

<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>[CONFIDENCIAL]</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Confidencial</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>Principalmente precio con/sin copago, coberturas, cuadro médico amplio</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).

Poca claridad para el consumidor. Esconden limitaciones en el aseguramiento en la letra pequeña del contrato. Cuadros médicos que no son propios en su mayoría, formados por médicos autónomos de ejercicio libre sin contratos.
Difícil comparar cuando ocultan sistemáticamente información de coberturas, duración y renovación, calidad asistencial, instalaciones, etc

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).

Poca claridad. Imposible comparar todas las prestaciones y exenciones.

<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>Añaden confusión a los consumidores.</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>La normativa actual restringe el acceso al seguro de salud a población enferma o con antecedentes que las empresas aseguradoras estiman que son de riesgo. Seguros comercializados para población sana que solo los usará puntualmente.</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).

Se abusa de las exclusiones en todos los actos médicos y pruebas complementarias que resultan gravosos para la aseguradora. Es la norma que el asegurado debe usar tiempo y recursos para hacer valer sus legítimos derechos o en caso contrario no se le cubre la cobertura. Por otra parte a los médicos se les sobrecarga con burocracia, exigiéndoles aportar informes y pruebas complementarias, lo que lleva a alargar procesos asistenciales, que terminan por afectar directamente al pronóstico y evolución de la enfermedad de los pacientes.

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).

No tengo criterio para responder este supuesto

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

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

Ejerzo la medicina desde hace 20 años y tengo la convicción de que las aseguradoras hace tiempo que han formado un cártel. La única competencia es para captar clientes con publicidad engañosa, y que una vez están asegurados se topan con la realidad de cuadros médicos no propios, médicos sin contrato y que cobran en base a unos baremos no negociados que llevan congelados casi 30 años, sospechosamente muy similares entre todas las aseguradoras, y que hacen magia para garantizar al paciente un mínimo de calidad.

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).

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

Para consumidores sanos no hay dificultad ni limitaciones. Para aquellos con patologías previas y procesos asintomáticos en curso, todo son costes, limitaciones y complicaciones para cambiar.

<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>Las tarifas reales son muy similares. Otra cosa son las ofertas gancho para que los consumidores menos informados entren en el sistema.</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 significativas. Las aseguradoras son agentes interpuestos en la relación médico-paciente que en los pocos casos de disponer de instalaciones sanitarias propias, no cuentan con trabajadores propios, siendo los médicos, falsos autónomos. La mayoría de las instalaciones son concertadas con grandes grupos hospitalarios dejando a un lado a los médicos de ejercicio libre con consultas propias.</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</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 competencia entre grupos hospitalarios y policlinicas en lo relativo a los prestadores del servicio es escasa, los médicos trabajamos en todos con claves que manejan ellos, con acuerdos con empresas aseguradoras que nos ocultan, mordidas por nuestro trabajo y remuneraciones por porcentajes que oscilan entre el 30 y 40% de los ingresos que generamos. No hay incentivos para cambiar de trabajo pues no compiten por captar talento y calidad. No hay laboralización, solo falsos autónomos.</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).

Desconozco los acuerdos de aseguradoras con los centros sanitarios. Existir barreras, existen.

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).

La calidad viene determinada por el prestador de dicho servicio, el médico. Teniendo en cuenta que año tras año las condiciones laborales no mejoran, la calidad está seriamente comprometida. Las instalaciones y recursos en cuanto a personal de apoyo o colaborador, y acceso a dispositivos para diagnóstico es muy mejorable.

No se invierte lo suficiente en promover la calidad asistencial pues prima la mercantilización de la sanidad. Los nuevos procedimientos y pruebas complementarias no se incorporan a la actividad asistencial, debido a que las aseguradoras no bareman pruebas complementarias innovadoras en las distintas especialidades médicas y por ello desincentivan a los profesionales médicos a invertir pues nadie quiere trabajar a pérdidas.

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).

Definitivamente si. La interferencia en el mercado de estas relaciones afectan a muchos pequeños centros, policlinicas y médicos con consultas particulares que se ven desplazados del modelo de mercado sanitario que se ha configurado en España, dando la espalda a los actores principales como son médicos y pacientes.
Este tipo de conciertos de grandes grupos hospitalarios y aseguradoras prioriza el beneficio empresarial y deja a un lado la dignidad del médico y la libertad de elección de los pacientes.

<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 efecto es negativo, como otras medidas que adoptan estos grandes grupos empresariales que no van dirigidas a la libre competencia, la mejora de la calidad asistencial, y de los resultados sobre la salud de los consumidores con pólizas de salud.</p> <p>Este tipo de relaciones solo buscan optimizar beneficios para ambos, excluyendo a los médicos y pacientes que desconocen este tipo de acuerdos.</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>Hace 20 años que trabajo como médico de ejercicio libre con contratos mercantiles, y puedo afirmar que la negociación no existe.</p> <p>Las aseguradoras coartan el libre ejercicio médico, imponen baremos del siglo pasado que no actualizan conforme al IPC, no aplican los nuevos nomenclator desarrollados por las Sociedades Científicas de las especialidades médicas, dificultan el libre acceso a los "cuadros médicos" o expulsan de ellos a los profesionales que no se pliegan a sus normas.</p> <p>Respecto a los grupos hospitalarios no hay apenas competencia por atraer talento médico, son habituales las mordidas y los falsos autónomos, y total ocultación de los pactos que establecen con las compañías aseguradoras, sin conocimiento de los verdaderos responsables de la prestación del servicio.</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 actual modelo de asistencia sanitaria de ejercicio libre / concertada en España atenta contra la competencia, y las empresas aseguradoras hacen un gran negocio con beneficios millonarios , en connivencia con grandes grupos hospitalarios.
Un modelo único en toda Europa, donde los profesionales médicos tienen las peores condiciones laborales, se atenta a diario contra su dignidad y profesionalidad, y sin embargo son el motor que permite funcionar al sistema.

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

La CNMC tiene múltiples elementos probatorios a su alcance, para sancionar un modelo que atenta contra la competencia , la dignidad, responsabilidad y reconocimiento de los profesionales médicos y personal sanitario, y en última instancia contra los clientes del cártel de las empresas aseguradoras.