garantía es la selección de los riesgos; proceso que con respecto a la cobertura complementaria de invalidez absoluta debe ser realizado con suma prudencia y profesionalidad.

En principio, los posibles obstáculos con los que nos encontramos a la hora de realizar la selección vienen motivados por la propia definición de invalidez. Sobre todo, la originada por enfermedad es difícil de precisar, ya que en su valoración concurren importantes componentes subjetivos. Son estas circunstancias de carácter subjetivo las que propician la existencia de un número de casos fraudulentos muy superior al de otras coberturas.

Una buena parte de las entidades realizan la selección tomando como punto de referencia las necesidades del seguro principal. Aunque actuemos así, nunca deberemos olvidar las características especiales del riesgo de invalidez, que pueden motivar la adopción de medidas adicionales.

Dentro de estas particularidades que inciden muy directamente sobre el desarrollo del proceso de selección, destacamos las siguientes:

PARTICULARIDADES MAS INFLUYENTES EN EL PROCESO DE SELECCION.	
• Edad	• Hábitos
• Sexo	• Antecedentes familiares
• Estado Civil	• Estado actual del candidato
• Profesión	• Enfermedades preexistentes
• Modalidad del seguro	• Prácticas deportivas
• Capital asegurado	

### Características del Candidato

**Edad:** La cobertura de invalidez no debe garantizarse para personas de más de 65 años. En estos casos el riesgo de una posible invalidez se eleva considerablemente, ante la pérdida de reflejos y la dificultad que entraña la recuperación de las lesiones y enfermedades sufridas.

Existen dos tramos de edades en los que debemos extremar el cuidado en la selección. El primero, es el de las personas comprendidas entre los 20 y los 30 años, debido a que tienen un número de accidentes muy superior a la media; el segundo, es el de las personas de edades avanzadas (a partir de 55 años) porque, a causa de una cierta pérdida de la motivación frente al trabajo y al progresivo deterioro de su estado físico, tienen una casuística superior de invalideces.

No debemos olvidar que el objeto principal de esta cobertura es compensar la carencia de ingresos futuros que genera la invalidez; por tanto, no parece tener mucho sentido garantizar elevados capitales a partir de cierta edad, cuando en teoría mengua progresivamente la necesidad de tales ingresos.

**Sexo:** Según la experiencia de NACIONAL DE REASEGUROS, el número de invalideces en edades jóvenes y medias es superior en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, a partir de cierta edad la siniestralidad en hombres supera a la de las mujeres.

**Estado Civil:** En principio, el estado es independiente a la necesidad del seguro, ya que aunque las personas casadas tengan más "obligaciones económicas" que las solteras, el gasto que origina una invalidez en las personas solteras puede ser igual o superior al de las casadas.

En cualquier caso, y desde el punto de vista de las probabilidades, se ha comprobado que el riesgo de invalidez se agrava en las personas solteras, debido fundamentalmente a su forma de vida.

**Profesión:** La profesión es una de las principales características a evaluar. Aunque tiene su propio apartado dentro de este artículo, destacaremos que estadísticamente existe constancia de que en las empresas donde el subempleo y la rotación de personal son altas, el número de invalideces es también más elevado.

Los parados y las amas de casa tienen un riesgo ligeramente superior al de la media; en estos casos es importante limitar los capitales para que no se produzca un sobreeseguro.

### Características del Seguro

**Modalidad:** Las modalidades donde se produce un mayor número de invalideces son la de los seguros colectivos y los temporales anuales renovables.

**Capital:** Por lo general, son siniestros de capitales medios y pequeños, ya que las personas más propensas a este tipo de riesgo son aquellas de una capacidad económica limitada que destinan pocos recursos al seguro de vida.

Resulta obligado destacar la importancia que tiene, para evitar posibles fraudes, no incurrir en situaciones de sobreeseguro, adaptando los capitales asegurados al nivel económico del candidato. También debe desplegarse la cautela necesaria en la selección de pólizas sin reconocimiento médico, ya que estas operaciones generan una parte notable de la siniestralidad. Si la cuantía de la prima lo permite, ante cualquier respuesta imprecisa deberemos solicitar un reconocimiento médico que aclare las posibles dudas suscitadas.

### Selección Médica

El proceso de selección debe efectuarse de forma cuidadosa, sin olvidar los matices que diferencian a esta garantía:

**Hábitos:** El consumo elevado de tabaco, el uso de drogas, y el abuso de alcohol tienen repercusiones muy negativas sobre la salud, y propician también, sobre todo los dos últimos, el riesgo de accidentes.

**Antecedentes familiares:** Diversas patologías tienen un fuerte componente hereditario, entre ellas algunas afecciones cardíacas o vasculares, cáncer o diabetes. En caso de antecedentes desfavorables se deben extremar los cuidados en la selección, ya que todos estos padecimientos pueden derivar posteriormente en procesos de invalidez.

**Estado actual:** En principio, debemos mostrar un gran interés por la constitución del candidato, ya que determinadas circunstancias pueden influir en el rehusé de la operación o en la modificación de los niveles de prima, como por ejemplo las personas con sobrepeso, a las que se considera especialmente agravadas a efectos de esta cobertura.

Determinadas enfermedades ofrecen poca importancia para el riesgo de fallecimiento pero son relevantes en la cobertura del riesgo de invalidez; entre ellas podemos destacar la psoriasis, los procesos dorsales y el asma.

Cuando estudiamos un expediente interesa profundizar en las secuelas de los padecimientos ya curados, las probabilidades de recaída y las posibilidades de una agravación de la afección latente.

Otros padecimientos pueden aumentar el riesgo de accidentes o agravar ciertas patologías como, por ejemplo, la epilepsia, las depresiones, los vértigos, trastornos de los oídos o de los ojos, la diabetes, el sobrepeso...

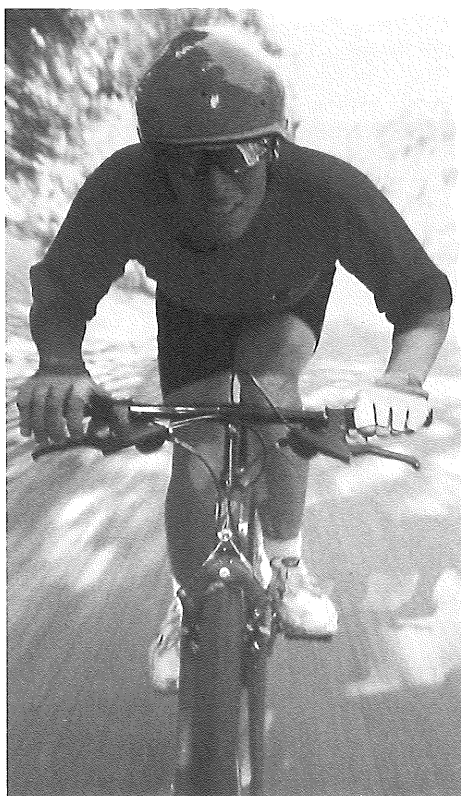
**Enfermedades preexistentes:** Ante cualquier enfermedad preexistente que pueda afectar a la garantía de invalidez tendremos que ser muy cuidadosos. Por lo general, el asegurado está contratando la póliza por la importancia que representa para él dicha patología. Esta razonable presunción debe movernos a efectuar una valoración prudente de la misma, considerando la conveniencia de introducir ciertas exclusiones o bien establecer recargos en el precio de la cobertura.

Si optamos por las exclusiones debemos recordar que estas tienen un doble componente negativo: para el candidato, ya que no estamos cubriendo el motivo de sus preocupaciones, y también para el asegurador ya que es difícil determinar si la exclusión podrá ser aplicable en el momento del siniestro.

Podemos afirmar que los candidatos que padecen o han padecido alguna enfermedad, son más vulnerables a futuras invalideces.

### Selección no Médica

**Profesiones:** La influencia de la profesión en la siniestralidad de invalidez es mucho ma-



yor que en el riesgo de fallecimiento. Para la tarificación deberemos tener en cuenta:

- El peligro de accidente profesional: Hay trabajos que presentan un riesgo de accidentes más acentuado; entre ellos podemos destacar los que utilizan explosivos, o los que necesiten un gran esfuerzo físico, o aquellos otros que comportan el manejo de armas, o que se desarrollan bajo el mar, y los de los chóferes, camioneros y transportistas, los marineros, toreros, deportistas y determinados artistas (circo, doblaje...).

- El peligro de enfermedad profesional: Existen otras profesiones que conllevan una vulnerabilidad frente a determinadas enfermedades; entre ellas destacamos las relacionadas con la minería, por el problema de la silicosis u otras provocadas por la inspiración de polvos. Profesiones de riesgo agravado son también las que ocasionan un grave desgaste físico para aquellos que las ejercen, o las que requieran una frecuente exposición a temperaturas extremas, productos químicos peligrosos, o radiaciones...

- Las características del trabajo: El riesgo también guarda correlación con el nivel de responsabilidad que tenga la persona en su profesión, y con su categoría laboral. Así las profesiones liberales, las de función directiva, los obreros especializados y los autónomos tienen un menor número de invalideces que el resto de las profesiones.

- Las características del medio donde se desarrolle el trabajo: Al igual que en el punto anterior, las personas que desarrollen su actividad en lugares de trabajo en condiciones óptimas tendrán menor propensión a la invalidez que las que lo desarrollen en condiciones peores.

**Deportes:** Determinados deportes pueden afectar la salud del candidato o aumentar los riesgos de accidente; entre ellos el boxeo, el automovilismo, el motociclismo, la motonáutica, el montañismo, la escalada, la espeleología, el submarinismo... La lista es amplia y no está cerrada, ya que cada día aparecen nuevos "deportes" de alto riesgo cuya tarificación debe procederse de forma rigurosa y prudente.

Finalmente, conviene subrayar la importancia de vigilar el riesgo moral del candidato y no olvidar que la siniestralidad aumenta con diversos factores externos, como son la situación económica del país, la estabilidad del empleo, el desarrollo de la medicina, el grado de control médico...

De lo anteriormente expuesto se deduce que realizar una correcta tarificación de esta garantía no es tarea fácil. Hace ya muchos años que NACIONAL DE REASEGUROS decidió profundizar en los procesos de selección, cuya metodología ha ido perfeccionando con el transcurso del tiempo; la experiencia alcanzada en este campo cabe calificarse de importante y satisfactoria.

Es un placer para nosotros poner nuestra profesionalidad y conocimientos a disposición de todos los aseguradores.

# Miocardopatías

Es relativamente frecuente encontrarlos en el proceso de selección con ciertos candidatos que padecen o dicen haber padecido una miocardiopatía. En estos supuestos es elemental proceder con una razonable cautela y obtener una información rigurosa y precisa. El asegurar una miocardiopatía sin un estudio detallado será, en un buen número de casos, fuente de frustración y pérdida económica.

Podemos considerar el término de miocardiopatía como un cajón de sastre con múltiples variedades de diferente origen, gravedad y desarrollo, pero con el denominador común de una evolución progresiva y muy frecuentemente desfavorable.

Es necesario mencionar el hecho de que los estudios sobre miocardiopatías se hacen a menudo sobre sujetos sintomáticos que son estudiados a nivel hospitalario y por ello se dan mortalidades que en general resultan en los límites o por encima de la posibilidad de asegurar.

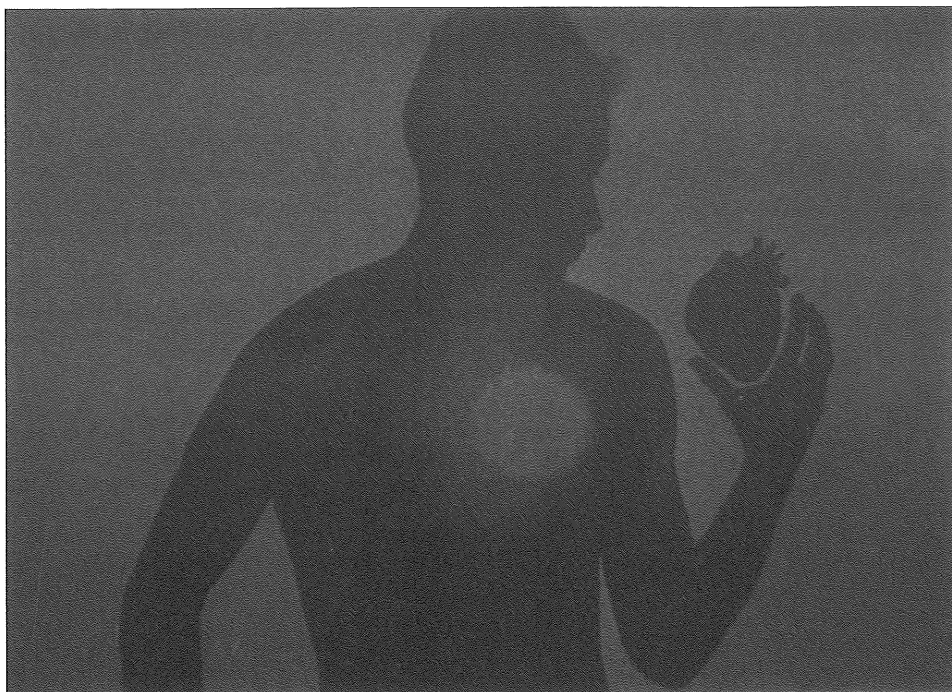
Se considera, por ejemplo, que la mortalidad anual en los adultos con miocardiopatía hipertrófica es del 30 por mil, mientras que la mortalidad general en personas de 40 años está en torno al 2 por mil. Esta diferencia es verdaderamente notable, pero también es cierto que hay una proporción no despreciable de enfermos que no presenta ningún tipo de síntomas y que alcanza una longevidad normal o próxima a la normalidad.

En nuestra disciplina de valoración de riesgo, sólo los casos benignos y estables desde hace varios años pueden acceder a la contratación de un seguro.

Aunque hay múltiples causas de miocardiopatía, nos interesa aquí referirnos a las que vemos más frecuentemente en nuestro medio, y que son:

## Miocardiopatía alcohólica

Algunos sujetos, probablemente aquellos que tienen una particular susceptibilidad, por haber consumido durante mucho tiempo derivados alcohólicos en cantidades importantes, desarrollan una miocardiopatía dilatada que es parte del cuadro de alcoholismo cró-



nico con desnutrición, debilidad muscular generalizada, elevación de enzimas hepáticas...

Se ha demostrado que si el deterioro no es muy severo y el paciente deja de forma total de consumir alcohol, el estado cardíaco se estabiliza e incluso puede normalizarse. En estos casos es importante la radiografía de tórax, para valorar y comparar en el tiempo el tamaño de la viscera cardíaca y la ecocardiografía. Si el paciente no reconoce la abstinencia completa por un mínimo de 2 años, o hay indicios clínicos de alcoholismo en cualquier grado, o la dilatación cardíaca en la radiografía de tórax es muy importante, no se puede considerar la contratación.

## Miocardiopatía hipertrófica

Esta entidad clínica tiene gran relevancia por ser causa en ocasiones de muerte súbita en individuos que presentaban un aspecto y estado general totalmente normal. Se produce un desorden en la distribución de las fibras miocárdicas que resta eficiencia al corazón como bomba impulsora.

En un 50%, aproximadamente, tiene origen genético o familiar y, a este respecto, interesa mucho conocer cual fue la

evolución de sus familiares afectos (arritmias, muertes tempranas o súbitas...).

La frecuencia es importante, superior a la estimada tan sólo hace pocos años, y se barajan incidencias de entre 2 y 5 nuevos diagnósticos por cada 100.000 personas por año.

La clínica o presentación suele ser disnea por disfunción ventricular, la angina por inadecuación entre el riesgo coronario y el aumento de masa fibrilar que, por otro lado, constriñe la luz arterial, el síncope o presíncope-lipotimias por caída brusca del gasto cardíaco, comúnmente relacionado con la presencia de arritmias (taquicardia ventricular, extrasistolia ventricular manifiesta, fibrilación auricular...).

En la exploración es común constatar las arritmias, un pulso arterial muy brusco y un impulso apical también brusco y, a menudo, doble por la presencia de un cuarto tono. Además se escucha frecuentemente un soplo cardíaco de tipo sistólico que característicamente se incrementa con la maniobra de Valsalva.

En la ecocardiografía, que debemos solicitar siempre en casos de sospecha, se aprecia un aumento del tabique interventricular que sobrepasa la medida normal de 11 milímetros y un desplazamiento anterior sistólico (DAS) de la válvula mitral. Esta prueba tiene gran valor diag-

nóstico y se complementa con el electrocardiograma (signos de hipertrofia ventricular izquierda, alteraciones en la conducción). La radiografía, salvo en casos aislados, no tiene una gran especificidad diagnóstica y a menudo es normal. Sin embargo, un aumento importante de la silueta cardíaca es un buen indicio, en orden a suspender investigaciones posteriores, para considerar el riesgo como inasegurable.

Una vez confirmado el diagnóstico, nos interesa preferentemente detectar los casos que no pueden ser objeto de seguro antes que establecer una graduación según escala. Se trata de una patología en la que nos movemos más bien entre el riesgo no asegurable y el riesgo normal, con pocas escalas intermedias.

Debe rehusarse la solicitud de aquellos candidatos con sintomatología clara de disnea, dolor anginoso, o arritmias importantes. También aquellos para los que a través de un diagnóstico reciente se ponga de manifiesto la existencia de una gran hipertrofia de tabique con obstrucción del tracto de salida importante. Los casos en los que hay una historia familiar con un caso próximo de muerte prematura debido a este tipo de anomalía, o más de un caso claro o sospechoso de haber sufrido muerte súbita o sin aclarar, deben de ser considerados de forma individual y en principio "poco favorable".

### Miocardopatía postratamiento quimioterápico

Es frecuente el uso de quimioterápicos que, a corto plazo, pueden provocar disfunción cardíaca. El agente más conocido es la Doxorubicina o Adriamicina, aunque hay muchos otros que también pueden afectar a la fibra cardíaca. En pacientes que han sido químicamen-

te tratados con éxito de tumores malignos hay que tener en cuenta que en algunos casos pueden presentarse daños irreversibles de la función cardíaca que generen una tendencia hacia el fallo cardíaco que consecuentemente disminuye la curva vital.

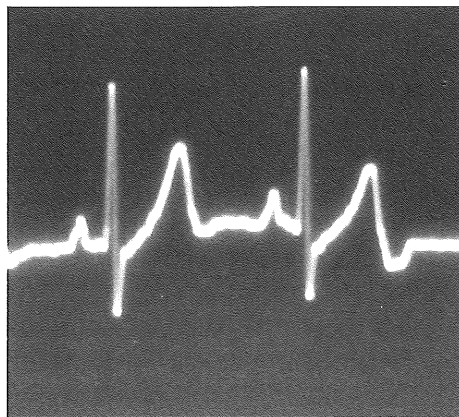
### Indicios útiles para caracterizar una miocardopatía

Determinados antecedentes o ciertas sintomatologías pueden aportarnos indicios de interés para el diagnóstico de la miocardopatía. Entre ellos:

**Historia familiar de miocardopatía,** para conocer la evolución y el número de los casos afectados, puesto que hay una correlación familiar bastante marcada y conociendo los antecedentes familiares se puede anticipar el curso evolutivo del cliente.

**Historia previa de tratamiento antitumoral. Agentes usados.**

**Consumo de alcohol;** debe detallarse de forma precisa, indicando los períodos de abstinencia. En caso de sospecha de miocardopatía, si el sujeto no declara su abstinencia total durante los últimos 3, y



mejor aún 5 años, es muy preferible aplazar la operación o rehusar.

**Presencia de disnea, o falta de aire, arritmias, angina o frecuentes lipotimias.** En caso afirmativo, en general, rehusar.

### Pruebas complementarias imprescindibles

Con carácter adicional y al objeto de la más completa valoración del riesgo, debieran también practicarse las siguientes pruebas:

1.- **Radiografía de tórax.**- Es imprescindible en cualquier caso de sospecha de miocardopatía para valorar el grado de cardiomegalia y también la posible presencia de fallo cardíaco. En general, si se presenta una cardiomegalia más que ligera o con un índice cardioráquico superior al 55% se debe rehusar.

2.- **Ecocardiografía.**- El estudio del grosor del tabique o el desplazamiento anterior de la válvula mitral, y también el estudio de la configuración de cavidades y las fracciones de eyección y acortamiento, nos dan una información insustituible en este tipo de alteraciones.

3.- **Electrocardiograma.**- Ayuda a caracterizar el tipo de arritmia y/o de hipertrofia.

4.- Si no está fuera de nuestras posibilidades de solicitud, se debe considerar como instrumento adicional de gran utilidad la realización de estudios de tipo hospitalario que incluyan información en relación con **pruebas angiográficas, cateterismo.**