

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>Adriana Paredes Ríos</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>Las pacientes buscan que las aseguradoras cumplan lo que prometen: amplio catálogo de profesionales en TODAS las especialidades, acceso rápido a una cita con un profesional experto, amplia cobertura para sus necesidades en instalaciones bien equipadas, y todo eso a un precio competitivo. Muchas de las aseguradoras ofrecen eso pero, en la práctica, ni siquiera pueden contar con especialistas de todas las áreas, y los especialistas más expertos también tienen mayor demanda y no podemos ofrecer citas con la anticipación que el paciente desea, porque son muchos pacientes...</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).

Ambo aspectos, claridad y comparabilidad, son de una calidad deficiente, ya que ofertan una gran cantidad de servicios y especialistas por un precio irrisorio, no informan claramente a los pacientes de los servicios a los que pueden acceder mediante el seguro y además les verbalizan, mediante engaños muy parecidos a los ya penalizados en los servicios bancarios, que les cubren todos los servicios y especialistas. Finalmente el paciente acude a la consulta para darse cuenta de que muchos especialistas con los que desea atenderse, o no llevan esa póliza específica, o que no hay disponibilidad de especialistas, o que el servicio que requiere el médico que se realice, no es autorizado porque no le cubre, y el paciente se entera cuando ya está necesitado del servicio. Por si fuer apoco, es difícil compararl as ya que todas ofrecen las mismas condiciones que estoy describiendo.

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 forma en que las pólizas están redactadas suele ser confusa, compleja y de difícil interpretación, centrada en asegurarle al paciente todas las coberturas que el paciente se puede imaginar, pero cuya imagen no concuerda, en la práctica, con lo que el paciente entiende que le han ofrecido. Muchos pacientes se presentan en la consulta con una necesidad, sólo para darse cuenta, cuando la póliza es de reciente adquisición, que tienen un período de carencia que les impide acceder a los servicios que necesitan, hasta que hayan pasado 3, 6 ó 9 meses desde que adquirieron la póliza, pero ellos ya están pagando dicha póliza!!! inutilmente , porque no la pueden usar salvo para la consulta, siendo necesario esperar a que termine la carencia para poder hacerse las pruebas indicadas por el galeno, retrasando no sólo el diagnóstico, sino también el tratamiento.

<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>La comercialización cruzada no hace más que incrementar la confusión del paciente, que cree que adquiere unos servicios, descritos por el agente de ventas como lo mejor del mercado, para darse cuenta, cuando necesita el servicio, de las una y mil restricciones y letras pequeñas de esas pólizas, que suelen parecer competitivas en precio por adquirirse en paquete</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>Existen múltiples restricciones injustificadas que retrasan el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes, no sólo de las pólizas privadas sino también de las que pertenecen a funcionarios (MUFACE, ISFAS, etc), ya que los periodos de carencia, o las pólizas low cost que sólo son aceptadas por un número reducido de especialistas (situación que NO es informada al paciente, quien la compra creyendo que va a poder seguir siendo atendido por sus médicos de confianza), provocan que los pacientes se encuentren desprotegidos ante los abusos de las aseguradoras. La normativa debería ser mucho más estricta en cuanto a la obligación de las aseguradoras de cumplir lo que ofrecen, sin restar disponibilidad de servicios médicos a los pacientes.</p>

**6. Valore la aplicación del
rehúse (decisión que, en base
a las normas de la póliza,
adopta la compañía
aseguradora, en virtud de la
cual no acepta el pago de un
 siniestro) de siniestros o
enfermedades por parte de las
compañías de seguros
(máximo 500 palabras).**

Estos casos generan un gran problema para los profesionales que ya hemos dado el servicio, con un nivel de especialidad que suele ser alto porque generalmente se trata de situaciones de urgencia, donde aplicamos la mayor de nuestra experiencia, pero que a la vez implican una gran responsabilidad, para luego darnos cuenta de que nuestro esfuerzo no va a ser remunerado ya que ni la aseguradora ni el paciente asumen los gastos, con lo que el profesional se ve obligado a echar mano de abogados, y entrar en litigios eternos y muy seguramente infructuosos, cuando él o ella ya han prestado un servicio de calidad, de gran responsabilidad, y que de presentar consecuencias legales, también se ve expuesto a demandas en su contra. Todo esto sin haber sido remunerado por sus servicios, ya que es el último eslabón de la cadena.

**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 un avance, pero nos hemos encontrado de que las aseguradoras, pese a haber incorporado nuevas técnicas, cuentan con pocos profesionales que las realicen, ya sea porque no hay en la localidad donde vive el paciente, o porque los profesionales que las ofrecen, no desean trabajar con aseguradoras, encareciendo el servicio y dejando desprotegido al asegurado

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Considero que las aseguradoras de servicios médicos son intermediarios, la mayoría ineficientes, de servicios que desconocen, que buscan más que proveer, limitar el acceso de los asegurados a los servicios que se supone ofertan, que deliberadamente mienten para engañar a los posibles compradores con características del servicio que, en muchas ocasiones, ni siquiera tienen condiciones de cumplir. Además, los profesionales sanitarios terminamos siendo el eslabón más débil, no sólo porque nuestros servicios no se están remunerando de acuerdo a la inflación, y esta situación es así desde hace años, lo que limita nuestro crecimiento y disfrute de nuestro trabajo, nos roba salud, ya que nos impone un estrés excesivo, y que no provoca que nos sintamos valorados por el sistema, a pesar de la necesidad de nuestros servicios y de la responsabilidad que conllevan.</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>Percibo que existe un alto grado de competencia y una gran variedad de empresas que gestionan y ofrecen estos servicios, tan es así, que las empresas que no logran crecer en el mercado, son absorbidas por otras más grandes. Sin embargo, para sectores "rehenes" de estos intermediarios, como los mutualistas, esta oferta se reduce y no permite que los servicios que deberían ofertar (similares a la cobertura de la seguridad social) puedan llegar a todas las localidades, es decir, que la distribución sea muy desigual en el territorio español</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).

Si que existen barreras ya que las aseguradoras actuales hacen convenios con grupos hospitalarios y mutuas, con poca transparencia, medrando las retribuciones de los sanitarios para obtener mayor beneficio.

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

Las dificultades son enormes ya que forzan a los asegurados a firmar contratos anuales, lo mismo pasa con las mutuas, que sólo pueden optar al cambio a final de cada año, situación muy parecida a la penalizada ya a las compañías de telefonía móvil: es muy fácil contratar, pero es caro cambiar de opinion, pierden la antigüedad y se ven expuestos nuevamente a periodos de carencia, y exponiéndose a perder también a los especialistas a los que ya están habituados

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).

Las diferencias que observo se deben a la aplicación de copagos, la eliminación de períodos de carencia (otra más de las irregularidades que ejercen las aseguradoras ya que el paciente está pagando por servicios a los que NO puede acceder, y le ofrecen pagar MAS para poder acceder... no tiene sentido). Pero la diferencia más llamativa en la actualidad es, tras la pandemia, la aparición de las pólizas "low cost", de bajo coste, donde ofrecen cobertura para familias enteras a precios que no se entiende como pueden cubrir todos los gastos.

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).

Es evidente que existen diferencias, ya que el hecho de que haya copagos, períodos de carencia, o pólizas de bajo coste, convierte a los asegurados en pacientes con diferentes categorías, primera, segunda y tercera clase o menos.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>La falta de transparencia en las coberturas de las aseguradoras y la aparición de pólizas de bajo costo, además de los cargos extras para evitar períodos de carencia, no sólo encarecen a mediano y largo plazo las pólizas de los asegurados, quienes pagan la mayoría puntualmente por servicios que no reciben, y que cuando demandan, se dan cuenta de que tienen que buscar al profesional que le cubre dicha póliza, que puede incluso estar en otra localidad, mientras que las aseguradoras se enriquecen cobrando por servicios que no dan.</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>Afortunadamente en España existe una gran oferta de servicios sanitarios para los pacientes con seguro de asistencia sanitaria, lo que genera una competencia más o menos equilibrada en las zonas urbanas, situación que NO se da en zonas menos pobladas. Y digo una competencia más o menos equilibrada porque los grupos hospitalarios, quienes secuestran las claves médicas, convirtiendo a los médicos en meros empleados, no en responsables de su práctica de manera directa, pero que esto les permite negociar directamente con las aseguradoras, pactando baremos convenientes para su empresa, y medrando de los honorarios de los profesionales sanitarios</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>Existen barreras porque las principales aseguradoras, a modo de mafias, copan el mercado pactando con los grupos hospitalarios, a quienes ofrecen cuotas de pacientes cautivos a costa de precios risibles que afectan directamente a los sanitarios.</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 determinar la calidad de los servicios sanitario basta ver el nivel de satisfacción de los usuarios, el cual se forma tras el trato con los profesionales que, si poseen un entrenamiento y credenciales oficiales, darán un servicio de calidad, resolviendo los problemas médicos de los usuarios. Para evaluar dicha calidad se pueden consultar estadísticas de resultados en los diferentes centros sanitarios</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Los grupos hospitalarios, centros sanitarios y hospitales privados, lejos de velar por el bienestar de los pacientes y ofertar servicios profesionales de calidad, se han aliado a las mafias de las aseguradoras para ofrecer servicios con el mayor interés de ganar dinero, y los servicios de salud no deberían tener ese objetivo, sino el de mejorar la salud de los asegurados.</p>
<p>19. Valore si a su juicio las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios afectan al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios (clínicas, hospitales, centro de salud, etc.). Razone su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>Efectivamente lo afectan, generando una centralización de servicios que secuestra al asegurado para que no pueda acudir a otros centros o especialistas de su preferencia, quienes, si trabajan de manera individual, y con la baja remuneración que recibimos actualmente, le resulta costoso asociarse con otros profesionales y crear nuevos centros, quedándole como única opción ser absorbido por los grupos ya existentes. Esto es algo similar a la extinción de las tiendas de barrio por las grandes superficies.</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>Tienen un efecto claramente negativo ya que obligan al cliente final a acudir a los centros a los que es obligado, perdiendo oferta o no pudiendo ser atendido por un médico de su preferencia, deteriorando la calidad y limitando la competencia</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>El funcionamiento simplemente es inexistente, las aseguradoras no responden a nuestros cuestionamientos ni a las solicitudes de negociación, y cuando lo hacen, es para aumentar de manera irrisoria los baremos, o para amenazar al profesional con echarlo del cuadro médico si no se conforma con lo supuestamente pactado, porque en realidad no hay negociación previa, solo imposición</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).

Sería un efecto beneficioso, de comenzar a hacerlo, ya que en la actualidad es muy escasa esta negociación con el objetivo de mejorar los servicios médicos. Las únicas negociaciones son con los grupos hospitalarios que medran a costa del trabajo de los profesionales

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

Ni los asegurados ni los médicos son considerados parte importante de la planificación y negociación de las condiciones de servicio entre aseguradoras y grupos hospitalarios, pero son los principales actores de este escenario. Eso tiene que cambiar porque no sólo deteriora la relación médico - paciente, sino que fuerza al profesional a trabajar por volumen, o incluso, puede abocar a los servicios privados a su extinción por la cada vez más escasa cantidad de recursos médicos