

¿«Un cáncer es siempre un cáncer» aunque sea una lesión indolora con bajo potencial maligno?

El diagnóstico clínico como base para las definiciones de Enfermedades Graves

Por Karin Brendel, Gen Re, Colonia

El seguro de Enfermedades Graves (CI, por sus siglas en inglés) es una cobertura de vida importante en muchos países que ofrece soporte financiero y cierta tranquilidad en el caso de que se sufra una enfermedad importante. En este artículo se trata del amplio espectro de posibilidades en cuanto a diseño de producto, desde ofrecer una solución para la tranquilidad del cliente de una forma muy exhaustiva, por un lado, hasta productos que los protegen en situaciones muy críticas de su vida a unas primas más accesibles, por el otro.

Para estar a la altura de las expectativas del cliente y seguir ofreciéndole un producto sostenible, es esencial para las aseguradoras que describan de una forma clara, transparente y sin ambigüedades el vínculo que existe entre la enfermedad grave y el pago de la prestación.

Si bien el nombre del producto —ya sea «Enfermedades Graves», «Enfermedad Crítica», «Trauma» o similares— indica de por sí una cierta gravedad, los clientes tienden a esperar que la prestación se pague en cuanto su doctor emita un diagnóstico recogido dentro de la lista de enfermedades cubiertas.

Ciertamente, la idea del pago en el mismo momento del diagnóstico les resulta atractiva los clientes, aunque conlleva ciertos inconvenientes tanto desde el punto de vista médico como desde el del seguro. En el ámbito médico, un diagnóstico no es necesariamente una cuestión de blanco o negro. El conocimiento sobre las enfermedades está avanzando muy rápido, y los progresos en el tratamiento atenúan y restringen en muchos casos el impacto de trastornos potencialmente graves. Desde el punto de vista del seguro, los actuarios responsables de los

Contenido

Cáncer	2
Ataque cardíaco	3
Accidente cerebrovascular	4
Hallazgos incidentales y otras enfermedades	4
La imagen de conjunto	5

Acerca de este boletín

Risk Insights es una publicación técnica elaborada por Gen Re para ejecutivos de seguros de Vida y Salud de todo el mundo. Los artículos se centran en asuntos actuariales, de suscripción, siniestros, médicos y de gestión de riesgos. Entre los productos a los que se les concede una mayor atención se incluyen los seguros de Vida, Salud, Invalidez, Dependencia y seguro de Enfermedades graves.

precios y los directores de siniestros pueden sentirse preocupados debido a que el cambio de las evidencias para confirmar un diagnóstico y las nuevas técnicas que permiten que estos sean más precoces suponen habitualmente una mayor prevalencia de casos sin impacto – o con un impacto menos grave - sobre la salud.

Recientemente, algunas aseguradoras han modificado las definiciones para ser más generosas pagando en el momento del diagnóstico, solicitando poca información —o incluso ninguna— y dejando de excluir formas más leves de una enfermedad. Es cierto que los clientes pueden recibir esta iniciativa con los brazos abiertos, pero la asequibilidad en general de los productos y posiblemente la estabilidad financiera de una aseguradora pueden verse afectadas por ello.

Veremos aquí ejemplos de las enfermedades más importantes cubiertas en las pólizas de EG, repasaremos dónde son justificables las simplificaciones y cuáles son los riesgos de omitir características cruciales en las definiciones.

Cáncer

Supongamos que el desencadenante de la prestación en caso de cáncer radica exclusivamente en el diagnóstico definitivo de un oncólogo.

Antes de examinar las exclusiones, comparemos este enfoque con el que se aplica normalmente:

Por regla general, la definición se refiere a características del cáncer, como «maligno», «crecimiento incontrolado» e «invasión de tejidos».

Estas están en sintonía con el entendimiento médico del cáncer y sin duda deben incluirse. Sin embargo, podría argüirse que estos términos no aportan gran cosa, ya que por definición forman parte del concepto de «malignidad». Se recomienda encarecidamente requerir confirmación histológica, algo que arriba no se menciona pero que se incluye por regla general, ya que sirve de protección frente a potenciales métodos de diagnóstico futuros, como la biopsia

líquida. Aunque actualmente se encuentra en fase experimental para el diagnóstico, podríamos imaginar casos con un resultado de biopsia líquida positivo pero sin ningún tumor identificado o confirmado por otros medios.¹

En el contexto de las EG encontramos habitualmente varias exclusiones en las definiciones de cáncer y —comprensiblemente— los clientes podrían preguntarse por qué su cobertura no les protege en caso de ciertos cánceres específicos.

En respuesta a ello, es importante señalar que el cáncer no es una única enfermedad uniforme,

sino que engloba varios tipos que se producen en diferentes áreas y

que oscilan entre variantes altamente letales y hallazgos incidentales inocuos.

Los cánceres que pueden no desarrollar síntomas clínicos a lo largo de la vida de un paciente pueden descubrirse casualmente, a través de programas de cribado o en la autopsia.

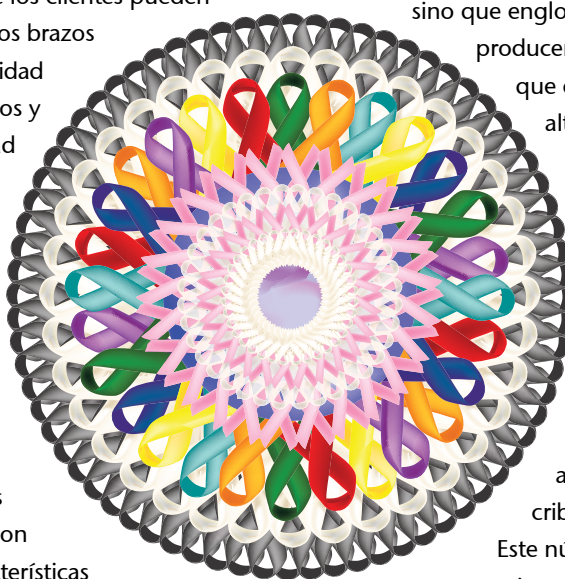
Este número desconocido de casos sin consignar aumenta la

incertidumbre en términos de futuros siniestros para la aseguradora. Un cribado sensible y de amplio espectro puede detectar un cáncer que no requiera tratamiento o que no tenga un impacto negativo sobre la salud. Sin ninguna pérdida financiera ni ningún impacto sobre el bienestar del asegurado, no existe ningún interés asegurable que justifique el pago de la prestación. Al mismo tiempo, los hallazgos inocuos de alta prevalencia tienen el potencial de incrementar enormemente el coste del seguro para todos.

Ejemplos destacados de exclusiones comunes de la cobertura de EG en relación con el cáncer son los cánceres de próstata y tiroides de bajo grado, así como los cánceres de piel no-melanoma.

Observemos cada uno de ellos:

- **Cáncer de tiroides:** en el caso del cáncer de tiroides vemos una correlación muy marcada entre las prácticas de cribado y las tasas de detección de neoplasmas asintomáticos en la



glándula tiroides, que en su amplia mayoría son de baja gravedad. Esto ha motivado un gran aumento en las tasas de incidencia de cáncer de tiroides, como por ejemplo en Corea del Sur entre los años 2000 y 2013 (Figura 1). Después de observar cifras alarmantes de cirugías realizadas para extirpar la glándula tiroides, un grupo de ocho médicos de Corea del Sur publicaron en marzo de 2014 una carta abierta que desaconsejaba el cribado de tiroides con ecografía.² En consecuencia, la US Preventive Services Task Force concluyó que «el cribado que da como resultado la identificación de cánceres de tiroides indolores y el tratamiento de dichos cánceres sobrediagnosticados puede incrementar el riesgo de daños para los pacientes».³

- **Cáncer de próstata:** de un modo similar, la US Preventive Services Task Force declara que «muchos hombres con cáncer de próstata nunca experimentan síntomas y, sin el cribado, nunca llegarían a saber que padecen la enfermedad».⁴ Una vez diagnosticado, la vigilancia activa es una opción de tratamiento común que plantea un especial desafío a la hora de especificar el desencadenante de la prestación en productos con pago múltiple para el caso de cáncer, ya que el tumor no se extirpa.
- **Cáncer de piel no-melanoma (NMSC):** el 99 % de los cánceres de piel no-melanoma (NMSC) son carcinomas de células basales (BCC) o carcinomas de células escamosas (SCC). Según los estudios, se estima que la incidencia del NMSC es 18-20 veces mayor que la del melanoma,⁵ estando este último cubierto habitualmente en las pólizas de EG si se da en un grado entre moderado y alto. Los registros sobre el cáncer de todo el mundo no suelen consignar datos completos sobre el NMSC o incluso los excluyen, probablemente por motivos prácticos a la hora de comprobar el ingente número de casos o bien debido a la baja tasa de mortalidad.⁶ El potencial de malignidad muy bajo del BCC o SCC y el alto nivel de incertidumbre en torno a su alta prevalencia constituyen un argumento sólido en contra de la cobertura del NMSC incluso para pagos parciales.

El potencial sobrediagnóstico, el sobretratamiento, el impacto muy bajo o inexistente sobre la mortalidad y el desconocimiento de la prevalencia debido al comportamiento asintomático son rasgos comunes en estos tres tipos de cáncer, por lo que no son adecuados como desencadenantes para pagos de prestaciones sustanciales. Estos no son los únicos ejemplos de exclusiones de cáncer razonables y, desafortunadamente, esto hace las definiciones más largas y más difíciles de entender para los no iniciados, pero son imprescindibles para un diseño sólido de producto.

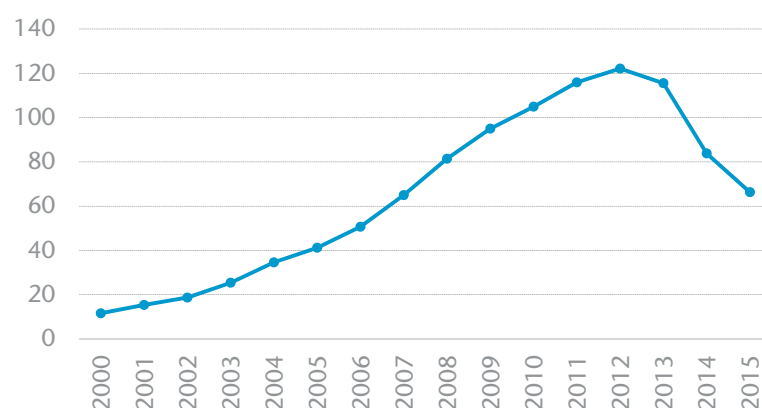
Ataque cardíaco

La segunda causa más común de siniestros de EG es el ataque cardíaco. Una definición breve y sencilla podría exigir simplemente un diagnóstico definitivo de infarto de miocardio por parte de un cardiólogo.

Una definición así deja fuera los requisitos probatorios habituales, como signos y síntomas indicativos de un ataque cardíaco, nuevos cambios en un electrocardiograma (ECG) y la elevación de los biomarcadores cardíacos.

Para evaluar la necesidad de solicitar información explícitamente, debemos tener en cuenta otro importante requisito de la definición de ataque cardíaco en el contexto de los seguros, como es la muerte del músculo cardíaco debido a un riego sanguíneo inadecuado. Es necesario mencionar este aspecto, ya que vincula el diagnóstico definitivo a la evidencia de muerte del músculo cardíaco.

Figura 1 – Tasa de incidencia del cáncer de tiroides estandarizada por edades en mujeres, Corea del Sur, (estandarización de la edad con la población estándar: Corea)



Fuente: Informe anual sobre las estadísticas del cáncer en Corea en 2015

Dado que el ataque cardíaco es un evento agudo para el que el lapso entre el inicio de los síntomas y el tratamiento reviste la máxima importancia, las directrices de tratamiento se están refinando continuamente a fin de confirmar con rapidez el diagnóstico de ataque cardíaco y actuar en consecuencia.

Para la aseguradora, esto significa que un diagnóstico definitivo conlleva prácticamente en todos los casos un acopio de informes, al menos en la mayoría de los mercados donde encontramos directrices de tratamiento estandarizadas para ataques cardíacos. Debe haber evidencia de la muerte del músculo cardíaco que constituye la base de la evaluación de un cardiólogo, junto con umbrales y criterios en línea con la definición médica y las directrices de tratamiento. En casos de disputa, dicha evidencia podría solicitarse y utilizarse para decidir sobre si se está cumpliendo la condición de un diagnóstico definitivo.

También es necesario estipular si el ataque cardíaco se trata de un evento agudo o nuevo, algo que es esencial y no se puede omitir, puesto que en caso contrario se podrían hacer reclamaciones basadas en hallazgos incidentales o eventos pasados.

Al igual que ocurre en muchas definiciones comunes, este enfoque también cubre todos los niveles de gravedad de los ataques cardíacos. No hay exclusión de los ataques cardíacos leves. Una opción es utilizar la función ventricular izquierda reducida vs. normal a fin de medir la discapacidad sufrida como consecuencia de un ataque cardíaco. Al mismo tiempo, esta distinción conlleva rechazar una alta proporción de siniestros de ataque cardíaco: los pacientes de un estudio sueco muestran una función ventricular izquierda normal tras un ataque cardíaco en más del 60 % de los sujetos.⁷ Para las aseguradoras, gestionar las expectativas de los clientes es tan importante como dejar claro qué ataques cardíacos están cubiertos tanto para el área de pricing como para la de gestión de siniestros.

Accidente cerebrovascular

El accidente cerebrovascular también se cuenta entre las causas más frecuentes de siniestros de EG. Podría pensarse en usar simplemente el diagnóstico definitivo de un neurólogo como desencadenante de la prestación.

En este caso, un requisito básico típico como «muerte del tejido cerebral» no se menciona ni se requiere evidencia p. ej. en forma de una técnica de toma de imágenes.

Otro aspecto importante de la definición es el requisito de síntomas clínicos. El requisito de que los síntomas duren al menos 24 horas está en línea con la comprensión (desfasada) de un evento neurológico transitorio. La aseguradora debe abordar la cuestión de si se deben cubrir todos los accidentes cerebrovasculares —incluso aquellos sin ningún impacto duradero sobre la vida o el bienestar del cliente— o si solo existe un interés asegurable para accidentes cerebrovasculares con un mínimo de gravedad, es decir, establecer el requisito de síntomas persistentes que muestren alguna disfunción neurológica permanente e irreversible.

Aunque para un accidente cerebrovascular —de forma similar al ataque cardíaco— el lapso transcurrido entre el inicio de los síntomas y el tratamiento reviste la máxima importancia, el acopio de información se puede gestionar de una forma completamente diferente.

Lo que preocupa a las aseguradoras es la situación potencial en que una persona sufre un evento neurológico transitorio, como un ataque isquémico transitorio (AIT), lo que constituye una exclusión estándar para las definiciones de accidente cerebrovascular del seguro. Sin un seguimiento con resonancia magnética (RNM), es posible que un neurólogo le diga a un paciente que puede haber sufrido un pequeño accidente cerebrovascular. Si esto se califica como diagnóstico definitivo en el contexto de una reclamación, ¿cómo se debe abordar en la fase del siniestro? En muchos mercados, es difícil responder a las reclamaciones con prácticas y motivos más técnicos. Además, es cierto que el acceso a las investigaciones varía.

Curiosamente, para descartar los AIT se requiere una toma de imágenes y no debe haber ninguna evidencia de infarto. El tiempo durante el que se han prolongado los síntomas solo debe tener una consideración secundaria.

Hallazgos incidentales y otras enfermedades

Con el aumento general del uso de técnicas de toma de imágenes, como demuestra por

ejemplo el número cada vez mayor de escaneos con RNM por cada 1000 habitantes para los países de la OCDE seleccionados (Figura 2), cabe esperar más hallazgos anormales que no están asociados a síntomas y no requieren tratamiento. Especialmente para enfermedades asintomáticas, la prevalencia estará determinada por la penetración del cribado y la sensibilidad de los métodos de diagnóstico (p. ej., la resolución de los dispositivos de RNM).

Los quistes cerebrales son un ejemplo de hallazgo incidental común a menudo asintomático. Durante el proceso de suscripción no requieren un recargo ni una cláusula de exclusión. En consecuencia, no se deben usar como desencadenante de siniestro para el pago del importe cubierto.

La prevalencia de dichas anomalías es a menudo desconocida, lo que puede motivar el establecimiento masivo de precios inferiores en el contexto de los seguros, especialmente en el futuro, ya que la sensibilidad de la tecnología de cribado está mejorando y el uso se está aumentando en general.

La imagen de conjunto

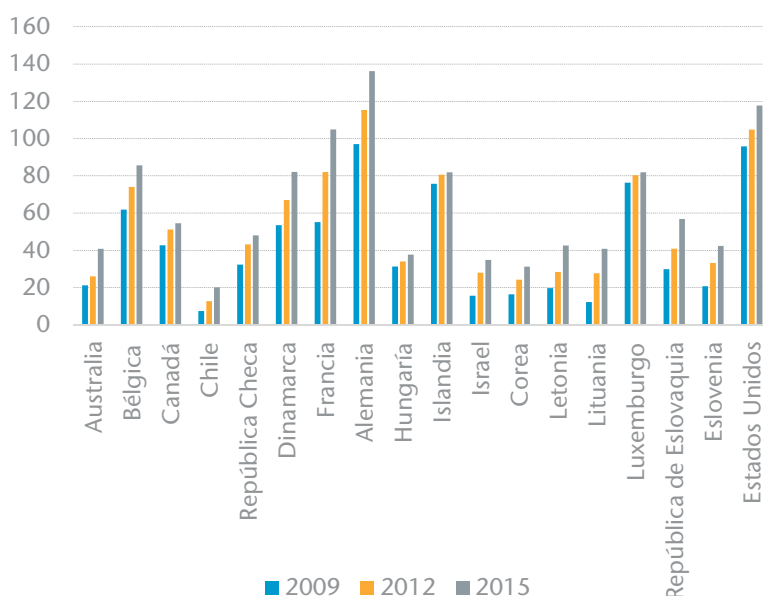
Para todas las enfermedades, podría argüirse que el mero diagnóstico en sí mismo constituye un motivo suficiente de shock y ansiedad para el asegurado y que debe justificar el pago del importe de la prestación a fin de evitar otra sorpresa negativa. Crear aún más ansiedad determinando que el evento —a pesar de haberse percibido como grave— no estaba cubierto en realidad y denegando el pago no es lo que quieren las aseguradoras.

Desde la perspectiva de los clientes, también puede ser cierto que la experiencia sufrida motiva un cambio en el estilo de vida. El pago de una prestación financiera podría derivar en un buen uso y ayudarles a tomar un camino saludable en sus vidas.

Además, el cliente típico no es un experto en terminología médica, muchas veces no entenderá la diferencia entre los distintos niveles de gravedad y probablemente no haya estudiado a fondo estos detalles de la póliza durante la etapa de solicitud.

Por tanto, la aseguradora debe ser lo más transparente posible en cuanto a lo que está cubierto y lo que no. Aun así, es posible que

Figura 2 – Exámenes con RNM en total por cada 1000 habitantes en 2009, 2012 y 2015



Fuente: Estadística de la OCDE, conjunto de datos: utilización de la atención sanitaria, tomado el 13 de noviembre de 2018

no se puedan evitar todas las decepciones motivadas por los siniestros rechazados. Al mismo tiempo, es tentador limitarse a dar por bueno el entendimiento que tiene una persona no iniciada sobre una enfermedad o un diagnóstico en lugar de perseguir el objetivo variable de una definición médica para una enfermedad con criterios diagnósticos en constante cambio.

Como hemos visto en los ejemplos anteriores, ciertos requisitos de exclusiones, evidencia y niveles de gravedad no solo son necesarios para la gestión sostenible del riesgo del seguro, sino que también resultan razonables para la base de clientes, ya que contribuyen a ofrecer una cobertura de seguro asequible.

El desafío para las aseguradoras es especialmente problemático cuando entran en juego productos de seguro vitalicios o de larga duración con tarifas de primas garantizadas. ¿Quién puede predecir cómo será el diagnóstico del cáncer en el año 2075, cuál será su prevalencia o qué consecuencias tendrá?

Aunque es no es frecuente, hemos visto términos y condiciones de seguro que recogen el avance de la medicina y los eventuales cambios en las implicaciones para los clientes, como en estas líneas:

«... Si en el proceso del desarrollo científico de la medicina se incluyen nuevas enfermedades en la lista de enfermedades graves o diagnósticos de enfermedad y/o se introducen métodos de tratamiento eficientes dentro del período de validez de la póliza, la Aseguradora tendrá el derecho a excluir ciertas enfermedades de la lista de enfermedades graves cubiertas o bien hacer incorporaciones a dicha lista, corregir las definiciones de las enfermedades graves y/o los criterios de diagnóstico ...»

Aunque ciertamente se le debe atribuir cierto mérito, el seguimiento de un enfoque tan flexible les podría parecer cuestionable a los clientes y los reguladores.

Aun así, no deja de ser interesante el concepto subyacente de que los avances en la ciencia médica pueden motivar que lo que se entiende por enfermedad grave pueda ser objeto de cambio y que esté justificado ajustar los desencadenantes de siniestro a fin de mantener el mismo nivel de «criticidad». En resumen, este enfoque traslada a un nuevo nivel la idea de seguir el espíritu y no la letra de las definiciones.

Otra opción que se da en muchos mercados para ayudar a cumplir las expectativas de los clientes es pagar prestaciones parciales por enfermedades en un estado menos grave. Está claro que esto elimina las decepciones que se producen cuando se rechazan siniestros. Sin embargo, en el caso de algunas enfermedades de alta prevalencia esto puede seguir suponiendo unas implicaciones financieras sustanciales para las aseguradoras. Además, es razonable prever que los importes máximos de los pagos parciales podrían incrementarse con el paso del tiempo conforme se vieran afectados por la presión de la competencia.

Cubrir definiciones más generosas o definiciones con una mayor tendencia a aumenten las reclamaciones debido a unas formulaciones textuales más opacas constituye un riesgo adicional para la aseguradora. Así, si no hay la posibilidad de ajustar las definiciones o las primas, esto requiere un cierto margen adicional en proporción a dicha incertidumbre adicional, lo que hace el producto más caro que otro cuyas definiciones dejen menos espacio a la interpretación en los puntos cruciales.

El seguro de enfermedades graves puede abarcar desde una protección asequible para cualquier

cliente contra situaciones extremas en la vida hasta una solución que ofrezca una tranquilidad total para los más adinerados, pero en todos los casos se requiere claridad sobre el nivel y el propósito de la respectiva cobertura. Para productos con garantías a largo plazo es necesario excluir ciertas enfermedades menores a fin de garantizar que una falsa generosidad para algunos no vaya en detrimento de toda la cartera de asegurados.

Notas finales

- 1 <http://www.genre.com/knowledge/blog/a-look-at-advances-in-cancer-diagnostics-and-what-that-means-for-ci-insurers-en.html>.
- 2 Ahn, Hyeon Sik, Welch, H. Gilbert, South Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" — Turning the Tide 2015 New England Journal of Medicine 2389-2390 373 24 10.1056/NEJMc1507622 26650173 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1507622>.
- 3 US Preventive Services Task Force. Screening for Thyroid Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2017;317(18):1882–1887. doi:10.1001/jama.2017.4011.
- 4 US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319(18):1901-1913. doi:10.1001/jama.2018.3710.
- 5 Apalla Z, Lallas A, Sotiriou E, Lazaridou E, Ioannides D. Epidemiological trends in skin cancer. Dermatol Pract Concept. 2017;7(2):1. DOI: <https://doi.org/10.5826/dpc.0702a01>.
- 6 Krebs in Schleswig-Holstein, Inzidenz und Mortalität in den Jahren 2012 bis 2014, Krebsregister Schleswig-Holstein — Institut für Krebs Epidemiologie e.V.
- 7 SWEDEHEART Annual report 2017.

Acerca de la autora

Karin Brendel se incorporó a la unidad de Vida y Salud de Gen Re en el año 2007. Dirige el equipo de Productos y Análisis del departamento de Investigación + Desarrollo. Su equipo contribuye a la difusión de conocimientos especializados a nivel global y presta asistencia a los mercados para el diseño y el pricing de los productos de seguros de vida, así como en proyectos de análisis. Karin es miembro de la Asociación Actuarial Alemana (DAV) y ha tenido diversos cargos en el reaseguro de vida y salud desde el año 2000. Se puede contactar con Karin a través del número +49 221 9738 752 o del correo electrónico karin.brendel@genre.com.



The difference is...the quality of the promise.



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

General Reinsurance AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Cologne, Germany
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 México S.A.
Paseo de la Reforma 350 - 6° Piso
Edificio Torre del Ángel, Col. Juárez
06600 México, D.F.
Tel. +52 55 9171 9200
Fax +52 55 9171 9260

Editors:
Ulrich Pasdika, ulrich.pasdika@genre.com, Ross Campbell, ross_campbell@genre.com

Photos: © getty images – XiXinXing, semnic, Egor Kulinich, inkspotts

© General Reinsurance AG 2019

This information was compiled by Gen Re and is intended to provide background information to our clients, as well as to our professional staff. The information is time sensitive and may need to be revised and updated periodically. It is not intended to be legal or medical advice. You should consult with your own appropriate professional advisors before relying on it.