

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Corredor de seguros</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>Juan Carlos Lluch Cerdá</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 los elementos citados son importantes para el consumidor, si bien existe una cierta tendencia a confundirlo ofreciendo precios muy tentadores sin informar qué se sacrifica y ello va desde tecnologías, especialidades o tratamientos concretos a limitar el número de sesiones, días de hospitalización, etc. Asimismo, muchas aseguradoras mantienen los mismos honorarios médicos desde hace décadas lo que conlleva que los médicos más reputados no estén en dichos cuadros sino aquellos que no alcanzan notoriedad para facturar honorarios dignos. Para terminar, la industria hospitalaria se ha transformado en un oligopolio y eso afecta también al usuario. Las listas de espera en sanidad privada pueden ser casi tan elevadas como en la pública.</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).

Como he indicado, se confunde al usuario con mucha facilidad. En este momento hay pólizas a 24€ al mes que se presentan como productos de calidad. La contratación online no ha hecho sino precarizar la calidad de la información precontractual por lo que, en muchos casos, el usuario no conoce lo que realmente ha contratado hasta que la cruda realidad se manifiesta ante un problema de salud. Asimismo, no se cumple con lo dispuesto en las disposiciones adicionales 4ª y 5ª de la Ley de Contrato de Seguro que prohíbe discriminar a las personas discapacitadas o con VIH u otras enfermedades. Ninguna aseguradora ofrece en términos previos información adecuada a lo previsto en la Ley y siguen aplicándose sobreprimas (recargos), algo expresamente prohibido en las disposiciones indicadas dándolo por natural.

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).

La documentación contractual no informa habitualmente el coste futuro del seguro e incluye cláusulas de revalorización de la prima en dichos contratos de tracto continuado que vulneran el TRLGDCU al dejar a la parte profesional la fijación de la prima sin referirla a ningún elemento objetivo verificable por el usuario: ni se facilitan proyecciones de prima futuras ni se establece un mecanismo objetivo y verificable de actualización (IPC, un tanto por ciento pactado, etc). Asimismo, se informa - salvo excepciones - el derecho previsto en el art 22 de la Ley de Contrato de Seguro, reteniendo el derecho a no renovar el contrato cosa que es especialmente dolorosa si un asegurado sufre una enfermedad grave, crónica o ha entrado en la tercera edad.

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).

El seguro de asistencia sanitaria requiere una alta personalización en la propuesta. Ello implica que, para una cierta familia, la póliza más adecuada a sus intereses no sea de la misma aseguradora que protege su hogar o su vehículo. En este sentido, es un problema que la venta sea ejecutada atendiendo a los intereses del asegurador - quien cuenta con datos - y no aquellos del cliente. Obviamente, en una venta cruzada pueden darse conflictos de interés y, como ya he comentado, hay información relevante que se oculta o que no se aborda lo cual impide al usuario contar con una visión precisa de lo que contrata o del coste de oportunidad que tiene al no considerar otras propuestas más convenientes. Con frecuencia se plantean descuentos que carecen de base técnica y que son meros engaños.

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).

Las disposiciones adicionales 4ª y 5ª de la Ley 50/1980 prohíben al asegurador discriminar denegando cobertura por razón de discapacidad, VIH o cualquier otro motivo de salud. Igualmente prohíbe utilizar productos distintos al estándar para dichas poblaciones o aplicar recargos. No obstante, es general y universal dicha discriminación, aunque sea mediante recargos llamados "sobresuavizaciones". Asimismo, se discrimina por edad - incluso se les echa al alcanzar cierta edad - y en muchos casos, por sexo. Es prácticamente imposible asegurar niños o mujeres solos. También existe discriminación por sexos al no contemplar la asistencia, por ejemplo, a personas trans. Por Ley debería obligarse a que se facilite un compromiso de primas a 10 ó 15 años vista plasmado en la póliza, así como a ofrecer un método de actualización de primas sujeto a índices transparentes y verificables y a la inaplicabilidad del art 22 por parte del asegurador, en todos los casos. En caso de pólizas colectivas (empresa, por ejemplo), debería ser obligatorio legalmente que las personas aseguradas al pasar a una póliza familiar o individual por la extinción de su relación con la empresa deban ser aceptadas sin pasar nuevo cuestionario médico y sin que se puedan excluir preexistencias o tratamientos anteriores (esto es lo que ocurre habitualmente), a precio de tarifa estándar. Llama la atención que si tenemos un seguro a todo riesgo del coche y nos lo dañan el último día del año asegurado (por cambio de compañía, por ejemplo) la aseguradora debe hacerse cargo de la reparación total del coche. No obstante, si el 30 de diciembre nos ponemos enfermos y el 1º de enero ya no tenemos seguro, se discontinúa la atención pese a que el "siniestro" no ha sido resuelto en su totalidad. Es por ello por lo que propongo que el asegurador deba continuar el tratamiento hasta la sanidad o defunción de su asegurado independientemente de que renueve o no la póliza dando cumplimiento, así, al principio básico de todo seguro que es restaurar el riesgo asegurado a su situación previa.

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).

El rehúse debe ser motivado y siempre referido al contenido del contrato. Habida cuenta de lo previsto en las disposiciones adicionales 4ª y 5ª de la Ley 50/1980 ya citadas, carece de sentido excluir por preexistencia aquello que no se puede tratar salvo que se caiga de lleno en la discriminación prohibida por estas disposiciones.

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).

Hay aseguradoras que tienen por compromiso ir incorporando aquellas tecnologías, tratamientos y especialidades que la Organización Médica aprueba periódicamente. Otras mantienen sus contratos sin actualizar por décadas recurriendo a prestar a sus asegurados prestaciones que ocasionan mayores riesgos, menor eficiencia, con periodos de recuperación más prolongados y mayores sufrimientos. Teniendo en cuenta que estamos ante riesgos de personas, considero que sería conveniente establecer un sistema de semaforización o similar a fin de que el usuario sepa que si opta por ahorrarse un dinero va a tener unos riesgos y sufrimiento distintos que si opta por soluciones más modernas y costosas. También es relevante la limitación, a veces escandalosa, en cuanto al número de sesiones o días de hospitalización o UCI cubiertos.

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Las actuaciones sobre la salud humana afectan a la calidad de vida de las personas y a su supervivencia. Es importante que los servicios que requieren se ajusten a estándares de calidad adecuados y ello exige que los profesionales que asisten a los asegurados puedan ejercer dignamente, con una ratio de pacientes razonable, y ello pasa - necesariamente - por garantizar sus ingresos en términos razonables, pero actualmente y desde hace décadas, tienen que malvender sus honorarios mientras las aseguradoras hacen una guerra de precios estúpida y suicida, tanto para ellas como para el asegurado quien no es consciente del riesgo que corre.</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>Existe una alta competencia que ha devenido en guerra de precios. Desafortunadamente, esta va acompañada de una fuerte contaminación en materia de comunicación. Se vende como "lo mismo, pero más barato" cuando no es cierto. En bancaseguros se han propuesto obtener elevadas comisiones por la intermediación de seguros y ello se logra, en muchas ocasiones, vinculando el acceso a productos de financiación con seguros donde la contratación no es libre, sino resultado de dicha coacción.</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).

La concentración hospitalaria en un modelo oligopólico es un grave problema de entrada. Y la guerra de precios y confusión de mercado otro escenario que obstaculiza una venta asesorada.

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

Cambiar de asegurador es muy complicado para toda persona que haya sufrido algún pequeño o gran problema de salud, pese a lo que disponen las disposiciones adicionales 4ª y 5ª de la Ley 50/1980. Ello implica que, ante la eventual discriminación existente, uno deba conformarse con lo que tiene, por malo que sea. El problema es que hay aseguradoras que aprovechan esa situación para extorsionar a sus clientes con primas absurdas, desproporcionadas. Si el cliente no se va, paga cifras astronómicas. En caso contrario, pierde su cobertura privada.

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).

Como ya he indicado, existen diferencias muy marcadas entre productos low-cost, con bajo contenido asegurador, límites muy pequeños y escasas especialidades, tratamientos y tecnologías cubiertos que, además, recurren a profesionales muy mal pagados. Y este escenario convive con pólizas que admiten libre elección de médico y hospital, que cuentan con elevados niveles de calidad y tecnologías y tratamientos actualizados. Un español puede comprar su cobertura mensual entre 12€ y 600€ al mes por persona lo que puede dar una idea de la escala de tonalidades distintas que puede hallar en el mercado. Lo salvaje es que cuanto más barato es el seguro menos esfuerzo realiza para marcar sus diferencias con lo que roza el engaño.

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).

Fruto de la diferencia de tarifas y la conducta de mercado de aseguradoras y mediadores, las diferencias son enormes pero estas son, con frecuencia, minimizadas por las comercializadoras especialmente de seguros baratos y pobres en cobertura y prestaciones.

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

Asisto gratuitamente a personas y empresas que son víctimas de prácticas o cláusulas abusivas, así como perjudicados por la deficiente comercialización de seguros. Por ello tengo un cierto conocimiento de lo que causan estos supuestos sobre la calidad de vida, la seguridad y el bienestar de las familias.

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).

El escenario oligopólico está cerca de acabar constituyendo un cartel no declarado. En algunas provincias no hay ya alternativa posible.

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).

Las aseguradoras imponen sus baremos afectando a la competencia. Tan solo tienen una relación equilibrada con los grandes grupos hospitalarios quienes parecen llevar la batuta. Pero no así con médicos y pequeñas clínicas.

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).

En otros países los servicios médicos (se puede comprobar en muchos servicios de telemedicina) aportan elementos curriculares del médico: experiencia, ratios, publicaciones, datos académicos, etc. En España dicha información no existe por lo que el usuario acude a ciegas al profesional o recurre a referencias de amigos o familiares. Es obvio que al asegurador no le interesa el CV de un especialista al que paga 16€ o del médico de familia al que paga 7€ por consulta. Aparte, esta situación de precariedad en los honorarios médicos determina que aquel profesional que prospera abandona el cuadro médico a la menor oportunidad lo cual implica situaciones complicadas para los asegurados que deben buscar otra alternativa y renunciar a un prestador de confianza.

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).

Si. Al final genera un cierto conflicto de interés puesto que la marca aseguradora intenta reducir costes generando un flujo directo a sus servicios propios. A veces eso se consigue, también, con tácticas poco respetuosas con la competencia tipo "allí no te cubro, pero aquí sí".

<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>El conflicto de interés conlleva que las pruebas diagnósticas, el tratamiento, los materiales a aplicar (prótesis, etc) queden vinculados a una posible decisión económica beneficiosa para el Grupo cuando en un escenario de libertad para el profesional médico la decisión habría sido diferente y, por descontado, más favorable a los intereses del paciente en términos de salud, bienestar y durabilidad de los efectos del tratamiento. En algunos casos extremos, ahorrar en medios de diagnóstico o de tratamiento puede comprometer la supervivencia del asegurado.</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>Estamos ante una relación completamente asimétrica, donde existe una clara posición dominante por parte de las aseguradoras y grupos hospitalarios respecto de los profesionales sanitarios. Que en 2023 un médico cobre lo mismo que en 1998 creo que es suficientemente aclaratorio de la situación.</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).

Los médicos se están empezando a rebelar y ello puede conducir a un colapso del modelo de asistencia sanitaria low-cost y de la guerra de precios que mantienen las aseguradoras desde años atrás. Si este plantón es realmente secundado podría conllevar incrementos importantes de primas y una parte de la población asegurada hallaría sus pólizas insostenibles.
El reto es mayúsculo pues la alternativa se basa en mantener precios insostenibles gracias a que los profesionales presten en precario sus servicios, saturados, estresados y con el gran riesgo de errores profesionales que genera toda sobreexplotación.

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