

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Colegio de médicos</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>Colegio Oficial de Médicos de Tarragona</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>Dado que prácticamente todos los ciudadanos españoles tienen garantizada su asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), los usuarios de seguros sanitarios privados (exceptuando a los funcionarios públicos) disfrutan de un sistema de doble cobertura. El atractivo de los seguros privados respecto al SNS radica en una mayor rapidez de acceso a la prestación de los servicios (menores listas de espera), y en la oferta de servicios suplementarios y complementarios.</p> <p>Actualmente, más de 12 millones de españoles (un 25% de la población) cuentan con un seguro de salud privado (ver p.ej. https://www.fundacionidis.com/folletos/ldis_sanidad_privada_aportando_valor_2023_20230428.pdf, gráfico 15, año 2022).</p> <p>En cuanto a los factores decisivos para el asegurado a la hora de elegir entre diferentes seguros de asistencia sanitaria, por lo general no se aprecian diferencias significativas (al menos entre las principales compañías) en cuanto al cuadro de facultativos o al catálogo de centros hospitalarios u otros centros concertados, máxime cuando estos cuadros y catálogos no se garantizan contractualmente frente al asegurado, pudiendo ser modificados unilateralmente por las compañías.</p> <p>Con respecto a la cobertura de servicios, actualmente, la opción de seguro más contratada es la de cobertura total (ver, p.ej. https://www.doctori.com/blog/seguros/seguros-de-salud/estudio-sobre-las-contrataciones-de-seguros-de-salud-en-doctor-i/?utm_source=SOC&utm_medium=SOC&utm_campaign=SOC-LK-122022&campaign=SOC-LK-122022#a-aseguradora-de-salud-mas-contratada-es-adeslas), no apreciándose diferencias significativas entre las compañías con respecto a cuáles son los servicios incluidos en esta cobertura máxima.</p> <p>Cuando una compañía incorpora nuevos tratamientos a su cartera de servicios, suele producirse un efecto dominó que lleva a otras compañías a seguir su ejemplo en un corto plazo de tiempo.</p> <p>Puesto que no se aprecia tampoco que la calidad del servicio tenga, generalmente, un efecto distintivo, el precio del seguro se convierte en uno de los elementos determinantes para los asegurados.</p> <p>Veremos más adelante que el análisis comparativo de los precios suele resultar sumamente complejo para los asegurados, por la existencia de diferentes modelos y tipologías de tarifas, así como regulaciones muy diversas sobre copagos, descuentos, ofertas especiales etc.</p> <p>Veremos también que, al analizar el factor del precio, resulta crucial considerar no sólo la relación entre los asegurados y las aseguradoras, sino también la relación triangular existente entre las compañías, los asegurados y los profesionales médicos. El poder de mercado de las compañías y su interés en atraer el mayor número de asegurados, sumado a las enormes dificultades que afrontan los facultativos al negociar con las aseguradoras la retribución por la prestación de sus servicios, ponen en riesgo el funcionamiento equilibrado y sostenible del sistema; existe una destrucción de valor que afecta en última instancia a la asistencia sanitaria.</p> <p>Si en el diseño del sector de la sanidad privada no se vela adecuadamente por todos los agentes que intervienen en el mismo, se generarán distorsiones que afectarán, en último caso, al asegurado, que busca precios competitivos, sin renunciar a una atención sanitaria de calidad. Esta calidad sólo puede garantizarse si los médicos reciben retribuciones acordes con los costes de su actividad. Si el asegurado accede a precios competitivos no debe ser a costa de la retribución de los profesionales, si no de la rentabilidad de las aseguradoras.</p>

<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>La normativa sobre distribución de seguros (Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero) obliga a presentar a los clientes de seguros de salud una información previa, incluida en un "Documento de información sobre el producto de seguro" (IPID por sus siglas en inglés), que ha de cumplir con el formato estandarizado previsto en el Reglamento de ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión, de 11 de agosto de 2017.</p> <p>Los IPID son visualmente claros y utilizan un lenguaje sencillo sin jergas especializadas. Permiten al cliente comprender el contenido esencial del seguro y tomar una decisión con cierto criterio. Sin embargo, al tratarse de documentos cortos, los IPID no contienen toda la información, limitándose, por lo general, a las coberturas del seguro (y ello sólo de forma muy básica), y remitiéndose, para los demás datos (especialmente, el precio), a la información precontractual y contractual de la aseguradora.</p> <p>Dos puntualizaciones con respecto a esta información precontractual:</p> <p>En primer lugar, frecuentemente resulta prácticamente imposible realizar una comparación adecuada de las primas, dado que: (i) existen, entre otros muchos modelos económicos, los seguros sin copagos, los que cuentan con copagos sencillos o por tramos, los topes máximos anuales, las tarifas por módulos, las coberturas con o sin suplementos, los descuentos y promociones al contratar el seguro, las ofertas especiales para colectivos; (ii) se utiliza un lenguaje técnico no siempre comprensible para el asegurado; y (iii) se aprecia una falta de homogeneidad en la descripción de las coberturas. El asegurado parte de la ficción de que los seguros son comparables, cuando realmente no lo son.</p> <p>A lo anterior se añade que incluso una misma compañía aseguradora ofrece una amplia gama de seguros, en ocasiones con nombres similares, pero con distintos precios y coberturas (por ejemplo, para Adeslas encontramos, entre otros, los seguros "Plena", "Plena Vital", "Plena Total", "Plena Plus" y "Plena Extra", https://saludsegur.es/tarjeta-regalo-al-contratar-un-seguro-medico-adeslas/ y https://adeslas.acierto.com/?a=3171&b=adeslas%20plena%20extra&c=s&d=432611848731&e=&m=c&ap=&gclid=Cj0KCQjwslejBhDOARIsANYqkD1QYz-uOafCUR38nKjZDeWpEOZP83kAAJfKvQ1klvpkQ4RbQ18mZlwaAn3WEALw_wcB), dificultando aún más, si cabe, la comparabilidad de las ofertas.</p> <p>Por tanto, sería recomendable adoptar estándares, nomenclaturas y/o formatos normalizados respecto de las tarifas, a fin de facilitar ya en fase precontractual la comprensión por parte del cliente de las distintas ofertas, permitiendo su comparación y la toma de una decisión informada.</p> <p>En segundo lugar, ha de prestarse especial atención a la publicidad precontractual que se puede encontrar en los medios o en internet. En ocasiones se ofrecen tarifas de bajo coste con coberturas básicas sin identificarlas adecuadamente, por lo que se pudiera estar incurriendo en publicidad engañosa.</p> <p>Los consumidores deben estar debidamente informados respecto de las coberturas ofrecidas por los seguros de bajo coste. Además, en estos casos, puede producirse un desequilibrio entre la cobertura del seguro (riesgo que asume la aseguradora) y la prima que se abona por el asegurado con eventuales efectos anticompetitivos o desleales, que se tendrían que vigilar por la CNMC.</p> <p>A la vez, se considera esencial que se conciencie al sector en general que un sistema de sanidad privada de calidad precisa también de una relación económica equilibrada entre los médicos y las compañías.</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>Tal y como se ha expuesto ya en el punto anterior, las ofertas de seguros de salud son difíciles de comparar. Ello no se debe tanto a aspectos como su alcance o duración (anuales, habitualmente, con renovación tácita salvo que se renuncie), sino más bien a la falta de uniformidad en la terminología empleada en torno a las coberturas así como a la existencia de multitud de conceptos como copagos, (con o sin topes anuales, sencillos o por tramos), suplementos, tarifas por módulos (por ejemplo https://selectra.es/seguros/aseguradoras/dkv/dkv-salud/dkv-modular), reembolsos (de nuevo, con distintos topes), complementos de reembolsos (por ejemplo https://www.bbva.es/personas/productos/seguros/salud.html), descuentos y regalos (por ejemplo https://seguros.roams.es/aseguradoras/adeslas/ofertas/), ofrecimiento de meses de cobertura gratuita, ofertas especiales para determinados colectivos, etc. A estos elementos se pueden sumar otro tipo de promociones, como por ejemplo aquellas destinadas a la contratación de varios miembros de una unidad familiar.</p> <p>Por otra parte, en cuanto al cuadro médico, por lo general, no suelen generarse dificultades en su comparación, ya que se trata de información clara y sencilla de evaluar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el cuadro médico no está garantizado por las aseguradoras y no forma parte del contenido contractual, por lo que estas pueden modificarlo unilateralmente en cualquier momento.</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>Situaciones problemáticas de comercialización cruzada pueden producirse cuando estamos ante aseguradoras multiramo, o bien cuando las aseguradoras de salud cooperan con otras entidades o incluso están participadas por ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> · En aquellos supuestos en los que una compañía aseguradora ofrece, además del seguro de salud, otros seguros (compañía multiramo), no suele exigirse la contratación conjunta obligatoria de varios seguros. <p>Si existen frecuentemente ofertas por la contratación de varios seguros de una misma compañía. Por ejemplo, se conceden descuentos por la contratación de una segunda u ulteriores pólizas (https://www.mapfretecuidamos.com/particulares/ahorro-y-treboles/descuentos-por-vinculacion/ o https://www.bancosantander.es/particulares/seguros/planeta-seguros). Estas ofertas pueden afectar a la claridad y comparabilidad de los seguros de salud, dado que es el conjunto de precios de todos los seguros que se pretenden contratar los que tendrían que ser objeto de la comparación.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Por otra parte, la verdadera problemática actual en materia de ventas cruzadas reside en las cooperaciones de compañías de seguros y entidades bancarias, cuando estas últimas se dedican a ofrecer seguros de salud a sus clientes, junto a otros productos de tipo financiero, o incluso sin vinculación a otros productos. <p>Las ventas combinadas entre productos financieros y seguros son susceptibles de distorsionar el mercado.</p> <p>Pero incluso sin vinculación a otros productos, las ofertas de las entidades bancarias en el sector de seguros de asistencia sanitaria pueden considerarse delicadas. La mera existencia de bases de datos abundantes y el acceso a la información financiera y económica de sus clientes, así como a sus gastos domiciliados de salud, sitúan a las entidades financieras en una posición privilegiada a la hora de acercarse a los clientes y ofrecerles productos. Debe prestarse especial atención a acuerdos como los suscritos, por ejemplo, entre BBVA y SANITAS (https://selectra.es/finanzas/bancos/bbva/seguro-salud-bbva) o entre LA CAIXA y ADESLAS (https://www.caixabank.es/particular/seguros/seguros-salud-dentales.html#).</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>El sector de seguros se encuentra sometido a una intensa regulación, sobre todo respecto de las entidades aseguradoras y la actividad de distribución de seguros.</p> <p>En materia de los contratos de seguro, es de aplicación la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS), con requisitos que algunos operadores del sector califican excesivamente formalistas, dado que pueden constituir cargas desproporcionadas para las aseguradoras e intermediarios, sin que impliquen necesariamente una ventaja clara para los consumidores. Actualmente se encuentran en debate, por ejemplo, la aceptación por escrito de las cláusulas limitativas de derechos (art. 3 LCS), el deber de resaltar tipográficamente exclusiones y limitaciones (art. 8 LCS), o la aplicación de intereses de demora que podrían considerarse desmesurados (art. 20 LCS).</p> <p>Como aspectos a mejorar en la normativa de contratación de los seguros de asistencia sanitaria, consta, en primer lugar, la figura del "Defensor del Cliente", regulada en el art. 29 de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, que sustituye el hasta entonces llamado "Defensor del Asegurado" del art. 63 de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Se trata de una entidad o experto independiente de reconocido prestigio a quien corresponde atender y resolver las reclamaciones que se sometan a su decisión en el marco de los reglamentos de funcionamiento que se aprueben, así como promover el cumplimiento de la normativa de transparencia de la clientela y de las buenas prácticas del sector. Las decisiones del Defensor favorables a la reclamación vincularán a la aseguradora.</p> <p>En la regulación actual, la designación del Defensor es opcional para las aseguradoras, pero, en atención a que la salud es un bien público de vital importancia y determinante del bienestar de una sociedad en su conjunto, se sugiere evaluar la posibilidad de convertir en obligatoria la designación del Defensor del Cliente en materia de seguros sanitarios. Además, debería preverse expresamente que, además de los propios asegurados, también otros terceros afectados puedan dirigirse al Defensor, como por ejemplo los profesionales sanitarios.</p> <p>En caso de no nombrarse un Defensor del Cliente, las reclamaciones y quejas de los asegurados se atienden solamente por los departamentos de atención al cliente de cada compañía, que carecen de independencia.</p> <p>Para una mayor protección del asegurado, pero también de los demás integrantes del sector de sanidad privada, sugerimos regular aspectos como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas de autorregulación: se sugiere facilitar y promover códigos de conducta para la adhesión por los operadores del sector, y provistos de un organismo de control y supervisión, al que se atribuyen facultades sancionadoras. • Promoción de canales de denuncias, incluidas las anónimas • Fomento regulatorio de medidas de mediación y arbitraje • Homogeneizar la nomenclatura y terminología de las coberturas en los seguros médicos y de los baremos para la retribución de los profesionales. • Promoción de la suscripción de contratos tipo homologados (vid. las regulaciones en el sector agroalimentario).

<p>6. Valore la aplicación del rehusé (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>Los rehusés, y las consiguientes disputas entre compañía de seguros y asegurados, suelen tener lugar cuando las aseguradoras consideran que un siniestro no está cubierto por la póliza contratada.</p> <p>Los motivos principales alegados por las aseguradoras para denegar el pago suelen ser la interpretación del cuestionario de salud (dolencias preexistentes no suelen estar cubiertas por los seguros, y surgen debates frecuentes sobre si la no inclusión en el cuestionario por parte del asegurado se debe a desconocimiento o mala fe), y las nuevas técnicas o tratamientos que no existían cuando se suscribió la póliza.</p> <p>Los condicionados amplios e imprecisos de los contratos de seguro, con terminología ambigua y poco precisa también pueden ser motivo de posibles discrepancias entre las partes (por ejemplo, la Audiencia Provincial de Barcelona se tuvo que pronunciar, en Sentencia de 24/10/2018, ECLI:ES:APB:2018:10484, sobre un término tan poco concreto como de “alta cirugía”).</p> <p>Indudablemente, el rehusé constituye un problema para el asegurado, pero también son frecuentes las discrepancias entre las compañías de seguros y los profesionales médicos, cuando, una vez prestado un servicio o aplicada una determinada técnica, la compañía de seguros no abona al facultativo la retribución correspondiente.</p> <p>En junio de 2019, la Organización Médica Colegial de España (OMC) publicó un estudio titulado “Condiciones de competencia en el mercado del ejercicio libre de la medicina” (de aquí en adelante “Estudio OMC”), que ya ha sido aportada a esta Consulta por otros Colegios de médicos.</p> <p>En dicho estudio, se refleja, por ejemplo que un 19,9% de los facultativos ha experimentado alguna vez que “autorizado y realizado el procedimiento al asegurado, en la liquidación se resta una cantidad importante de los honorarios” (Pregunta 12), o bien (Pregunta 27), un 38,5% de los médicos ha sufrido la situación de mantenerse “tarifas de procesos que hace muchos años que ya no se realizan y no se introducen los nuevos procesos, obligando a tener que buscar códigos alternativos, que no siempre concuerdan y adaptan al concreto acto médico”, mientras que un 34% de los médicos reporta una “Interpretación muy restrictiva, e incluso incorrecta, de los actos médicos que puede realizar el profesional”.</p> <p>A estos efectos nos referiremos al cuestionario elaborado en este mes de mayo de 2023 por el Colegio de Médicos de Barcelona (CoMB) acompañado por dicho Colegio en sus aportaciones a esta Consulta -“Encuesta CoMB” de aquí en adelante y cuyos resultados nos son extrapolables. La encuesta muestra que un 40% ha experimentado problemas de “facturación de un acto médico autorizado y posterior modificación unilateral e injustificada de su precio” (cuadro 11).</p> <p>Para evitar este tipo de comportamientos unilaterales de las compañías aseguradoras, tanto de cara al asegurado como al facultativo, ha de velarse por contratos y baremos con terminología clara, inequívoca y armonizada. Además, tanto por las autoridades de competencia como por los órganos judiciales debe ponerse freno a cualquier actuación desleal o anticompetitiva de las aseguradoras frente a asegurado y facultativo, evitando abusos de sus posiciones de dominio, o bien de la dependencia económica de los facultativos.</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>En primer lugar, ha de tenerse presente que los contratos de seguros se renuevan anualmente de forma tácita salvo renuncia por parte del asegurado, por lo que desde la fecha de firma de la póliza en cuestión pueden haber transcurrido incluso muchos años.</p> <p>En segundo lugar, cuando las nuevas técnicas son más sencillas y beneficiosas para el paciente (por ejemplo, permiten una recuperación más rápida o menos dolorosa), y a la vez más económicas que las incluidas en la póliza, la única interpretación lógica debe ser la de entender cubierta esta nueva técnica por el seguro. aunque no se haya mencionado expresamente en los condicionados.</p> <p>Como ejemplo, sobre esta cuestión tuvo ocasión de pronunciarse la Audiencia Provincial de Zaragoza en Sentencia de 11 de diciembre de 2019 en un asunto en el que una operación de bypass estaba incluida en la póliza, mientras que los stents (desconocidos en la época de suscripción de la póliza) no se cubrían. La Sentencia se pronuncia a favor de la cobertura del stent, menos invasivo y además, más económico, ya que “supone un tratamiento razonable cuyo coste ha de encauzarse dentro del contenido contractual pactado”.</p> <p>Y finalmente, para un correcto y equilibrado funcionamiento del triángulo médico-paciente-seguro, es esencial que los nuevos tratamientos, técnicas o especialidades no sólo se incluyan en las pólizas de asistencia sanitaria (y ello con terminología clara e inequívoca, para no dar lugar a posteriores disputas, incluso judiciales, sobre el alcance de las coberturas) sino también que se reflejen adecuadamente y de forma coherente, en los baremos de honorarios de los facultativos médicos. De lo contrario, podrían producirse situaciones como las expuestas en los distintos cuestionarios mencionados ya en la respuesta a la pregunta 6ª, donde un elevado porcentaje de facultativos refleja que ha experimentado problemas con la retribución a raíz de nuevos tratamientos</p>

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>1.- Entre las prácticas desleales y discriminatorias de las compañías frente a sus asegurados hemos de resaltar el trato recibido por aquellos asegurados que han dejado de ser "rentables", y a los que se ofrecen, de cara a la renovación del seguro para el año siguiente, subidas de tarifas desmesuradas. Con ofertas de tarifas excesivas, las compañías consiguen que el asegurado renuncie a la renovación de la póliza (Pregunta 31 de la Encuesta OMC, donde un 49,5% de los médicos reporta esta situación), o bien que la acepte abonando tarifas muy superiores a las inicialmente contratadas. En personas de avanzada edad, se agrava el problema, por las dificultades que tienen en cambiar de aseguradora</p> <p>2.- Un sistema sanitario de calidad requiere, entre otros aspectos, que los médicos reciban una retribución justa, pero ante el poder de dominio de las aseguradoras, la capacidad negociadora de los facultativos es, actualmente, prácticamente inexistente. Si bien la reciente adopción de la "Comunicación de la Comisión: Directrices sobre la aplicación del Derecho de la competencia de la Unión a los convenios colectivos relativos a las condiciones laborales de las personas que trabajan por cuenta propia sin asalariados" (DOUE de 30/09/2022, 2022/C 374/02) ("Las Directrices" de aquí en adelante), pretende facilitar la negociación por parte de los autónomos, es urgente la adopción de instrucciones por la CNMC, para paliar la falta de claridad de la norma y proveer a los facultativos de reglas respecto de las actuaciones permitidas bajo el nuevo amparo legal</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>La característica esencial del mercado del seguro sanitario de libre elección es que, entre los proveedores de servicios (hospital/centro médico/y el facultativo) y el consumidor (paciente), hay por lo general una entidad aseguradora que se constituye en la principal pagadora de la asistencia sanitaria y que presenta un alto grado de concentración.</p> <p>https://aspesanidadprivada.es/wp-content/uploads/2018/04/INFORME-SOLUTIA.pdf</p> <p>Las aseguradoras han reforzado su posición negociadora concentrándose entre ellas horizontalmente, pero también verticalmente, integrando hospitales/centros médicos a los que dan acceso, incluso en exclusiva, a través de sus pólizas.</p> <p>En España, tres grandes compañías, Adeslas, Sanitas y Asisa, copan el 58 % del mercado del seguro de asistencia sanitaria, y la cuota conjunta de las 5 primeras -con DKV y Mapfre-, asciende al 72 %, para el año 2021 en el que el n.º de asegurados ha llegado a los 12 millones y el volumen de primas casi alcanza los 10.000 millones €.</p> <p>https://www.fundacionidis.com/folletos/ldis_sanidad_privada_aportando_valor_2023_20230428.pdf (gráfica 19)</p> <p>En Cataluña, el grado de concentración es similar. Con datos también de 2021, la cuota conjunta de las 5 primeras compañías supera, en todas las provincias, el 70% del mercado El número de personas que en Cataluña cuentan con un seguro de asistencia sanitaria es de más de 2.000.000, siendo el total de ingresos superiores a 2.000 millones de €.</p> <p>https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9190/entitats_asseguran%c3%a7a_lliuere_catalunya_memoria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>La drástica reducción de la prestación de servicios por parte de los profesionales sanitarios limitada casi en exclusiva a los beneficiarios de pólizas, y el alto grado de concentración conseguido por las compañías aseguradoras, permite a éstas actuar sin limitaciones frente a sus proveedores (especialmente los médicos) y frente a sus clientes (tenedores de pólizas), imponiendo sus condiciones.</p> <p>Las principales aseguradoras compiten entre sí para integrar en su cuadro médico a los hospitales, centros médicos, y facultativos de ciertas especialidades o que prestan sus servicios en ciertos territorios, así como en la comercialización de sus pólizas. No obstante, su poder de mercado y su alta concentración -horizontal y vertical- les ha permitido mediante distintos mecanismos de explotación y exclusión, situar a los médicos en una situación de dependencia económica que deriva, en esencia, de su atomización, y los ha relegado a una situación de completa subordinación y sumisión al carecer de ningún poder de negociación frente a aquellas.</p> <p>Actualmente, tal y como constata la Encuesta CoMB, el 48% de los médicos declaran tener consulta en hospitales/centros médicos propiedad de grupos hospitalarios (con vinculación –añadimos- mediante las más diversas fórmulas jurídicas) y el 19,9% en hospitales/centros médicos propiedad de aseguradoras), consiguiendo así que los pacientes acudan a sus propios centros.</p> <p>Por lo que se refiere a la competencia por el asegurado, mientras la contratación de pólizas sanitarias crece de manera exponencial, -en Cataluña un 3,1% en 2021 respecto de 2020-, el grado de competencia en el mercado es prácticamente nulo resultando tanto el precio como las prestaciones, coberturas y condiciones de contratación ofrecidas por las principales aseguradoras prácticamente idénticas para cada tipología de póliza, por lo que cabe hablar de un claro alineamiento de las principales aseguradoras</p>

<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>El acceso a la actividad aseguradora y reaseguradora regulada en el art. 3.1 de la Ley 20/2015, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, requiere de la inscripción de la entidad correspondiente en el Registro, previa concesión por parte del Ministro de Economía y Competitividad de la autorización administrativa correspondiente para ejercer dicha actividad, así como para extenderla a otros ramos de actividad o para ejercerla en un territorio de ámbito superior a los inicialmente autorizados. La obtención y conservación de la autorización administrativa, requiere el cumplimiento de los requisitos en la misma establecidos, entre los que cabe destacar la capacidad financiera y/o solvencia económica. Aun cuando el cumplimiento de los requisitos establecidos por el regulador constituye una barrera de entrada a nuevos operadores, la misma resulta proporcionada y justificada.</p> <p>No obstante, tal y como recoge el Servicio de Defensa de la Competencia en su informe de 7/09/2006 https://www.cnmec.es/sites/default/files/19886_7.pdf, los posibles nuevos operadores entrantes en el mercado de seguro sanitario deberán tener acceso a servicios de asistencia privada bien por cuenta propia o bien a través de terceros operadores que puedan ofrecer a sus clientes. A tal efecto, los nuevos operadores deberán o bien configurar un catálogo de servicios propio -para lo que será preciso que los facultativos tengan libertad para establecer conciertos con varias compañías a la vez y no estén sujetos a incentivos mediante un trato de favor para una aseguradora incumbente o sus asegurados- o bien los que no deseen invertir en infraestructuras sanitarias, deberán recurrir a centros hospitalarios ya establecidos.</p> <p>Por tanto, pueden llegar a constituir barreras de entrada, la integración vertical mediante la adquisición y/o apertura de centros propios, la imposición de la prestación de servicios a través del cuadro del centro médico, la presión sobre los facultativos para que se integren en los equipos de los centros propios y en los hospitales verticalmente integrados o los acuerdos de colaboración con grupos hospitalarios para reservarse o excluir la atención de pacientes tenedores de pólizas privadas.</p> <p>Los requisitos exigidos por la Administración para homologar los conciertos sanitarios con los que el sector privado complementa al sector público, y que afectan al 63 % de los hospitales privados, de los que depende el 35% de su facturación (el 24% del gasto sanitario en Cataluña), pueden representar otra barrera de entrada. https://www.fundacionidis.com/folleto/Ldis_sanidad_privada_aportando_valor_2023_20230428.pdf, grafica 37 Además, todo nuevo entrante que desee operar en el mercado del seguro sanitario para colectivos públicos, fundamentalmente las mutualidades nacionales de trabajadores públicos, deberá tener presencia en todo el territorio nacional</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>El plazo de duración de las pólizas es, por lo general, de un año renovable tácitamente por igual periodo, requiriendo el cambio de la póliza a otra compañía que, al menos con un mes de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso, el asegurado comunique por escrito su oposición a la prórroga. La omisión de esa notificación escrita comporta el incumplimiento del contrato y la posibilidad de que por la aseguradora se requiera el pago íntegro de la prima anual en curso.</p> <p>Las preexistencias o antecedentes médicos constituyen una importante limitación a la hora de decidir el cambio de seguro, convirtiendo el mismo en extraordinariamente difícil o incluso, en inviable cuando el asegurado tiene patologías previas, que contractualmente se extienden a sus consecuencias, secuelas y/o agravación que pueda padecer el asegurado. Lo mismo ocurre en relación con los accidentes, defectos físicos, anomalías congénitas y mutilaciones que pueda haber sufrido anteriormente a la contratación del seguro. Esto es, a la hora de definir las exclusiones de la póliza, las aseguradoras vinculan muy amplias consecuencias o secuelas a esas patologías previas, cuando no necesariamente se tienen que deber a aquellas.</p> <p>La declaración de salud realizada por el asegurado de forma previa a la suscripción del contrato- normalmente respondiendo a un cuestionario, aunque en ocasiones exigiendo la realización de un examen médico-, constituye la base de la aceptación del riesgo por la aseguradora. No obstante, es habitual que, a pesar de la suscripción de la póliza con esa preexistencia, ésta, además, se excluya de la cobertura.</p> <p>La existencia de cláusulas limitativas -como el establecimiento de plazos de carencia, constituye otro importante condicionamiento, al establecerse determinados periodos de tiempo desde la suscripción de la póliza para que el asegurado pueda acceder a determinados servicios y/o coberturas, extremo que puede derivar en periodos de no cobertura que pueden llegar a oscilar entre 30 días hasta 24 meses.</p> <p>A todo ello debe añadir que existen otras limitaciones contractuales como por ejemplo la edad (existen compañías que no admiten asegurados mayores de 65 o 70 años, o menores de 2 años si no contrata al propio tiempo la madre) o requieren la contratación de la "unidad familiar de convivencia", lo que constata el Estudio OMC (preguntas 30 y 31) que confirman determinadas estrategias para eliminar pacientes crónicos o de edad avanzadas.</p> <p>La contratación de un seguro en una nueva compañía requiere confirmar que el nuevo seguro cumple con las coberturas y capitales necesarios, extremo que resulta complejo como ya hemos indicado, debiéndose garantizar que el seguro que se contrata se adapta a las necesidades del potencial asegurado, lo que, lógicamente, comporta un coste no solo de tiempo, sino también económico. No obstante, siendo el precio lo decisivo para la contratación de un seguro de salud, resulta significativo que, según una encuesta de la OCU realizada en el año 2020 https://www.ocu.org/salud/seguros-salud/noticias/encuesta-seguros-salud el 18% de los usuarios descubrieron que un tratamiento determinado no estaba cubierto por su póliza</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>No existen diferencias significativas entre las tarifas ofrecidas por las distintas compañías aseguradoras por lo que se refiere a las distintas tipologías de pólizas existentes al ser las coberturas ofrecidas prácticamente uniformes y estandarizadas, tal y como resulta de la comparación efectuada que aportamos en correo electrónico independiente</p> <p>No obstante, este claro alineamiento en precios es de difícil apreciación al ser la comparación de las prestaciones y coberturas otorgadas por las distintas pólizas realmente compleja -por no decir imposible- sin la ayuda de un experto-, atendido el lenguaje técnico y complejo, la falta de homogeneidad en los términos empleados para su descripción, y los múltiples parámetros y factores a tener en consideración como periodos de carencia, tiempos de utilización de servicios, copagos, exclusiones o la existencia de descuentos promocionales que incluso pueden vincularse a la contratación de productos que provienen de ramas o negocios absolutamente distintos a los que también vienen dedicadas las entidades aseguradoras (contratación cruzada).</p> <p>La similitud tarifaria es a su vez consecuencia del alineamiento que igualmente acontece en relación a las condiciones y baremos retributivos unilateralmente fijados a los profesionales médicos por las aseguradoras, absolutamente insostenibles por irrisorios.</p> <p>La Encuesta CoMB acredita que los médicos no han podido negociar con las aseguradoras de salud las condiciones económicas por la prestación de sus servicios ni inicialmente (en un 91%) ni durante la vigencia de su relación contractual (en un 88,5%) -cuadros 6 y 7- sino que las retribuciones que les han sido unilateralmente impuestas -que comportan la exclusión del cuadro médico de no ser aceptadas -cuadro 13- son sustancialmente idénticas o equivalentes a las ofrecidas por las distintas compañías para las que prestan sus servicios.</p> <p>Ese alineamiento de las principales compañías no solo se da en la imposición unilateral de los baremos por acto médico, sino, asimismo, en la falta de actualización de aquellos desde hace décadas, como igualmente ponen de manifiesto los facultativos al contestar a la encuesta efectuada -cuadro 9-, sosteniendo incluso un 16,8% de ellos que los baremos han bajado en lugar de subir.</p> <p>Una debida calidad asistencial exige que las retribuciones a los profesionales médicos sean adecuadas a la labor que desempeñan y al riesgo que asumen en la prestación de servicio.</p> <p>Finalmente, además de las tarifas de bajo coste ya comentadas en puntos anteriores, han de resaltarse también las diferencias significativas en relación con nuevos modelos de "servicios sanitarios", comercializados por empresas que no ostentan la condición de aseguradoras y que, sin poder ser considerados seguros de salud propiamente (pues no ofrecen una cobertura sanitaria completa), se ofrecen como complementarios a través de marketplaces mediante el uso de tecnología y pago por uso. Estos servicios sanitarios pueden llegar a inducir a error al consumidor, al no ser sus prestaciones y coberturas fácilmente evaluables. https://segurosnews.com/salud-2022/las-aseguradoras-de-salud-no-ven-competencia-en-las-empresas-de-servicios-sanitarios</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>La estandarización ya referida comporta un evidente alineamiento también en coberturas y prestación de servicios, que solo se rompe con la aparición de nuevas técnicas o avances médicos. No obstante, su inclusión por alguna de las principales aseguradoras comporta, generalmente, el seguimiento por las demás.</p> <p>Todas las compañías aseguradoras fijan unilateralmente el cuadro médico al que los beneficiarios de las pólizas pueden acudir, poniendo en práctica una estrategia orientada a que los pacientes acudan a sus propios centros, ejerciendo presión sobre los facultativos para que se integren en sus equipos.</p> <p>La fijación del cuadro médico (que otorga la condición de proveedor mediante las claves que posibilitan la facturación) constituye una herramienta decisiva para debilitar el poder de negociación de los médicos al constituir una barrera de acceso al ejercicio de la profesión en el ámbito privado, cuya oferta está copada por las entidades aseguradoras.</p> <p>Según la Encuesta CoMB el 98,6 % de los médicos encuestados ejerce actividad asistencial en la sanidad privada, señalando, más del 58% de los médicos encuestados, que su facturación proviene en un 75% de entidades aseguradoras y casi un 15 %, señala que sus ingresos provienen entre el 50-75% de aquellas. Todas fijan los baremos o retribuciones a percibir por los facultativos, quienes carecen de ningún poder para negociarlas, tanto antes de iniciar la prestación de servicios- según constatan el 91,1% de los médicos encuestados- como durante la vigencia de la relación, según un 88,5 % de aquellos. Esta situación no solo es consecuencia de su atomización, sino atendida su incuestionable dependencia económica, consecuencia de que su principal fuente de ingresos son las aseguradoras, según la Encuesta CoMB.</p> <p>Además, todas las compañías establecen prácticamente idénticos baremos o retribuciones, no existiendo variaciones significativas; baremos que siguen siendo los fijados hace décadas tal como acreditamos con los documentos que aportamos en correo electrónico aparte, que complementará las presentes alegaciones, y que reflejan la identidad en el importe de las retribuciones abonadas por las distintas compañías por actos médicos en 2013 y las abonadas en la actualidad. Ello ha determinado una precarización del sector médico, que ni siquiera han visto incrementada su retribución conforme al IPC como así admiten los facultativos consultados en la Encuesta CoMB referida.</p> <p>El abuso de la posición de dominio con el que las compañías vienen actuando para con los médicos ha comportado que estos vengán obligados a prestar sus servicios para una media de 5 aseguradoras, a aumentar el número de visitas y reducir el tiempo dedicado a cada una de ellas para poder cubrir gastos y tener una retribución mínimamente digna, lo que ha derivado en una creciente masificación de la sanidad privada, con importantes listas de espera en ciertas especialidades, la simplificación de estudios y exploraciones necesarias, la omisión y denegación de pruebas por su elevado coste. Ello, además de poner en serio riesgo la calidad asistencial, implica un elevado riesgo, que las compañías eluden asumir en sus pólizas</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Buena muestra del abuso con el que las compañías de seguros sanitarios ejercen su posición de dominio frente a otros proveedores de servicios como los hospitales o los facultativos y el grado de dependencia de éstos con respecto de aquellas lo constituye el pacto colusorio unilateralmente adoptado entre GENERALI y SANITAS, en virtud del cual desde el 1 de enero de 2023, los 150.000 clientes de GENERALI serán atendidos como asegurados de SANITAS, tanto en el cuadro médico de esta compañía como por los centros privados externos, beneficiándose GENERALI de las mejores condiciones económicas y contractuales de las que goza Sanitas como consecuencia de su mayor cuota de mercado y su relevante volumen de clientes, en claro perjuicio de los facultativos y centros médicos que ya provisionaban a esos asegurados, pero bajo otras condiciones. Esa imposición unilateral, que ha aumentado el cuadro médico de GENERALI en 51.000 profesionales, 240 hospitales y 4.100 centros médicos concertados, aumentando su cuadro médico en un 43%, comporta una clara limitación de la libertad y defensa de sus derechos contractuales de médicos, hospitales y centros médicos.</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>El mercado hospitalario privado se encuentra también altamente concentrado en los 5 primeros operadores. Esa concentración responde a la necesidad de reforzar su posición negociadora respecto de las aseguradoras con mayor cuota de las que proviene la mayor parte de su facturación, evitando así una situación de dependencia económica que podría surgir de la necesidad de cubrir sus costes fijos y de la exigencia de un cierto volumen de actividad para ser rentables, al no poder ajustar fácilmente su capacidad a la baja.</p> <p>http://acco.gencat.cat/web/.content/80_acco/documents/arxiu/actuacions/20180605.2-estudi-hospitals-DEF-CAST.pdf</p> <p>Aunque la competencia se produce realmente entre diferentes servicios o especialidades, y en determinados territorios o ubicaciones geográficas, en Cataluña son varios los hospitales y muchos los centros sanitarios propiedad de entidades aseguradoras o mutuas de previsión social. La adquisición y/o creación de centros médicos, de diagnóstico, etc. por las aseguradoras es cada vez más habitual. Con ello se consiguen economías de escala derivadas de la coordinación de ambas actividades y un mayor poder de negociación que puede comportar un poder de mercado que derive en un abuso, expulsando a competidores eficientes y aumentando las barreras de entrada.</p> <p>La competencia en el mercado hospitalario es prácticamente nula y cada vez es más reducida entre los centros de salud como consecuencia de la consolidación de grandes grupos hospitalarios (concentración horizontal) y la integración vertical de hospitales y centros médicos con entidades aseguradoras (integración vertical). Es evidente que gozan de un significativo poder de mercado y que el grado de sustituibilidad de los hospitales concentrados -y más aún en el segmento de gama alta-, es escaso, no existiendo proveedores alternativos que puedan cubrir la totalidad de la demanda, al menos y a la vista de la cuota de mercado de Quirónsalud en el área metropolitana de Barcelona y que afecta a provincias vecinas. Ello además se acrecienta, si se tienen en cuenta los hospitales integrados verticalmente con entidades aseguradoras que solo ofrecen asistencia hospitalaria a los beneficiarios de sus pólizas y que, por tanto, no prestan sus servicios a otras aseguradoras.</p> <p>Tanto hospitales como centros médicos presionan a los facultativos para que presten sus servicios preferentemente en los centros u hospitales de su propiedad, o para que se integren en sus estructuras, atrayendo así al paciente.</p> <p>La prestación de servicios en las instalaciones de un centro de salud u hospital comporta a su vez, que los facultativos deban facturar con las claves propias del hospital o centro, con los baremos y retribuciones que aquellos han negociado con las compañías aseguradoras y el pago por la utilización de las instalaciones que ronda a un 40% de aquellas, generando una situación de dependencia económica cada vez mayor.</p> <p>En definitiva, muy pocos médicos de especialidades muy concretas o de ámbitos geográficos muy concretos, ostentan un cierto poder de negociación frente a hospitales y aseguradoras.</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>La Ley General de Sanidad, que regula la prestación de servicios de asistencia sanitaria, establece los principios generales del SNS y regula los servicios sanitarios de carácter público, estableciendo las bases para la actividad de los centros privados. Además, reconoce en sus arts. 29.1 y 40.9 la libertad de empresa en el sector sanitario y somete a autorización administrativa previa la instalación y funcionamiento de los centros que quedarán inscritos en un registro general. Así pues, al igual que las compañías aseguradoras, los hospitales requieren de autorización administrativa para el ejercicio de la actividad, que se obtiene cumpliendo los requisitos técnicos y regulatorios estipulados por las respectivas autonomías y, por otro lado, la capacidad financiera suficiente para acometer las inversiones necesarias. Tal extremo, si bien constituye una barrera de entrada, no se estima ni desproporcionada ni injustificada.</p> <p>No obstante, los requisitos técnicos sí tienen relevancia en la captación del negocio de los servicios de salud pública, por cuanto los hospitales deben reunir los requisitos técnicos de homologación que marquen las respectivas administraciones para poder resultar adjudicatarios de las diferentes modalidades de contratación o explotación existentes. Por ello, el grado de concentración hospitalaria constituye una barrera para la entrada de nuevos operadores.</p> <p>Por lo que respecta a la competencia potencial, la situación del mercado en la provincia de Barcelona, con un operador como el grupo Quirónsalud con una cuota de mercado superior al 42%, no hace prever un incremento de la oferta a corto plazo, pues implicaría la construcción de nuevos hospitales o la ampliación de los existentes, esto es, el acometer cuantiosas inversiones con un retorno muy lento porque el nuevo operador debería ser muy competitivo en precio para ganar cuota.</p> <p>Las previsiones de construcción de nuevas camas privadas en la provincia de Tarragona provienen de grupos ya consolidados que no harán sino incrementar las cuotas de mercado de los grandes grupos nacionales.</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 Consejo de Europa definió la calidad asistencial como el "grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce la posibilidad de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual".</p> <p>Cuando somos atendidos por un profesional sanitario, queremos que lo haga eficazmente y resuelva nuestro problema de salud con las mayores garantías posibles, de una forma adecuada a nuestras necesidades y, además, en el menor tiempo posible y sin incidentes. No obstante, la falta de medios y de tiempo para dar una atención personalizada que los facultativos padecen hoy en día, ponen claramente en riesgo esa calidad asistencial y, por tanto, la seguridad de los pacientes.</p> <p>La Encuesta CoMB constata la necesidad de los médicos de trabajar por volumen -única vía para conseguir una retribución mínimamente digna o incluso para cubrir gastos- con la consiguiente reducción en tiempo por acto médico, como consecuencia de la imposición por las compañías de seguros y grandes centros hospitalarios de los baremos a abonar por acto médico.</p> <p>No se consideran las singularidades de cada especialidad médica y, por tanto, no se tiene en cuenta que determinadas especialidades requieren de una importante dedicación por parte del especialista para poder ofrecer una calidad asistencial acorde, además de un seguimiento de la evolución de la patología.</p> <p>Tanto la encuesta CoMB como la realizada por la OMC constatan que las aseguradoras limitan el número de actos médicos/asistenciales por paciente e incluso no abonan consultas sucesivas ni revisiones. También constatan que se producen interferencias en los diagnósticos y actos médicos, por ejemplo, requiriendo informes para llevar a cabo una cirugía.</p> <p>Tampoco la formación ni el curriculum de los profesionales parece tener ningún valor.</p> <p>El Nomenclator (listas de actos médicos por especialidad y con criterios de menor a mayor complejidad, que sirve de base para conceptuar la retribución de los profesionales) es claramente deficiente, pues hay actos médicos y/o pruebas que no se contemplan, o que se contemplan con terminologías no homogéneas, imprecisas o muy amplias, lo que genera innumerables conflictos.</p> <p>La precarización del sector médico está llevando, además, a una pérdida de especialidades. Muchos especialistas a los que atender determinadas patologías les comporta perder dinero, han decidido no trabajar para entidades aseguradoras, extremo que además conlleva que se generen importantes listas de espera.</p> <p>Las innovaciones tecnológicas y las nuevas técnicas quirúrgicas son de difícil implementación, pues, al no constar cubiertas en las pólizas, son habitualmente rechazadas al menos, de inicio, lo que traduce en importantes esfuerzos del médico para conseguir, en su caso, la aplicación de determinados tratamientos o técnicas.</p> <p>En la Encuesta CoMB, el 90% de los facultativos que han respondido estiman que las retribuciones que actualmente satisfacen las entidades aseguradoras ponen en riesgo la calidad asistencial como se desprende de las respuestas abiertas a la pregunta 16 donde se recogen las preocupaciones de los médicos encuestados.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Las relaciones triangulares existentes entre compañías aseguradoras/grandes grupos hospitalarios y la profesión médica, no son fáciles. Su dificultad deriva, en gran parte, de que aquellas no valoran ni el trabajo que los médicos realizan, ni su curriculum ni la necesidad de continua formación. A pesar de las limitaciones e interferencias a las que, continuamente, se les somete en el ejercicio de su labor, y a pesar de la precarización acometida, aspectos todos ellos que comprometen seriamente la presentación de sus servicios, lo cierto es que es el esfuerzo y empeño de los facultativos el que mantiene la calidad asistencial.</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>Nos remitidos a lo ya expuesto al dar respuesta a las anteriores cuestiones, reiterando que, atendiendo a los resultados del Estudio OMC puede concluirse que las relaciones verticales entre aseguradoras y centro de salud/grupos hospitalarios si afectan al acceso al mercado de nuevos proveedores. Así, el 61,2% de los profesionales han observado que las aseguradoras han puesto en práctica una estrategia orientada a conseguir que los pacientes vayan directamente a sus centros propios (Pregunta 10 del "Estudio OMC").</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>Igualmente, nos remitimos a lo ya expuesto al dar respuesta a las anteriores cuestiones, añadiendo que el 32,2% de los profesionales observan que, cuando una aseguradora ha abierto centros propios ha excluido de su cuadro médico a los facultativos cuya especialidad compiten con las de estos centros (Pregunta 11 del "Estudio OMC"), por lo tanto, se condiciona la competencia. Y, el 44,9% considera que las aseguradoras han optado por un sistema de colaboración con los centros médicos.</p> <p>La integración vertical o estos acuerdos de colaboración cada vez más presentes en el sector se ve acompañado con presiones por parte de las aseguradoras o de los centros médicos colaboradores con las aseguradoras para que los facultativos se integren en sus equipos, con ello, en la relación profesional – aseguradora se interpone el centro médico que es el que negocia con la aseguradora las condiciones económicas de la prestación de servicio y cobra una cantidad al facultativo por la intermediación.</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>Debe partirse de una realidad incontestable, no existe negociación. Las tarifas se fijan por las aseguradoras limitándose el profesional a aceptar o no las mismas bajo la amenaza de quedarse fuera de los cuadros médicos.</p> <p>La Encuesta CoMB acredita que los médicos no han podido negociar con las aseguradoras de salud las condiciones económicas por la prestación de sus servicios ni inicialmente (en un 91%) ni durante la vigencia de su relación contractual (en un 88,5%) -cuadros 6 y 7-.</p> <p>Tras la aceptación del profesional se encuentra su dependencia económica de las aseguradoras pues, sin tener en cuenta la facturación indirecta, el 58,2% de los profesionales reciben más del 75% de su facturación directamente de las aseguradoras, y un 14, 8% entre el 50-75% de su facturación (cuadros 3 Encuesta CoMB).</p> <p>La situación se agrava si se tiene en cuenta que la interpretación y aplicación de las condiciones contractuales quedan al arbitrio de las aseguradoras. Así, entre otras prácticas con respecto de la aplicación de baremos (Pregunta 26 del "Estudio OMC"), el 36,8% de los profesionales han experimentado bajadas en baremo al aunar varios actos médicos en uno sólo, sin que el cambio equivalga a su suma por separado; el 30,4% observa baremos bajos para cirugías de alto riesgo; el 24,3% ha visto como operaciones con más de un código quirúrgico la aseguradora aplica sólo uno de ellos; y el 21% ha visto como la aseguradora en la liquidación de su retribución resta una cantidad por cambio de baremos, decididos unilateralmente por la misma, sin previo aviso.</p> <p>El 49,3 % de los profesionales han experimentado en alguna ocasión como la aseguradora limita el número de actos médicos-asistencias/mes requeridos por el paciente que son pagados por la aseguradora (Pregunta 27 del "Estudio OMC"). Realidad que igualmente se constata en el cuadro 10 de la Encuesta CoMB.</p> <p>Además, el 74 % de los facultativos reconocen que las aseguradoras han tratado de imponer/impuesto pagos capítativos (Pregunta 4). El 45,4% de los profesionales reconoce que las aseguradoras ni abonon consultas sucesivas ni revisiones.</p> <p>Se trata de una rentabilidad a volumen. Las aseguradoras garantizan un nivel de actividad al que los profesionales no pueden renunciar en la mayoría de los supuestos (riesgo de exclusión). Por ello, la fijación del cuadro médico constituye una herramienta decisiva para debilitar el poder de negociación de los médicos al constituir una barrera de acceso al ejercicio de la profesión en el ámbito privado, cuya oferta está copada por las entidades aseguradoras.</p> <p>Atendiendo a la falta de poder de negociación de los profesionales sanitarios se aconseja una interpretación flexible de la posibilidad de negociación colectiva que ofrece las Directrices que, si bien, alude a trabajadores autónomos sin asalariados no puede interpretarse con excesivo formalismo pues, se perdería la finalidad perseguida.</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).

Debe partirse de la inexistencia de negociación. Solo aquellos profesionales que por su especialidad o su localización geográfica resultan atractivos para las aseguradoras tienen cierto poder de negociación. Esta última situación representa la excepción.

Insistimos de nuevo en que para que tengamos un sistema de sanidad de calidad, se precisa no solamente seguros a precios competitivos, sino también retribuciones justas para los profesionales sanitarios pues, en caso contrario, se destruye valor y se pone en riesgo la salud de los pacientes.

El 69,9% de los profesionales denuncian que los baremos en su especialidad no han variado desde que presta servicios a las compañías con las que trabaja (Pregunta 22 del "Estudio OMC"). Un 53,3% aprecia una tendencia a la baja de los baremos (Pregunta 24). El 39,1% observa que los importes de los baremos en su especialidad son similares entre las distintas aseguradoras, que presentan diferencias inferiores al 5% (Pregunta 25).

Incluso un 16,8% de los facultativos denuncian que los baremos han bajado en lugar de subir (cuadro 9 de la Encuesta CoMB).

Frente a esta realidad, los profesionales declaran un incremento de los costes de la actividad (Pregunta 23 del "Estudio OMC"), así, el 57,7 % alegan que ha aumentado el coste del material fungible, el 49,2% los contratos del personal auxiliar y el 57,3% las inversiones en equipos médicos.

El hecho de que las tarifas abonadas al profesional sean mínimas exige un mayor volumen de pacientes para cubrir costes, por lo que, la calidad en la prestación de servicio se resiente. La precariedad de los médicos afecta directamente a la salud de los pacientes.

Interesa llamar la atención respecto de una realidad muy representativa de esta cuestión. Conforme se aprecia en la Resolución SLT/474/2022, de 25 de febrero, sobre la revisión de precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios que presta el Instituto Catalán de la Salud (<https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/8617/1893263.pdf>), y que refleja los precios públicos de los servicios sanitarios prestados a los usuarios no cubiertos por el Sistema Sanitario Público, estos precios son claramente superiores a las retribuciones que reciben los médicos de las aseguradoras (conforme se puede apreciar con una simple comparación de los precios incluidos en dicha Resolución y una comparación con el documento sobre las retribuciones de las distintas compañías aseguradoras que acompañaremos como documento en correo electrónico independiente).

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

Se aprecian indicios de abuso de posición de dominio (art. 2 LDC y art. 102 TFUE) y prácticas desleales (art. 3 LDC) de las aseguradoras, que deben llevar a la incoación de los correspondientes expedientes sancionadores para el cese de dichas prácticas, pero cabe proponer otras medidas complementarias:

(i) La negociación colectiva de los médicos con las aseguradoras al amparo de las Directrices que corrija el desequilibrio de poder. Según la Encuesta CoMB la mayoría de los médicos son autónomos y, de estos, el 66,2% tienen administrativos asalariados. Cuando lo relevante es la dependencia económica, un diferente trato de los médicos carecería de sentido. Además, si el 34 % de los médicos autónomos (sin asalariados) podría llevar a cabo una negociación colectiva y el resto no, se distorsionaría el mercado. Por ello, sólo debería exigirse para la aplicación de las Directrices que el autónomo preste el servicio "principalmente" de manera personal

(ii) Dadas sus particularidades, promover una regulación específica del contrato de seguro de salud en la que se prevea (a) garantías para el consumidor en la contratación (b) medidas para garantizar el equilibrio de las prestaciones entre los intervinientes en su ejecución, (c) la suscripción de códigos de conducta que estén dotados de mecanismos de resolución de conflictos y de un régimen sancionador, y (d) un canal de denuncias, que garantice el anonimato del denunciante que permita a un organismo independiente investigar y denunciar posibles prácticas ilícitas.