

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Grupos hospitalarios/Centros de salud (Asociaciones y Empresas)</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Público</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>Durante el ejercicio 2022 la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE) pusieron en marcha la Cátedra Extraordinaria de Salud Sostenible y Responsable (en adelante, la "Cátedra")-entidad neutral e independiente- que tiene por misión analizar y valorar los cambios que se están produciendo en el Sistema Sanitario y, de forma transparente, ponerlos en conocimiento del público y de los diferentes agentes que integran el sistema, con el objetivo de identificar propuestas de mejora que ayuden a la toma de las mejores decisiones posibles.</p> <p>En este contexto, la Cátedra ha publicado en marzo de 2023 el primero de sus informes, bajo el título "Un sistema sanitario en transformación. Los retos del aseguramiento privado en España" (en adelante, el "Informe Cátedra") -que se adjunta- en el que se analizan las cuestiones sobre las que versa la presente consulta y al que nos remitiremos a lo largo del cuestionario.</p> <p>En relación a los factores para elegir un seguro de asistencia sanitaria, el ciudadano se encuentra ante una decisión compleja, con la existencia de un gran número de compañías aseguradoras y diferentes combinaciones posibles de póliza que dificultan la toma de decisión. Además, el lenguaje utilizado en las pólizas es muy técnico y complejo, no trasladándose la información de forma clara y sencilla, lo que impide su comprensión por parte de los ciudadanos y la toma de decisión consciente sobre la tipología de seguro a contratar.</p> <p>En consecuencia, el dato que se presenta de forma más clara para el tomador del seguro es el precio, resultando así el principal criterio para la elección de la póliza.</p> <p>Los factores relativos a las instalaciones y centros sanitarios, cuadro médico y calidad del servicio, pueden coadyuvar en la toma de decisión, pero no resultan determinantes en la medida en que, en términos generales, las compañías aseguradoras tienen acuerdos con prácticamente todos los centros sanitarios principales, por lo que la oferta es similar entre unas y otras.</p> <p>Además, habitualmente la póliza resulta confusa respecto a la aplicación complementaria de un sistema de copago o de reembolso, o respecto de los tratamientos cubiertos, por lo que el consumidor no dispone de la información suficiente para valorar adecuadamente el precio del seguro, que acaba resultando el factor principal para elegir una u otra compañía.</p> <p>Esta falta de información a la hora de elegir un seguro se refleja posteriormente cuando se hace uso de las prestaciones contratadas, tal y como recoge la última encuesta de satisfacción de los usuarios con los seguros de salud publicada por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) de octubre de 2022, que señala que los principales problemas identificados por los usuarios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de cobertura de determinados tratamientos. • Incremento de la prima a la hora de renovar la póliza. • No autorización de una prueba o tratamiento que sí está cubierto por la póliza. • Pago de un importe imprevisto. • Cancelación de la póliza por edad o por estado de salud (OCU, 2022).

<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).</p>	<p>El sistema de seguros privados en España se caracteriza por una oferta abundante y agresiva, basada en precios muy bajos, con vocación de atraer un gran número de clientes.</p> <p>Sin embargo, la contratación final no es clara y transparente y muchos asegurados se sienten engañados por su compañía de seguros.</p> <p>En concreto, respecto de la información precontractual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El precio ofertado se limita al primer año de duración del contrato, pero se incrementa anualmente. - Se utiliza un lenguaje técnico y complejo para definir las prestaciones que se incluyen, pero, sobre todo las que no se incluyen (el asegurado es conocedor de estas exclusiones en el momento en que necesita acceder a ellas). - El sistema de copago y de reembolso es confuso. <p>Estos problemas generan cada vez más quejas, por lo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los contratos deben utilizar un lenguaje claro y sencillo, identificando perfectamente los servicios a los que no se accederá, el sistema de copago y reembolso. - Es preciso garantizar la libertad de elección, lo que exige poder comparar, de manera efectiva, las diferentes ofertas. Para ello es imprescindible establecer un sistema de categorías de seguros que defina las prestaciones obligatorias en cada una de ellas y permita conocer de antemano las prestaciones que incluye cada categoría, independientemente de la compañía de seguros que la comercialice. <p>(Por ejemplo, categoría A, todas las coberturas, sin copago; Categoría B: todas las coberturas a partir del quinto año de relación contractual, listado de coberturas específicas antes del quinto año (incluyendo algún tratamiento innovador), sin copago hasta un 80%; Categoría C: listado restringido de coberturas, con alusión específica a los tratamientos innovadores excluidos, determinación del sistema de copago y de reembolso).</p> <p>Un sistema clasificación permitiría una comparación adecuada de las ofertas, ofreciendo seguridad al usuario, de manera similar al mecanismo implementado en países en los que la contratación de un seguro médico es obligatoria. A título de ejemplo, en Alemania existe una oferta de más de 100 posibles contratos de seguro asistencial, pero los servicios mínimos que deben quedar cubiertos por el seguro son idénticos y obligatorios para todas las compañías, las cuales pueden ofrecer beneficios adicionales vinculados a alguna cobertura o copago adicional.</p> <p>La normativa española ha validado la eficacia de estos sistemas de clasificación en otros ámbitos con excelentes resultados (por ejemplo Real Decreto 1390/2011, de 14 de octubre, por el que se regula la indicación del consumo de energía y otros recursos por parte de los productos relacionados con la energía, mediante el etiquetado y una información normalizada).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es preciso dar acceso a tratamientos experimentales (especialmente para enfermedades oncológicas y similares). - Tal y como prevé la normativa vigente, la compañía aseguradora es quien debe informar al paciente de los límites de las coberturas de su póliza. <p>Esta responsabilidad, en términos generales, no se atiende adecuadamente, siendo el centro sanitario quien finalmente informa al paciente sobre la cobertura de su seguro, generando la percepción al particular de que es éste quien no accede a prestarle el servicio.</p>
<p>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).</p>	<p>El desconocimiento que una gran parte de los asegurados tiene de su seguro sanitario, como consecuencia del lenguaje técnico y complejo utilizado, así como de la falta de transparencia y claridad en las pólizas que las compañías comercializan, da lugar con cierta frecuencia a que el asegurado ignore las limitaciones de su póliza en el momento en que va a hacer uso de ella y no en el momento de su contratación.</p> <p>Por otro lado, existe un incremento continuo del precio de la prima, que suele venir motivado por uso recurrente de las prestaciones aseguradas, por el estado de salud del asegurado o por su edad avanzada, circunstancias que pueden llegar a motivar la expulsión del seguro, sin que el tomador sea plenamente consciente de estas circunstancias al suscribir el contrato.</p> <p>Además, las restricciones que aplican las aseguradoras a los centros sanitarios (como consultas sucesivas que no son abonadas, no considerar urgencias cuando existe una previa en un período determinado) afectan directamente al paciente y, en general, se desconocen por el usuario.</p> <p>La no autorización de una prueba o tratamiento que sí está cubierto por la póliza también puede darse en algunas ocasiones, especialmente si se trata de un proceso asistencial con un elevado coste. En este caso, sin perjuicio de que el asegurado reciba finalmente el tratamiento más adecuado, pueden existir demoras en el proceso de autorización o cierto intervencionismo por parte de algunas compañías aseguradoras en la gestión de la prestación del servicio que llevan a cabo los operadores.</p> <p>Estas circunstancias generan reclamaciones de los asegurados a los prestadores del servicio asistencial, provoca que empeore la imagen que el asegurado tiene de la prestación recibida y hace que pierda confianza en su compañía aseguradora.</p>

<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>Como ya se ha puesto de manifiesto, el principal problema de los contratos de seguros de salud reside en la falta de claridad de las ofertas, que tiene la consecuencia final de cercenar la libertad de elección de los clientes, que no pueden saber, sin asistencia especializada, qué tratamientos, pruebas y técnicas quedan fuera de su cobertura, hasta el momento en el que las pueda necesitar o que el paso del tiempo o el haber pasado un determinado tipo de enfermedad se convierta en un criterio de exclusión, ni tampoco el sistema de pagos (copagos y reembolsos) que permita planificar su demanda de servicios con antelación.</p> <p>Esta situación se agrava en los supuestos de comercialización cruzada (especialmente en los casos de preexistencias y denegaciones) porque los canales utilizados para la comercialización el seguro de salud se realiza por personal no especializado en seguros de salud (en un porcentaje muy elevado en los últimos años por empleados de banca).</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 normativa en materia de seguros de asistencia sanitaria es claramente mejorable en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Instauración de un sistema de categorías homogéneas de contratos de seguros que permitan tener certeza respecto de su contenido, independientemente de la compañía que lo oferte, garantizando así la libertad de elección.- Homogeneización de los contratos básicos, con un lenguaje más claro y menos técnico que permita entender qué prestaciones, pruebas o tratamientos quedan excluidos y qué condiciones.- Incorporación de acceso a técnicas y tratamientos innovadores disponibles.

<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).</p>	<p>Una vez seleccionada la compañía aseguradora, el ciudadano puede encontrarse con dificultades e incluso con la negativa para acceder al sistema privado de salud, en el caso de contar con una enfermedad preexistente o, incluso sin contar con ella en la actualidad, haberla sufrido con anterioridad. En este momento, se produce la primera barrera de acceso al sistema privado, al no permitir el aseguramiento a pacientes que sufren o han sufrido determinadas enfermedades.</p> <p>Previamente a la contratación de un seguro de salud, las compañías aseguradoras solicitan a las personas que quieran suscribirlo que cumplimenten un cuestionario en el que deben declarar si padecen o han padecido alguna enfermedad, si han sufrido alguna lesión, así como si se han sometido a alguna operación quirúrgica. Con esta información, la compañía valorará el riesgo que le conlleva cubrir a una persona determinada, y decidirá si acepta o rechaza la solicitud o si le excluye de algunas coberturas del seguro.</p> <p>En este sentido, existen patologías como diabetes, cáncer, cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares o VIH que impide a los pacientes acceder a un seguro de salud, al considerar las compañías que asegurarlos les supondría un riesgo muy alto por los costes que previsible mente tendrían que asumir.</p> <p>Otro de los posibles motivos por lo que las compañías pueden negarse a la contratación de una póliza de salud es la edad del paciente. En la mayoría de los casos, la edad máxima para acceder a una póliza de salud es de 65 años, aunque algunas compañías aseguradoras están elevando esta edad hasta los 75 años.</p> <p>Se prevé incluso la posibilidad de cancelar la póliza, lo cual deja, en ocasiones, sin cobertura a pacientes que necesitan atención oncológica o cardiológica.</p> <p>Estas limitaciones pueden llegar a vaciar de contenido el seguro, por lo que, una vez más, resulta imprescindible que el tomador tenga pleno conocimiento de estas condiciones, para que pueda evaluar adecuadamente su contratación.</p>
<p>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).</p>	<p>Los prestadores de servicios de asistencia sanitaria han apostado claramente por incorporar los tratamientos y la tecnología más innovadora, poniéndola a disposición de los pacientes, haciendo un gran esfuerzo en inversión en equipamiento y especialistas para el desarrollo e implementación de técnicas punteras.</p> <p>La no incorporación de estas técnicas o su demora (las compañías aseguradoras establecen unos plazos muy largos de hasta 5 años en los tratamientos experimentales) a las pólizas existentes disminuye la calidad asistencial y vacía de contenido el esfuerzo realizado que no llega finalmente al paciente.</p> <p>En consecuencia, es imprescindible que las pólizas incorporen estos tratamientos, adecuando los criterios habituales que rigen la determinación de las coberturas de un seguro, a las características particulares del ámbito de la salud.</p>

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

La Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE) es la patronal de la sanidad privada en nuestro país. ASPE agrupa a casi 1.300 entidades sanitarias privadas, entre las que encontramos hospitales y clínicas, centros especializados, laboratorios, empresas de transporte sanitario, etc. ASPE cuenta con una representación superior al 80% de los centros hospitalarios privados del país.

Además, forman parte de la Alianza de la Sanidad Privada Española las asociaciones territoriales de Cataluña, Comunidad de Madrid, Islas Canarias, País Vasco, Andalucía, Galicia, Islas Baleares y Murcia.

En este contexto, las respuestas que se dan en este cuestionario representan la experiencia y el sentir general del sector, por lo que no deben considerarse como una valoración particular sino como las conclusiones representativas del sector de la sanidad privada en España.

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

En el año 2022, las cinco principales compañías aseguradoras (SERGURCAIXA ADESLAS, SANITAS, ASISA, DKV SEGUROS y MAPFRE ESPAÑA) aglutinaban el 74, 47% del mercado de seguros de asistencia sanitaria en España y junto con las cinco siguientes (IMQ, ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, FIATC, AXA SEGUROS GENERALES y AGRUPACIÓ AMCI) sumaban el 84,26% del mercado de seguros de asistencia sanitaria (según el Informe nº1.740 de febrero de 2023 de ICEA, extractado en el Informe sobre el Seguro de Salud, de diciembre de 2022 de la Fundación Global Salud, que se adjunta).

Teniendo en cuenta que en el mercado de seguros de asistencia sanitaria operan más de 30 compañías, la concentración de 3/4 partes de éste (que supone un importe de 7.071.920.807,74.- Euros de facturación anual) en cinco aseguradoras pone de manifiesto una clara concentración del mercado. Esta concentración otorga un gran poder a las principales compañías aseguradoras a la hora de negociar los términos de la prestación del servicio sanitario con los centros sanitarios y éstos se ven obligados, en numerosas ocasiones, a aceptar las condiciones propuestas por las compañías aseguradoras, dado que la mayor parte de los pacientes que son atendidos en los centros sanitarios privados acuden bajo la cobertura de un seguro de asistencia sanitaria (de acuerdo con Informe Cátedra, por tipología de cliente, las compañías aseguradoras representan el 64% de la facturación de los hospitales privados no benéficos).

Sirva como ejemplo el acuerdo firmado entre las compañías aseguradoras SANITAS y GENERALI, mediante el cual pactaron que la gestión de los servicios asistenciales acordados previamente entre GENERALI y cada uno de los centros sanitarios privados, para la atención de sus 150.000 asegurados en España, pasarían a ser gestionados por SANITAS, resolviendo de forma unilateral los contratos suscritos con GENERALI. Se adjunta nota de prensa publicada por ambas compañías en fecha 11 de octubre de 2022.

Según este acuerdo, en vigor desde el 1 de enero de 2023, los centros sanitarios se ven obligados a asistir a los pacientes de GENERALI aplicando las condiciones, tanto de gestión como económicas, suscritas para atender a los asegurados de SANITAS. Entre otras consecuencias, el principal de los efectos de esta estrategia de imposición unilateral es que permite recortar a GENERALI un 20% las tarifas previamente pactadas con los centros, al ser absorbidos en los acuerdos de SANITAS, gracias a la posición privilegiada en el mercado de esta última.

Igualmente, como se expondrá más adelante, esta concentración deriva en una precarización del sector de asistencia sanitaria, como consecuencia del abaratamiento del precio del seguro que pueden asumir las principales compañías aseguradoras, gracias al gran volumen de asegurados que concentran, y que, en definitiva, como hemos apuntado, es el verdadero elemento para la elección de una u otra aseguradora.

<p>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).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).</p>	<p>Los contratos de asistencia sanitaria suelen tener una duración de un año y se renuevan automáticamente al final de cada periodo. La cancelación exige un preaviso mínimo de un mes, comunicado de manera fehaciente, por lo que, en la práctica, aun cuando el usuario no esté satisfecho con su póliza, agotará el plazo del año para no incurrir en más costes. A ello se suma la dificultad de coordinar la cancelación de un seguro con la contratación de otro para evitar periodos sin cobertura.</p> <p>Por otro lado, la decisión de contratar un nuevo seguro puede verse condicionada por la preexistencia de enfermedades que hayan podido ponerse de manifiesto durante la vigencia del seguro anterior, en tanto que pueden motivar que la nueva compañía limite la accesibilidad a algunos servicios; condicione en determinados casos las decisiones del prestador; incremente el precio de las primas de forma significativa y, en casos concretos, rechace el seguro. Esta situación cautiva se pone de manifiesto en mayor medida en personas de avanzada edad que pueden padecer cronicidades y que requieren mayor uso de los servicios sanitarios o en personas con patologías complejas (como por ejemplo cáncer, diabetes o enfermedades neurológicas).</p>

<p>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).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>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).</p>	<p>Las condiciones relativas a las instalaciones y servicios sanitarios suelen ser equitativas entre todas las compañías, en tanto que tienen acuerdos (o pueden tenerlos) con la mayor parte de los centros sanitarios privados, por lo que el asegurado dispone, en general, de un amplio abanico para elegir donde recibir asistencia.</p> <p>No obstante, aquellas compañías que disponen de centros sanitarios propios acostumbran a derivar preferentemente a sus asegurados, a través de técnicas de marketing, a sus centros para el tratamiento de determinadas patologías, acotando el margen de elección del asegurado.</p> <p>Por otro lado, aun cuando se dé acceso por todas las compañías a la mayor parte de los centros sanitarios, el cuadro médico puede ser diferente. También en este ámbito adquiere relevancia la proliferación de seguros de bajo coste para la captación de nuevos asegurados, con coberturas muy limitadas, que impiden el acceso a la mayoría de los servicios médicos ofertados por los proveedores y se limitan a un reducido número de especialidades médicas, sin acceso al resto de los servicios médicos de los centros. El asegurado en el momento de la contratación, en muchos casos, no es consciente de esas limitaciones, ya que piensa que está contratando un seguro de salud integral.</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	
<p>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).</p>	<p>Tal y como consta en el Catálogo Nacional de Hospitales 2022 (adjunto) existen 411 hospitales privados no benéficos, proporcionalmente ubicados en las diferentes provincias españolas, con un total de 46.681 camas instaladas, con una diversificación suficiente para garantizar la libre elección del usuario, complementados con 44.000 centros sanitarios distribuidos por todo el territorio nacional. Incluyendo los hospitales de organizaciones no gubernamentales, el sector hospitalario privado dispone de 432 hospitales (56% del total de hospitales) y de 49.861 camas (31% del total de camas). Prácticamente todos ellos tienen acuerdos con las compañías aseguradoras, por lo que el grado de competencia se encuentra garantizado. La creación de grupos hospitalarios de gran magnitud no distorsiona esta realidad, dada la diversificación de hospitales y centros sanitarios que operan a través de grupos o de manera independiente, tal y como consta en los expedientes de concentración económica autorizados por esta Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia. Hay que destacar, no obstante, que entre estos hospitales y centros sanitarios se encuentran también aquellos que pertenecen a alguna de las compañías aseguradoras, los cuales actúan en el mercado en una posición de privilegio, en tanto que, en la práctica, las compañías promueven la derivación hacia sus centros para el tratamiento de determinadas patologías, influyendo en el natural devenir del mercado.</p>

<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>De entrada, podría identificarse una posible barrera para un nuevo operador ligada a la inversión que requiere la apertura de un gran centro hospitalario; no obstante esta circunstancia se ha visto notablemente minimizada como consecuencia de dos grandes factores: la realización de consultas en remoto desde cualquier punto geográfico (Telemedicina), ámbito en el que España se sitúa a la cabeza España, con un 62% de pacientes que han optado por la teleconsulta (ver Informe Cátedra, página 40) y la ambulatorización de procesos quirúrgicos, que hacen que, cada vez, sea menos necesario el recurso cama. Estos avances se verán, además, complementados en un futuro inminente con el uso del big data y de la inteligencia artificial, por lo que la posible barrera de entrada vinculada a la inversión económica inicial quedaría difuminada.</p> <p>En concreto, la telemedicina está modificando la estructura del sistema privado de salud, en tanto que, por una parte, ha atraído al sector a nuevas empresas (algunas del sector de las telecomunicaciones que tradicionalmente no estaban en salud, o multinacionales que entran en España en el sector privado de salud a través de la telemedicina) y por otra parte, se está produciendo una integración vertical de las empresas que ya estaban en el sector como compañías aseguradoras.</p> <p>De esta forma, existen actualmente diferentes prestadores de telemedicina diferenciados de los hospitales privados, como compañías aseguradoras que ofrecen directamente servicios de telemedicina a sus asegurados, compañías del sector de las telecomunicaciones que ofrecen los servicios de telemedicina directamente como Movistar o mediante alianzas con compañías aseguradoras como Orange con Mapfre o Vodafone con Caser o plataformas de telemedicina que ofrecen servicios tecnológicos a los prestadores y también son prestadores como Mediquo.</p> <p>Sin embargo, se mantiene la barrera que requiere obtener un acuerdo de prestación de servicios con una compañía aseguradora para entrar en el mercado, ya que, como se ha indicado, en el ámbito hospitalario, estos acuerdos representan el 64% de la facturación de los hospitales privados no benéficos, por lo que resulta prácticamente imposible entrar en el mercado de asistencia sanitaria sin el amparo de una compañía aseguradora. Lo mismo sucede con los centros sanitarios que dependen principalmente de la derivación de pacientes por las compañías aseguradoras. Esta circunstancia otorga, una vez más, un amplio poder a las compañías aseguradoras en la prestación efectiva de servicios asistenciales a los pacientes que lo necesitan.</p> <p>Finalmente, el sector está atravesando un periodo de gran dificultad para la captación de profesionales -en la que compite con los hospitales públicos- como consecuencia de la fuga de personal cualificado a otros países, motivada por la precarización del sector, como se expondrá más adelante.</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>El alto estándar de calidad de los servicios sanitarios en España es innegable, pero se encuentra en inminente peligro como consecuencia de la precarización que amenaza al sector.</p> <p>El gasto sanitario viene incrementándose en los últimos años como consecuencia del envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades, que será más elevado en los próximos años, como consecuencia de la evolución de la asistencia sanitaria hacia tratamientos cada vez más personalizados (abordaje contra el cáncer) y al uso de tecnología de última generación (protonterapia), que tienen un indudable impacto positivo en la salud del paciente, pero que incrementan los costes de forma notable.</p> <p>Los prestadores de servicios de asistencia sanitaria han apostado claramente por incorporar los tratamientos y la tecnología más innovadora, poniéndola a disposición de los pacientes, haciendo un gran esfuerzo en inversión en equipamiento y especialistas para el desarrollo e implementación de técnicas punteras. Sin embargo, las compañías aseguradoras establecen unos plazos muy largos (hasta 5 años) en incorporar estos tratamientos a sus pólizas, impidiendo que el asegurado se beneficie de esta innovación y dejando sin razón de ser el seguir apostando por una asistencia que proporciona al paciente mejores resultados en sus tratamientos.</p> <p>Al incremento del gasto puramente sanitario que asumen los operadores privados para ofrecer una atención sanitaria puntera y de calidad y del incremento de los costes derivados de la elevada inflación actual, se suma que las compañías aseguradoras pagan a los prestadores unos baremos tan bajos que no permiten mantener su nivel de compromiso en relación con la actualización de los medios materiales, tecnológicos y humanos necesarios para mantener la calidad de sus prestaciones, tal y como la profesión exige (los baremos que actualmente pagan las compañías aseguradoras a los prestadores están por debajo, por ejemplo, de los precios fijados por las comunidades autónomas por los servicios sanitarios cuando existen terceros obligados al pago).</p> <p>Por otro lado, las compañías aseguradoras están trasladando el riesgo de su negocio a los operadores sanitarios a través del establecimiento de cápitas, de tal forma que el pago al prestador de servicios asistenciales se establece en función del número de asegurados a atender, independientemente de la actividad asistencial realizada. Este hecho distorsiona la prestación de la atención sanitaria, perjudica a los operadores y limita la capacidad de elección del asegurado al concentrarse la oferta en unos pocos prestadores (por ejemplo análisis clínicos o tratamientos de pacientes oncológicos).</p> <p>A ello se suma la tendencia reciente y creciente en el sector de los seguros de salud de promocionar y comercializar pólizas de salud con coberturas limitadas a precios excesivamente bajos y pólizas colectivas, junto a un aumento significativo de la frecuentación de los servicios de asistencia sanitaria.</p> <p>Todo ello genera un ahogo progresivo de los prestadores del servicio, comprometiendo sus cuentas de resultados -especialmente las de aquellos prestadores más pequeños y con menor capacidad de negociación- y una gran insatisfacción del colectivo médico por los bajos baremos y la elevada carga asistencial.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Según el documento "Informe Oferta-Necesidad de Especialistas 2021-2035" del Ministerio de Sanidad, en el año 2027 habrá un déficit de aproximadamente 9.000 profesionales para todas las especialidades y para ambos sectores, público y privado. Este dato, junto al esfuerzo económico que asumen íntegramente los proveedores de servicios sanitarios por mantener y mejorar la calidad asistencial plantea una situación de severa gravedad a futuro.</p> <p>Pudiera parecer que la democratización del seguro de asistencia sanitaria, a través del abaratamiento de las pólizas y los acuerdos entre compañías aseguradoras, podría beneficiar al asegurado, pero lo cierto es que estas condiciones no se ofertan por el prestador de servicios sanitarios, sino por un tercero que opera en un ámbito del mercado que no es la sanidad, con unos criterios de rentabilidad ajenos al efectivo servicio asistencial, en el marco de una dependencia vertical que retiene el lucro en el operador intermedio entre el asegurado y el prestador de asistencia sanitaria y está llevando a estos últimos al ahogo -especialmente a los de menor tamaño- y a la subsecuente precarización del sector, lo cual, en última instancia, necesariamente deriva en un perjuicio para el usuario, por lo que en ningún caso puede considerarse que favorece la libre competencia.</p>
<p>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).</p>	<p>Efectivamente, como se ha indicado, el acceso al mercado de nuevos proveedores depende absolutamente de la previa obtención de un acuerdo de prestación de servicios con al menos una compañía aseguradora (aunque será necesario disponer de más). En el caso de los hospitales estos acuerdos representan el 64% de la facturación, de tal manera que incluso habiendo suscrito un concierto con la administración pública para la prestación de determinados servicios sanitarios (salvo contadas excepciones vinculadas a la ubicación en zonas muy concretas alejadas de núcleos urbanos) éste resultaría insuficiente para acceder al mercado.</p> <p>Lo mismo sucede con los centros sanitarios que dependen principalmente de la derivación de pacientes por las compañías aseguradoras.</p> <p>Por otro lado, los acuerdos que se suscriben por los prestadores de servicios asistenciales con las compañías aseguradoras, no son propiamente contratos negociados, sino que se trata de un establecimiento de tarifas determinado por la aseguradora en función de su peso en el mercado, al que los prestadores de servicios acceden o no en función de su dependencia económica de los ingresos derivados de pacientes con seguro asistencial.</p>

<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>La creciente integración vertical de las compañías aseguradoras y sus centros de salud/grupos hospitalarios lleva de manera natural a una distorsión del mercado ya que, como es lógico, se establecen sinergias para favorecer la rentabilidad de la integración.</p> <p>Estas sinergias se materializan en la tipología de procedimientos que captan los centros integrados, a través de técnicas de marketing de la aseguradora, y que suele consistir en la captación de un gran número de pacientes para la atención en consulta o en centro ambulatorio o de baja complejidad (que requiere poca inversión), mientras que no se prestan o se promueve la derivación a centros contratados de procedimientos complejos, caros o poco frecuentes, que pueden no resultar rentables en su estructura.</p> <p>Además, el innegable poder de influencia sobre el asegurado permite priorizar la oferta propia de hospitales, asistencia ambulatoria y telemedicina y ofrecer unas condiciones de remuneración al personal sanitario propio más beneficiosa que la puede obtener el personal ajeno con el pago de las tarifas pactadas.</p> <p>Esta dinámica no favorece en última instancia al cliente final, que dispondría de un margen de elección más amplio si dispusiese de mayor información y accesibilidad para hacer uso de las opciones que tiene contratadas, sin influir en su libertad de elección y de búsqueda de la excelencia clínica. Esta libertad del paciente no queda solventada con poner a disposición un listado de centros, sino que debe garantizarse teniendo en cuenta la excepcional relevancia del servicio que se presta y evitando que se produzcan situaciones que interrumpen la continuidad asistencial (como puede ocurrir con la realización de pruebas o tratamientos).</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 compañías aseguradoras optan preferentemente por transaccionar directamente con el profesional para tener más poder de negociación, estableciendo tarifas muy bajas de honorarios médicos que, en última instancia, afectan a la captación de profesionales y a la calidad asistencial, tal y como se ha expuesto anteriormente.</p> <p>El escaso poder de negociación de los médicos independientes frente a las compañías aseguradoras, ha llevado a algunos de ellos a agruparse en asociaciones para su defensa -algunas de las cuales están empezando a cobrar fuerza en algunos territorios- en un intento de poner freno a la precarización de los servicios.</p> <p>Alternativamente, los profesionales sanitarios pueden optar a una mejor situación al amparo de un centro sanitario/grupo hospitalario, ya que su posición para negociar con las compañías aseguradoras es más sólida. Esta opción permite garantizar calidad de los procesos y asegurar la continuidad asistencial, en beneficio del paciente.</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).

Como se ha puesto de manifiesto, solo a través de una retribución adecuada de los servicios sanitarios es posible garantizar calidad de los procesos y asegurar la continuidad asistencial, en beneficio del paciente.
En consecuencia, el abaratamiento de tarifas impuesto por las compañías aseguradoras -especialmente sobre quien tiene menos poder de negociación, como son los profesionales sanitarios- es un beneficio engañoso que lleva a la precarización del sector en perjuicio directo del asegurado.

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