

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Institución Académica</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>[CONFIDENCIAL]</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Confidencial</p>
<p>1. Identifique y valore los factores que, a su juicio, son determinantes para los consumidores para elegir un seguro de asistencia sanitaria (precio, coberturas y copagos, especialidades médicas, instalaciones y centros sanitarios, cuadro médico, calidad del servicio, etc.) (máximo 500 palabras).</p>	<p>Se señala la preocupación de la asociación científica que suscribe por el hecho, poco analizado en los análisis conocidos hasta ahora, que los seguros de asistencia sanitaria no garantizan (ni se preocupan por garantizar) la calidad del servicio asistencial, cuya responsabilidad y coste de mantenimiento repercuten íntegramente a los facultativos que prestan el servicio, sin que sea un factor conocido suficientemente por los consumidores para que puedan ajustar su conducta a esta realidad.</p>

2. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información precontractual (alcance, duración, cuadro médico, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

La información precontractual no permite conocer, a menudo, el exacto cuadro médico que incluye la oferta y, además, no permite conocer bien la cobertura ofrecida por los seguros en cuanto a las exactas prestaciones.
Es una preocupación de las asociaciones científicas constatada por la práctica de los profesionales que las integran el hecho de que los nomenclátor y descripciones de los tratamientos, protocolos, instrumentos, técnicas, etc. de índole clínica cubiertos por las aseguradoras, no cuentan con definiciones precisas y actualizadas y, por tanto, no especifican ni se refieren al estado actual de conocimiento de la ciencia.
Esto determina una situación de indefinición recurrente en los que la decisión final sobre si se cubre o no una determinada prestación, indicada clínicamente, es, con demasiada frecuencia, discrecionalmente adoptada por la compañía aseguradora, con un inmenso margen de apreciación.

3. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información contractual (coste, alcance, duración, cuadro médico, cobertura de servicios sanitarios, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

Vid. Ibidem. La falta de actualización de los nomenclátor y el sistema de codificación de las prestaciones cubiertas determina, como se ha dicho, una situación de indefinición recurrente donde la decisión final sobre si se cubre o no una determinada prestación, indicada clínicamente, es discrecionalmente adoptada por la compañía aseguradora, con un inmenso margen de apreciación.

<p>4. Valore el efecto que la comercialización cruzada (venta del seguro de asistencia sanitaria junto con otras pólizas de seguro u otros productos) del seguro de asistencia sanitaria con otros ramos de seguro tiene sobre la claridad y comparabilidad del coste efectivo y las condiciones de las pólizas de seguros sanitarios (máximo 500 palabras).</p>	<p>No procede responder.</p>
<p>5. Valore si existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en la normativa aplicable en cuanto a la contratación del seguro de asistencia sanitaria y, además, indique si a su juicio existen aspectos a mejorar en dicha normativa, en particular en lo que respecta a la protección del asegurado (máximo 500 palabras).</p>	<p>La protección del asegurado se debe mejorar permitiendo un mejor conocimiento de las prestaciones realmente cubiertas por el seguro que contrata, el cuadro médico a él asociado y el coste real y efectivo de las prestaciones cubiertas por el seguro, incluida la retribución del facultativo y los costes de aparatología y materiales.</p>

**6. Valore la aplicación del
rehúse (decisión que, en base
a las normas de la póliza,
adopta la compañía
aseguradora, en virtud de la
cual no acepta el pago de un
 siniestro) de siniestros o
enfermedades por parte de las
compañías de seguros
(máximo 500 palabras).**

Las asociaciones científicas muestran su preocupación porque prácticas de rehúse de las compañías aseguradoras puedan generar el riesgo de infradiagnósticos y prescripción de terapias o tratamientos no óptimos desde el punto de vista clínico a fin de garantizar que el paciente pueda beneficiarse, al menos, del único tolerado por la compañía de seguros.

De la misma manera, y en el contexto de falta de actualización e indefinición de los nomenclátor, las asociaciones científicas muestran su preocupación porque las prácticas de las compañías aseguradoras puedan comportar el riesgo de sobrediagnósticos, a fin de preservar una mínima retribución que pueda compensar en parte el coste real de la prestación sanitaria realizada.

**7. Valore el efecto sobre
pólizas de asistencia sanitaria
en vigor de la incorporación
por parte de las compañías
aseguradoras de nuevos
tratamientos, técnicas o
especialidades de práctica
habitual, que no estuvieran
disponibles en la fecha de
firma de la póliza en cuestión
(máximo 500 palabras).**

Tal como se ha dicho antes, es una práctica habitual de las compañías aseguradoras el no tener protocolizado y claramente previsto y regulado la cobertura de nuevos tratamientos, técnicas o especialidades de práctica habitual, incluso aunque estuvieran disponibles a la fecha de la póliza.

Por ello, el efecto es que la decisión final depende del amplio margen de apreciación final, en detrimento de los derechos del asegurado y de la seguridad y confianza legítima del facultativo, que en ocasiones ve revocadas autorizaciones de uso de dichos tratamientos, técnicas y especialidades, a posteriori de su realización.

8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

En general, las asociaciones científicas están preocupadas porque las compañías aseguradoras no garantizan una calidad mínima del servicio sanitario y, desde luego, no soportan el auténtico coste de la calidad mínima que, en cambio, sí se ha de ofrecer por los facultativos, en ejercicio de sus obligaciones éticas, morales y deontológicas.

La falta de actualización de los baremos de retribuciones a facultativos (inmutables desde los años ochenta, pese al incremento del coste de la vida); la falta de definición sobre las prestaciones sanitarias (y el amplio margen de apreciación que sobre la concreta técnica o tratamiento se reservan) entre otras muchas prácticas de las compañías sanitarias van encaminadas a relegar la calidad mínima del sistema, en favor de la maximización de su beneficio, derivando todos los costes de la misma a los facultativos.

9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

Sin perjuicio de que existan diferencias puntuales entre ellas, las asociaciones científicas perciben que no hay competencia efectiva entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España en términos de ofrecimiento y garantía de calidad de la asistencia sanitaria.

10. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) en la regulación actual para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado asegurador de asistencia sanitaria, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

No procede responder.

11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).

No procede responder.

12. Valore si existen diferencias significativas entre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria de las distintas compañías aseguradoras. En caso de existir diferencias significativas, explique, a su juicio, a qué se podrían deber (máximo 500 palabras).

Desde el punto de vista de las asociaciones científicas, las tarifas de los seguros no guardan relación con la del coste efectivo aparejado a la prestación sanitaria asociada, especialmente en cuanto a la dimensión de los honorarios/baremos de facultativos y costes de técnicas y tratamientos más modernos, pero en pocas ocasiones los consumidores y asegurados son conocedores de esta realidad.

13. Valore si, a su juicio, existen diferencias significativas para los consumidores entre las condiciones del servicio (cobertura, instalaciones sanitarias, servicios sanitarios, etc.) ofrecidos por las distintas compañías aseguradoras en sus seguros de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

Desde el punto de vista de las asociaciones científicas, no se aprecian esas diferencias significativas, sin perjuicio de que puedan existir.

14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

15. Valore el grado de competencia existente entre los distintos centros de salud y grupos hospitalarios que prestan servicios de asistencia sanitaria a pacientes con un seguro de asistencia sanitaria en España, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

Desde el punto de vista de las asociaciones científicas, no se percibe un elevado grado de competencia entre los centros de salud y grupos hospitalarios, al menos desde la perspectiva de la calidad del servicio, pues todos, y en especial los cuatro grupos de mayor cuota de mercado, presentan notables rasgos de paralelismos y similitudes en sus conductas.

<p>16. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria para pacientes asegurados a través de centros sanitarios y hospitales privados, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>No procede responder.</p>
<p>17. Indique y valore cuáles son, a su juicio, los factores más importantes para determinar la calidad de los servicios sanitarios, e indique y valore la información necesaria para evaluar dicha calidad. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>Un factor decisivo para determinar la calidad del servicio sanitario es la de la calidad de la asistencia facultativa, en tanto elemento esencial sin la que no hay, técnicamente, servicio sanitario.</p> <p>Sin embargo, no es un factor que, por ahora, se encuentre objetivado. Puede haber diferentes fórmulas de objetivación de la calidad facultativa del servicio: años de experiencia, méritos del facultativo, equipo en el que se integra, etc.</p> <p>De la misma manera, el poder contar con técnicas y prácticas médicas habituales adaptadas al nivel de conocimiento de la ciencia, es otro factor determinante, siendo habitual que la decisión sobre este aspecto dependa de la (i) voluntad discrecional de la compañía aseguradora, (ii) la asunción de los costes por parte de los facultativos.</p>

18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

19. Valore si a su juicio las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios afectan al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios (clínicas, hospitales, centro de salud, etc.). Razone su respuesta (máximo 500 palabras).

No procede responder.

<p>20. Valore el efecto que tienen las relaciones verticales (integración vertical, contratos de exclusividad, etc.) entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios sobre el cliente final y la prestación de servicios de salud a través de seguros de asistencia sanitaria, respecto a cuestiones tales como la calidad, eficiencia, nivel de competencia, etc. Razone su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>Las asociaciones científicas perciben que las relaciones verticales descritas están afectando principalmente a la calidad de la asistencia y a la seguridad del paciente.</p>
<p>21. Describa y valore el funcionamiento de las negociaciones (tarifas, condiciones de prestación del servicio, etc.) entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios (máximo 500 palabras).</p>	<p>Las empresas aseguradoras o centros sanitarios no negocian -rehúsan negociar- las tarifas y condiciones de prestación del servicio por los facultativos, produciéndose la situación generalizada de imposición de precios/tarifas excesivamente bajos y no representativas de su coste efectivo. Los baremos/tarifas que perciben los facultativos no se actualizan desde los años 80, ni siquiera al coste del incremento de la vida. A título meramente ejemplificativo, se sitúa en el rango de entre los 7-15 € la tarifa abonada al facultativo en concepto de consulta ambulatoria a paciente, mientras que la tarifa abonada por cirugías está por debajo del valor estimado de su coste real. Así lo demuestra la estimación de los costes asociados a los cálculos de los precios públicos por la prestación de servicios de asistencia sanitaria que acometen las Administraciones públicas con competencias en la materia. Tal sería el caso de, por ejemplo, la Comunidad de Madrid, donde el precio público de la primera consulta por especialidad ambulatoria se ha cifrado en 130 € o el del País Vasco, donde el precio del equivalente servicio se estipula en 211 €.</p> <p>Vid. Anexo a la ORDEN 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid o Tarifas para Facturación de Servicios Sanitarios y Docentes de Osakidetza para el Año 2020.</p>

22. Valore el efecto sobre el mercado y los consumidores que tienen las negociaciones entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios sobre la provisión de servicios de asistencia sanitaria privados incluidos en los seguros de asistencia sanitaria. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

Es una preocupación de las asociaciones científicas que esta ausencia de auténtica negociación perjudica y puede perjudicar en el futuro la garantía de calidad asistencial.

23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

La asociación científica que comparece a esta consulta pública se encuentra en plena fase de análisis legal y pericial del estatus de la calidad de la asistencia sanitaria privada a pacientes privados, por lo que se pone a disposición de CNMC para transmitir cuanta información y conocimiento obre en su poder, mediante, si es posible, una primera reunión presencial o telemática en la que se pueda exponer la preocupación de dicha asociación científica por el estado de la cuestión actual y la situación a la que se orienta en el futuro.