

<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>Asociación de Ginecólogos y Obstetras de Castellón</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 epígrafes, precio, cobertura y cuadro médico son importantes para el consumidor. El precio, porque cada día se venden más pólizas de bajo coste, diciendo que tienen todo cubierto (publicidad engañosa) y se aprovechan del cuadro médico que tienen para otro tipo de pólizas. El consumidor no sabe realmente que está comprando, y luego no consigue cita, o no le entran pruebas ni intervenciones, y el médico se encuentra con la incapacidad de darle solución a su problema. La elección de un seguro de salud debería ser transparente y no con letra pequeña en los contratos, el consumidor debe saber cuánto se abona por el servicio que se le ha prestado (como la factura informativa del Sistema Nacional de Salud), y tendría que dar la opción de elegir el médico, no imponer los que hay en el cuadro médico. Hoy por hoy, los consumidores no saben que están comprando.</p>

2. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información precontractual (alcance, duración, cuadro médico, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

No existe claridad, solo hay campañas mal orquestadas para conseguir clientes, no se les informa y no hay transparencia. En cuanto a comparación de ofertas, todas ofertan lo mismo, "los mejores profesionales, cobertura de todas las pruebas e intervenciones y todo por 15,95 euros al mes", "Protege a tu familia con las mejores coberturas de forma ilimitada y gratuita por 23,50 euros para 8 miembros familiares", "Nos preocupamos por la salud y bienestar de tu familia. Descubre nuestro seguro médico más vendido: Cuidaremos de tu salud física y emocional. Tendrás una extensa cobertura y servicios a tu alcance. Consultas ilimitadas por chat o videollamada en medicina general y especialistas a través de la App. Te facilitaremos todos los procesos y gestiones para que solo te preocupes de disfrutar", "El seguro Especialistas: nuevo, diferente y muy económico, que te garantiza lo mejor de la sanidad privada desde 13,95€/mes con copago. Ahora con 2 meses gratis." (Lo del copago no existe para el médico del cuadro, imponen su baremo de precios).
Frases sacadas de las campañas publicitarias de aseguradoras.
Como verán, así no se puede dar una calidad asistencial, todas las aseguradoras compiten para conseguir clientes tirando por bajo los precios, y por tanto no hay competencia si se vende por bajo de coste.

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).

No existe claridad del seguro que contratas, el comercial no explica las coberturas (el cliente no sabe que tiene realmente cubierto), ni los límites (el cliente no sabe el límite de visitas y pruebas que tiene), ni el coste que abonará por el servicio (el cliente no sabe cuánto se paga por cada acto, no hay transparencia). No se informa habitualmente el coste futuro del seguro e incluye cláusulas de revalorización de la prima por uso continuado que vulneran el TRLGDCU al dejar en manos de la Aseguradora la fijación de la prima sin referirla a un elemento objetivo verificable por el cliente. Comparando, todas ofrecen lo mismo "los mejores profesionales", "los mejores hospitales", "libre elección de profesional", etc. Es una publicidad para captar clientes, no se distinguen las diferencias. El cliente se decanta por la más barata, ya que todas ofrecen lo mismo.

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).

Al cliente le incluyen el seguro de salud para poder optar a una Hipoteca, o un Crédito, diciendo que así el paquete le sale más económico o que es necesario para realizar la operación, vinculan el seguro de vida al de salud, o al de hogar, etc. Es toda una orquestación para conseguir el cliente y cerrar la operación, una manera de tener obligado al cliente mientras dure el contrato, no hay claridad ni transparencia. Se dan conflictos de interés y hay información relevante que se oculta o no se dice por parte de la Aseguradora, que impide al cliente poder valorar que póliza o Compañía le conviene.

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).

No se respetan las disposiciones adicionales 4ª y 5ª de la Ley 50/1980. No se puede restringir enfermedades preexistentes, ni subyacentes, es un riesgo para la aseguradora, pero pueden optar por encarecer la prima para no excluir nada. Si una aseguradora tiene un cliente con cáncer, este está obligado a permanecer en dicha aseguradora ya que otras no le incluirían el cáncer que padece. Si el cliente tiene una enfermedad crónica desde el nacimiento, a partir de su detección no se le cubriría marchando a otra aseguradora. Esto debe cambiar. Pero no es rentable por la venta de pólizas muy baratas. Las pólizas deben tener el valor justo para poder cubrir todos los eventos que surjan, no se puede vender un seguro por debajo del valor de coste. Si el cliente informa de una enfermedad, esta queda excluida de la cobertura, o solicitan informes a los médicos para saber desde cuando tiene esa enfermedad, para poder excluirla. Las pólizas de Salud se han convertido en un negocio, cuando deberían ayudar al cliente en su enfermedad cubriendo sus necesidades sanitarias. Por otro lado, existe la "carencia", periodo de tiempo que el cliente no tiene derecho a ingreso hospitalario, intervenciones pruebas diagnósticas especiales, y si le ocurre algún problema de salud en ese periodo, queda al descubierto, y tiene que acudir a la Sanidad Pública, con la demora que ello conlleva.

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 ocurre, por no explicar qué está cubierto y desde cuándo, el agente no explica convenientemente estos hechos, y luego ocurren negativas al pago de los siniestros.

Por otra parte, no se realiza examen de salud a los nuevos clientes, y si ocurre una enfermedad, piden informes a los médicos para saber si tenían la enfermedad antes de firmar el seguro. Convierten a los médicos en informantes y policías, lo cual no es su cometido.

Por tanto, se debería aplicar las disposiciones adicionales 4º y 5º de la Ley 50/1980 del Contrato del Seguro. Y si no se aplican establecer sanciones a las Aseguradoras, así, sí que se evitarían esos rehúses.

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).

Esto ocurre en muy contadas ocasiones, en los nuevos nomencladores de especialidades, las aseguradoras rehúsan incluir nuevas técnicas y tratamientos, porque les resulta caro. Por otro lado, incluyen productos como podología, acupuntura, balnearios, pagando a los profesionales muy por debajo del coste, amparándose en darles más clientes. Engañan al cliente y al profesional, ya que no consiguen cita por los bajos precios percibidos.

En este momento todas las especialidades están desde sus Sociedades, modificando el Nomenclador para incluir nuevas técnicas diagnósticas y tratamientos, y todas las Aseguradoras se niegan a incluir estos cambios, solo optan por quitar los obsoletos, pero no añaden los nuevos. Esto ocurre por vender pólizas baratas, por debajo de coste, no pueden hacer frente a los gastos de tratamientos nuevos.

Y esas nuevas técnicas diagnósticas y tratamientos al no estar en el Baremo de las Compañías Aseguradoras, las tiene que abonar el cliente, y por el precio elevado opta por acudir a la Sanidad Pública.

Todo lo que no cubren las Compañías Aseguradoras, termina en la Sanidad Pública y es dinero que se ahorran, sobrecargando al sistema público de patología compleja.

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>La atención sanitaria afecta a la calidad de vida de las personas y a su supervivencia. Es necesario que la asistencia sanitaria se ajuste a estándares de calidad y ello exige que los profesionales que atienden al cliente puedan ejercer dignamente, evitando la sobrecarga de atención para poder subsistir, ya que no se garantizan los ingresos necesarios para seguir prestando el servicio.</p> <p>En otros países de nuestro entorno, Comunidad Europea, las Compañías Aseguradoras están obligadas a repercutir las ganancias en mejorar las coberturas y marcan un precio mínimo por acto para el profesional (no está prohibido). Esto está controlado y auditado por los Ministerios de Sanidad de cada país, aquí ni se lo plantean (políticos) y las instituciones (DGS, CNMC, OMC) que podrían controlar, dentro de sus márgenes, ni se mueven, vamos, miran desde la barrera.</p> <p>El desarrollo de la Normativa de la Ley de la Competencia le corresponde al Gobierno y Ministerios, pero, la DGS y a la CNMC, pueden asesorar en la confección de los Reglamentos, y aquí desde 2009 no se ha realizado nada.</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 competencia, si existe, es solo en los precios de la prima, ya que todos los médicos están en casi todas las aseguradoras y todas ofrecen casi lo mismo, hay pequeñas diferencias de limitación de visitas, coberturas, especialidades, días de ingreso y atención en el extranjero. La competencia es muy sutil, a la hora de usar el servicio es cuando surgen los inconvenientes que el cliente no ha leído y no le han avisado.</p> <p>Algunas Compañías Aseguradoras hasta ofertan, podología, acupuntura, balnearios, para distanciarse de las competidoras.</p> <p>La competencia consiste en conseguir clientes a cualquier coste, ofertando 1 euro más barata la póliza y menoscabando al profesional que realiza el servicio.</p> <p>¿Ustedes creen que de 15,95 € a 30,95 € por póliza mensual, hay competencia? Con esos 15 € de diferencia ¿Qué prueba o tratamiento se puede cubrir?</p> <p>El cliente opta por la póliza más barata, sin saber que está contratando.</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>Desconocemos si existen barreras, pero las nuevas aseguradoras no están auditadas, ni controladas, cuando sus primas ponen en riesgo la calidad asistencial y el mercado del seguro, la CNMC y la Dirección General de Seguros debería marcar un límite a partir del cual es factible dar un servicio de calidad. No existe Competencia ni Mercado, cuando se vende por debajo del coste, es ir a la destrucción y ruina. Si en este momento los médicos dejaran de atender seguros, las aseguradoras, hospitales, centros, entraban en quiebra y todos los trabajadores se quedarían sin trabajo. En Europa todas las Sociedades Médicas, o los Ministerios de Sanidad emiten un precio mínimo para todos los actos médicos, cada año aplicando el IPC. En España, como no han desarrollado la Normativa, impiden un precio mínimo (¿por la competencia?) Esto lleva a sacar primas que no pueden cubrir los costes del servicio, y en vez de cumplir con su cometido (CNMC y DGS) se dedican a multar a los Colegios, Asociaciones que recomiendan un precio mínimo, para cubrir costes. Deberían empezar a realizar su función, primero desarrollar la normativa, segundo auditando a las Aseguradoras que cumplan con el Contrato del Seguro, Competencia y reinvertir en beneficios para los asegurados, incluyendo nuevas técnicas y tratamientos.</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 cambio de seguro se puede realizar cumpliendo con la ley, avisando de la no renovación un mes antes del vencimiento de la póliza. Pero si tienes una enfermedad, no te aceptan en otra aseguradora, estás obligado a permanecer en la que tienes y subiendo la prima cada año por la siniestralidad. No es justo este impedimento, vulnera el derecho del cliente de poder elegir y le obliga a permanecer con una prima encareciéndose cada año, hasta llegar a ser imposible de pagar. No se cumplen las disposiciones adicionales 4º No discriminación por razón de discapacidad y 5º No discriminación por razón de VIH/SIDA u otras condiciones de salud, de la Ley 50/1980</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>Si de 5 a 15 euros la prima son diferencias, las hay. Pero, insisto pagar 18 euros o 30 euros no es el problema, el problema es que una prima debe estar sobre 150 euros, como mínimo, si quieres dar calidad y servicio.</p> <p>Las primas en Europa oscilan entre 400 y 600 euros al mes por asegurado, para tener todos los servicios.</p> <p>En Europa hay dos modelos sanitarios, Servicio Nacional de Salud (modelo Beveridge) o el Sistema de Seguros Sociales (modelo Bismark). Nosotros tenemos el modelo Beveridge que impide que la Sanidad Pública trabaje en conjunto con la Sanidad Privada, obligando a que aparezcan Compañías Aseguradoras que oferten productos que atienden más rápido sin listas de espera, elección libre de especialista, etc. Descargando de infinidad de trabajo a la Sanidad Pública. Esto no se valora desde ninguna institución ni desde ningún gobierno, es un negocio para todos.</p> <p>Quizás deberíamos plantearnos estar en el modelo Bismark, ya que todos trabajan para todos en conjunto, y el cliente solo paga cuota única para tener todas las coberturas y no está obligado a pagar Seguridad Social y Póliza Privada, con una cuota única lo tiene todo.</p>
<p>13. Valore si, a su juicio, existen diferencias significativas para los consumidores entre las condiciones del servicio (cobertura, instalaciones sanitarias, servicios sanitarios, etc.) ofrecidos por las distintas compañías aseguradoras en sus seguros de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).</p>	<p>No existen diferencias en la atención, los Hospitales son los mismos, los médicos son los mismos, la asistencia sanitaria se realiza igual para todos, lo que precise el asegurado, estamos en el ramo de Salud, no se ninguna sobre la Salud.</p> <p>Solo hay diferencias en coberturas, según el tipo de póliza que haya contratado, encontrando falta de especialidades, tratamientos, tiempo de estancia en UCI, etc. El cliente nunca sabe que ha contratado, ya que lo engañan cuando le presentan el producto y no se lee la letra pequeña de las condiciones, y descubre que ha contratado cuando lo tiene que usar, y ve que no tiene cubierto todo.</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>El Mercado de Seguros Sanitarios está muy mal controlado y auditado, es un negocio para que ganen unos pocos, los profesionales y el cliente solo importan para conseguir sus objetivos, unos con trabajo precario y otros pagando la cuota. Ningún gobierno ha querido solucionar la Sanidad y las Instituciones como DGS, CNMC y OMC tampoco.</p>
<p>15. Valore el grado de competencia existente entre los distintos centros de salud y grupos hospitalarios que prestan servicios de asistencia sanitaria a pacientes con un seguro de asistencia sanitaria en España, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>La situación oligopólica de los Grupos Hospitalarios está cerca de acabar constituyendo, si no lo es ya, un cartel mafioso no declarado. Todos pertenecen a IDIS y a ASPE, y hacen sus convenios, si se pueden llamar así. "Si tu no me haces daño yo tampoco te hago daño" Realmente es una Mafia, y ha sido denunciado al Parlamento Europeo, tardarán en emitir un informe, pero el tiempo dará la razón de este negocio/mafia.</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).

Las Aseguradoras imponen sus baremos afectando a la Competencia, y argumentando que los profesionales no pueden percibir igual por su trabajo, ya que la CNMC lo impide, pero las Aseguradoras venden pólizas por debajo de coste, y la CNMC no actúa, llevando a una precariedad de los profesionales, impuesta por Aseguradoras, mientras ellas ganan cada año más. Esto es un escenario grotesco. Si quieres trabajar en Grupos Hospitalarios, tienes que aceptar que el 30-40-50% de lo que vas a percibir por tu trabajo, se lo quedan ellos. Si no aceptas, no trabajas. De esta irregularidad, se informó a la CNMC y a la DGS, de esto hace 2 años, y no ha habido ninguna medida. En algún momento de esta década empezaran las denuncias y sentencias contra los Grupos Hospitalarios, y Europa colocará la puntilla final, (incluyendo a la CNMC ya la DGS).

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).

Lo más importante es el factor humano, el médico tiene que sentirse valorado, respetado, satisfecho con su trabajo. No sirve de nada tener aparatos e instalaciones si no hay valoración, respeto y satisfacción del personal. Si el profesional está bien, la atención al cliente es buena o muy buena, si el profesional está mal, disminuye la calidad, atención, implicación y el cliente se encuentra con un problema que no entiende, porque desconoce que hace su Aseguradora. Ustedes pueden hacer encuestas a los clientes con muchos ítems, pero el cliente con lo que se queda es con el trato recibido y la percepción del estado anímico del médico. El profesional es el que está de cara al público, y las quejas o agradecimientos van hacia él. Las instalaciones le gustarán más o menos, pero el trato, la atención, la calidez es lo que cuenta.

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Resumiendo, cuando valoren al profesional y este se esmere en atender al cliente, las Compañías Aseguradoras y los Grupos Hospitalarios saldrán ganados, pero aún no lo ven y será tarde cuando despierten.</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>Normalmente todo proveedor debería ser bien recibido, pero en ciertas provincias hay luchas para evitar que surjan otros proveedores, que hagan la competencia y les hagan perder poder económico. Es un mercado cerrado, no es fácil entrar. También hay un conflicto de interés cuando la Aseguradora intenta reducir costes enviando al cliente a sus centros, amparándose en que "allí está cubierto en otros lugares no"</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>Los acuerdos entre Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios conllevan ajustes de precios, incluso imposición de precios. El más perjudicado en esos acuerdos es el profesional médico, por lo cual está desanimado, apático sin incentivo en su trabajo y el cliente recibe una calidad deficiente, una prolongación de su diagnóstico, una lista de espera, y un hartazgo, es el que paga los platos rotos. Como hemos comentado antes, el profesional tiene que sentirse valorado, respetado, satisfecho con su trabajo y bien remunerado, si esto no ocurre, trabajará, pero sin ganas. Por otro lado, las Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios, son lo mismo ya que dentro de la Compañía hay accionistas que son Grupos Hospitalarios y dentro de los Grupos Hospitalarios hay Compañías que son accionistas, en resumen, un negocio/mafia. (Esto tampoco está regulado ni controlado).</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>Poder conseguir que las Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios se sientan a negociar las tarifas es casi imposible, solo se consigue cuando los profesionales médicos se unen y amenazan con dejar de prestar el servicio. Una vez se sientan a negociar siempre, siempre argumentan que no pueden satisfacer nuestras demandas (que son aplicar el IPC), pero ellas y ellos si lo aplican a los clientes. Se lo vamos a explicar mejor, los Grupos Hospitalarios aplican todos los años en enero un aumento de las tarifas hacia las Compañías Aseguradoras, cada año depende del IPC y de las pérdidas que hayan tenido. Por otro lado, las Compañías Aseguradoras aplican un aumento del IPC y siniestralidad a los clientes. Todo esto para poder continuar ganando y no tener pérdidas. Atentos a la palabra ganando, a los profesionales los someten a tener las tarifas congeladas, y mientras no protesten es dinero que no pagan y se ahorran, aumentando sus ganancias. Cuando se consigue un acuerdo con los profesionales, este aumento de tarifas se repercute al cliente. ¿Es o no un negocio/mafia? Para acabar este punto, el profesional se desgasta ante las negociaciones, porque cada año debería de subirse el IPC, porque son meses de negociación y repetir cada año, es agotador (con eso cuentan las Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios), por ese motivo han empezado a surgir Asociaciones de Profesionales que contratan a bufetes de abogados para que hagan las negociaciones, y cada vez hay más Asociaciones Provinciales y más abogados que ven una forma de hincar el diente a las Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios, ya que cobran por éxito, así que en pocos años, habrá un Gran Cambio en la Sanidad Privada, incluyendo la modificación de los contratos (que son abusivos e imponen tarifas cerradas).</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).

El efecto sobre el mercado, ya lo he comentado en el punto anterior, repercutir los aumentos al cliente final, llegando a ser insostenible el tener una póliza de salud. Porque el modelo de low-cost no se sostiene, y cada día más profesionales dejan de dar servicio por los precios percibidos. Las Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios, le cuentan en una carta al cliente que le tienen que subir el precio de la póliza por los aumentos que exigen los profesionales, lo que no dicen es que quieren ganar cada día más, si le dijeran que con aumentar el IPC al cliente ya está solventado el IPC del profesional no habría una mentira encubierta que hace responsable al profesional para que el cliente tenga que pagar más.

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

Mientras las Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios, no se sienten a negociar tarifas, nuevo modelo sanitarios, compromisos a futuro y actuar con Deontología Mercantil y Humana, no se podrá solucionar la Sanidad Privada, siempre habrá problemas y cada día habrá menos profesionales.
Si la Sanidad Pública no puede conseguir profesionales, la Privada tampoco. Cada año se marchan fuera del país más de 4.500 profesionales médicos, 3.000 enfermero/as y actualmente hasta los Auxiliares de Clínica y Celadores, bonito país va a quedar, sin Sanidad.
Ahora les toca a ustedes CNMC y a la DGS ponerse a trabajar, involucrando a todos los partidos políticos, porque este problema es Nacional y muy importante.