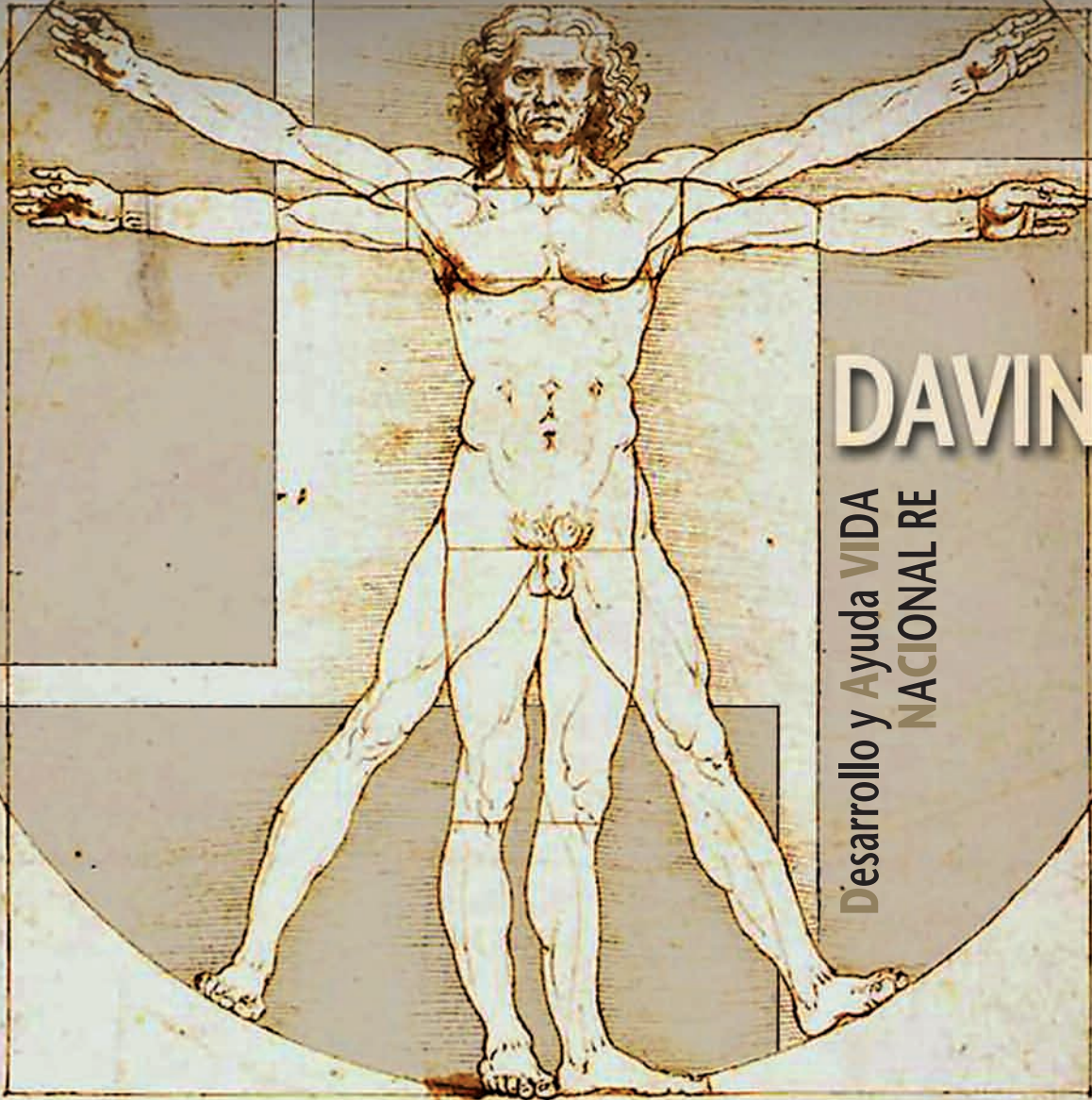


# SELECCION

Número 37  
Año XI  
Febrero 2008

VIDA



DAVINCI

Desarrollo y Ayuda VIDA  
NACIONAL RE

 Nacional de Reaseguros S.A

*[Handwritten text in a cursive script, likely a medical or legal document, with some lines starting with 'B' and 'D']*

► CUANTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL



# DAVINCI

## Solución de selección de riesgos y tarificación para el Ramo de Vida

El pasado noviembre, Nacional de Reaseguros presentó en Madrid y Barcelona la nueva aplicación para Vida, DAVINCI. Las jornadas tuvieron una excelente participación, con más de 150 personas representando a 73 entidades del sector asegurador español y portugués.

A continuación se incluye un extracto de las presentaciones realizadas por diversos responsables de Nacional de Reaseguros en dichas fechas.

### SERGIO BARRIGÓN

Actuario

DIRECTOR DE RAMOS PERSONALES

DAVINCI es una solución de selección de riesgos y tarificación para el Ramo de Vida.

Desde hace ya muchos años, NACIONAL DE REASEGUROS aporta a sus cedentes herramientas actualizadas y adaptadas al mercado, con una finalidad práctica que permita afrontar la suscripción de seguros de Vida con rigor técnico y con soporte argumental basados en la experiencia propia que día a día se realiza como parte de nuestra actividad reaseguradora y como elemento esencial de nuestro liderazgo.

En esta nueva aplicación podemos destacar:

#### TARIFICACIÓN por TIPO DE RIESGO:

- o Salud
- o Actividad Profesional
- o Deportes y Aficiones
- o Estancia
- o Financiero



#### CRITERIOS DE SUSCRIPCIÓN

- o Manual de Consulta de Riesgos Médicos:
  - Definición de la patología
  - Tarificación
  - Información adicional

#### BASE DE DATOS de riesgos tarificados

#### CÁLCULOS AUTOMÁTICOS:

- o Factores básicos de tarificación
- o Actividad Profesional
- o Deportes y Aficiones
- o Esperanza de Vida

## PEDRO HERRERA

Subdirector

DIRECTOR DE CONTRATACIÓN

El mercado está ofreciendo una amplia gama de productos, con múltiples prestaciones para contingencias muy importantes desde el punto de vista humano, a unos precios moderados por los que la gran mayoría de la población podría tener un mínimo nivel de aseguramiento.

Los crecimientos de los últimos años en el Seguro de Vida Riesgo se han situado en el entorno del 15% al 20%, sustentados sobre todo en las coberturas de riesgo asociadas a los procesos de exteriorización y en el gran desarrollo de los seguros vinculados a préstamos.

A pesar de lo anterior, la proporción de personas con un seguro individual de Vida Riesgo es inferior al 40%, y las sumas aseguradas medias no van más allá, en el mejor de los casos, del doble del PIB per cápita. Nuestra conclusión, por tanto, es que nos encontramos ante un mercado con grandes posibilidades para el próximo futuro.

**Las claves que condicionarán el éxito de ese eventual desarrollo están en muchas ocasiones interrelacionadas:**

- tendencias demográficas
- evolución en la estructura social
- descubrimientos científicos
- avances tecnológicos
- globalización financiera
- exigencias normativas y de gestión

Las oportunidades requerirán innovación de productos y adaptación continua a la evolución de nuestro entorno, en el que están cobrando cada vez más peso los riesgos de supervivencia e incapacidad.

El llamado segundo pilar de previsión social complementaria es un segmento objetivo en el que se podrían desarrollar bien coberturas de riesgo, como cualquier tipo de invalidez o dependencia.

La población mayor de 65 años, cada vez más abundante, demandará seguros específicos dada su más larga expectativa de vida. En todo caso, la incertidumbre técnica asociada al riesgo de supervivencia debe alimentar la imaginación en los métodos de cobertura, en especial en los seguros de rentas; en los últimos 25 años la esperanza de vida a la edad de 65 años ha aumentado en 3,2 años en mujeres y en 2,4 años en hombres.



De izquierda a derecha:  
Sergio Barrigón, Pedro Herrera y el Dr. Manuel Cid

A partir de un concepto asegurador, con este escenario de oportunidades, abogamos por la generación de carteras a largo plazo y por la gestión rigurosa del riesgo, lo que supone valorar también la exposición específica que implica el riesgo de cúmulo.



Jornada DAVINCI en Madrid



Jornada DAVINCI en Barcelona

# XXII Congreso Internacional de la Medicina del Seguro

Este foro mundial, en el que se analizan temas de la mayor actualidad y de gran relevancia internacional, celebró su 22ª edición (ICLAM 2007) en Berlín (Alemania).



Dr. Manuel Cid

Fiel a esta cita trianual, el **Doctor Manuel Cid**, Responsable de Selección Médica, acudió como siempre en representación de **Nacional de Reaseguros**.

Muchos fueron los temas allí expuestos. En este y otros números de Selección Vida se irán publicando algunos de ellos.

En particular, para este número el Dr. Cid ha elaborado un artículo sobre la **CUANTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL**, basado en su mayor parte en datos aportados en el Congreso.

El Dr. Cid es el médico consejero de Nacional de Reaseguros desde hace más de 30 años, con una gran experiencia en la medicina del seguro. En representación de Nacional de Reaseguros acude habitualmente al Congreso Mundial de Medicina del Seguro, ICLAM, que en su 22ª edición se celebró en Berlín (Alemania). Eligió varios temas allí expuestos para sus ponencias presentadas en Madrid y Barcelona:

## INCREMENTO DE LA LONGEVIDAD Y SEGURO DE VIDA:

Se trató el cambio en la esperanza de vida actual, el efecto que distintas patologías tienen sobre la mortalidad de las personas y sus consecuencias en el seguro de vida.

## COMPLICACIONES TARDÍAS EN LOS SUPERVIVIENTES A TUMORES MALIGNOS:

Se destacaron los avances en la superación de este tipo de tumores y también los efectos secundarios que técnicas como la radioterapia, quimioterapia, etc, producen al cabo de los años en los asegurados tratados con este tipo de técnicas.

## SELECCIÓN MÉDICA HOY:

Hay que valorar mucho más el papel de los médicos consejeros en las entidades aseguradoras en lo relativo al seguro de vida, y también tender a una selección más “a la medida del asegurado”, reduciendo el número de pruebas innecesarias.





# CUANTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL

Estamos ante un tema de extraordinaria complejidad, pero de inmensa relevancia para las entidades de seguros a la hora de hacer balance al final de un ejercicio.

Se ha mencionado en clave de humor que:

*“Si los representantes de una entidad en el ramo de la discapacidad dicen que tienen la solución, es que muy probablemente no han entendido lo que se les pregunta”.*

Históricamente se ha establecido una diferencia entre el derecho germánico y el romano:

- En la **sociedad GERMÁNICA** la pérdida de un órgano es compensada de forma fija y cualquier pérdida merece una compensación.
- En el **derecho ROMANO** se valoran las consecuencias económicas de la lesión, el coste del tratamiento y la pérdida de ingresos derivadas de esa lesión/enfermedad.

Como **PRINCIPIO INICIAL** debemos admitir o estar abiertos a que:

- **Se trata de una ciencia en evolución basada en diferentes sensibilidades conceptuales y políticas.**
- **Hay amplias variaciones según regímenes y áreas geográficas.**
- **Cada método presenta ventajas y desventajas.**

Cuando una entidad de seguros plantea la cobertura de invalidez, lo primero que debe hacer es informarse de forma precisa de cual es la situación real en la sociedad en que plantea dicho servicio. De esta forma, se evitarán sorpresas desagradables a posteriori.

Para empezar se deben considerar las bases de la patología que condiciona o lleva a la reclamación de un siniestro y que tienen muy poco que ver con las causas que producen muerte.

Datos recientes del Reino Unido indican que las causas aducidas para una reclamación por discapacidad son:



## Causas aducidas para una reclamación por discapacidad

Problemas mentales o trastornos de conducta . . . . .	4%
Enfermedades osteoesqueléticas o del tejido conectivo . . . . .	26%
Enfermedades del sistema circulatorio . . . . .	10%
Enfermedades del sistema nervioso . . . . .	3%
Enfermedades pulmonares . . . . .	2%
Enfermedades por intoxicación/ envenenamiento . . . . .	1%
Otras condiciones o situaciones . . . . .	14%

Se hace evidente que los problemas mentales o emocionales son de primordial importancia, y ello de forma más manifiesta si consideramos que dentro de la patología osteoesquelética siempre hay un componente de tipo emocional.

Además se puede hacer una estratificación según edades, ya que cada una de las enfermedades mencionadas va variando según el grupo de edad que consideremos, pero si tomamos la edad en que la sociedad mayoritariamente se asegura (25 a 50 años), resulta útil tener en cuenta las proporciones mencionadas.

Un punto de gran importancia en el tema que tratamos es la gran confusión que existe en cuanto a la terminología sobre la que no se ponen de acuerdo los especialistas en la materia. Los **términos de uso más corriente** (con su equivalente en inglés), y su explicación, son los siguientes:

- **INVALIDEZ (Disability)** - Lesión o enfermedad que hace imposible cumplir básicamente las obligaciones que suponen su actividad habitual.
- **LIMITACIÓN (Handicap)** - Desventaja resultado de una pérdida anatómica o funcional que impide la completa o perfecta realización de las actividades habituales.
- **MINUSVALÍA (Impairment)** - Reducción de la función de una parte de un área anatómica o sistema, debido a enfermedad o lesión.
- **RESTRICCIÓN (Restriction)** - Limitación debido al riesgo, y ello enjuiciado de forma personal, por amigos, la familia o personal sanitario.

En general, se considera que existe una constante conflictividad en la apreciación de los diferentes grados de discapacidad, debido fundamentalmente a que:

- En frecuentes ocasiones observamos personas que, con un cierto grado de invalidez, trabajan o quieren seguir trabajando.
- Los que se consideran discapacitados desean recibir “su” capital, incluso a pesar de ser capaces de desarrollar una actividad.
- Las entidades de seguros desean que el cliente vuelva al trabajo, si lo consideran capacitado.

Si tenemos en cuenta las causas aducidas más frecuentemente como origen de una discapacidad (problemas mentales-emocionales, alteraciones osteoesqueléticas y cardiovasculares), veamos qué

consideraciones son de mayor relevancia en estos tres campos.

**El problema quizás más complejo es el de la MENTE HUMANA** con las alteraciones de ánimo o conductas que en general se consideran como fuera de la norma.

A este respecto, se menciona que existe un mayor grado de conciencia en el momento actual al que existía en épocas pasadas.

Así, por ejemplo, el término “**stress**”, que apenas se mencionaba en los periódicos británicos a principios de los años 90, a comienzos de los 2000 es utilizado a diario, y con gran profusión. Esto no quiere decir que hace pocos años hubiera muchos menos casos de trastornos mentales, pero sí que ahora hay mayor conciencia de los mismos.

Además, posiblemente por causa de la sociedad acelerada y consumista en la que vivimos, se produce una mayor tendencia a la **inestabilidad emocional**. Se ha determinado que en la sociedad moderna un individuo de cada seis tiene un proceso neurótico de relevancia.

La presión que supone estar al nivel de lo que la sociedad en general considera como aceptable desde el punto de vista de la capacidad económica y de poder o influencia profesional, hace que muchos tiren la toalla y se refugien en una “**inadaptación mental**” más o menos justificada.

Es importante contar con un dictamen completo de un médico especialista en psiquiatría, que valore la situación actual y también las posibilidades de una recuperación con los medios terapéuticos al alcance de la ciencia médica del momento.



Con respecto a **ALTERACIONES OSTEOESQUELÉTICAS** fijémonos en la patología más común, el **DOLOR DE ESPALDA**.

Hay dos puntos de mayor importancia en este apartado. El primero es que el dolor de espalda es un síntoma muy frecuente que en general se sobrelleva sin mayor repercusión en la vida laboral. En el Reino Unido, de forma anual, se analiza la situación basándose en la propia declaración de los que tienen dolor de espalda. Las **cifras resultantes** son:



**El número general de afectados . . . . . 16.500.000**

**Los que consultan con su médico general . 5.000.000**

**Los que acuden al hospital (como ambulatorio) . . . 1.600.000**

**Los que son hospitalizados . . . . . 100.000**

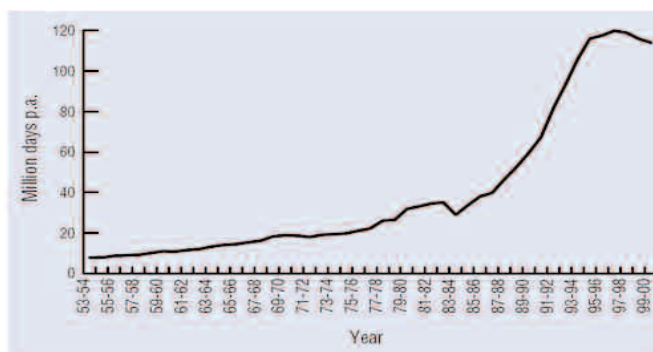
**Los que son operados . . . . 24.000**

Sobre estos números, debemos considerar que un estado emocional alterado puede amplificar los síntomas o lo que manifiesta el enfermo con respecto al grado de dolor que percibe. Además, las pruebas de imagen, a pesar de su constante perfeccionamiento, no guardan una buena relación con dicha sintomatología.

El segundo punto es que ante un paciente que sufre o declara una discapacidad a causa de un dolor de espalda, el tiempo que permanece de baja es crucial para predecir la evolución. Si la baja se prolonga cuatro semanas o más, las posibilidades de que se retorne al trabajo habitual, de forma estable, son menores al 50%.

En principio, ante trastornos osteoesqueléticos de naturaleza poco precisa (dolores indefinidos, fibromialgia...) conviene contar, aparte de con el informe de un especialista en traumatología que describa los métodos empleados de diagnóstico y los procedimientos terapéuticos ensayados, con un informe de psiquiatra que valore la importancia de los factores de origen psicológico - psiquiátricos añadidos.

Además, debemos considerar que por causas complejas o de difícil explicación, las solicitudes de invalidez se han disparado en los últimos años.



En este gráfico se observa que hacia 1970 se perdían a causa de dolor de espalda unos 20 millones de horas laborales por año. A finales de los años 90 la pérdida supera los 100 millones. Esta variación exige un estudio de las causas y un mayor esfuerzo en la prevención.

En relación con los problemas cardiacos, la manera de valorar al cliente que alega un mayor o menor grado de discapacidad incluye:

- Electrocardiograma (cambios que sugieren o confirman enfermedad coronaria).
- Medida de la tolerancia en METs por medio de la ergometría.

Se considera que un “met” o equivalente metabólico es la energía que se gasta en completo reposo, por el mero gasto de los órganos internos para su funcionamiento, conservación de la temperatura corporal, etc. Mediante la ergometría podemos calcular el gasto energético realizado y compararlo con los requerimientos habituales de los diferentes tipos de trabajadores o de esfuerzos requeridos.

OCUPACIÓN	METS
Recepcionista	1.0-2.0
Profesional Liberal	1.5-3.5
Serv. Doméstico	1.5-4.0
Granjero	3.5-7.5
Albañil	4.0-8.5
Mínero	4.0-9.0
Cartero	2.5-5.0

El problema con las pruebas de esfuerzo es que con esta prueba se puede medir lo que alguien puede hacer, pero no lo que no puede o no quiere realizar. Sin embargo es la prueba que se utiliza actualmente y nos ayuda a aproximarnos a la capacidad de la persona que manifiesta problemas cardiacos de mayor importancia.

## ALGUNOS PUNTOS A TENER EN CUENTA EN LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

1 Al conceder una cobertura de invalidez conviene reseñar de forma precisa:

- Edad y SEXO
- Antecedentes de faltas al trabajo
- Estado socio-económico
- Situación médica
- Estilo de vida
- Medicaciones utilizadas
- Condiciones y adaptación al trabajo
- Capacidad de superación

2 La proporción de discapacitados entre los 60 y 75 años es moderadamente superior en las mujeres.

3 En los seguros individuales, por el riesgo de antiselección es muy necesario el examen médico previo (en los colectivos, y dependiendo del número de contratados, este riesgo es menor).

4 Los contratos de seguro deben especificar de forma clara que la valoración de invalidez debe basarse en las “pruebas médicas objetivas” aportadas y no simplemente en lo que manifieste el aspirante. Además, este se debe comprometer a facilitar la obtención de todas las pruebas realizadas a la entidad de seguros, a requerimiento de esta.

5 Cada vez está más claro que, entre los que alegan invalidez a causa de dolores de espalda, hay un fondo depresivo en una importante proporción de casos, basado en que ante una baja prolongada se produce:

- Un riesgo equivalente a fumar 10 paquetes de tabaco al día
- Un riesgo de suicidio multiplicado por 40, si la baja se prolonga más de 6 meses (varones jóvenes)
- Mayor riesgo vital en los trabajos considerados como “muy peligrosos” (construcción y explotación de plataformas en el mar del Norte)



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.

**A/ Positive**  
The positive outlook reflects the expectation of Standard & Poor's Ratings Services that Nacional de Reaseguros will continue to post stable growth and earnings.

# 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