



Con la mano en el corazón... ¿pueden las aseguradoras evitar los episodios cardiovasculares?

Por Tim Eppert y Sarah Hoge Kamp, Gen Re, Colonia

Es bien sabido que las enfermedades cardiovasculares, como los ataques al corazón, son la principal causa de muerte en el mundo (Figura 1).¹ Pueden poner en peligro la vida y suelen percibirse por el individuo como un signo de advertencia que puede motivar cambios en su estilo de vida. Es comprensible que el asegurado al que se le haya diagnosticado un ataque al corazón espere que su Enfermedad Grave (EG) esté cubierta para el pago de una prestación. Sin embargo, es posible que este no sea siempre el caso, dependiendo del nivel de severidad que cumplan las definiciones de EG.

En algunos mercados, esta expectativa ha creado presión para las aseguradoras y las ha llevado a ofrecer productos de EG basados en definiciones relacionadas únicamente con el diagnóstico. En ese caso, se paga una prestación por cada ataque al corazón diagnosticado por un profesional médico, independientemente de la gravedad del episodio. Sin embargo, pagar por todos y cada uno de los siniestros por ataques al corazón no redundará siempre en el mejor interés de todos los asegurados, ya que los pagos de siniestros que exceden el interés asegurable conducen a primas más altas de lo necesario.

En las últimas décadas hemos asistido a enormes avances médicos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. El tratamiento de los ataques al corazón ha mejorado, y a menudo causan menos daños que los que provocaban hace 30 años. El Registro de Fallos Cardíacos de Suecia, que realiza cada año análisis detallados de la incidencia y la mortalidad de los ataques al corazón, reveló que la mortalidad a los 365 días tras un ataque al corazón bajó de casi el 20 % en 1995 a menos del 10 % en los años a partir de 2007.² Esta reducción no solo refleja la mejora en el tratamiento, sino también cambios en la detección de los ataques al corazón. Con test de biomarcadores —concretamente, la troponina y más recientemente la troponina ultrasensible—, los ataques al corazón se pueden detectar con mayor antelación y precisión que nunca, lo que da como resultado una mayor premura y precisión en el tratamiento. Antes de la introducción de la troponina, algunos ataques al corazón que no motivaban alteraciones en el ECG o que mostraban cambios poco claros (NSTEMI) se clasificaban como *angina pectoris* (angina de pecho).³ A continuación, la proporción de infartos que afectan al grosor completo del corazón (los denominados STEMI), que se definen fundamentalmente por cambios en el ECG y no tanto por el

Content

¿Qué se puede hacer?	2
¿Cuáles son los umbrales posibles?	3
Una situación diferente para las cirugías	4
Prevención de los episodios cardiovasculares	5

incremento en los niveles de troponina, cayó significativamente en los últimos años. El aumento en las cifras de NSTEMI diagnosticados es el principal responsable de esta reducción. Una mayor proporción de infartos NSTEMI —de media— menos graves, mejores diagnósticos y, en consecuencia, el tratamiento más rápido y preciso han sido todos ellos factores que han contribuido a la reducción observada en la mortalidad de los ataques al corazón. Actualmente hay varios casos en los que la función de bombeo del corazón —la fracción de eyección (FE)— no se ve significativamente reducida tras sufrir un ataque.

Al mismo tiempo, la tasa de incidencia se estancó o se redujo en muchos países en las últimas décadas.⁴ Una de las causas fundamentales de la reducción es probablemente la caída en el número de fumadores en muchos países. Pero los beneficios potenciales de la reducción del consumo de tabaco no son ilimitados, y en varios países estamos asistiendo a una ralentización del progreso. Los efectos negativos del estilo de vida moderno, con su sobreabundancia de calorías y la falta de

actividad física, prevalecen claramente frente a los efectos positivos de la reducción de las cifras de fumadores (Figura 2).

Entre 1980 y 2015, la prevalencia de la obesidad se incrementó más del

doble a nivel global, una tendencia que afectó a países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.⁵ Como resultado, nos encontramos ante una pandemia de obesidad, hipertensión y diabetes que constituye una gran amenaza para la salud cardiovascular.

“Los ataques al corazón han sido y siguen siendo una importante amenaza para la salud

En resumen, los ataques al corazón han sido y siguen siendo una importante amenaza para la salud. La demanda de prestaciones basadas exclusivamente en el diagnóstico es comprensible, pero cubrir todos los siniestros conlleva un gran riesgo de cambios en el futuro. Los resultados siguen mejorando, lo que implica que se reducirá el impacto negativo sobre la calidad de vida tras un ataque al corazón y, en consecuencia, resulta cuestionable la necesidad de una cobertura de seguro tras un ataque al corazón con un desenlace muy bueno.

¿Qué se puede hacer?

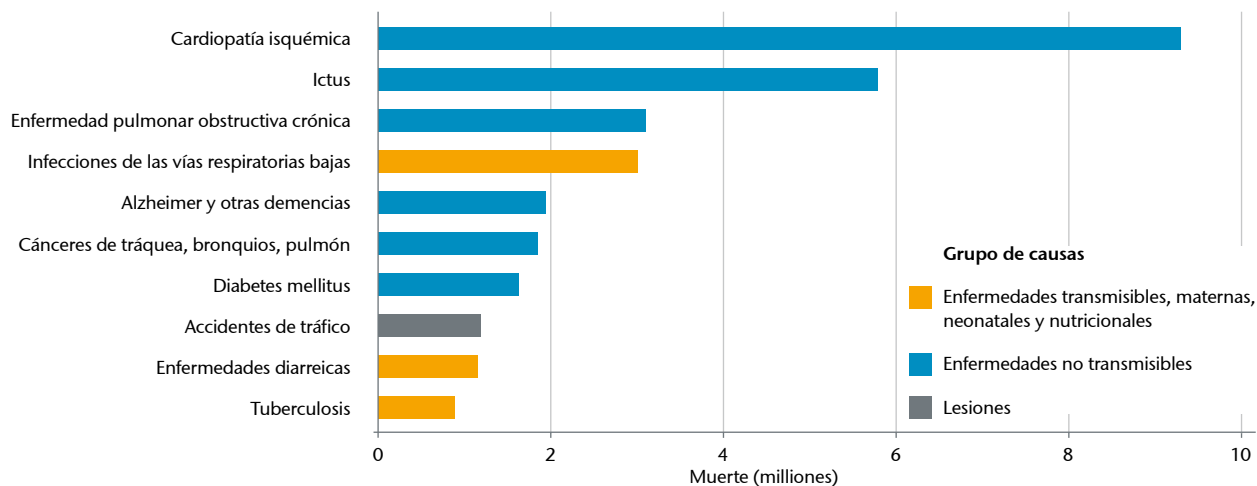
Lo primero es lo primero: hay que encontrar un denominador común entre las expectativas y las necesidades del cliente. ¿Para qué necesita el cliente el producto? En algunos mercados, la cobertura de EG se emplea como un complemento para el seguro médico. En ese caso, la póliza debe cubrir todos los

ataques al corazón agudos para realizar una prestación similar a un reembolso. Pero, aunque existe demanda de los clientes para el costoso enfoque de diagnósticos con todos los pagos incluidos, sigue siendo una opción muy arriesgada para la aseguradora, especialmente con negocio garantizado. En este caso, las prestaciones escalonadas pueden contribuir a limitar los costes para los episodios menores.

En mercados donde la EG se usa para cubrir la deuda y la falta de ingresos a largo plazo tras un infarto grave, una definición más sólida puede redundar en interés del propio titular de la póliza, ya que genera unas tasas más asequibles.

La configuración general del producto también es importante. ¿Se trata de un producto con duraciones largas y tasas garantizadas? En ese caso, hay que considerar el riesgo de cambios y su impacto sobre los diferentes niveles de gravedad en las definiciones. Tenemos el riesgo de un aumento de las tasas de incidencia debido al estilo de vida, algo que afecta a cualquier definición. También hay una tendencia hacia la mejora en la detección de los ataques al corazón, lo que puede conllevar más siniestros para las definiciones laxas. Otro cambio hacia ataques al corazón menos graves podría mejorar los resultados para las definiciones más estrictas, pero no cambiaría la experiencia para las definiciones laxas. Por estos motivos, las definiciones más estrictas pueden ser

Figura 1 – Principales 10 causas de muerte a nivel global, 2016



Fuente: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2018

preferibles para productos con garantías a largo plazo.

Para un mercado que opera bajo las definiciones estándar fijadas por el regulador, el potencial de cambiar la formulación lingüística de la enfermedad en sí misma es limitado, y se puede exigir que la aseguradora ofrezca definiciones con niveles de gravedad entre bajos y cero. Para limitar la exposición a ciertos factores de riesgo, se pueden reducir otras características del producto, como la suma máxima asegurada o la duración del contrato.

En general, la aseguradora siempre debe buscar elementos desfasados o poco claros. La mejor forma de garantizar que las expectativas del cliente están en sintonía con la cobertura del seguro es contar con definiciones transparentes y fáciles de entender donde se especifiquen claramente los requisitos de gravedad para el pago de la prestación. Lo ideal es que las definiciones se revisen periódicamente para reflejar los cambios que se hayan producido en las definiciones médicas y en los estándares de tratamiento.

Procedimiento vs. cirugía

El término «procedimiento» describe cualquier método de llevar a cabo una tarea.

Una «cirugía» es el procedimiento que implica incisiones importantes para extirpar, reparar o sustituir una parte de un cuerpo. Por tanto, cada cirugía es un procedimiento, pero no todos los procedimientos son una cirugía. Por ejemplo, el implante de stents o las angioplastias con balón no extirpan, reparan ni sustituyen una parte del cuerpo, sino que más bien introducen un elemento externo para prestar asistencia a la parte debilitada. Por tanto, son procedimientos, pero no cirugías.

Las cirugías mínimamente invasivas, como su propio nombre indica, cumplen la condición de ser una cirugía, puesto que se usan para extirpar, reparar o sustituir una parte de un cuerpo.

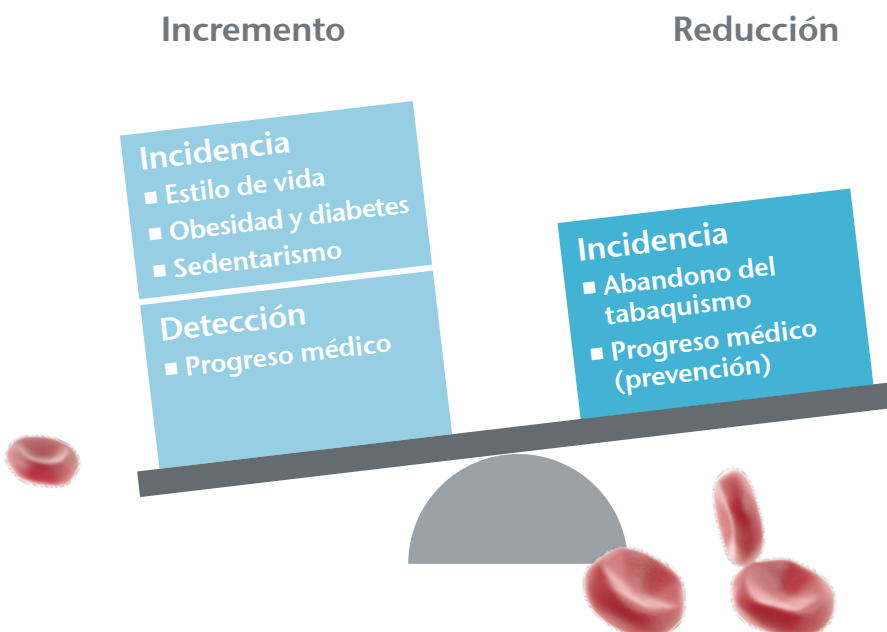
¿Cuáles son los umbrales posibles?

En algunos mercados, observamos definiciones donde solo se cubren los infartos STEMI. Este es un nivel de gravedad claramente definido pero, dado que la proporción de STEMI sobre el total de infartos ha disminuido significativamente en muchos países, esto puede considerarse como demasiado restrictivo. Además, aunque el STEMI presenta una mortalidad a 30 días significativamente mayor que el NSTEMI,⁶ los efectos a largo plazo son similares.⁷ Mientras que los infartos STEMI representan teóricamente un criterio de gravedad transparente, la

similitud en la mortalidad y los síntomas a largo plazo puede seguir dando pie a que el cliente se sienta tratado injustamente si sufre un NSTEMI grave.

Algunas definiciones emplean umbrales de troponina. Desde un punto de vista médico, esto permite una diferenciación mucho más detallada entre los distintos ataques al corazón. Sin embargo, la mayoría de los legos en la materia apenas han oído mencionar la troponina, por no hablar de la implicación de los diferentes umbrales de dicho biomarcador, por lo que para ellos resulta cuestionable la transparencia de este tipo de definición. El lado positivo de estos umbrales es el criterio claro para un profesional médico, mientras que el lado negativo es precisamente la necesidad de que un profesional médico le explique la situación a la gente corriente para que comprendan la cobertura. Además, el tiempo que transcurre entre el ataque al corazón y la medición del nivel de troponina influirá sustancialmente sobre la magnitud del resultado, lo que dificulta aún más el uso de un valor fijo de troponina como punto de corte claro a la hora de tomar una decisión sobre una reclamación. En el pasado era más habitual medir la troponina seriada, que reflejaba una imagen detallada de la magnitud del pico. Actualmente, la troponina seriada no se mide de forma rutinaria, en cuyo caso solo observamos un extracto de la curva que puede coincidir o no con el pico. Por ello, un

Figura 2 – Factores que influyen sobre la incidencia detectada de ataques al corazón



buen texto de póliza incluye cambios en la troponina, etc., pero no se relaciona exclusivamente con un umbral de troponina fijo.

Para el departamento de siniestros puede ser difícil decidir si el titular de la póliza presenta una reclamación justificada por un ataque al corazón. Factores como los síntomas clínicos, los cambios en el ECG o la troponina no pueden determinar con certeza un ataque al corazón por sí solos. Incluso si la combinación de los tres indica un ataque al corazón, sigue habiendo casos donde se deben descartar diagnósticos diferenciales.⁸ Por tanto, sugerimos que para que una definición sea comprensible debe diferenciar entre el propio ataque y sus secuelas. Las anomalías en el movimiento de la pared o una reducción en la fracción de eyección pueden ser buenos criterios para diferenciar entre ataques al corazón leves y graves. Si nos concentramos en el resultado de una enfermedad a largo plazo, es más fácil explicar por qué se cubren algunos episodios y otros no. Los titulares de las pólizas pueden entender que una pérdida permanente y significativa de función cardíaca requiere más protección financiera que un infarto menor que le permite al titular de la póliza continuar con su vida como antes de sufrir el episodio.

” *Es importante diferenciar entre ataques al corazón leves y graves*

Si la definición contiene limitaciones, es importante que estas se comuniquen con transparencia y que no queden ocultas en la letra pequeña. Solo así el consumidor podrá tomar una decisión bien informada y ser consciente de que no se cubren todos los episodios. Esto reducirá el número de siniestros injustificados y, por tanto, el riesgo reputacional de la aseguradora.

Una situación diferente para las cirugías

Las cirugías del corazón, como los bypass coronarios o las reparaciones de las válvulas del corazón, se suelen incluir en las coberturas de EG, y también ellas se ven afectadas por los progresos en la medicina.

Muchas definiciones de Enfermedades Graves requieren la cirugía a corazón abierto como desencadenante de la prestación, pero actualmente este tratamiento no siempre es la mejor opción desde un punto de vista médico, dada la existencia de alternativas como cirugías mínimamente invasivas y procedimientos «no quirúrgicos» como el implante de stents. Al revisar la cobertura de las cirugías en el contexto

de las EG, estas son algunas preguntas que se puede plantear la aseguradora:

- ¿El tratamiento sigue siendo una intervención crítica equiparable a otras EG? ¿Cómo influirá sobre la calidad de vida del asegurado?
- ¿Existe un riesgo importante de un incremento considerable de las cirugías en el futuro si se aceptan nuevas técnicas?

Muchas enfermedades que se solían tratar con cirugía a corazón abierto podrían eliminarse técnicamente de la cobertura actual en caso de que se aborden con un tratamiento diferente. Dado que la gravedad de la enfermedad subyacente sigue siendo la misma, el titular de la póliza podría argüir que esto es desmesuradamente estricto. La cirugía mínimamente invasiva se utiliza cuando el estado de salud del asegurado no puede soportar la cirugía a corazón abierto y viceversa. Esto no significa que la cirugía mínimamente invasiva sea la opción preferida en general, sino más bien que el tratamiento se basa en muchos factores distintos. Por ejemplo, la duración de una cirugía mínimamente invasiva suele ser más larga que la de la cirugía a corazón abierto y esto supone más tiempo bajo anestesia, lo que no es viable para todo el mundo. Puede ser mejor emplear la cirugía a corazón abierto aunque conlleve otros riesgos debido a la mayor pérdida de sangre y a



los períodos de recuperación más largos. La enfermedad subyacente que conduce a la cirugía mínimamente invasiva puede ser mejor, similar o incluso peor que la que lleva a una cirugía a corazón abierto. Por consiguiente, se puede argumentar que el seguro de EG que cubre la cirugía a corazón abierto también debe cubrir la cirugía mínimamente invasiva.

Los procedimientos no quirúrgicos reflejan una situación diferente. Los procedimientos no quirúrgicos, como el implante de stents, se emplean cada vez más en las fases más bajas de las enfermedades cardiovasculares y no ofrecen las características típicas de las EG, como los efectos a largo plazo o un riesgo elevado. Dicho procedimiento puede ser una medida preventiva mientras el asegurado sigue teniendo un estado de salud relativamente bueno, pero no representa un riesgo equiparable a las cirugías cubiertas en una póliza de EG ni requiere por regla general períodos de recuperación largos. Por ejemplo, un bypass tiene un período de recuperación de aproximadamente 12 semanas con una amplia necesidad de rehabilitación⁹ mientras que, tras el implante de un stent, el paciente puede abandonar en muchos casos el hospital en un plazo de 24 horas.¹⁰ Por estos motivos, recomendaríamos ofrecer solo prestaciones parciales —en caso de ofrecer alguna— para procedimientos no quirúrgicos en un producto de EG.

Prevención de los episodios cardiovasculares

El mejor ataque al corazón es el que no se produce en absoluto, y actualmente las aseguradoras tienen cada vez más opciones de jugar su papel en el ámbito de la prevención. Tal como indicamos en el primer apartado de este artículo, somos conscientes de los muchos factores de riesgo —obesidad, diabetes, falta de actividad física o tabaquismo— que ejercen un impacto negativo sobre la salud cardiovascular del asegurado.

Un número cada vez mayor de productos incorporan elementos de prevención o estilo de vida, por ejemplo midiendo el número de pasos u otras actividades físicas o incluso incentivando

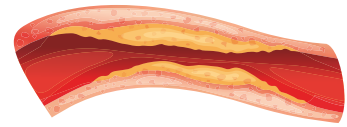
o animando al asegurado a que lleve un estilo de vida más saludable. Hoy en día no hay estudios exhaustivos que cuantifiquen el efecto del aumento en la actividad física sobre la mejora del estado de salud del asegurado. En cualquier caso, con las fuentes disponibles, podemos asumir con certeza que los incentivos en aras de un mejor estilo de vida ejercerán un efecto positivo sobre la salud. Además, las personas saludables con un nivel alto de actividad física pueden sentirse más inclinadas a adquirir un producto con incentivos al estilo de vida, lo que a su vez también puede reducir el número de siniestros en la cartera.

Las aseguradoras tienen opciones de jugar un papel en la prevención

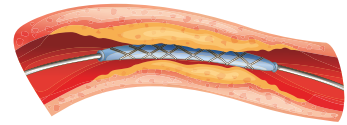
Algunas pólizas de EG también ofrecen pequeñas prestaciones por el diagnóstico de la diabetes. Este tipo de prestaciones pueden ser útiles para la aseguradora, ya que un diagnóstico más precoz supone empezar antes el tratamiento, lo que a su vez es importante para evitar o al menos retrasar las enfermedades secundarias, como los ataques al corazón, los ictus o la ceguera. Esta prestación por diagnóstico se puede combinar con otras prestaciones si la enfermedad está bien controlada. A diferencia de las prestaciones por estilo de vida, hay un cierto riesgo de que dicha prestación por prevención atraiga a personas con un estado de salud peor que la media, por lo que es necesario equilibrar el importe a pagar y otros elementos, como los canales de venta.

Tanto la prestación por estilo de vida como la prestación por diagnóstico precoz pueden suponer una mejora en la comunicación con el cliente, lo que resulta valioso. Así la aseguradora conoce más a fondo al cliente y puede usar la información para mejorar las ofertas que le hace. Por su parte, el cliente cuenta con un socio sólido cuyos intereses coinciden con los suyos y que le ayuda a prevenir

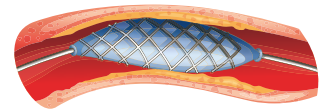
Angioplastia con balón y colocación de stents



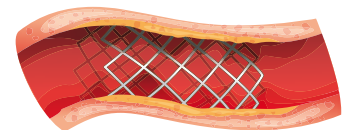
1 | Acumulación de colesterol que bloquea parcialmente el flujo sanguíneo por la arteria



2 | Stent con balón insertado en arteria parcialmente bloqueada



3 | Balón inflado para expandir el stent



4 | Balón retirado del stent expandido

las enfermedades o sus secuelas. En resumen, los avances médicos han cambiado radicalmente la situación de las enfermedades cardiovasculares en las últimas décadas y esto ha afectado a los productos de seguro de EG basados en definiciones. Las diversas necesidades para los diferentes mercados y clientes no permiten crear una solución única para todos, pero las decisiones estratégicas contribuyen a gestionar las diferentes demandas. Mientras que los estilos de vida sedentarios pueden causar problemas no solo para las aseguradoras, sino también para la sociedad en su conjunto, la mayor interacción con el cliente y las herramientas de prevención les brindan a las aseguradoras la oportunidad de jugar un papel ayudando a sus clientes a llevar un estilo de vida más saludable.

Gen Re viene participando en el diseño de productos y la definición del seguro de EG desde el lanzamiento del primer producto. No dude en ponerse en contacto con nosotros si está buscando un socio de igual a igual para desarrollar su producto.

Notas finales

- 1 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- 2 SWEDHEART Annual Report 2018, pág. 78 (Figura 103: Trend in mortality in MI patients <80 years).
- 3 Pell et. al, Impact of changing diagnostic criteria on incidence, management, and outcome of acute myocardial infarction: retrospective cohort study, BMJ 2003; 326: 134-5.

- 4 Roth et al., Global Burden of Cardiovascular Diseases 2015, JACC Vol. 70, n.º 1, 2017, pág. 10.
- 5 GBD 2015 Obesity Collaborators, Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years, 10.1056/NEJMoa1614362.
- 6 SWEDHEART Annual Report 2018, pág. 25 (Figura 12: Mortality in MI patients, in relation to ECG).
- 7 Comparison Of Short- And Long-Term Mortality Between St-Segment Elevation And Non-St-Segment Elevation Myocardial Infarction; Hidenori Yaku, Hiroki Shiomi, Takeshi Morimoto, Yugo Yamashita, Yutaka

- Furukawa, Yoshihisa Nakagawa, Kenji Ando, Kazushige Kadota, Mitsuru Abe, Miki Shinji, Satoshi Shizuta, Koh Ono, Takeshi Kimura; Journal of the American College of Cardiology, abril de 2016, 67 (suplemento 13) 50; DOI: 10.1016/S0735-1097(16)30051-1.
- 8 4.ª definición universal de infarto de miocardio.
 - 9 <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/coronary-bypass-surgery/about/pac-20384589>.
 - 10 <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/carotid-angioplasty-and-stenting/about/pac-20385111>.

Acerca de los autores

Tim Eppert es Actuario y dirige los centros de competencias sobre Enfermedades Graves y Salud de Gen Re. Se incorporó a Gen Re en 2005. Dentro del departamento de I+D, el equipo de Tim ofrece soluciones de producto a nivel global y facilita la puesta en común de conocimientos a nivel experto. Su trabajo se centra en la expansión de la asegurabilidad de riesgos agravados e introducir la digitalización en los productos de seguros de vida. Tim es miembro de la Sociedad Actuarial Alemana (DAV).

Tel. +49 221 9738 579
tim.eppert@genre.com



Sarah Hoge Kamp se incorporó a las oficinas de Gen Re en Colonia como asociada actuarial en enero de 2018. Trabaja como especialista de producto para seguros de Salud y de Enfermedades Graves en el equipo de productos y análisis del departamento de I+D de Vida/Salud. El equipo presta apoyo a todos los mercados en el diseño y pricing de los productos de seguro de vida. Sarah tiene un máster en economía por la Universidad de Bonn y está especializada en el análisis multidimensional de datos en los ámbitos de la salud y las rentas.

Tel. +49 221 9738 951
sarah.hogekamp@genre.com



The people behind the promise.®

genre.com | genre.com/perspective | Twitter: @Gen_Re

General Reinsurance AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Colonia
Tel. +49 221 9738 0
Fax +49 221 9738 494

General Reinsurance AG
Sucursal en España
Plaza Manuel Gómez Moreno, 2 – Planta 6
Edificio “Alfredo Mahou”
28020 Madrid
Tel. +34 91 722 4700
Fax +34 91 722 2619

General Reinsurance AG
Oficina de Representación en México
Paseo de la Reforma 350 - 6º Piso
Edificio Torre del Ángel, Col. Juárez
06600 México, D.F.
Tel. +52 55 9171 9200
Fax +52 55 9171 9260

Fotos: © gettyimages.com - spukkato, ipopba, rezendeluan, Rost-9D, george tsartsianidis, BlueRing_Goffy

Esta información ha sido compilada por Gen Re con el propósito de que sirva de información general para nuestros clientes y para nuestro personal profesional. Es necesario verificar esta información de cuando en cuando y actualizarla. No se debe considerar como una opinión legal. Consulte con sus asesores jurídicos antes de utilizar esta información.