

Los Seguros de vida sin reconocimiento médico

Aspectos Técnicos

Por

Dott. LUCIO AGACCI

Co-Director de "Generali" - Trieste.
Miembro del Comité Permanente de los Congresos
de Actuarios - Bruselas

El planteamiento de este tema quiere ser una prueba de que, por lo que se refiere en general a toda la problemática de la selección médico-aseguradora, cualquier progreso en el sector de los "sin reconocimiento médico" depende de la intensa colaboración que aporta la medicina aseguradora.

Vivimos tiempos de progreso: los aseguradores italianos están a punto de realizar un valiente paso al frente en el sector de los "sin reconocimiento médico". No es un paso fácil. Sin contar con exámenes objetivos, basándose sobre un número limitado de declaraciones del proponente, a menudo inexactas, deliberadamente o por ignorancia, y no siempre acompañadas de la necesaria documentación plenamente fiable, la selección médica no puede en realidad prescindir de toda la experiencia y de la sensibilidad del asesor médico.

Es un desafío a la capacidad empresarial de los aseguradores de Vida; desafío que bastantes veces se ha planteado en los momentos cruciales en la historia del seguro de vida, desde sus comienzos.

Una rápida reseña histórica de las principales etapas recorridas por el seguro, nos ayudará a encontrar las motivaciones que han contribuido a la superación de la selección médica en su forma rigurosa conocida por los aseguradores al comienzo de la segunda mitad del siglo pasado.

Los orígenes de la Empresa de Seguros se remonta a principios del 1700, pero es solamente con la constitución de "La Equitable" de Londres en 1762, que se puede hablar de Empresa de Seguros en sentido moderno.

A los administradores de "La Equitable", precavidos por experiencias negativas anteriores, se habían en seguida planteado la necesidad de introducir

de alguna manera la selección de riesgos: a los proponentes se les pedía que se presentasen personalmente al Comité de los Directores para ser vistos e interrogados. Pronto es llamado a formar parte de este Comité un médico: el primer médico asesor. El examen del candidato no preveía aún un examen físico sistemático, quizá por otro lado no concebible teniendo en cuenta los conocimientos médicos de la época.

Les dejo juzgar si dicho sistema de selección se puede considerar con o sin reconocimiento médico. Es evidente que en la ampliación de la actividad aseguradora este procedimiento original se hizo cada vez menos realizable por razones que es fácil imaginar; se tomó por lo tanto el acuerdo de delegar en representantes locales de confianza la función de facilitar todos los informes necesarios para la Selección de los riesgos bajo el aspecto sanitario: nace así la figura del médico reconocedor.

Durante el período restante del 1700, en el aspecto de selección los progresos no fueron sensibles, mientras que fueron decisivos en el aspecto técnico-actuarial. Es la primera mitad del 1800, que la selección médica empieza a tomar el carácter sistemático y racional que todos conocemos, basándose directamente en los continuos y rápidos progresos de la medicina y de la profesión médica. En el 1843 se publicaron las primeras tablas de mortalidad deducidas de material asegurador.

En la segunda mitad del 1800 la costumbre del reconocimiento médico y del informe del médico reconocedor se generaliza mediante formularios apropiados.

Después, al comienzo del siglo XX, la medicina de seguros progreso debido a los estudios estadísticos del médico Oscar H. Rogers y del Actuario Arthur Hunter, que comprobaron en términos cuantitativos la influencia sobre la longevidad del hombre de numerosos factores, entre los cuales el exceso de peso y la hipertensión arterial. Estas son las etapas fundamentales del seguro con reconocimiento médico.

Los orígenes del seguro sin reconocimiento se pueden en cambio remontar hacia la mitad del 1800. Es en los seguros populares donde en 1849 en Inglaterra se introduce el procedimiento de selección sin reconocimiento médico. Se trataba de asegurar pequeñas cantidades, respecto a las cuales resultaba claramente desproporcionado el gravamen para los reconocimientos médicos y para la sucesiva selección médica. Para algunos estratos de la población femenina el reconocimiento médico resultaba ser además una formalidad irrealizable; para los agentes las comprobaciones sanitarias constituían una grave dificultad para conseguir buenas operaciones.

Hacia falta, sin embargo, esperar al final del 1800 para observar en el campo de los seguros ordinarios las primeras pruebas de selección realizadas sobre la base solamente del cuestionario sanitario cumplimentado por el candidato, es decir, sin la visita médica realizada por un médico reconocedor.

Finalmente, por una lógica medida de precaución, se impuso un período

de carencia mediante el cual en caso de fallecimiento se reducían las prestaciones y se pidieron oportunas sobreprimas.

Los resultados positivos animaron a los aseguradores a ampliar el sistema; se redujeron, por lo tanto, parcialmente los períodos de carencia y las sobreprimas, que sin embargo han continuado aplicándose hasta nuestros días en algunos países.

En Canadá, durante la primera guerra mundial, asistimos a una decidida expansión del seguro sin reconocimiento médico, motivado por la escasez de médicos disponibles en las muy extensas provincias canadienses y por el elevado coste de las visitas médicas. La posibilidad de llegar hasta nuevos estratos de la población, potencialmente sanos, sobre todo en las zonas rurales, convenció a los aseguradores a una cada vez más amplia liberación de las normas de aceptación.

Una vez más los resultados fueron positivos.

El éxito canadiense convenció a los dudosos, contribuyendo sustancialmente a la difusión también en otros países de la selección con reconocimiento médico en la forma hoy conocida.

Si deseamos recabar de la historia una enseñanza, ésta es que las decisiones en el campo del seguro han sido siempre bien meditadas, en el interés de las instituciones y en el interés de todos los aseguradores, y no debido a un espíritu tradicionalista y conservador que inspire a los aseguradores que, por el contrario, son siempre abiertos a la modernidad y a las innovaciones.

Dos principios dominan el camino del seguro: la mutualidad y el equilibrio técnico.

La mutualidad en el seguro individual en un mercado libre no nace de un indefinido principio ético sino más bien de un interés que reúne a varios individuos deseosos de encontrar una protección, al menor coste posible, frente a los acontecimientos perjudiciales que les sobrevengan. Una consecuencia del utilitarismo que asocia a los aseguradores es el fenómeno de la anti-selección, es decir, de la natural predisposición de los que están más expuestos a descargar sobre la colectividad restante parte de la carga que grava sobre ellos. De esto nace la exigencia de la equidad en el tratamiento de los asegurados.

No haber tenido debidamente en cuenta este elemento ha hecho naufragar tristemente las mejores intenciones de las primeras mutuas; mientras que el haber encontrado la justa correlación entre las primas y los riesgos, a través de una juiciosa e imprescindible selección, ha asegurado el éxito de "La Equitable" y de las Empresas de seguros que a continuación aprendieron de ella el arte del seguro de vida.

En efecto, cualquier simplificación en el procedimiento de selección con el intento de atraer al seguro nuevos y más amplios estratos de la población presenta siempre el peligro de abrir una brecha más o menos amplia a la anti-selección.

La lucha contra la anti-selección no debe sin embargo ser el único fin, así como la salvaguardia del correcto trato de los asegurados no debe ser llevado a límites absurdos, hasta el punto de que la ventaja conseguida por lo que se refiere a la mortalidad sea superada por los mayores gastos necesarios para alcanzar el objetivo de una rigurosa selección.

El ensanchamiento de los límites de aceptación de las proposiciones sin reconocimiento médico lleva aparejada dos consecuencias fundamentales:

a) Son aceptadas sin reconocimiento médico una parte de las proposiciones que antes se hubieran aceptado con reconocimiento médico.

b) Otras personas son estimuladas hacia el seguro sin reconocimiento médico, bien por la mayor sencillez del trámite, bien porque se supera el último motivo que mantienen alejados del seguro a los que sienten desde un punto de vista psicológico una inexplicable resistencia a someterse a un reconocimiento médico, acaso porque esperan y en la realidad lo consiguen, que pase inobservado algún detalle que piensan pueda ser motivo de rechazo o por lo menos de agravación, que sin duda no pasaría desapercibido a una visita médica minuciosa.

Es evidente, prescindiendo de las consecuencias de tipo económico, que debe evitarse de una manera absoluta un "ensanchamiento" de los límites de los sin reconocimiento médico y la contemporánea introducción de normas selectivas tan severas que frustasen la actividad productora y enfríen en muchos casos a la clientela con peticiones de excesivas seguridades médicas no esperadas al comienzo de la gestión. "Est modus in rebus" como decían nuestros progenitores latinos.

No es fácil prever en términos cuantitativos las consecuencias de este doble efecto del ensanchamiento de los límites del seguro sin reconocimiento médico. Lógicamente el límite del capital máximo asegurable no debería superar el punto a partir del cual la renuncia al reconocimiento médico llevaría a un sensible empeoramiento de la mortalidad, no compensado por las mejoras del cómputo económico.

También el límite de edad debería establecerse en aquella franja de edad donde empiezan a manifestarse con cierta frecuencia los signos que advierten de algunas afecciones que tienen importancia bajo el aspecto asegurador, signos que a menudo no son ni siquiera conocidos por el mismo candidato y que solamente el reconocimiento médico puede descubrir.

El establecimiento de estos límites, en la práctica, se establece con cierto empirismo. La ecuación que establezca la solución óptima para nuestro conocimiento, no ha sido todavía planteada en términos explícitos y concretos. El más reciente estudio sobre el particular, publicado en las *transactions*, de la sociedad americana de actuarios, aún basado sobre los más modernos conceptos de la Teoría de los modelos decisorios, no parece convincente.

En la práctica, generalmente, se tiene en cuenta la distribución de los capitales asegurados en la producción de los seguros de muerte y mixtos.

Se excluyen casi siempre de la regla los seguros temporales para el caso de muerte, en el convencimiento de que el coste reducido de estas modalidades puede más fácilmente conducir a la anti-selección. Situaciones de mercado y política de Empresa tienen obviamente su peso en la decisión final. Un hecho que caracteriza estos estudios es la necesidad de datos estadísticos específicos, de los que sin embargo se comprueba una falta casi absoluta. No pudiendo disponer de estos datos, muchas decisiones se fundamentan sobre la ejercitada intuición, verdadero sexto sentido del actuario.

Los interrogantes, sin embargo, permanecen, los que se refieren a la eficacia y al modo de realizar la selección sanitaria son importantes y justificados, desde el aspecto científico médico-asegurador y no menos desde el aspecto de las consecuencias técnico económicas. Sobre este importante tema tenemos que añadir algo más.

Ante todo es evidente que una simple comparación entre la tasa conjunta de mortalidad de las categorías con o sin reconocimiento médico no puede hacer otra cosa que facilitarnos datos que nos desorienten.

Debe, en efecto, tenerse en cuenta por un lado que los seguros sin reconocimiento médico comprenden masas de asegurados más jóvenes debido al límite de edad establecido para poderse contratar un seguro; más elevado es también el porcentaje de los riesgos femeninos. Por el contrario, los seguros con reconocimiento médico incluyen a todos los riesgos tarados, incluso aquellos que se propusieron en un principio sin reconocimiento médico además son seguros por capitales más elevados en los que, siendo más fuerte el peso de la anti-selección, presentan mortalidad más gravosa. La influencia de los distintos elementos puede producir, como en la práctica a menudo ocurre, una mortalidad menor en la categoría de los seguros sin reconocimiento médico. Se trata, sin embargo, de un resultado estadístico engañoso, que requiere un apropiado estudio.

Investigaciones comparativas sobre la mortalidad de los asegurados, metodológicamente corregidas, que tengan en cuenta la edad, el tiempo transcurrido desde el inicio de la cobertura y las distintas causas de fallecimiento, de manera que patencen las distintas facetas del fenómeno, se encuentran con poca frecuencia en la bibliografía actuarial.

La gran masa de datos necesarios para el logro de resultados estadísticamente significativos necesita la participación de varios aseguradores, una colaboración a escala nacional, un acuerdo a largo plazo. Requisitos que son difíciles de llevar a cabo.

También el elevado coste del estudio, atenuado sólo en cierta medida por la reciente puesta en práctica de la elaboración electrónica, contribuye a hacer tan raras este tipo de investigaciones.

Entre los estudios más recientes dos nos parecen dignos de mención, por la amplitud de la investigación.

El primero ha sido realizado, una vez más, en Inglaterra. Se trata de la exhaustiva relación publicada por el Instituto de los actuarios británicos en 1973 sobre la mortalidad de los asegurados. Este notable trabajo ha sido posible gracias a la tradicional colaboración que existe entre las Compañías británicas, colaboración que se remonta a hace mucho tiempo y de la que es prueba la tabla de mortalidad publicada en 1843, conocida como la tabla de las 17 compañías inglesas.

El otro estudio se refiere a la mortalidad de los aseguradores de Nippon Life y ha sido publicado en el Boletín de los actuarios alemanes de octubre 1971 y de abril de 1972.

Sacando los datos de los indicados estudios, hemos elaborado una serie de tablas y de gráficos que consideramos sirven eficazmente a ilustrar el fenómeno de la selección.

TABLA A
MORTALIDAD "ULTIMADA" ($t \geq 5$). PERIODO 1967-70

Asegurados británicos varones aceptados a condiciones
normales

Edad alcanzada (años)	TASAS DE MORTALIDAD $\times 1.000$		TASAS RELATIVAS $\times 100$	
	CVM	SVM	CVM	SVM
30 - 34	8	7	73	64
35 - 39	11	11	65	65
40 - 44	19	19	61	61
45 - 49	34	36	63	63
50 - 54	61	64	65	69
55 - 59	101	110	63	68
60 - 64	169	188	62	69

La tabla "A" compara, por el período 1967-70, la mortalidad "ultimada" de los asegurados británicos de sexo masculino, aceptados a condiciones normales. Hemos dicho mortalidad "ultimada", es decir, correspondiente a riesgos que han superado el período inicial de seguro, aquí de cinco años, en el que se manifiestan más acentuados los fenómenos de la selección.

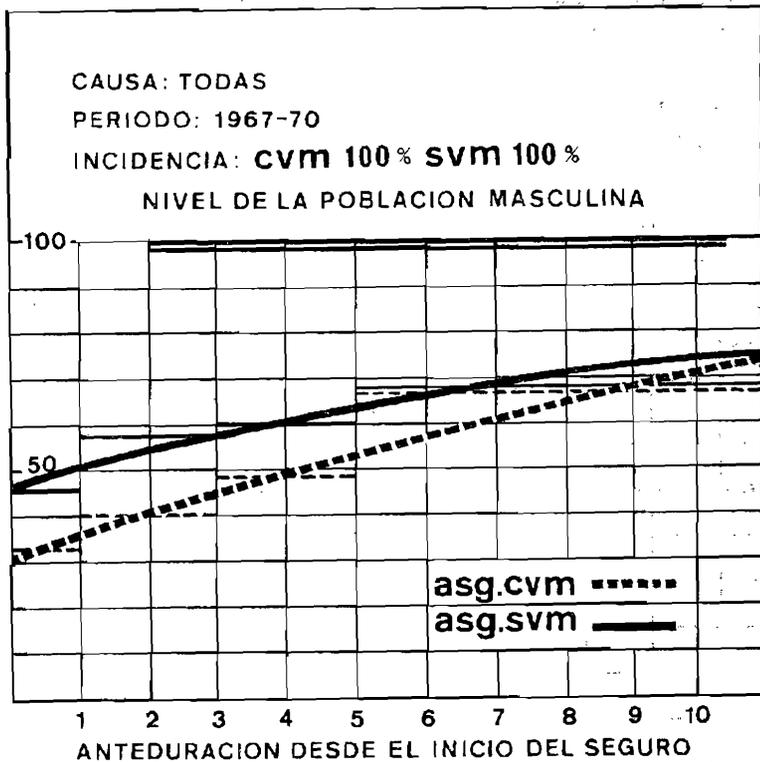
Puede observarse como la serie de las tasas con reconocimiento médico y sin reconocimiento médico se diferencian tan poco que queda plenamente justificado para las dos categorías de seguros el uso de las mismas condiciones de tarifa y de póliza, de conformidad con el principio del trato imparcial de los asegurados del que hemos hablado más arriba.

No debe creerse que se trata de un resultado accidental: la conclusión está garantizada por la amplia masa de asegurados que concurren a la determinación de los datos. En el período estadístico han sido observados más de 80.000 fallecidos. Por otro lado es un resultado que repite la experiencia de períodos anteriores, por lo menos hasta el año 1959.

Naturalmente debemos resistirnos a la tentación de considerar este resultado de período como clara demostración de que el procedimiento sin reconocimiento médico es tan severo como el de con reconocimiento médico, aunque en efecto a favor de esta tesis, dentro de ciertos límites, pesa el

GRAFICO 1

MORTALIDAD RELATIVA POR CAUSA



hecho de que el informe del médico de cabecera que se pide sistmáticamente en los sin reconocimiento médico, es una eficiente e indiscutida institución en Inglaterra.

En realidad se trata, sin duda, de dos masas de asegurados que presentan características distintas y entre otras, la entidad de los capitales asegurados.

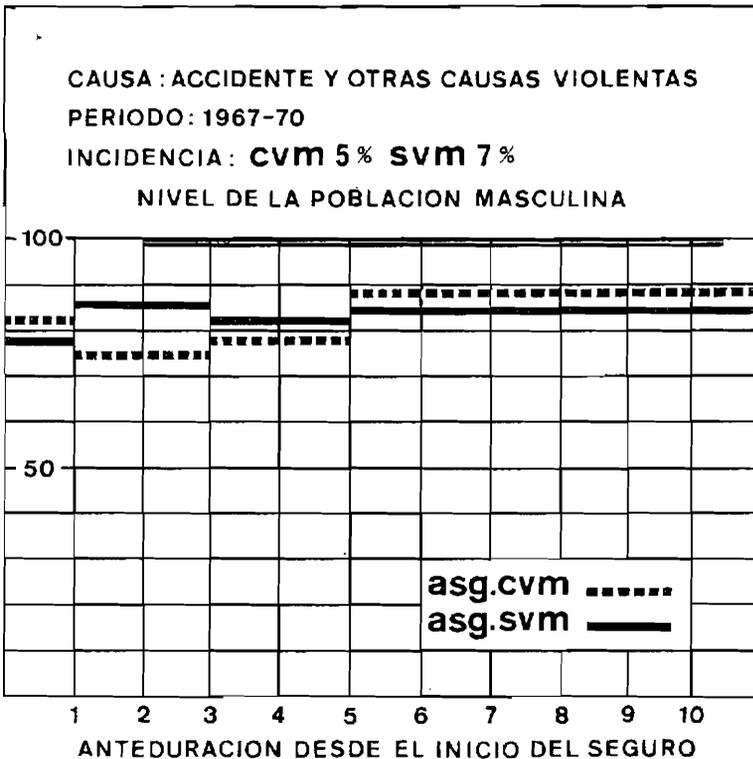
Las dos columnas de las tasas relativas comparan la mortalidad de los asegurados con la que sería de esperar si los asegurados hubiesen estado

sujetos a la ley de mortalidad descrita por la tabla de mortalidad de la población del mismo periodo estadístico. Los porcentajes ponen en evidencia cómo la selección con reconocimiento médico así como la de sin reconocimiento médico, representan un tamiz muy eficaz, como para dejar un margen de mortalidad consistente respecto a las tablas de población. Obviamente todo esto se refiere a la media de las compañías británicas.

En los gráficos que vienen a continuación hemos intentado poner en evidencia el efecto de la selección con reconocimiento médico y de la de sin reconocimiento médico por grupos de causas de muerte. Con esta finalidad

GRAFICO 2

MORTALIDAD RELATIVA POR CAUSA



hemos utilizado la mortalidad relativa de los asegurados, es decir, aquella —como señalado— respecto a la mortalidad de la población en el mismo periodo estadístico.

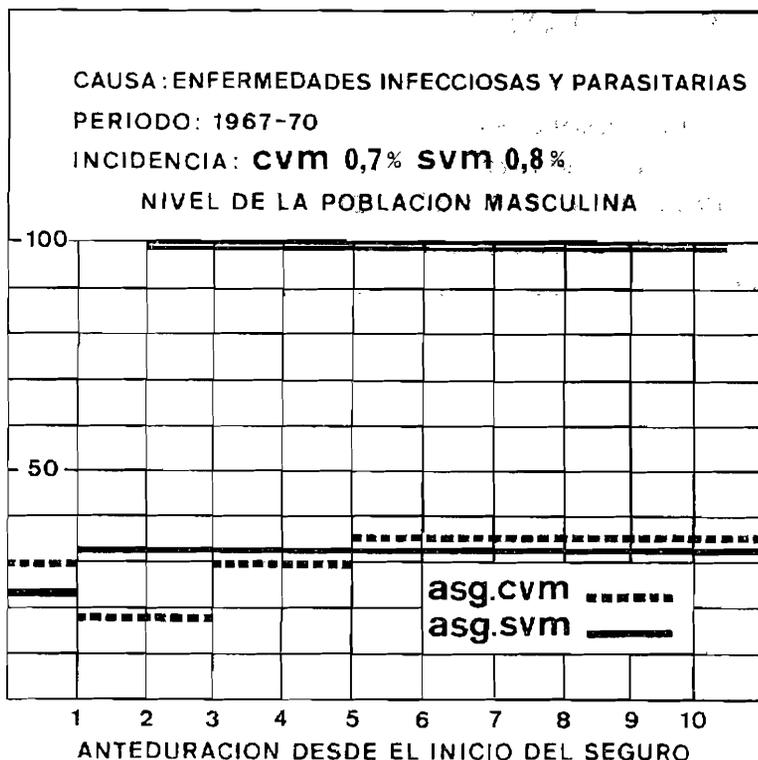
El gráfico 1 pone en evidencia el efecto de la selección en los primeros años de seguro; nótese la mayor incidencia inicial del procedimiento con

reconocimiento médico y el acercamiento de las dos curvas con reconocimiento médico y sin reconocimiento médico después del quinto año de permanencia en el seguro.

Nótese, además, que en el primer año de seguro la mortalidad de los con visita médica no es insignificante como podría lógicamente esperarse. Es este un hecho importante que, como veremos en los cuadros por grupos de cau-

GRAFICO 3

MORTALIDAD RELATIVA POR CAUSA



sas, no se puede explicar con la existencia de causas de mortalidad no controlables con la selección médica como, por ejemplo, los accidentes y otras causas violentas.

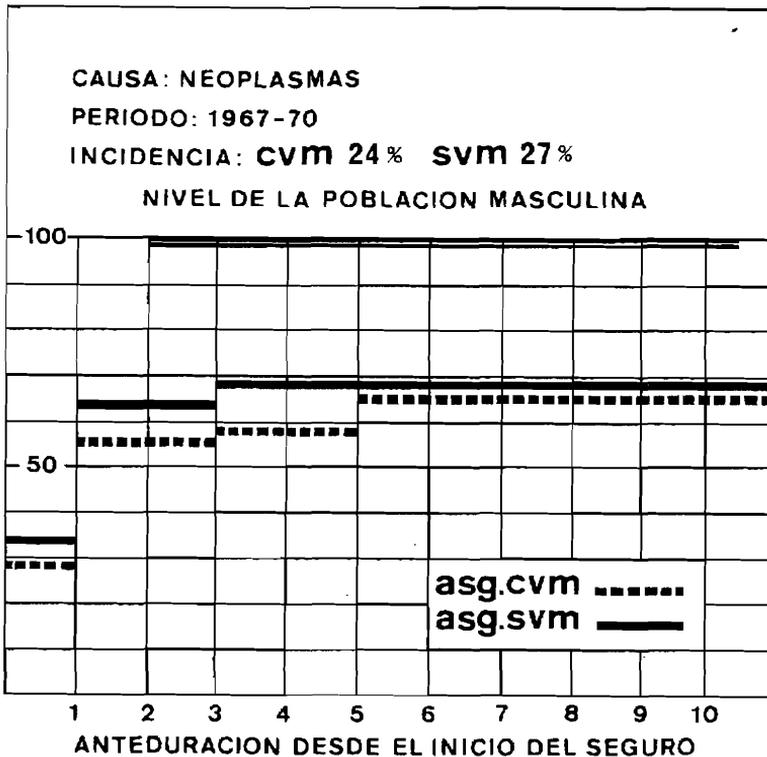
Estos últimos, como resulta por el gráfico 2, inciden en efecto solamente con el 5 por 100, respectivamente el 7 por 100, en la mortalidad, con evolución independiente de la anti-selección. El nivel de alrededor del 85 por 100 confirma el dato intuitivo de que se trata de causas no seleccionables, por así decirlo, encubiertas.

La misma información es válida para las enfermedades infecciosas y parasitarias ilustradas en el gráfico 3. El nivel de alrededor del 30 por 100, alcanzado por este grupo de causas, debe ser explicado en el particular "habitat" en el que se incluye la masa de los asegurados; estamos frente, por así decirlo, a una selección extra-aseguradora.

El gráfico 4 nos habla de los neo-plasmas que son responsables, por desgracia, del 24-27 por 100 de la mortalidad de los asegurados. Se nota cierto efecto selectivo en los primerísimos años.

GRAFICO 4

MORTALIDAD RELATIVA POR CAUSA



El gráfico 5 se refiere a las enfermedades del sistema circulatorio, a los que se debe atribuir el 52-55 por 100 de los fallecimientos.

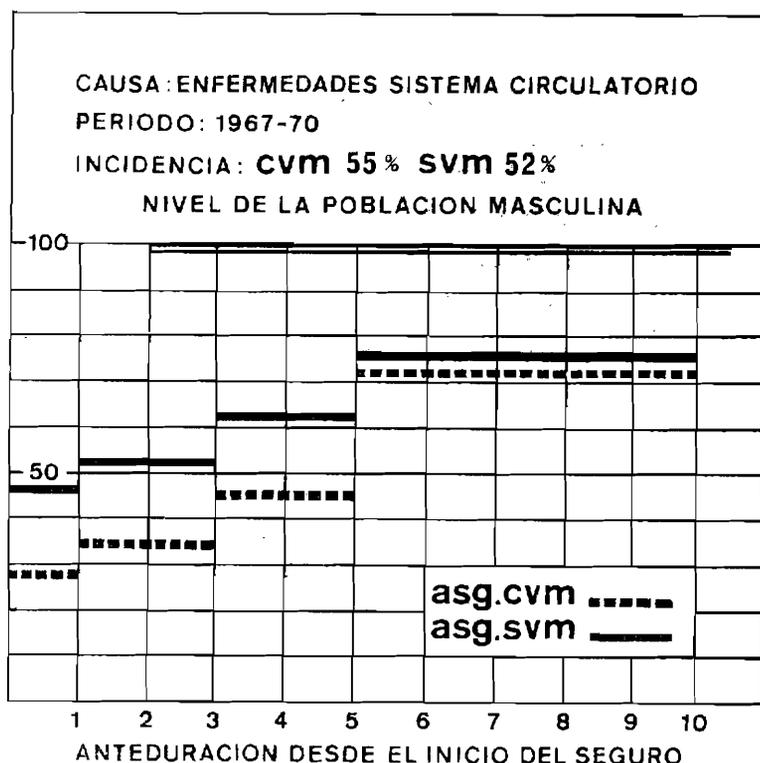
En la investigación original numerosos subgrupos han sido considerados, como es lógico, desde un punto de vista riguroso. Para los fines ilustrativos que aquí nos proponemos, tenemos, sin embargo, que limitarnos sin embargo al examen del grupo entero. El gráfico hace resaltar la notable acción discriminatoria de la visita médica.

Gráfico 6: Enfermedades del aparato respiratorio.—Nótese el considerable efecto del reconocimiento médico, prolongado en el tiempo, también por las mejores condiciones de ambiente y económicas de las que disfrutaban los asegurados.

Gráfico 7: Enfermedades del aparato digestivo.—Es conocido que numerosas afecciones concurren a formar este pequeño grupo. No resalta el poder selectivo del reconocimiento médico en los primeros años; parece incluso

GRAFICO 5

MORTALIDAD RELATIVA POR CAUSA



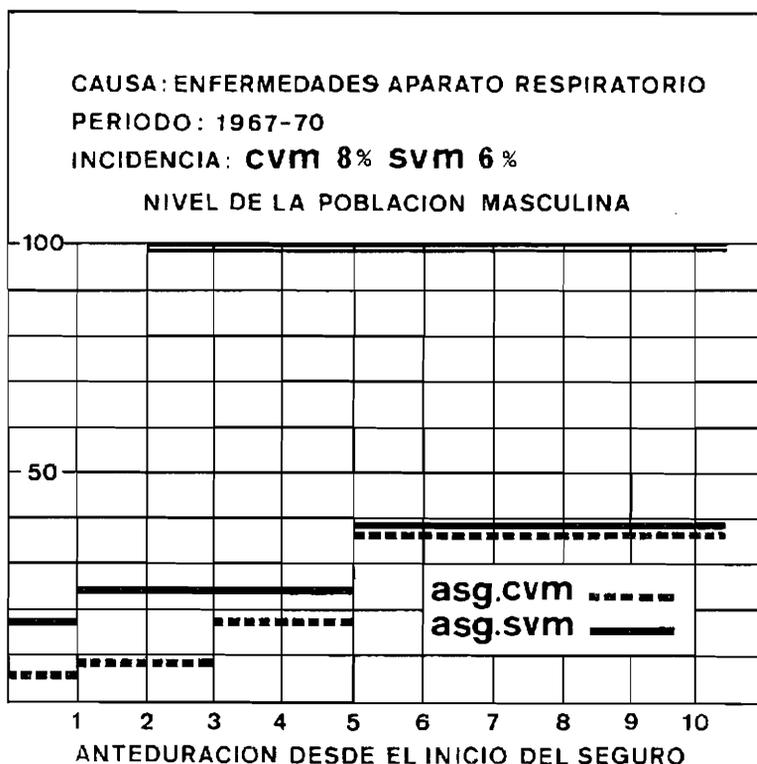
funesta su evidencia a largo plazo en pequeño intercambio de posiciones entre los con reconocimiento médico y los sin reconocimiento médico, que pensamos es atribuible a causas accidentales.

Omitimos por brevedad una ilustración, aunque sea somera, de los resultados del mencionado estudio japonés, a pesar de ser digno de ser tenido en cuenta por la amplitud de detalles y por el análisis respecto a la edad, en vez de "anti-duración" tanto es así que constituye un complemento de la

investigación inglesa. A la luz de este estudio se confirman las observaciones expuestas más arriba; y es interesante que la confirmación se fundamente por la comparación de datos procedentes de dos masas estadísticas diferentes desde el punto de vista de las costumbres y de los factores ambientales. Cabe notar por fin que, de este estudio japonés, la mortalidad masculina relativa de los "con reconocimiento médico" respecto a la población es del 62 por 100 mientras que la de los "sin reconocimiento médico" es del 82

GRAFICO 6

MORTALIDAD RELATIVA POR CAUSA



por 100; la considerable diferencia "con" o "sin reconocimiento médico" podría explicarse con cierta relajación en las normas de aceptación; no estamos en condiciones, sin embargo, de indicar si esta diferencia, de alrededor del 0,6 por 1.000 en absoluto viene compensada con una diferencia en la tarificación o de otro tipo.

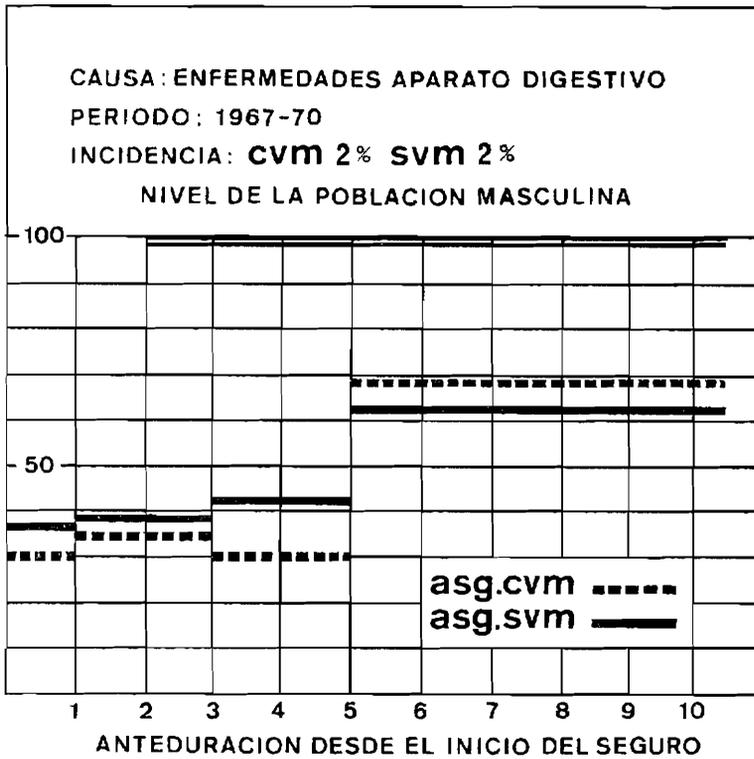
Lo que hasta ahora hemos comentado se refiere al seguro individual, un discurso aparte debería hacerse por los seguros colectivos para el caso de

fallecimiento, es decir, los seguros de grupo, según la nomenclatura generalmente aceptada en Italia.

Aquí el concepto de riesgo se traslada desde el individuo al grupo. Bajo el aspecto selectivo se plantea entre otro el interesante problema del límite de no-selección o del denominado "free limit". En verdad bien distinta es la técnica de los seguros de grupo en tema de selección médica.

GRAFICO 7

MORTALIDAD RELATIVA POR CAUSA



Llegado a este punto concluyo, por lo tanto, con las siguientes observaciones:

Somos favorables a una extensión de los límites del seguro sin reconocimiento médico en Italia, tanto para alinear el mercado asegurador italiano con las situaciones existentes en los otros países del MEC, con los cuales debemos proponernos entrar en competencia, como porque los tiempos difíciles que estamos viviendo nos parecen aconsejar un estímulo a la producción en este sentido.

A pesar de estar conformes con esta directriz, nos parece obligado recomendar concretas normas de selección sanitaria, una política de aceptación de manga ancha, llevaría pronto a pesadas consecuencias económicas. Para este fin es necesario un control estadístico tempestivo y bien planteado, que aclare todos los aspectos aún oscuros de la selección, en particular la mortalidad excepcional en el primero y segundo año de seguro. Una estadística de ámbito nacional sería por lo tanto recomendable, como indispensable instrumento de guía y de decisiones.

BIBLIOGRAFIA

- L. G. SANZIN: *Storia dell'assicurazione*. Int. Studi Ass., Trieste, 1945.
- V. R. SMITH: *Life Insurance without medical examination in Canada*. Atti del X Congresso Inst. Att., Roma, 1934.
- A. F. ELSNER: *Handbuch für Lebensversicherer*, Berlino, 1874.
- A. S. TAYLOR: *Etude Médico, Légale sur les assurances sur la vie*, Parigi, 1866.
- J. B. MACLEAN: *Life Insurance*, New York, 1951.
- H. DINGMAN: *Risk Apraisal*, Cincinnati, 1957.
- H. E. UNGERLEIDER: *Life Insurance and Medicine*. Springfield (III), 1958.
- H. STEVININ: *Facteurs biologiques, médicaux et sociaux de la mortalité et de la longevité*, Paris, 1951.
- P. O. LEWIS: *The Selection of Lives*. Trans. F. A., XIII, Londra, 1931.
- P. SHEPHERD, A. C. WEBSTER: *Selection of Riks*. Society of Actuaries, Chicago, 1957.
- R. DE BEDEN: *Notes sur les possibilités d'acceptation des risques tarés sans examen médical*. VI COINTRA, Stoccolma, 1952.
- G. HEYWOOD ET AL.: *Continuous Mortality Investigation Reports*. London, 1973.
- TAKASHI RUTAMI ET AL.: *Nippon Life Experience etc*. Blätter d. deutschen Ges. f. Vers., X, 1971-72.
- D. A. JONES: *Models and Decisions Techniques*. T. S. A., XXII, Chicago, 1970.