

<p><b>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</b></p>	<p>Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)</p>
<p><b>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</b></p>	<p>[CONFIDENCIAL]</p>
<p><b>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</b></p>	<p>Confidencial</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Cuadro médico  Precio  Coberturas y copagos  Instalaciones</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).**

La claridad es la gran ausente en ese mercado. La letra pequeña, carencias, criterios de inclusión y exclusión, antes, durante y después de contratar una póliza son absolutamente inconsistentes, dependiendo de la doctrina que impongan dichas aseguradoras, y que cambian según lo que consideren más beneficioso para sus propios intereses, explotando los recursos humanos que investiga, desarrolla e innova, e imponiendo criterios mercantilistas exclusivamente.

**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).**

Me remito a la respuesta anterior

**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).**

Totalmente oscura y precaria, todo lo convierten a euros para el paciente, es decir, le ofrecemos todo lo que tiene y más, pero más barato.

**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).**

La aseguradora no debería imponer el profesional sanitario o la técnica al paciente, y asumir el costo real de ella cuando su cliente (el paciente), decida ser atendido, intervenido o tratado por un profesional que no entra en lo que denominan sus cuadros profesionales, que NO EXISTEN, ya que no disponen de ningún profesional sanitario asistencial a su cargo.

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

Es una constante en cualquier tipo de eventualidad que presente el paciente:  
Repetición de pruebas diagnósticas, pago de prótesis, fungibles o técnicas diagnóstico-terapéutica de vanguardia en las que pretenden imponer el costo, y la negativa a asumir el costo de uso de banco de tejidos entre otras. Cualquier situación relacionada con lo anterior sumerge al paciente y a su médico tratante en una vorágine de solicitudes de informes que justifiquen lo solicitado.

**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).**

Ninguno, entre las aseguradoras y los grupos hospitalarios tienen establecidos reglas de juego que imposibilitan el establecimiento de los costos reales de algo que SOLAMENTE dependen de los profesionales sanitarios que estén adecuadamente cualificados para llevarlas a cabo.

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

El modelo de reembolso es el que debería imponerse en un terreno en el que la salud del paciente está por encima de todo. El paciente pertenece al médico y este al paciente, la relación que se establece es un vínculo que no puede romper o manipular una organización (dual) aseguradoras-grupos sanitarios que generan un monopolio de las actividades sanitarias a nivel privado, con el visto bueno de la sanidad pública. Solo basta con conocer los baremos desactualizados y miserables que imponen desde hace años, y la poca o ninguna supervisión de algún estamento superior. No responden ante nada y ante nadie. El problema es complejo pero fácil de abordar con buena voluntad.

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

Ninguno, forman un bloque único e inalcanzable.

<p><b>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).</b></p>	<p>Desconozco ese aspecto.</p>
<p><b>11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).</b></p>	<p>Las carencias y coberturas excluidas en pólizas de lectura imposible por parte del paciente, al que pierden y diluyen en un mar de terminología inescrutable, y que finalmente engañan solamente diciéndole que pagará menos.</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).**

En mi opinión no existen, me remito a las respuestas anteriores en lo relativo al acuerdo tácito entre ellas en la imposición de SU bien común

**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).**

No, pero ellos no lo saben.

<p><b>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Hay aseguradoras que incluso disponen de sus propios centros sanitarios, con lo que fuerzan al paciente a acudir a ellos, y a los profesionales a entrar dentro de "sus cuadros", dejando sin espacio al que no quiera actuar bajo sus normas y preceptos.</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Ninguno, todo lo tienen acordado, es un hecho fácilmente constatable</p>

<p><b>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).</b></p>	<p>Es un hecho, la imposición de formas de asistencia, tiempos de asistencia, honorarios por actos y trato en general, vulneran cualquier normativa de dignidad ética y competencia leal.</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Los recursos humanos sanitarios, médicos, enfermeras y técnicos en primer lugar Los recursos humanos administrativos, sobretodo en lo relativo a personal de admisión y de acompañamiento Los recursos humanos relacionados con la seguridad de los centros grandes y pequeños En cuanto a la información necesaria para evaluar la calidad, está claro que las supuestas acreditaciones por agencias o instituciones externas con fama nacional e internacional ni son reales ni reflejan ninguna de las características anteriores. Las supuestas supervisiones y evaluaciones son en el mejor de los casos precarias y manipuladas. Las encuestas internas dirigidas solo a la consecución de objetivos que se traducen en dinero, por parte de las gerencias hospitalarias son cuando menos hostiles e indecorosamente NO ANÓNIMAS. No se puede pretender estandarizar un proceso de evaluación a escala nacional, en un país donde la locura por normatizar hasta lo absurdo, depende incluso hasta del marco del municipio donde se desarrolla la actividad asistencial sanitaria, ya sea en un centro de salud, clínica u hospital. El análisis necesitará de mucho tiempo real dedicado a generar transparencia antes que cualquier otra cosa. No se puede depender de las ocurrencias de un funcionario, o de la permanente modificación de doctrinas por parte de los entes reguladores de esta actividad, independientemente de su área de incidencia o competencia.</p>

<p><b>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Escuchar, escuchar y después de hacerlo escuchar de nuevo a los protagonistas reales de la asistencia sanitaria, los profesionales sanitarios (no sus órganos de representación), y los pacientes, no a sus asociaciones. Las preguntas deberían ser sencillas, sino se perderán en testimonios aislados con gran contenido lacrimógeno o de indignación. Es la hora de hacer preguntas relevantes y no de obtener respuestas deseadas.</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Está claro, no existen relaciones verticales, existen pilotes que aseguran los cimientos de una relación única e inapelable, siempre que se cumplan sus preceptos e intereses no se tendrá dificultad alguna.</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).**

Creo que lo he desarrollado en las respuestas anteriores pero intentando resumir:  
Es un hecho que los pacientes y los sanitarios son víctimas de la información asimétrica dirigida y controlada por parte de las aseguradoras y los grupos hospitalarios, sin control ni escrúpulo alguno.

**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).**

Voy a hacer algo mejor que eso, y a pesar de que se trata de una declaración de intenciones con respecto al ámbito sanitario público, es perfectamente extrapolable a la situación en la medicina privada. Les invito a leerlo:  
<https://medicoacuadros.wordpress.com/2016/08/03/querida-explotacion-laboral-te-dejo-no-cuentas-ya-conmigo/>

**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 proceso constante de burnout y despido interno de los sanitarios que desarrollan su actividad en el ámbito privado, redundan claramente en la calidad asistencial o la forma de ver al paciente.

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

El hecho de que los honorarios profesionales de los sanitarios, que desarrollan su actividad tanto en el campo de la cuenta ajena como el propio, sea tan precario y absurdo, no puede más que convertir una revelación en un presagio de los tiempos futuros. Ya no se trata de la vocación, de la entrega, del sacrificio (de la propia vida), se trata de entender que la deserción progresiva de los jóvenes inmersos en estudios de ciencias de la salud, estarán determinados por el desprecio absoluto por parte de lo que se denomina el mercado en un asunto delicado como lo es la salud pública, independientemente de que la lucha contra la enfermedad se realice en el ámbito público o privado. Y es en el contexto de control y regulación de las aseguradoras y grupos hospitalarios, lo único que podría amortiguar la debacle actual que sufren incluso aquellos con principios éticos de implicación y compromiso con la salud de la sociedad.