

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Consumidor-Paciente (Asociaciones e Individuos)</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA</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>Según nuestra experiencia, los aspectos más tenidos en cuenta por los consumidores a la hora de contratar un seguro de salud son: el precio de la prima (que no se excesivo y sea acorde a los servicios que recibe), las coberturas de la póliza (que no haya limitaciones a coberturas básicas) y los servicios sanitarios en sí que la compañía ofrece, es decir, tanto el cuadro médico, como los centros sanitarios disponibles. Además, los consumidores prestan especial atención a la respuesta que les ofrece la compañía aseguradora ante un siniestro. Por regla general, y por desgracia, los consumidores están habituados a que las compañías de seguro pongan muchas trabas a la hora de dar cobertura a un siniestro, pese a que ese siniestro esté cubierto por la póliza. Por tanto, es muy importante para el usuario que su seguro de salud de una respuesta efectiva a su demanda y cubra la contingencia que el asegurado solicita sin mayores complicaciones. En este sentido, el consumidor también busca que ante cualquier discrepancia que surja con su compañía, esta le de una rápida solución y no se vea atrapado en un proceso burocrático que busque su agotamiento y su consecuente desistimiento.</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).

El principal problema que desde FACUA detectamos en relación a la información precontractual que se facilita a los consumidores por parte de las compañías aseguradoras, es cuando esta información no es prestada directamente por apoderados de la entidad, sino por agentes de seguros. En muchos casos, estos agentes facilitan una información que no es del todo veraz con tal de que el consumidor suscriba la póliza. También existen déficit informativos respecto de las exclusiones de las coberturas o las condiciones para que el riesgo asegurado esté cubierto. Por ejemplo, hemos detectado casos en los que de forma previa a la contratación, se indica al usuario que en la póliza se incluirán ciertas coberturas o una determinada clínica o un facultativo concreto que el consumidor específicamente solicita y, una vez que el usuario ha suscrito la póliza, observa que esa cobertura no está incluida, o ese centro médico solicitado no se encuentra en la lista de los centros médicos adheridos, o ese profesional sanitario concreto no se encuentra en el cuadro médico de la entidad. Por tanto, desde FACUA consideramos que debe facilitarse con carácter previo a la contratación y por escrito un fichero (de contenido similar al FIPRE en contrataciones hipotecarias), que contenga un resumen de las especialidades y especialistas concretos incluidos en la póliza, el importe de la prima (abono único o fraccionado), la duración del contrato, expresa indicación de si se trata de un copago y si contempla periodo de carencia, poniéndolo a su disposición con una antelación determinada (periodo durante el cual el contenido de la misma no podrá ser modificado por la aseguradora) para que el consumidor pueda realizar una lectura pormenorizada del mismo, con el fin de evitar posibles discrepancias con respecto a la información facilitada de forma previa a la contratación de la póliza. De otra parte, la comercialización de este tipo de seguros por entidades bancarias presenta también déficit de información precontractual importantes.

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).

Por regla general, el lenguaje que utilizan las compañías a la hora de redactar las condiciones generales y particulares es muy técnico y complejo, y el formato en que se presenta la póliza difiere mucho de una compañía a otra, por lo que un consumidor medio puede tener dificultad para comparar de una manera fácil, rápida o sencilla las pólizas de las distintas compañías aseguradoras. En definitiva, podemos determinar que resulta complejo para los consumidores realizar una comparativa entre varios seguros para decidir cuál contratar, el orden de los conceptos, la denominación de los mismos, y el tecnicismo al entrar en detalle dificultan este tipo de análisis para tomar una decisión. Por ello, reiteramos nuestra valoración de incorporar un fichero de formato único para todas las entidades aseguradoras, que posibilite al consumidor la comparación de manera sencilla y rápida entre las condiciones de las distintas pólizas. De manera que, en caso de que el usuario quiera valorar entre diversas entidades, pueda disponer de los mencionados ficheros para su valoración y comparación pormenorizada, con la tranquilidad de que las entidades, durante el plazo que legalmente se establezca, no van a modificar las condiciones.

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).

No obstante, como venimos indicando, debe asegurarse que el consumidor reciba de parte de la compañía toda la información precisa para suscribir el contrato con total libertad y seguridad. Por ello, entendemos que una forma de asegurar que todos los usuarios reciban el mismo formato de información es con la implantación del fichero que hemos expuesto en el apartado anterior.

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).

Habitualmente, los tratamientos de algunas de las enfermedades, como el VIH o las oncológicas, no cuentan con cobertura por parte de los seguros, pese a que el cáncer, por ejemplo, es una de las patologías que más preocupa a la población en general. En este sentido, las compañías emplean un lenguaje muy técnico en cuanto a los tratamientos de esta enfermedad (como braquiterapia, radioterapia o quimioterapia), ya que en algunas pólizas no se indica claramente si se incluye o no. Este mismo problema se detecta en cuanto al área de cirugía, ya que muchos usuarios no conocen claramente qué tipo de cirugía se incluye en su póliza.

De otra parte, hay personas que han padecido determinadas enfermedades, entre ellas pacientes oncológicos que han superado la enfermedad que se encuentran con obstáculos o condiciones muy gravosas para la contratación de seguros de asistencia sanitaria, generando una grave discriminación de acceso a estos servicios e incluso su exclusión. En este caso, es preciso regular para evitar la discriminación en el acceso a este tipo de seguros que existe hoy por hoy.

Otra cuestión a tener en cuenta son las cláusulas relativas a las prótesis. Hay pólizas en las que se establece que las prótesis serán suministradas por la empresa designada por la entidad aseguradora, por lo que será una entidad aseguradora en lugar de un equipo médico quien decida qué tipo de material protésico se utiliza y esto puede suponer un conflicto de intereses en perjuicio de la salud del usuario.

Por todo ello, recalamos que la normativa debe ser más garantista para el asegurado en cuanto a la forma en la que las compañías deben redactar su clausulado.

Asimismo, los usuarios suelen encontrar dificultad a la hora de entender los cuadros de evolución de la prima, por lo que se debe establecer un modelo normalizado destinado a facilitar a los asegurados esta información de suma importancia.

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).

En este supuesto observamos que en la práctica muchas compañías aseguradoras se aprovechan de la oscuridad de las cláusulas para denegar siniestros que deben cubrirse. Este hecho sitúa a los asegurados en una posición de indefensión, ya que les obliga a costearse por su cuenta el tratamiento o la prueba médica que precisan, o iniciar un procedimiento de reclamación que muchas veces se ve abocado a acudir a la Dirección General de Seguros para que este organismo emita su correspondiente informe, con la dilación que ello conlleva. Además, como hemos comentado anteriormente, muchos usuarios que padecen enfermedades crónicas, hereditarias o graves tienen especial dificultad para encontrar una compañía de seguros que cubra sus necesidades sanitarias, pues la mayoría de las pólizas no cubren este tipo de enfermedades o si las cubren, la prima es inasumible por un consumidor medio.

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).

De forma generalizada, el hecho de que la compañía aseguradora aumente su catálogo de servicios, tratamientos, incremento de profesionales, etc., repercutirá en el consumidor aumentando el precio de la prima cuando esta tenga que ser renovada. El problema recae en que se establece el incremento de la prima por estos motivos pero hay ocasiones en las que el usuario no se beneficia de los nuevos servicios que la compañía ofrece o no los ha solicitado, y pueden incluso no estar incluidos en su póliza. En consecuencia, el asegurado sufre el incremento de su prima por la prestación de unos servicios que la compañía no le prestará.

Por tanto, desde FACUA defendemos que la subida de la prima debe ser siempre justificada y deberá acreditarse por parte de la compañía aseguradora, de forma que el usuario pueda conocer el motivo real por el que su prima se ve incrementada y, en todo caso, poder discutir esas razones. De lo contrario, el consumidor se encuentra en una situación de indefensión manifiesta puesto que si quiere renovar la póliza, deberá abonar el incremento propuesto sin posibilidad de rebatir los motivos que justifican la subida.

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Debemos hacer mención a los seguros de asistencia sanitaria que se comercializan para la cobertura de siniestros acaecidos en el transcurso de un viaje. Este tipo de seguros presentan problemas a los consumidores ya que el usuario contrata una serie de coberturas sanitarias en el extranjero y, en la práctica, cuando necesitan hacer uso de este servicio la mayoría de compañías aseguradoras ponen muchas trabas para cubrir la contingencia. Por tanto, entendemos que se debe prestar atención a este tipo de seguros sanitarios para que se garantice la prestación cualitativa de los servicios contratados por los consumidores y no causarles indefensión.</p>
<p>9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>Si bien como Asociación de consumidores no podemos aportar información en términos económicos o mercantiles, podemos indicar que en la práctica hemos observado que las compañías aseguradoras suelen incrementar las primas de forma generalizada, es decir, ante una contingencia general, se produce una subida de prima general también. Por ejemplo, a raíz de la pandemia de la Covid-19, la mayoría de las aseguradoras han aumentado sus primas justificando esta subida en el aumento del riesgo debido a la pandemia. Sin embargo, las contingencias relacionadas con la Covid-19 no se encuentran cubiertas por la mayoría de las pólizas, sino que es una cobertura que el asegurado debe contratar adicionalmente. Por tanto, consideramos que no tiene lógica que las compañías aseguradoras se permitan la licencia de subir de forma generalizada las primas a los asegurados excusándose en el aumento del riesgo generalizado debido a la pandemia, y luego no cubran ni aunque sea mínimamente las contingencias relacionadas con la misma.</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).

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

La gran dificultad que detectamos desde FACUA es cuando el usuario padece algún tipo de enfermedad crónica, hereditaria o degenerativa, personas de edad avanzada y personas que han superado enfermedades graves. Estas personas se encuentran con especiales trabas a la hora de cambiar de compañía aseguradora o de renovar la póliza en su compañía actual, ya que las primas que las entidades les proponen suelen ser desorbitadas. Lo que proponemos desde nuestra asociación es que se establezca un límite máximo de subida anual de la prima en estos casos, para que los consumidores no se vean doblemente perjudicados.

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).

En general, la principal diferencia que observamos en las tarifas que ofrecen las distintas compañías aseguradoras para los seguros básicos de salud es el copago. Si la modalidad del seguro es con copago, la cuota mensual es más económica que si no hay copago o si lo hay reducido. Por tanto, es muy importante que antes de contratar un seguro médico con copago el consumidor sea informado por parte de la compañía del coste que conlleva cada uno de los servicios médicos ya que, por lo general, cuanto más barato sea el precio de la prima, mayores serán los copagos. Así pues, el usuario debe ser plenamente consciente de que con el pago de la prima no obtendrá los servicios sanitarios que solicite sino que tendrá que abonar una cantidad adicional para la prestación del servicio.

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).

En nuestra experiencia, los seguros "básicos" que las compañías aseguradoras comercializan suelen tener un precio no muy elevado pero las coberturas que ofrecen normalmente son muy limitadas, excluyéndose incluso servicios sanitarios que no suponen un gran coste per se. Así pues, si el consumidor quiere incrementar las coberturas mínimamente, deberá afrontar el pago de una prima notablemente superior. En consecuencia, desde FACUA defendemos que la normativa debería tasar unos criterios mínimos de servicios sanitarios que deben prestar los seguros básicos de salud, a fin de garantizar a los usuarios una cobertura básica mínima adecuada.

<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>La integración entre grupos hospitalarios puede suponer una mejora para los consumidores si se incrementa la eficacia en la prestación de los servicios. No obstante, también puede suponer una reducción de la competencia con efectos negativos sobre el bienestar de los consumidores, ya que se limita su capacidad de elección. En todo caso, desde FACUA consideramos que se debe tener en cuenta la distancia que el usuario debe recorrer para llegar a un determinado centro sanitario para recibir su tratamiento o para ser atendido por un profesional sanitario, es decir, que independientemente de la competencia del mercado de los distintos agentes intervinientes, se debe garantizar siempre la prestación de los servicios sanitarios en núcleo urbano próximo para que el consumidor no se vea perjudicado al tener que desplazarse al centro sanitario adherido a la compañía aseguradora así como clarificar la cobertura sobre el transporte sanitario en su caso. De otra parte, es relevante la calidad en la prestación del servicio, tanto en medios humanos como técnicos y el control sobre los mismos y sobre la actividad sanitaria privada.</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).

Como Asociación de consumidores, no podemos aportar información relativa a los posibles obstáculos que puedan experimentar nuevos operadores al entrar en el mercado de servicios de asistencia sanitaria, si bien, reiteramos que la prioridad debe ser el consumidor, es decir, el paciente, de forma que se garantice la prestación de un servicio sanitario de calidad por parte de todos los intervinientes en el mercado de los seguros de salud, tanto de las propias compañías aseguradoras, como de los centros sanitarios adheridos como de los profesionales de la medicina.

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).

Según nuestra experiencia profesional, el aspecto más tenido en cuenta por los consumidores a la hora de calificar la calidad de los servicios sanitarios que reciben es la atención prestada por parte de la propia aseguradora y de los profesionales sanitarios, es decir, los usuarios buscan en primer lugar que tanto la cobertura, como el cuadro médico y la oferta de centros sanitarios sea amplia, es decir, que no tengan dificultades a la hora de hacer uso de la póliza, ya que en general desgraciadamente el usuario medio está "acostumbrado" a ver denegadas las coberturas de sus siniestros, pese a que el riesgo acaecido esté incluido en su póliza, por lo que el usuario de un seguro de salud busca que con el pago de la prima se encuentren cubiertos todos los servicios sanitarios que demande sin tener que acudir a procesos de reclamación.

Es importante la calidad del cuadro médico y otros profesionales sanitarios, la calidad de las instalaciones y recursos técnicos sanitarios y, de igual modo, es muy importante para los usuarios la rapidez en obtener cita para ser atendido. Uno de los motivos principales por los que el consumidor decide contratar un seguro médico es porque, por desgracia, la sanidad pública tiene unos plazos de espera superiores a los deseados por lo que muchos consumidores deciden contratar un seguro privado para recortar estos plazos y obtener la cita médica o la realización de la prueba diagnóstica solicitada casi inmediatamente. En este sentido, el usuario también busca la agilidad y rapidez en el diagnóstico y en la atención de su enfermedad, que el servicio sea lo más eficiente y eficaz posible.

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).

En general, la facturación de los centros sanitarios depende en gran medida de las compañías aseguradoras (seguros privados). Por su parte, las entidades aseguradoras compiten para incluir en su catálogo a los profesionales sanitarios y centros hospitalarios que tienen más prestigio. Por tanto, si las aseguradoras deciden integrarse verticalmente en el mercado, resultará especialmente difícil que nuevas empresas no integradas accedan a este, ya que las primeras copan todo el mercado. Asimismo, resultará especialmente difícil que nuevos profesionales accedan al mercado mediante la oferta de sus propios servicios, pues la población preferirá contratar un seguro de salud y acudir al profesional que incluya el cuadro médico de la compañía.

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).

Al hilo de lo que venimos comentado, independientemente de las relaciones mercantiles existentes entre las compañías aseguradoras y los distintos centros sanitarios adheridos, defendemos que a los consumidores se les debe asegurar la prestación de un servicio mínimo de calidad a un precio básico y, a partir de ahí, que el usuario contrate las coberturas adicionales que considere oportunas. Además, tal y como hemos expuesto anteriormente, también es primordial que en todos los centros sanitarios adheridos a una compañía aseguradora se proporcionen esos servicios mínimos.

Respecto de los contratos de exclusividad, como en otros ámbitos de actividad, reducen en la competencia y limita las opciones del consumidor, influyendo en la calidad del servicio y en el alcance de las coberturas.

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).

La negociación entre profesionales con compañías de seguros y centros sanitarios puede hacer que el coste efectivo del servicio baje, pero ello no necesariamente implicará que esa bajada se repercuta también a las primas de los usuarios, ya que estos pueden ver como su prima se queda congelada. Es decir, si bien la negociación entre los distintos intervinientes en el sistema sanitario privado puede hacer que el coste del servicio en sí sea inferior, porque los agentes lleguen a algún acuerdo que les beneficie económicamente, esa disminución difícilmente repercutirá en el importe de la prima que el consumidor debe abonar, pues al fin y al cabo la aseguradora es una entidad con ánimo de lucro. Por tanto, reiteramos que a FACUA como asociación de consumidores nos preocupa cómo influyen las negociaciones del mercado a los usuarios, de forma que no se vean perjudicados por el devenir del mismo. En consecuencia, como venimos indicando a lo largo de las distintas cuestiones, consideramos que independientemente de la compañía aseguradora con la que se contrate y del centro sanitario adherido a la misma, deben tasarse unos servicios básicos que deben ser cubiertos por todas las aseguradoras y por todos los centros sanitarios con el fin de garantizar unos servicios sanitarios básicos y de calidad.

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 indicado anteriormente, si el consumidor compara entre lo que pagará en concepto de prima por un seguro de salud y lo que abonará por una consulta médica realizada a un profesional privado, ya no digamos tratamiento o intervención, normalmente elegirá contratar el seguro pues le resultará más económico y tendrá incluidos, por lo general, más servicios. Esto provoca que los médicos o profesionales sanitarios en general se vean abocados a trabajar para compañías aseguradoras ya que de esta forma es más probable que encuentren trabajo. Por tanto, su capacidad de negociación se reduce significativamente.

Con todo, desde FACUA abogamos por la regulación normativa de los seguros sanitarios para garantizar una prestación básica de los servicios sanitarios y garantizar una calidad en la prestación. Además, proponemos que la información que se facilita al consumidor sea accesible y en un único formato para asegurar la claridad y comprensión de las condiciones por parte de un usuario medio.

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