

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Expertos</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>Juan Ignacio Guerrero Ramírez</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>Todos, aunque el factor precio se ha usado de forma irresponsable para captar miles de clientes sin tener garantizada la cobertura sanitaria, que como todos sabemos solo pueden prestarla los médicos.</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).

No hay ninguna transparencia ni se informa de los baremos de coberturas que un supuesto cuadro médico desfasado y falseado tiene que aceptar para poder atender a los pacientes asegurados, que no saben el importe de los honorarios médicos y por tanto no pueden valorar la relación calidad/precio de su atención, solo pueden hacerlo en relación al recibo mensual de su póliza.

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).

Todos los seguros ofrecen las mismas condiciones y la misma cobertura, con los mismos cuadros médicos, cada vez más saturados por estar cerrados desde hace años a los profesionales libres y sólo abiertos para aquellos que aceptan trabajar para una grupo hospitalario o una policlinica.

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).

Muchos bancos y aseguradoras venden el paquete completo, con una guerra de precios desbocada que esta llevando al sector a una tremenda exposición si los proveedores y/o prestadores de servicios deciden no aceptar los baremos impuestos y adoptan un modelo de libre competencia con pago directo del cliente y/o paciente, lo que supondría reembolsar a precios de mercado.

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).

El asegurado entre como un cliente joven por sus padres y al independizarse mantiene la póliza de salud pensando en los gastos derivados del embarazo y posterior cobertura pediátrica a sus hijos. Pasados unos años, su póliza lowcost experimenta una subida sustancial que cuando alcanza los 50, y luego los 60 o 70 años, significa un gasto muy importante de su presupuesto mensual, pero ya queda atrapado porque ninguna compañía lo acepta si decide cambiar.

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).

Es el escenario habitual, exclusiones, preexistencias y cláusulas de desestimiento, unido a unos ínfimos baremos que hasta ahora son compensados por la vocación y profesionalismo del médico, pero que debido a la masificación y al abuso, empiezan a provocar un abandono o cierre de cientos de médicos y centros que reducen cada vez más la oferta a la Red hospitalaria privada, que ha crecido exponencialmente desplazando al médico de su mercado para apropiarse de la relación con la compañía y para finalmente quedarse con sus pacientes.

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).

Es imposible incorporar nuevas técnicas y tratamientos porque las compañías se niegan a actualizar los Nomenclátor que recogen la codificación de todos los actos médicos y quirúrgicos de cada especialidad.
La Organización Médica Colegial y las Sociedades Científicas intentan sin éxito incorporar esa innovación y las compañías se resisten, aferrándose a los que siguen vigentes desde los años 90 y por tanto, excluyendo de sus coberturas los mejores procedimientos.

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

Se ha producido un secuestro de la relación Medico-Paciente libre con la imposición de condiciones de un agente que no debería salir de su área de competencia, el asegurar riesgos, invadiendo el sector de la medicina como profesión libre, convirtiendo al profesional en un peón del sistema en connivencia con los grandes grupos hospitalarios que también se apropian del paciente compitiendo con el médico libre al utilizar la posición de dominio que tienen como únicos centros en muchas ciudades y provincias.

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

No compiten, solo se reparten la cuota de mercado y todas tienen más o menos el mismo cuadro médico, renunciando a contratar a los mejores para ofrecer la mayor calidad asistencial aunque sea a un mayor precio. Aquí no se elige la "salud", se elige el "dinero". Por eso las normas de competencia estrictas que no garantizan mediante otras normas de calidad y seguridad esa garantía asistencial sólo consiguen destruir y pervertir el fin último que debe tener un sistema sanitario de provisión privada.

<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>Los cuadros médicos están cerrados y por tanto se está asistiendo al cierre de todo el tejido de consultas y pymes médicas privadas en beneficio de los centros asistenciales propios de las compañías o de los conciertos firmados con los grupos hospitalarios. Finalmente, otro operador de seguros que quiera potenciar la calidad, no puede conseguir cuota de mercado porque los precios de las pólizas son tan baratas y la publicidad de las ofertas lowcost tan agresiva, que resulta imposible competir con ellas.</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>Quando eras joven es fácil, salvo que ya tengas preexistencias por patologías previas, que quedarían excluidas y eso frena el cambio de compañía, pero lo más grave es el secuestro del asegurado senior que ya lleva 30 años pagando su póliza y ante la subida de un 100 o 150 % en pocos años, le resulta imposible escapar, porque pierde todo lo que ha pagado y no puede arriesgarse a esas edades y acostumbrado a la sanidad privada a un escenario muy caótico en la sanidad pública.</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>Prácticamente no existen diferencias, todas captan al cliente joven o al cliente corporativo con precios muy atractivos que se pueden permitir por los bajísimos honorarios que abonan a los médicos, basados en baremos que deberían ser las coberturas contratadas y conocidas por el asegurado, para que fuera consciente de algo que todo el mundo entendería: Póliza barata = cobertura baja.</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>No existen, todas las coberturas son similares y todos los servicios son los mismos para todos los pacientes, porque ninguna compañía tiene plantillas de médicos con contrato laboral y sólo tienen que contratar a los miles de médicos autónomos por prestación de servicios pero imponiendo el precio, algo insólito, porque es el único caso donde el prestador no puede negociar o fijar su precio, siendo o no aceptado por su paciente. Llegando a una dotación perversa de expulsión del cuadro para los médicos que no aceptan las "lentejas".</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Solo el mercado en libre competencia y de libre concurrencia, donde las compañías aseguradoras publiquen sus baremos de coberturas y que los pacientes libres y soberanos dividan que médico les ofrece más confianza y los mejores resultados, podría devolver la excelencia y la calidad a la medicina privada española, que ahora mismo es una medicina intervenida y con grave riesgo de colapso por un exceso de oferta que terminará con la quiebra del sistema como ya pasó con la burbuja de las hipotecas y las llamada "subprime".</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>Prácticamente es inexistente porque hay una demanda tan exagerada que los centros y hospitales están desbordados y trabajan a destajo. No necesitan competir porque cada año crecen las pólizas un 6 o 7 % y la población es más longeva y enferma más, por lo que el negocio está garantizado para las "grandes superficies" que como en el sector del comercio, compiten en sistemas de economía de escala arruinando a los pequeños prestadores,</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>A día de hoy, salvo los grandes grupos hospitalarios, ningún nuevo operador puede abrir un nuevo centro sin garantizarse el alta como proveedor de al menos tres de las 8 compañías que dominan el 80 % el mercado y que en provincias pequeñas puede ser incluso un mercado donde dos o tres compañías alcancen esa altísima cuota de mercado.</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>Para garantizar la calidad debería ser obligatoria la directiva que obliga a la información completa de lo contratado y a la transparencia y libre competencia de todos los prestadores que quieran concurrir en el mercado donde solonel paciente pueda elegir libremente sin que nadie le obligue a ir a centros concertados o exclusivos de la propia compañía o de sus proveedores preferentes, que de esa manera se prevalecen en el mercado adulterando y falseando la mejor oferta en calidad con el único objetivo del ahorro de costes para aumentar beneficios. Pierde el paciente y pierde el médico.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Solo unos hospitales que no puedan restringir el acceso a sus instalaciones a los médicos externos, ni competir en un mercado ofertando servicios médicos sin serlo ni tener plantillas laborales, podría garantizar que el paciente acuda libremente con el médico que ha elegido por decisión propia a un hospital que debería ser sólo una infraestructura sanitaria al servicio de ambos, sin prevalecer a sus médicos o a los que imponen las compañías, que incluso se permiten tener sus propios hospitales limitando la competencia de terceros.</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>Absolutamente, es imposible y de hecho los grupos dominantes del mercado asegurador y del hospitalario están agrupados y comparten intereses y objetivos la Fundación IDIS, donde solo hay que consultar quienes son sus patronos y quienes se sientan en sus mesas y grupos de trabajo, que no son otros que los CEOs de todos esos grandes grupos. No tienen bastante con sus patronales UNESPA y ASPE, desde 2009 están todos en IDIS que a cualquier observador no se le oculta que puede ser un supuesto descrito como "CÁRTEL".</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 connivencia entre aseguradoras y grupos hospitalarios es absoluta y el factor económico que sostiene el sistema es el precio por debajo de mercado de los servicios médicos, que está congelado desde hace 30 años en favor de un crecimiento exponencial y casi elefantiasco de las compañías aseguradoras y de los grupos hospitalarios que al tener secuestrados, los unos a los pacientes sin dejarles elegir y ambos al médico, desplazando su papel al de una mera comparsa, que aunque necesaria, está totalmente doblegada y es la víctima del dumping y del contubernio de tan poderosos actores que son pertenecientes al gran capital y sin ser médicos, se han apropiado de su sector y de su soberanía, pasando a ser siervos en vez de profesionales libres.</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>No existe la negociación, solo puedes aceptar lo que te ofrecen o abandonar tu profesión en el sector privado y volver al público. Los contratos son inexistentes y trabajas por adhesión a un baremo de honorarios sin poder negociarlo, sometido a una cesión de tu facturación a la propia compañía o grupo hospitalario, en un modelo más parecido al del jornalero o el siervo, que al de un profesional libre que factura a su paciente y esté es el que acepta su precio y si su póliza le cubre todo o parte.</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).

Evidentemente el recorte y congelación de honorarios va expulsando del mercado a los mejores médicos y no atrae a los médicos más jóvenes, significando una enorme pérdida de oportunidad y de seguridad al paciente, que obligado y atrapado por su compañía se ve obligado a soportar condiciones de asistencia más parecidas o incluso peores que las de la Sanidad pública, que paradójicamente fueron las que motivaron su decisión de optar por la Sanidad privada.

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

Solo un sistema de relación Medico-Paciente libre e inviolable por esos poderosos actores económicos podrá garantizar la excelencia y la calidad que reclaman los pacientes, porque este no es un mercado de clientes sanos que buscan ahorrarse unos cientos de euros en su póliza de salud, sino que es por desgracia un sector donde muchos ciudadanos acaban víctimas de una enfermedad y entonces comprenden el valor de la salud y la importancia de financiarla suficientemente. Todos elegimos salud.