

La Medicina y el Seguro sobre la vida humana

Por el Doctor Méd. C. Collado.

PRESENTACIÓN.

El Presidente-Director del INSTITUTO presenta al orador en los términos siguientes:

“Entre las materias que constituyen conocimientos complementarios de los que integran la formación fundamental del Actuario, ocupa lugar preeminente la Medicina, en la que debe el Actuario estar informado, ya que no dotado, de preparación profesional médica. Por eso, el INSTITUTO DE ACTUARIOS ESPAÑOLES, al organizar este ciclo de conferencias que sirvan de valiosas ilustraciones a las deliberaciones de sus miembros en el orden de las materias propias de su competencia profesional, ha querido rendir el debido tributo a algunos aspectos de la Medicina en su proyección sobre el Seguro, entre los que figura la función que desempeña el Seguro sobre la vida humana, que hoy vamos a escuchar. Y para ello ha tenido la preocupación de buscar una personalidad de máxima competencia en esta clase de conocimientos científico-profesionales, no pudiendo, por consiguiente, encontrar para tal fin mejor figura que la del Doctor Collado, que nos dispensa la gentileza de venir a ilustrarnos con sus conocimientos y capacidad de maestro insuperable en este género de conocimientos.

El Doctor Collado, al que nos une una buena amistad, nacida hace dieciséis años, cuyos trabajos hemos podido seguir muy de cerca desde entonces y, por ende, apreciar su óptima calidad, lleva dedicado a la aplicación de la Medicina al Seguro sobre la Vida desde hace veinticinco años. Fué iniciado en la especialidad por el Dr. méd. Spitzer, L., de Trieste, con quien trabajó durante algún tiempo. Posteriormente, amplió y perfeccionó estos conocimientos con los Doctores Hörnig y Charlton, de Ber-

lín, trabajando a su lado por bastantes meses en varias ocasiones. Por haber tenido la dichosa oportunidad de recibir, el que tiene el honor de dirigiros la palabra, allí, en Berlín, información acerca de los métodos de valoración médico-actuarial de los riesgos directamente de estos Doctores, puedo juzgar del valor de sus enseñanzas, particularmente de las del Doctor Charlton, que reúne, además, las cualidades de simpatía personal, y no se diga del relieve científico públicamente adquirido por el Doctor Hörnig a través de sus libros y trabajos.

El Doctor Collado organizó el "Comité Español de la Medicina del Seguro de Vida"; fué Presidente del "Centro de Estudios de Seguros", Asociación de orden científico en cuestiones de Seguros, existente con anterioridad al 18 de julio de 1936. Finalmente, la guerra de España le sorprendió en plena organización del Congreso de la Medicina del Seguro de Vida, que hubiera debido celebrarse en España en octubre de 1938 y que tuvo lugar en París en 1939, habiendo recibido la merecida distinción de ser nombrado Vicepresidente del citado Congreso.

Esta es la figura que vamos a escuchar, y porque, dada su relevancia, sé que, conmigo, todos estamos anhelosos de escuchar su autorizada lección, dejo paso al Doctor Collado, que puede iniciar el uso de la palabra."

* * *

Como el tema indica, vamos a ocuparnos de las relaciones que existen entre la Medicina y el Seguro sobre la vida humana.

En un Seguro en que la garantía es la vida del propio asegurado, es evidente que lo esencial es determinar exactamente, en el tiempo, las probabilidades que aquél tenga de perderla o conservarla.

Resulta superfluo decir que dilucidar este problema compete casi exclusivamente a la Medicina y que los datos que ésta suministre son la base fundamental del Seguro de Vida.

La Medicina, aplicada al Seguro sobre la vida humana, ha adquirido tal desarrollo en los últimos tiempos, que hoy forma una rama aparte, la llamada Medicina del Seguro de Vida o, según algunos desean, Asfalología Médica, aunque estimo que es más adecuado el título de Medicina Asfalológica.

Vamos a hacer un breve resumen de los orígenes y evolución de esta rama de la Medicina, aplicada al Seguro sobre la vida humana.

Desde los tiempos más remotos se practicó la costumbre de hacer colectas o contribuir caritativamente con donativos, especialmente los pa-

rientes, en casos de muerte o enfermedad, sin que todavía en estas obras interviniese la Medicina.

Entre los romanos y los galos existía la costumbre de que el novio aportase, en la boda, una cantidad para montar y sostener la casa en caso de su muerte, e igualmente había Sociedades formadas por los soldados para costear los enterramientos y, a veces, sostener a los descendientes.

Más tarde existen, en los países anglosajones, Mutualidades para socorrer a las familias privadas del cabeza por homicidio.

Todavía más tarde los Montes de Piedad italianos pagaban, después de un cierto número de años, un capital a los sobrevivientes.

En la Edad Media, son los Gremios los que asumen y cumplen estas previsiones.

En el siglo XIII también tuvieron difusión, en los Países Bajos, las operaciones vitalicias.

Bensa cita el caso de una mujer que en 1427 hizo un contrato para prevenir los riesgos de su embarazo. De igual modo, los propietarios de esclavos establecían contratos contra el riesgo de la pérdida o disminución del trabajo que les rendían sus esclavas, si éstas quedaban embarazadas, siendo de hacer notar que lo que les interesaba no era los riesgos que corría su esclava, sino la pérdida que la falta de su trabajo les originaba.

Va precisándose más el Seguro sobre la vida, y Gow, Malynes y Francis citan casos aislados de Seguros-Vida, llevados a cabo en 1583, 1622 y 1853, hechos sin control médico todavía.

En 1583 Gibbons estipula en Londres el primer contrato de Seguro sobre la vida, con garantía del pago de una suma si el asegurado moría dentro del año.

Graunt, en 1662, hace la primera tentativa para calcular las probabilidades de duración de la vida, por medio de la estadística. En semejante empeño se ocupa Witt, en 1671. Pero es el holandés Hudde el que hace la primera tabla de mortalidad.

"Lloyds", fundada en 1688, tampoco utilizó la ciencia médica en sus Seguros de Vida.

Durante el reinado de Luis XIV funda Tontí, en Francia, el Seguro llamado "tontino".

Debemos recordar que es en el curso del siglo XVII cuando el Seguro sobre la vida entra en su fase verdaderamente científica al conocerse los estudios sobre el "cálculo de las probabilidades muerte", debido a Pascal y Fermat (1662) y la "estadística de la mortalidad y de la sobrevi-

vencia", iniciada por Halley (1693), tomando como base las estadísticas de mortalidad de Neumann.

En 1698, 1699, 1705 y 1706 se fundan Sociedades de Seguros sobre la vida que exigen "apariencia de buena salud" en los proponentes y limitan la edad hasta los cincuenta años. La primera fundada parece ser "The Mercer's Annuity Life Company", fundada en Londres en 1698.

En 1705 se funda en Londres la primera gran Empresa de Seguros-Vida, la "The Amicable Society for a Perpetual Assurance Office", sin base científica todavía, puesto que las primas son iguales para individuos de doce a cuarenta y cinco años.

Ya en 1725 la "London Assurance" exige que los proponentes comparezcan ante sus representantes y que éstos se informen sobre su salud y modo de vida, y exige una sobreprima por el riesgo de mujer, por los que no hayan pasado la viruela y por los que cambien de residencia a otro país. Ahora bien, en estas Compañías no son Médicos los que investigan la salud del proponente, sino empleados suyos, particularmente sagaces. Este sistema, que al principio rendía útiles servicios, devino imposible cuando aumentó el número de proponentes y, por lo tanto, el número de localidades en donde la Compañía debería establecer sus investigadores.

Esta es, en realidad, la forma primitiva de selección de riesgos, de la cual, ininterrumpidamente, deriva la que actualmente practicamos.

En 1762 se funda en Londres la "The Equitable Society for Assurances on Lives and Survivorships", que ya se vale de una tarifa de primas, establecida por Dodson y basada en el cálculo de las probabilidades de muerte y sobre la tabla de mortalidad y exige, además, un certificado de salud, firmado por dos testigos, uno de los cuales tenía que ser Médico, ampliándose esta intervención de la Medicina en el Seguro-Vida en 1779, en que, además, se exigía también un dictamen médico.

En 1811, la "Scottish Widows" introdujo la eventual intervención de uno o más Médicos o Cirujanos para juzgar del estado de salud de los que ingresaban en la Sociedad. Pero, en realidad, fué el Doctor Pinkard, en 1824, quien introdujo la selección médica sistemática en el Seguro de Vida, al fundar, en 1824, la "Clerical, Medical and General Life Assurance Company".

Este ejemplo fué seguido por La Equitativa, de Inglaterra, en 1858.

A principios del siglo XIX se fundan en Europa varias Compañías, que también requieren el auxilio de los Médicos para aceptar a sus aseguran-

dos, e igual derrotero siguen las Compañías de los Estados Unidos, que empiezan a fundarse en 1842.

Ya en 1856 el Doctor Brinton habla de la Medicina al servicio del Seguro-Vida y hace notar sus estrechas relaciones con la Medicina Legal (Forense), dando normas para la selección médica de las vidas en el Seguro y para el examen médico de los proponentes, y publica tablas de mortalidad bastante perfeccionadas que, aunque no era novedad alguna (ya en 364 a. J. C. Ulpiano hizo una primera tentativa en este campo), sí lo era el que de ello se ocupase un Médico y no los Actuarios, como era la norma.

A partir de esta fecha se multiplica la participación de la Medicina y de los Médicos en el Seguro de Vida y comienzan las publicaciones sobre esta materia.

En 1878, Buchheims publica un *Tratado de Medicina del Seguro* y otro sobre este tema en 1887, que puede considerarse como el principio de la Medicina del Seguro de Vida, desglosada de la Medicina general y constituyendo desde entonces una nueva rama independiente.

Oldendorff publica trabajos estadísticos sobre la mortalidad por tuberculosis entre los asegurados y sobre la influencia de la profesión en la duración de la vida en los mismos, en 1873 y 1878, respectivamente. De parecidos temas se ocupan Haegler y Gottstein.

En 1879, el eminente Profesor Florschütz y Karup, de la Banca "Gotha", publican estudios sobre mortalidad por profesiones y causas de muerte en relación con el examen médico al ingreso y la muerte antes del final del contrato.

En 1889 se funda la "Actuarial Society of America" y la "Life Insurance Medical Directors' Association" y comienzan a intensificarse las publicaciones sobre estas doctrinas. En este mismo año tiene lugar el primer Congreso de Seguros, en Bruselas. El segundo, en 1901, en Amsterdam. El tercero, en 1903, en París, en los cuales se habla, entre otras cosas, sobre la Medicina aplicada al Seguro de Vida.

Un avance más supone la fundación, en Berlín, de la Sección de Medicina de la "Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft".

En 1906 tiene lugar en Berlín el IV Congreso Internacional de Seguros y, en su seno, el de Médicos de Seguros, constituyendo, en realidad, el primer Congreso de la Medicina del Seguro de Vida que, posteriormente, se independiza y, separada del resto de las doctrinas asegurativas, organiza los Congresos de Londres, en 1935 (primer Congreso aislado de la Medicina del Seguro-Vida) y París, en 1939. (Este último,

cuya organización fué emprendida por nosotros, después de lograr para España el honor de ser la sede del II Congreso de la Medicina del Seguro de Vida, hubiera debido celebrarse en Madrid en octubre de 1938.)

En este último cuarto de siglo menudean las publicaciones sobre la Medicina del Seguro de Vida, que van completando y perfeccionando su contenido, y aparecen obras magistrales, como las de Sturm, Flor-schütz, Nolen, Paterson Mac Laren, Dingman, Hörnig, Drachmann, Semini, etc., quedando perfectamente delimitado el campo de la Medicina del Seguro-Vida como rama individualizada de la Medicina.

Se plantea ahora el problema del sitio que ocupa la Medicina del Seguro-Vida o Medicina Asfalológica, según preferimos, dentro del campo de la Medicina.

En este sentido, vamos a señalar sus estrechas relaciones con la Medicina Legal.

En efecto, el reconocimiento médico es considerado como una "pericia de parte", puesto que no es el Médico del proponente el que lo realiza, sino el de la Compañía, por razones obvias de enumerar.

En base a este reconocimiento y consecuente informe médico, la Compañía deberá aceptar o rehusar un "contrato" de Seguro, cuyo contrato está regulado por el Código de Comercio.

Por otra parte, como el proponente sabe que cualquier tara familiar o individual son motivos que agravarían las condiciones de aceptación, puede sentirse inclinado a la simulación, disimulación o atenuación de aquellos datos o, por el contrario, a la exageración de los mismos (eventualmente unida a la simulación), cuando se trata, no de hacer un Seguro de Vida, sino de invocar una invalidez.

Ante todos estos casos, el Médico debe imprimir a su criterio esa "orientación mental particular", ese "método especulativo propio", en el cual Pellegrini hace descansar la Medicina Legal.

Se puede decir, pues, que entre la asunción de los riesgos y la valoración de los siniestros de muerte e invalidez existen relaciones que interesan a la Medicina Legal.

Por otra parte, el secreto profesional, que obliga por igual al Médico y a la Empresa, es de competencia médico-legal.

Este es el criterio que, iniciado por Brinton, han sostenido el Congreso de Roma, de 1933, y Semini y Raitzin, entre otros.

Pasemos ahora al contenido, el cuerpo o la materia propia de la Medicina Asfalológica o suma de conocimientos de índole médica, aplicados al Seguro sobre la vida humana, y así vemos que aquél está condicionado

por los fines que dicha rama de la Medicina tiene que cumplir, y que son:

1.° Investigar y determinar las características sanitarias de la persona que desea asegurar su vida, haciendo de ella un esquema, ficha o historia, lo más completa y exacta posible, redactando un documento que firman el asegurando y el Médico y que se denomina informe médico. Es un esquema o cuadro biológico-social del sujeto.

2.° Valorar los datos contenidos en el informe médico, en relación con las posibilidades de aceptación del Seguro propuesto. Estudiar si el riesgo propuesto es o no aceptable y, de serlo, en qué forma y bajo qué modalidades o eventuales restricciones.

Esta función valoradora ha de ejercerse no sólo sobre Seguros de Vida, sino también sobre los eventuales Seguros complementarios de Invalidez o de Accidentes. Esta es la función llamada comúnmente de selección o tarificación de riesgos.

3.° Hacer la pericia del siniestro de Muerte y de Invalidez. Esto es, en el primer caso, dictaminar si la muerte ha sido originada por afecciones derivadas del estado sanitario del sujeto en el momento del reconocimiento, por afecciones o causas nuevas, entonces inexistentes, o por afecciones que entonces ya tenía y que, eventualmente, pudieron pasar inadvertidas o ser ocultadas. Por lo que respecta al siniestro de Invalidez, el Médico tiene que pronunciarse sobre circunstancias parecidas a las del caso anterior y, además, determinar si existe, en realidad, una invalidez; si ésta es transitoria o permanente y si es total o sólo para la profesión del sujeto.

4.° Vigilar la evolución del riesgo desde su asunción hasta su extinción por muerte o término del contrato.

Esta vigilancia puede tener dos formas principales: *a)* Vigilancia indirecta por eventuales revalidaciones; nuevas proposiciones; noticias indirectas que el Médico pueda buscar o proporcionarse, porque le interese el caso, etc.; y *b)* Vigilancia directa por medio de la visita médica, periódica, de los asegurados.

La finalidad de esta función es no sólo evitar las desviaciones de mortalidad, sino mejorar ésta.

5.° Estudiar y utilizar científicamente los datos reunidos por los procedimientos indicados en los apartados anteriores, deduciendo conclusiones de tipo científico, clínico y estadístico que corrigen y perfeccionan los conocimientos enumerados en los citados capítulos. Esto se lleva a cabo por medio de la ficha-estadística.

Esta última misión de la Medicina Asfalológica necesita, en parte, el

concurso del Actuario y es el punto en donde se vincula indisolublemente la Medicina Asfalológica y el Actuariado, pues la confección de las estadísticas requiere la intervención de ambos especialistas.

Además de los grupos citados, el Médico-Asfalólogo debe conocer sumariamente la esencia y formación de las tablas de mortalidad, en cuyo estudio no entramos por ser propio de la ciencia actuarial y la legislación referente al Seguro-Vida.

Estudiaremos ahora cada uno de estos capítulos o apartados, en particular:

1.º Reconocimiento e informe médico.

Es obvia su necesidad. Sin él, la antiselección haría prácticamente ineficaz el Seguro de Vida, pues o tendría que asegurarse una mayoría de la población, o el Seguro tendría que ser gravado con restricciones o cuotas que le harían antieconómico y le desvirtuarían.

El reconocimiento médico adecuado al Seguro de Vida tiene características especiales que le separan de modo notable del reconocimiento médico corriente. Aquí no se trata de ver y diagnosticar un enfermo, sino, en general, un individuo sano. (Es el llamado diagnóstico de salud.) Por lo tanto, no es la misión del Médico-Asfalólogo decir si un sujeto está sano o enfermo, pues esta sola circunstancia no determina la duración de la vida futura del sujeto, que es lo que interesa al Médico-Asfalólogo, sino hacer, desde el punto de vista médico, un esquema, una escrupulosa ficha biológica, un minucioso cuadro clínico y una precisa descripción de los factores intrínsecos y extrínsecos del sujeto, pues del conjunto de estos datos, algunos de ellos de gran sutileza, depende el pronóstico *quod vitam* del asegurado, que es la finalidad del reconocimiento médico adaptado al Seguro de Vida.

Al hacer el reconocimiento, el Médico no debe olvidar ni un instante que lo que interesa es recoger, investigar y describir, exacta y minuciosamente, los factores indicados, pues de su conjunto depende la vida futura del asegurando.

Debe, además, tener en cuenta que en una sola visita de un sujeto que hasta entonces no había visto tiene que, no sólo recoger y consignar con agudeza y escrupulosidad los datos dichos, sino diagnosticar eventuales afecciones que padezca el proponente, con los limitados medios que en el momento de la visita tenga a su disposición. Y no sólo esto, sino que se encontrará con gran frecuencia ante un proponente que, en mayor o menor grado, por euforia, ligereza, desconocimiento o mala fe, disimule, oculte o atenúe circunstancias o datos que le serían

adversos para su contrato de Seguro o que, por el contrario (aunque el caso es raro), trate de exagerar o simular afecciones que no padece, con objeto de no ser aceptado por la Compañía aseguradora.

El Médico reconocedor encontrará, por otra parte, con frecuencia, impedimentos intencionados o no y más o menos disimulados que le dificultan su misión, como son: la prisa que invoca el proponente o el productor del Seguro; el lugar o la hora inoportuna; la resistencia del sujeto a dejarse reconocer, por pudor u otras razones, y mil circunstancias más que se encuentran en la práctica, llegando en casos, afortunadamente excepcionales, hasta la preparación para despistar al Médico en el acto del reconocimiento (diabéticos) y aun hasta la suplantación de personalidad.

De aquí se infiere que el Médico reconocedor para Seguros-Vida deba tener una gran preparación científica, una gran entereza y honradez y una especial perspicacia.

El informe médico es el documento en donde se consignan los datos recogidos por el Médico reconocedor en el acto del reconocimiento, completados con lo que dicho Médico, eventualmente, sepa sobre el reconocido.

En el citado informe han de hacerse constar todos los factores o circunstancias que puedan influir en la duración de la vida del sujeto, ya dependan de su propio organismo o de sus actividades, hábitos y ambiente en que vive, precedidos de los datos generales.

Estos datos generales son: El nombre y apellidos, fecha y lugar de nacimiento, residencia y domicilio, estado civil y ocupación (muy concretamente especificada). Dentro de estos factores generales son importantes también la posición económica y la raza.

Viene a continuación la anámnesis, que es el conjunto de datos recogidos, con objeto de conocer la persona física y psíquica del sujeto, es decir, su individualidad. Aquí se hará constar la anámnesis familiar y personal del sujeto, sus hábitos de vida, sus antecedentes sobre Seguros y servicio militar y los datos especiales de mujer si se trata del sexo femenino.

A esto debe seguir una declaración del Médico en relación con el asegurado, donde se diga si le conoce o no, si le ha tratado o sabido algo sobre su salud y si ha comprobado su identidad.

A seguida se consignan los datos obtenidos por el examen objetivo del sujeto, que comprende: La inspección general, la somometría y los resultados de la exploración del cuello, aparatos respiratorio, circu-

latorio, digestivo, uro-genital, sistema nervioso, datos propios del sexo femenino, análisis físico y químico, cualitativo, sucinto, de la orina, con eventual examen microscópico del sedimento y, por último, vienen las conclusiones que el Médico reconecedor deduzca del reconocimiento, expresando sus juicios diagnóstico y pronóstico.

Dicho documento, como es lógico, tiene que ir fechado y avalado con las firmas del Médico y del proponente.

No especificaremos los detalles de cada uno de estos apartados ni el cuidado y especial procedimiento de recoger los datos en ellos pedidos, por no hacer interminable esta conferencia.

Este que hemos descrito sucintamente es el reconocimiento fundamental o básico; pero puede acontecer que no sea suficiente para juzgar el riesgo por insuficiencia de los detalles que contenga, sin que ello implique forzosamente la incompetencia del Médico que lo ha extendido, sino que, por las circunstancias en que se ha hecho, no hayan podido efectuarse exploraciones especiales, indispensables para aclarar dudas y precisar el diagnóstico del caso. Exploraciones que, por otra parte, en muchas ocasiones sólo el especialista está capacitado para efectuarlas. Por estas razones, en estos casos es necesario exigir un informe complementario, extendido por un especialista, que deberá, previamente, explorar detenidamente al candidato con los procedimientos y medios propios de su especialidad, haciendo una historia clínica, completa y cuidadosa, de las anomalías o afecciones por las que se solicitó su intervención.

Estos informes de especialista se extienden en formularios adecuados, en donde constan las preguntas y exploraciones particulares a que debe atenerse el especialista al hacer la exploración y el informe.

Los más utilizados son los formularios para costumbres o hábitos del proponente, especialmente en lo que hace referencia a sus hábitos alcohólicos; para sífilis; aparato respiratorio; circulatorio; orina y pruebas renales; glucosuria y curvas de glucemia; ojos y oídos.

En ocasiones es también útil, y a veces decisivo, solicitar un informe del Médico de cabecera del asegurando, el cual, sin necesidad de reconocer a su cliente, tiene que llenar un modelo, en donde debe consignar la historia clínica de las afecciones del individuo y sus allegados y cuantos datos sobre la salud de su cliente haya podido adquirir. Este informe es, en muchas ocasiones, más importante que el primero de los mencionados, pues por medio de él suelen descubrirse afecciones que habían sido silenciadas por el asegurando al ser reconocido y que, con

frecuencia, son esenciales para condicionar su admisión como asegurado.

Como es sabido, existe una modalidad de Seguro sobre la Vida, con riesgo de muerte, sin reconocimiento médico. En esta clase de Seguros, el capital asegurable es limitado y generalmente de poca cuantía, y en ella el informe médico está reducido a los datos que el mismo asegurando suministra sobre su salud pasada y presente, historia familiar, hábitos, costumbres, ocupación, etc., ajustándose a un formulario establecido con este objeto, que se extiende sin la intervención del Médico.

Hay que mencionar también los informes en casos de invalidez y de muerte, que se extienden en formularios preparados con esta finalidad.

Entramos ahora en el campo del segundo apartado: la valoración de los datos obtenidos por los reconocimientos o informes médicos, citados anteriormente.

Esta valoración, en forma sumaria y elemental, la debe hacer ya el Médico reconocedor, formulando un juicio diagnóstico y pronóstico al final de los respectivos informes, teniendo en cuenta: *a)* La profesión u ocupación del asegurado; *b)* El ambiente en que vive; *c)* Sus hábitos de vida y moralidad; *d)* Su historia familiar; *e)* Su anámnesis personal; y *f)* El resultado del examen objetivo y eventuales exploraciones especiales.

Suele expresarse brevemente este dictamen del Médico reconocedor con las palabras riesgo bueno, mediano o malo. No obstante, el valor de estos términos es prácticamente nulo, por lo cual, en mi opinión, deben ser sustituidos por una enumeración sucinta de las anomalías de que el reconocedor se haya dado cuenta al verificar el reconocimiento, lo cual tiene la doble ventaja de reforzar su atención y hacerle completar exploraciones incompletas o imperfectas, ampliando la base que va a ser utilizada seguidamente por el Médico especialista en la selección de riesgos.

La verdadera valoración de los riesgos la hace la Empresa, valiéndose del Médico especialista en la selección de riesgos y también, en casos especiales o de mortalidad elevada, en Centros o Entidades dedicados a la tarificación de riesgos agravados.

En los primeros tiempos del Seguro-Vida, la asunción del riesgo era hecha directamente por los dirigentes de la Sociedad, en base a los informes recogidos y a la impresión sobre las condiciones de salud que el propio asegurado procuraba a los citados dirigentes. Pronto, no obstante, se impone la selección médica del riesgo para garantía de la Em-

presa. Entonces se recurre, primeramente, al Médico de cabecera, a quien se le interroga sobre la salud del proponente.

Al poco tiempo, se ve la necesidad de que sean Médicos de la Empresa los que juzguen sobre la salud del asegurando y se organiza un complicado servicio médico con Médicos reconocedores, Inspectores y Jefes dependientes de la Dirección Central de la Sociedad, hasta que la práctica demuestra la conveniencia de simplificar esta organización que, actualmente, en casi todas las Sociedades está integrada por un Médico-Director que vigila la buena marcha de la organización médica y tarifica los riesgos, y el Cuerpo de Médicos reconocedores, repartidos por todo el país.

La valoración de los riesgos ha sufrido, como es lógico, numerosas evoluciones a través del tiempo, hasta adquirir el grado de perfección a que hoy ha llegado. En un principio no se aceptaban más que los riesgos absolutamente normales y sin tara alguna (criterio que hasta hace muy poco han seguido todavía algunas Compañías). Después comenzaron las tentativas para asegurar también los riesgos tarados, por considerar que ello podía interesar no sólo al asegurando, sino también a la Compañía. El problema que se presentaba se resolvió aceptando dichos riesgos únicamente cuando la tara fuese pequeña y aplicando una limitación en el capital asegurado; un cambio en la tarifa propuesta; un período de carencia, etc.

Esta valoración, actualmente, tiene que ser hecha por el Médico-Asfalólogo como trámite previo para la asunción de cualquier Seguro de Vida con riesgo de muerte, en cualquiera de sus variedades, con o sin reconocimiento médico y ya se trate de riesgos normales o anormales. Esta valoración se hace a base del estudio de los factores que integran el riesgo, los cuales son recogidos en los previos informes médicos, confidenciales, declaraciones del asegurando, informes de otras Compañías de Seguros, etc. Acontece con frecuencia que los datos e informes reunidos son insuficientes o imprecisos y, en este caso, el Médico-Asfalólogo debe solicitar cuantos informes o exploraciones complementarios juzgue necesarios para esclarecer el caso y poder hacer una valoración acertada del mismo. En la valoración de los riesgos sin reconocimiento médico debe ser especialmente cuidadoso y precavido, exigiendo la práctica de un reconocimiento médico en cuanto se compruebe la existencia de alguna anomalía (exceso o falta de peso, edad avanzada, etc.) o pueda sospecharse que el proponente padece alguna afección, por leve que ésta sea.

Se ha pretendido atribuir a la Clerical de Londres, antes indicada, la primera tentativa de asunción de riesgos tarados. Pero cuando esta nueva técnica adquiere un gran impulso es en 1889, con la fundación, en los Estados Unidos, de la "Association of Life Insurance Medical Directors", que recopiló los estudios y conocimientos sobre esta materia. Sin embargo, es Rogers, Médico de la "New-York Life Insurance Company", desde 1890, el que, asociado al Actuario Hunter, da un gran impulso al estudio médico-actuarial de los riesgos tarados, que empieza a asumir desde 1896, empleando el método que llamó numérico, cesando con ello el período empírico de asunción de riesgos y comenzando la era científica.

Siguen este ejemplo, posteriormente: en 1906, la Sociedad holandesa "De Hoop"; la "Sverige", de Estokolmo, en 1915; la "Hilfe", de Alemania; "Dana", de Dinamarca, y el "Verband", de Austria, en 1916, y de aquí en adelante admiten riesgos tarados la "Münchener", la "Allianz", la "Union", de Suiza; la "Compagnie Suisse de Réassurances", de Suiza; la "Adriática", la "C. I. R. T.", la "I. N. A.", la "Compagnie d'Assurances Générales", etc.

En realidad, hasta 1909 no se aceptaban más que aquellos riesgos en que la supermortalidad se consideraba, mejor dicho, se sospechaba que era leve, o sea, hasta un 50 por 100, máximo hasta un 100 por 100, y todos los demás se rechazaban.

Ahora se plantea la cuestión de cuáles son riesgos normales y cuáles anormales. Los primeros los constituyen los sujetos sanos con buena historia familiar y costumbres o que, a lo sumo, presenten taras o anomalías de pequeña entidad, en las que la mortalidad previsible no se separe apreciablemente de la normal.

Riesgos tarados o, más adecuadamente, agravados (Risques aggravés, Substandard risks, Minderwertige Risiken), puesto que lo tarado no es el riesgo, sino el asegurando, son aquellos que, del estudio de las investigaciones médicas hechas, se desprende que su mortalidad se desvía sensible o notablemente de la prevista, y por lo cual su asunción no puede hacerse sin la aplicación de un coeficiente de supermortalidad. Esta desviación de la mortalidad prevista, de los riesgos agravados, es lo que constituye la base actuarial técnica de los riesgos tarados.

Una vez sabido esto, se plantea el problema de: ¿Hasta qué grado de mortalidad es aceptable un riesgo? Teóricamente, sería aceptable cualquiera que fuese el grado de mortalidad, pero prácticamente es imposible seguir este criterio, por lo cual las Empresas no aceptan los riesgos

agravados más que hasta un límite de mortalidad que, aunque variable de unas a otras Empresas, no pasa de una supermortalidad de 500 por 100.

Para la asunción de los riesgos agravados se siguen varios sistemas, que podemos resumir del modo siguiente:

a) *Sistema individual*.—Es practicado por la Entidad holandesa “De Hoop” y en realidad es el más lógico, puesto que, como sabemos, no hay enfermedades, sino enfermos. En este método, cada riesgo es valorado aisladamente en base a todos los datos recogidos, sin encuadrarlo después en grupo alguno, sino adjudicándole la tarificación que le corresponda por la suma de las taras que presenta. Se comprende la dificultad de este método cuando los asegurandos sean muy numerosos y, aun sin serlo, por la imposibilidad de conocer todos los factores que pueden intervenir e intervienen en la duración de la vida de una persona.

b) *Método numérico americano o de Rogers*.—Este sistema es seguido, dentro de ciertas modalidades especiales, por numerosas Entidades (“Allianz”, “Sverige”, etc., etc.). En este método, a cada factor portador de mortalidad se le adjudica una determinada cifra de valores numéricos porcentuales, positivos o negativos, según se trate de factores desfavorables o favorables, los cuales han sido previamente descubiertos por el reconocimiento médico e investigaciones complementarias y consignados en el informe correspondiente. Estos valores numéricos, que expresan porcentajes de mortalidad (considerando la mortalidad normal como 100), se suman y restan, hallando una cifra que representa la supermortalidad que corresponde al riesgo estudiado.

Después, teniendo en cuenta esta supermortalidad, el caso se encaja en una tabla de mortalidad especial que resulta de la tabla de mortalidad ordinaria, aumentando la mortalidad para todas las edades en un porcentaje determinado, por ejemplo, 50-100, tablas que ya con anterioridad habían sido preparadas después del estudio cuidadoso de grupos de afecciones, en relación con las edades y probabilidades de vida media (considerando la mortalidad normal como 100).

c) *Sistema Pedersen*.—Este sistema se funda en la consideración de que, en muchos casos, la mortalidad o supermortalidad no es uniforme en toda la duración del contrato, sino que, con frecuencia, ésta va aumentando progresivamente o, por el contrario, decreciendo, y también, en ocasiones, permaneciendo estacionaria. Estando las tablas ordinarias de mortalidad calculadas para una mortalidad constante, piensa Pedersen que no pueden ser asegurados, por medio de estas tablas, riesgos de mor-

talidad variable, como los tuberculosos, cardíacos, etc., o si así se hace, ello obliga frecuentemente a limitar la duración del contrato, al prever que, al cabo de unos años, la mortalidad de un sujeto haya devenido tan elevada que no sea ya asegurable.

Por esta razón elaboró tablas de mortalidad variable, calculando primeramente tres tablas de mortalidad que correspondían a tres grupos de riesgos subnormales: Uno, *a*), el grupo de la tuberculosis, caracterizado por un notable aumento de la mortalidad en las edades jóvenes, que se reduce mucho en las edades más elevadas. Un segundo grupo, *b*), o grupo de las afecciones cardíacas, caracterizado por un pequeño aumento de la mortalidad en las edades jóvenes y un gran aumento en las edades elevadas; y, por último, un tercer grupo, *c*), o grupo ordinario, en el cual la elevación de la mortalidad es igual para todas las edades.

Los riesgos, previo detenido estudio, son asegurados aplicando la tabla de mortalidad que les corresponde.

Con el tiempo, el número de tablas de mortalidad, utilizadas por Pedersen y sus seguidores ("Dana", "Warma"), ha aumentado, y se han introducido algunas modificaciones aconsejadas por la práctica, siendo actualmente siete el número de estas especiales tablas de mortalidad, el que se utiliza por las Entidades aludidas.

d) *Sistema de clases de riesgo o grupos de taras.*—Este sistema es seguido, entre otras, por el "Verband", de Viena, y el "Consortio", de Praga. En este sistema, las cifras de supermortalidad se fragmentan en grupos redondos invariables, que se denominan clases, por ejemplo: 25-50-75-100-150-200 por 100 de supermortalidad en cada grupo o clase, que se denominan clases 1-2-3-4-5-6. En este método se calcula la supermortalidad que corresponde a cada tara del riesgo y se aplica la clase en que la cifra de esta supermortalidad está contenida, haciendo esto con cada una de las taras del riesgo y sumando después las clases aplicadas. Esta suma da la clase que hay que aplicar para hallar el recargo que corresponde al riesgo. Este sistema está siendo abandonado por las Entidades que lo practicaban, porque con él se obtienen, a veces, recargos más elevados de lo que corresponde al riesgo estudiado. Sin embargo, no hay que olvidar, como recuerda Winternitz, que "una tara hace a su portador más expuesto, no sólo a algunas, sino a todas las causas de muerte", en lo cual, en realidad, el sistema de clases encuentra su plena razón de ser.

Una variante de este último grupo es el sistema seguido por la En-

tividad italiana "C. I. R. T.", con la diferencia de que no se aplica a cada tara la clase que le corresponde y luego se suman las clases obtenidas, sino que al conjunto de todas las taras que presenta el riesgo se les aplica una sola clase, la clase dentro de la cual cabe la cifra de supermortalidad global hallada. Esta es la llamada valoración global.

Aparte de la valoración que les corresponde, los americanos dividen los riesgos, según la evolución presumible de las taras, en crecientes, constantes y decrecientes, división adoptada también en Italia.

Otros, como J. Sturm, dividen los riesgos en normales y anormales, subdividiendo este segundo grupo en riesgos adaptados y riesgos realmente anormales. Los riesgos adaptados comprenden candidatos que, desde el punto de vista técnico del Seguro, no acusan más que una anomalía de pequeña importancia y que, por medio de la sobreprima correspondiente, pueden ser adaptados a las tablas de mortalidad normal. En cuanto a los riesgos agravados, su salud está afectada de tal manera, que ya por medio de una adaptación no son asegurable sobre la base de la tabla de mortalidad normal. En este último caso, la valoración del riesgo consiste en incorporar cada caso particular en un grupo, cuya mortalidad media durante los diferentes periodos es conocida y para el cual debe ser fijada una sobreprima suficiente, de acuerdo con la diferencia existente entre esta supermortalidad y la mortalidad de los riesgos normales.

De todos ellos, el método más comúnmente utilizado en la actualidad es el numérico. Ahora bien, este método ofrece dificultades de aplicación que vamos a enumerar. Ocurre con frecuencia que el asegurado anormal o tarado no tiene una sola anomalía o tara, sino dos o varias, las cuales pueden, bien considerarse como consecuencia o continuación de la enfermedad principal, o bien, por el contrario, son dependientes de otras enfermedades. Si en este caso se quiere hallar la tasa de mortalidad total sumando las tasas de mortalidad de dos o más anomalías que presente, puede ocurrir que, efectivamente, esto sea acertado y se obtenga una tasa de mortalidad global exacta. Pero en muchos casos puede ocurrir que, al hacer esto, se cometa un error y que se halle una cifra de mortalidad que no corresponda en forma alguna a la mortalidad que realmente presenta el asegurado.

Por lo indicado se ve que este método, como por otra parte los restantes, no carece de defectos, por lo cual el Médico seleccionador no deberá limitarse simplemente a aplicar la tasa de mortalidad que corresponda a cada tara o anomalía, sino que tendrá siempre presente el

criterio clínico que corresponde a las anomalías de que se trate, juntamente con el criterio estadístico que le marquen las tablas de supermortalidad para taras diversas, que conozca y maneje.

No deberá, no obstante, separarse de los datos que le proporcione la estadística, porque ésta, aunque más rígida y más simple, por lo cual no podrá jamás someter a su dominio la gran complejidad de la anomalía o tara biológica, es, sin embargo, mucho más exacta que la experiencia médico-clínica subjetiva, sobre la cual descansa principalmente el pronóstico clínico, el cual se aparta a menudo considerablemente de las cifras estadísticas, que son mucho más exactas, quizá porque aquél se base principalmente en la probabilidad de vida de los casos graves. Y tampoco debe de perder de vista este pronóstico clínico, porque los nuevos avances de la ciencia médica y los modernos procedimientos de estudio e investigación van modificando y mejorando el diagnóstico y pronóstico de muchas afecciones que ya han sido estudiadas por la estadística, como acontece, por ejemplo, con la diabetes, sífilis, anemia perniciosa, parálisis general progresiva, etc., etc., y, además, porque es indispensable este criterio clínico en la valoración del riesgo para saber cuándo es preciso sumar la supermortalidad correspondiente a cada tara y cuándo seguir este proceder sería incurrir en un lamentable error.

Bien entendido que la exactitud matemática no es posible y que los errores son inevitables, pero pueden ser poco a poco corregidos, estableciendo para cada riesgo analizado un cuadro estadístico, y cuando se disponga de un grupo importante de casos de la misma naturaleza, se compara la mortalidad prevista con la mortalidad real de este grupo y así el método se perfecciona y afina cada vez más.

Los resultados de estas estadísticas son, en general, cuidadosamente guardados por la Entidad que los hace, pues supone, a más del resultado de sus propias experiencias, un gasto muy elevado al manejar un complicado mecanismo estadístico y un gran volumen de material humano estudiado. En ellas puede verse la mortalidad que corresponde a cada tara, y dicho se está que solamente pueden elaborarlas con eficacia las grandes Entidades reaseguradoras, que reciben numerosos riesgos, no sólo de todo un Continente, sino, en ocasiones, del Mundo entero, reuniendo elevadísimas cifras de asegurados (como la "Münchener", "Union", de Suiza, etc.).

Una vez conocida la mortalidad o supermortalidad que corresponde a un riesgo, es necesario transformar ésta en la restricción económica

correspondiente, lo que, generalmente, es ya misión del Actuario, el cual aplica al caso la tarifa especial de riesgos agravados que corresponda a la supermortalidad que presente, o bien, calcula la sobreprima correspondiente sobre los datos de supermortalidad y la tarifa usual o determina, por último, el aumento de edad que corresponde a la supermortalidad indicada por el Médico seleccionador.

A veces, esto no basta y el Médico tiene que aconsejar restricciones de otro tipo, como son, por ejemplo, un período de carencia, durante el cual, si ocurre el fallecimiento, no se paga el capital asegurado, sino la reserva matemática; un escalonamiento o "Staffellung", que tiene la ventaja de poder reducir la cuantía de la sobreprima, y en el que se pagan tantas fracciones del capital asegurado cuantos sean los años transcurridos, de acuerdo con el grado del escalonamiento; otras veces, aconseja una reducción en la duración del contrato; un cambio de tarifa; una limitación del capital asegurado, etc.

En todo lo antedicho nos hemos referido a la valoración del riesgo de muerte; pero no hay que olvidar que, en muchas ocasiones, al mismo tiempo que este Seguro principal, se presentan, sobre la misma vida, proposiciones de Seguros complementarios de invalidez y de accidentes y que el Médico-Asfalólogo tiene, igualmente, que hacer la valoración de estas dos clases de riesgos y dictaminar si son o no aceptables y, de serlo, en qué forma y bajo qué condiciones.

Si se trata del complementario de invalidez, en la valoración o selección habrá que tener en cuenta no sólo los factores extrínsecos e intrínsecos del proponente, recogidos en el informe médico y suplementarios, sino la modalidad del complementario, que puede ser gratuito o no, con renta o sin ella, y garantizar la invalidez total o la invalidez para la profesión. Si el riesgo es normal, puede ser concedido con las solas limitaciones de edad, etc., ya especificadas en las tarifas correspondientes. En los riesgos anormales, en general, no debe ser concedido o aceptado este complementario, especialmente si se trata de su modalidad gratuita. En las modalidades pagadas, o con prima, se puede ser algo más benévolo y concederle si la supermortalidad del riesgo no es muy elevada, especialmente si la tara es de aquellas en que no es presumible una invalidez; pero en estos casos se hace precisa la aplicación de una sobreprima por el mayor riesgo que existe al tratarse de un riesgo agravado y en relación con el grado y la calidad de esta agravación, sobreprima que debe fijar el Médico-Asfalólogo.

También el Médico de la Empresa deberá, en ocasiones, en base a

los informes hechos al ingreso del asegurado, pronunciarse sobre la posibilidad de admitir el llamado Seguro Suplementario de Accidentes, para el cual tendrá en cuenta, principalmente, las afecciones que presente el proponente, aconsejando la no aceptación de este Suplementario en caso de afecciones graves o condicionando su aceptación con determinadas cláusulas o sobreprimas si el asegurado presenta afecciones todavía compatibles con esta modalidad de Seguro, defectos físicos o mutilaciones, y sin olvidar su profesión u ocupación. El criterio médico informador es aquí también clínico-estadístico.

Mencionaremos solamente que algunas Empresas practican ya la reducción y aun supresión de las sobreprimas, si ha lugar, en el curso del contrato de Seguro, y que esto se hace previo dictamen del Médico, fundado en nuevo reconocimiento y en base a los conocimientos señalados anteriormente.

Llegamos ahora al tercer capítulo de la Medicina del Seguro-Vida: a la pericia de los siniestros de muerte e invalidez.

Ocurrido el siniestro de muerte, el beneficiario viene obligado a dar cuenta inmediata a la Empresa aseguradora del óbito ocurrido, probando el siniestro y su derecho como beneficiario.

Entre otros documentos, tiene que presentar uno en donde se especifique el curso de la enfermedad y se detallen las causas de la muerte. Este documento, ya preparado por las Empresas, ejercitando su derecho de investigación en estos casos, es el que se denomina comúnmente certificado *post-mortem*, y que debe ser extendido por el Médico de cabecera del finado. En él hay que hacer constar la enfermedad que ha conducido a la muerte al asegurado, la fecha de su comienzo, la historia clínica completa (causas, síntomas, etc., etc.), sus relaciones con enfermedades anteriores del sujeto, indicando y fechando estas últimas; los antecedente familiares, hábitos de vida, Médicos consultados, si el diagnóstico de la última enfermedad o causas de la muerte han sido comprobados por medio del diagnóstico anatomopatológico (autopsia, operación, etcétera), y si el firmante era Médico de cabecera con anterioridad al fallecimiento, datos sobre el finado que de épocas anteriores conserve, enfermedades padecidas antes de la última, si el asegurado conocía la naturaleza de la enfermedad que le condujo al fin y cuantos detalles pueda el Médico añadir (igualmente en caso de accidente, suicidio, etc.).

La misión del Médico-Asfalólogo es entonces ver si este informe está completo y cumple la finalidad para la que fué exigido, y de no ser así, el Médico debe solicitar cuantos informes complementarios con-

sidere precisos para juzgar el caso. Con este material informativo en su poder, debe estudiarlo cuidadosamente, en relación con el informe o informes primitivos que sirvieron para la asunción del riesgo, deduciendo por consideraciones de índole clínica (aquí ya la estadística no puede ayudarle) si la afección, causa de la muerte, era ya padecida por el finado en la fecha de su reconocimiento al ingreso o dependiente de afecciones que entonces padecía o, por el contrario, ha sido una afección sin relación alguna con estados anteriores. En el caso de ser una afección nueva, desligada de vínculos patológicos anteriores, el siniestro es normal, y así debe de informar a la Empresa. En el caso contrario, o sea en el de afecciones ya padecidas al ingreso o dependientes de afecciones o estados que entonces presentaba el proponente, puede acontecer que éstos estén ya citados y descritos en los informes médicos, en cuyo caso sigue siendo normal el siniestro; pero puede ocurrir que no consten en los citados documentos, y entonces se presentan dos casos: o el enfermo conocía su estado y lo ocultó, o lo desconocía y entonces no incurrió en falta alguna, por lo cual sigue siendo normal el siniestro. En el caso de que conociese su estado y lo ocultase, pudo acontecer que no lo hiciese por mala fe, sino por una exagerada euforia u optimismo, o, por el contrario, que la ocultación fuese intencionada. En ambos casos, la misión del Médico de la Empresa es dictaminar si, de haber conocido al ingreso el estado o circunstancias anormales del proponente, éste habría sido aceptado en las mismas condiciones en que lo fué, o que, lejos de esto, hubiera sido necesario aplicar una restricción mayor de la aplicada. En la primera de estas dos eventualidades continúa siendo normal el siniestro, y sólo en la última es anormal, y en esta forma y con todo detalle debe informar el Médico a la Empresa, para si ésta quiere hacer las investigaciones pertinentes, conducentes a demostrar que el asegurado ocultó su estado intencionadamente, pudiendo entonces invocar la causa o vicio de nulidad del contrato, conseguido lo cual, la Compañía no tendría que pagar el capital asegurado, sino únicamente devolver las primas cobradas.

Un estudio y valoración semejantes tiene que hacer el Médico en el caso de que la muerte haya sido producida por accidente o por suicidio.

En el primero de estos casos puede, en realidad, tratarse de una apariencia de accidente, habiendo sido producida la muerte, en verdad, por una afección vascular o cardíaca o por un trauma al caer el sujeto en un ataque epiléptico, etc. De igual manera, el suicidio, con gran frecuen-

cia, es originado por una psicopatía que padecía ya el finado a su ingreso como asegurado, y que ocultó.

Puede ocurrir, no obstante, y a veces sucede, que la afección al ingreso de la cual depende la afección al término, no fuese ocultada por el finado, porque la desconocía, y que fuese el Médico el que la dejó pasar inadvertida, por falta de elementos de diagnóstico, por falta de cuidado en la exploración o, afortunadamente de modo excepcional, por falta de competencia. Aquí se trata, por lo general, de afecciones que es fácil que el proponente desconozca (hipertensión, diabetes, etc.). Dicho se está que también en este caso es normal el siniestro.

Viene ahora la pericia en caso de invalidez.

Esta tiene que ser considerada y prevista por el Médico-Asfalólogo al hacer el estudio de los informes médicos, reunidos con motivo de una propuesta de Seguro, dictaminando entonces sobre la conveniencia o no de la concesión por parte de la Empresa de esta forma de Seguro complementario. Para ello tendrá en cuenta la profesión, hábitos de vida y afecciones que presente el asegurado. Entre éstas, las que causan más frecuentemente invalidez son, en orden de frecuencia: la sífilis y afecciones vasculares, afecciones del sistema nervioso central, psicopatías y otras afecciones que, aunque no producen fatalmente una invalidez total permanente, pueden originarla en forma temporal y prestarse por ello a enojosas y perjudiciales disensiones entre la Empresa y el asegurado, como son: la tuberculosis, afecciones cardíacas, tumores, etc. En todos estos casos, el criterio del Médico-Asfalólogo debe ser el de aconsejar a la Empresa la no aceptación del Seguro Complementario de Invalidez, y no sólo en estos casos, sino en todos los riesgos anormales, en los cuales, como hemos dicho, sólo excepcionalmente debe concederse dicho Seguro Complementario.

La invalidez en el Seguro de Vida depende de las condiciones del contrato y, en general, se consideran dos formas: la invalidez total, de naturaleza presumiblemente permanente, y la invalidez para la profesión, que garantizan algunas Empresas. Menos numerosas son las Empresas que asumen la invalidez temporal, total o parcial.

Este estado tiene que ser demostrado por el solicitante, por medio de los formularios médicos *ad-hoc*, preparados por la Empresa, y en los cuales hay que hacer constar todos los datos referentes a las causas y circunstancias que han producido la invalidez, reseñando cuidadosamente el estado actual del solicitante.

El Médico de la Empresa tiene que valorar este estado, teniendo en

cuenta la causa, lesión o afección que ha provocado la pretendida invalidez, informando sobre la independencia o no de la misma de la voluntad del asegurado; sobre la posibilidad de comprobar objetivamente dicha invalidez; sobre si la citada incapacidad puede presumirse que sea temporal o permanente; sobre su relación con el estado del solicitante a su ingreso como asegurado; sobre si la incapacidad es sólo para la profesión u ocupación habitual del solicitante o para toda posibilidad de ganarse la vida dignamente. (Esto último, naturalmente, depende de las condiciones del contrato.)

Varias son las causas principales de invalidez total y, entre ellas, además de las citadas anteriormente, señalemos la ceguera y mutilaciones graves, etc., y, por lo general, están especificadas en el clausulado de la póliza correspondiente.

Fundándose en los resultados de este estudio e investigación, el Médico hace un dictamen, ajustándose a los enunciados anteriores, que sirve de apoyo a la Empresa para admitir o rechazar la solicitud de los beneficios del Seguro Complementario de Invalidez.

En caso de pericia de siniestro cubierto por el Seguro Suplementario de Accidentes, deberá estudiar detenidamente el caso para dictaminar si la muerte fué, efectivamente, producida por el accidente que se invoca y, en caso contrario, orientar las investigaciones que deben practicarse. Si además de la muerte por accidente estuviese garantizada en el caso la incapacidad permanente, deberá informar a la Empresa, previos todos los informes y exploraciones médicas necesarias para determinar exactamente la naturaleza y el grado de lesiones sufridas y sus secuelas, sobre el porcentaje de invalidez o incapacidad (en relación con la capacidad total considerada como 100), que le queda al siniestrado como consecuencia del accidente. Son numerosas las tablas de valoración publicadas, y no citaremos más que las de Liniger, Horn, Reichardt, Brisard, etc.

Llegamos ahora al capítulo cuarto; a la vigilancia del riesgo, desde su asunción hasta la extinción del contrato.

Esta vigilancia puede ser ejercida por el Médico de la Empresa por las noticias o nuevos informes que le lleguen con motivo de nuevas proposiciones de los asegurados o por el intercambio de informes entre las Compañías, en determinados casos, singularmente en caso de rechazo o recargo de proposiciones presentadas a dichas Compañías, sobre todo de riesgos agravados. También en los casos que le interesen puede el Médico procurárselos particularmente y seguir la evolución del

riesgo aun en los casos rechazados, labor especialmente útil en la confección de estadísticas.

Basándose en estos datos, puede el Médico aconsejar a la Empresa sobre la conveniencia o no de que la póliza siga en vigor o sobre la eventual anulación de la póliza por falsas declaraciones del asegurado que, de haber sido conocidas, hubiesen motivado la aplicación de una sobreprima u otra restricción.

Pero el procedimiento más científico y útil de observación y vigilancia médica de los asegurados es la visita médica periódica de los mismos. Con ello se cumple la trascendental finalidad de, no sólo evitar onerosas desviaciones de mortalidad, sino disminuir ésta en grado apreciable.

Son antiguos los ensayos hechos en este sentido, desde Dobell, de Londres, en 1861, hasta que fué instituido de una manera práctica el servicio médico de los Asegurados-Vida por primera vez, en 1909, en los Estados Unidos, por Fisk y Rittenhouse, en forma de examen periódico de los asegurados. De aquí la idea pasó al Canadá, a Suecia, Finlandia, Alemania, donde es su formidable paladín el Doctor Neustätter, etc., hasta llegar a España, en 1931.

Hay dos formas del servicio médico, profiláctica la una y terapéutica la otra. El servicio médico profiláctico individual consiste en exámenes periódicos del asegurado o exámenes de laboratorio y orientaciones sanitarias y consejos a los asegurados. El examen médico puede ser hecho por un Médico de la Compañía o por un Médico que escoja libremente el mismo asegurado. Los exámenes a distancia consisten en investigaciones de laboratorio, así como en consejos dirigidos por carta.

El servicio médico terapéutico consiste en asistencia por enfermeras a los asegurados afectos de enfermedades graves y, en ocasiones, hasta subvenciones para el tratamiento.

Parece demostrado que este servicio podría prolongar la vida de los asegurados enfermos en más del 25 por 100 de los casos.

De otro lado, existe por parte del asegurado el temor de que la Empresa tome alguna medida contra su Seguro, al tener noticia, por este medio, de que el asegurado está enfermo, y por esta circunstancia, prefiere, dentro de este servicio, utilizar Médicos que él mismo pueda escoger y que no sean Médicos de la Empresa, la cual sufraga los gastos del reconocimiento periódico. Pero es de tener en cuenta que, en este servicio, los Médicos no vienen obligados a comunicar a la Empresa detalles sobre el reconocimiento practicado y sus hallazgos, sino sólo a

decir que han reconocido en determinada fecha al asegurado, cuyo nombre se consigna, sin siquiera indicar la índole del reconocimiento, y esto por propia iniciativa e interés de la Empresa.

Este servicio tiene, por otra parte, la ventaja de que el asegurado ve, de esta forma, que su salud está protegida, a más de disponer de un servicio médico que no le cuesta nada.

Hay otros tipos de servicios médicos, menos difundidos, y que no citamos.

Tampoco entramos en el detalle del citado, por considerarlo impropio de la extensión de esta conferencia.

Y entramos, por fin, en el quinto y último capítulo de la Medicina Asfalológica: en la utilización científica de los datos y experiencias de índole médica, recogidos por los medios señalados en los capítulos anteriores, para ir, poco a poco, precisando la mortalidad de las diversas taras y edades y afinando la exactitud de los métodos de valoración de los riesgos. Esto se consigue por el establecimiento de estadísticas, que se harán combinando todos los factores o elementos del riesgo en todas las formas que se juzgue útil o necesario hacerlo.

Labor es esta de la máxima importancia, y a la cual deben su existencia los métodos perfeccionados de valoración de riesgos de que disponemos en la actualidad.

Para llevar esto a cabo se ha establecido la ficha-estadística. En ésta deben figurar, en reducido espacio y en forma sucinta, todos los elementos que se prevea hayan de ser útiles a la estadística y que, en general, son: el nombre y apellidos del asegurado; su profesión u ocupación; fecha de nacimiento; domicilio; día del reconocimiento; talla; peso; perímetros torácico y abdominal; forma del Seguro y capital asegurado; edad y sexo, y los datos médicos contenidos en el reconocimiento, que se inscriben por medio de una clave, con objeto de ahorrar espacio y facilitar los cálculos.

Con este material, el Médico y el Actuario, unidos y con criterios estadisticocientíficos estudiados previamente entre ambos, se establecen las nuevas estadísticas, tablas de mortalidad, etc., utilizables en el futuro, y, sobre todo, se agrupan los riesgos que presentan procesos morbosos de igual naturaleza, siendo entonces más fácil calcular la curva de mortalidad de estos grupos y hallar la supermortalidad que presenta cada uno de ellos en cada una de las edades, años de observación, etc., precisando de día en día más las características de cada grupo, buscando grupos siempre nuevos y mejor diferenciados y más en consonancia con

los nuevos datos clínicoestadísticos, estableciendo más y más sólidamente el pronóstico de grupos, base principal de la valoración de los riesgos.

Las observaciones principales que se hacen sin cesar con este material son, entre otras, las siguientes: Estadísticas de los contratos hechos y las anulaciones; control de la mortalidad para las diversas clases de material, según el lugar, el tiempo y la anomalía estudiada; estadísticas de causas de muerte, etc.

Esta es quizá, una de las misiones más importantes de la Medicina Asfalológica y de mayores dificultades prácticas, pues se requiere, para que esta labor sea eficaz, un enorme volumen de asegurados de cada edad y grupo de afecciones y un dilatado tiempo de observación.

Réstame ahora indicar que, como apéndice de la Medicina Asfalológica, el Médico-Asfalólogo debe tener una idea, aunque sólo sea elemental, de lo que son las tablas de mortalidad y un somero conocimiento de las leyes referentes al Seguro-Vida. Deberá igualmente conocer, de manera más profunda, las diferentes modalidades y combinaciones de Seguros-Vida y, especialmente, las diversas tarifas de la Empresa en donde ejerza sus funciones.

No quiero terminar sin recordar la posición que el Médico debe guardar frente al asegurado, respecto del secreto profesional. A este propósito hay que decir que es necesario que el asegurando, en el momento de firmar su proposición, desligue con su firma, del secreto profesional, para con la Compañía, a los Médicos que le hayan asistido o le asistan, pues ello es necesario para el estudio de su caso y eventuales siniestros.

En cuanto a las afecciones o anomalías, desconocidas del proponente, que el Médico descubra en el reconocimiento, debe comunicárselas inmediata y claramente al candidato, pues hacer lo contrario perjudica a todos, sin beneficiar a nadie.

BIBLIOGRAFIA

- BERGSTRAND (Prof. H.): *On the Possibility of Diminishing the Differentiation of Premiums in Cases of Medical Impairment*. London, 1935 (v. A.).
- BRINTON (W.): *On the Medical Selection of Lives for Assurance*. London, 1856.
- BROWN (Chester T.): *Methodes of estimating Risks*. London, 1935 (v. A.)
- VON DEUTSCHER, VON STERN: *Lebensversicherungsmedizin*. Wien, 1938.
- DINGMAN (H. W.): *Insurabiliti (Prognosis and Selection)*. New-York, 1928.
- *Selection of Risks*. Cincinnati, 1935.
- FEILCHENFELD: *Lehrbuch der Versicherungsmedizin*. Berlín, 1929.
- FLORSCHÜTZ (G.): *Allgemeine Lebensversicherungsmedizin*. Berlín, 1914.

- FOXWORTHY (F. W.): *Life Insurance Examination*. London, 1925.
- GIRONA (D.): *Manual del Médico Examinador de Seguros sobre la Vida*. Barcelona, 1926.
- HÖRNIG (P.): *Lebens- und Invaliditätsversicherung*. Berlin, 1931 (v. Liniger).
- KAUFMANN (F.): *Gesundheitsdienst und Lebensversicherung*. London, 1935 (v. A.)
- LINIGER (H.), WEICHBRADT (R.), FISCHER (A. W.): *Handbuch der ärztlichen Begutachtung*. Leipzig, 1931.
- NEUSTÄTTER (O.): *Der Gesundheitsdienst der Lebensversicherung*. London, 1935 (v. A.)
- NOLEN-HYMANS v. D. BERGH-SIEGENBEEK VAN HEUKELOM: *Lebensversicherungsmedizin*. Berlin, 1925.
- PATERSON MACLAREN (J.): *Modern Methods of Medical Insurance Examination*. London, 1929.
- RAITZIN (A.): *Asfalologia Médico-Legal*. Buenos Aires (Argentina).
- RECKZEH (P.): *Abriss der versicherungsmedizinischen Pathologie*. Berlin, 1929.
- ROCKWELL (Thomas H.): *Does the Insurance Record affect Selection?* Association of Insurance Medical Directors of America. 1926.
- ROMANELLI (Prof. I.): *La Statistica Medica Presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni*. London, 1935 (v. A.).
- SPITZER (L.), LUZZATTO (P.): *Mortalità di assicurati in rapporto alla periferia toracica ed alla statura*. ("Metron", vol. X, N. 1-2). Roma, 1932.
- STURM (J.): *Methoden der Risikobewertung*. London, 1935 (v. A.).
- TRANSACTIONS of the International Congress on Life Assurance Medicine. London, 1935 (A.).