

<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>Para un cliente de un seguro de asistencia sanitaria, lo fundamental debe ser tener capacidad de poder tener una oferta lo más amplia posible de profesionales, centros y técnicas asistenciales. Todo ello a un precio razonable, dentro de lo que es el precio de mercado.</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).**

Las ofertas de las compañías aseguradoras en la actualidad son engañosas, puesto que ofrecen unos aparentes servicios de máxima calidad asistencial a unos precios, que no son comparables con los servicios ofertados. Estas ofertas incluyen poca o escasa información del producto que realmente se ofrece.

**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).**

Los contratos de asistencia sanitaria por parte de las compañías aseguradoras, se realizan habitualmente de forma directa o mediante intermediación de corredores de seguros. En cualquier caso, el cliente se enfrenta a largos contratos con muchísima letra pequeña en los que no acaba de quedarle. Claro cuáles son los servicios a los que tienen acceso y cuáles son las restricciones que verdaderamente tiene su seguro de forma que no le queda más que confiar en que todo aquello que le han dicho sea finalmente verdad cuando necesite realizar uso de su póliza de seguro.

<p><b>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).</b></p>	<p>No dispongo de información al respecto</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>No dispongo de información al respecto</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).**

Sin tener unos datos exhaustivos en este apartado, es frecuente que las compañías sanitarias reducen determinados procedimientos algunas veces queda claro que puede ser debido a un fraude que los asegurados pretendan hacer con las compañías, pero en otras ocasiones el paciente queda sorprendido por que le impiden acceder a unos servicios asistenciales que él creía contratados.

**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).**

Desde mi experiencia, la incorporación de nuevas técnicas o tratamientos por parte de las compañías aseguradoras, es lenta y en ocasiones inexistente, ya que estos tratamientos suponen un coste mayor para la compañía, puesto que todas aquellas técnicas que se introducen en el mercado lo suelen hacer a precios por encima de las técnicas existentes. Esto hace que muchos de estos tratamientos directamente se excluyen en la prestación de los servicios sanitarios a los que el paciente no el cliente tiene acceso.

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

En general, como resumen, en este apartado, podemos decir que las compañías aseguradoras ofrecen a los clientes una imagen falsa de la asistencia sanitaria que estos van a poder recibir.

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

Creo que visto desde fuera, existe un cuasi monopolio de cuatro o cinco compañías de salud que son las líderes del mercado y una participación muy escasa de pequeñas compañías que apenas tienen un porcentaje mínimo de clientes y que lo tienen muy difícil frente a las grandes.

<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>No dispongo de información de este apartado</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>Este es un aspecto trascendental para muchos pacientes, ya que cuando uno ha estado más de 15 años en una compañía aseguradora y pretende cambiar a otra puede que le excluyen determinadas patologías que ha sufrido durante los 15 años anteriores perdiendo por lo tanto la capacidad de ser atendido por ellas.</p> <p>Muchos de los pacientes tienen el seguro a través de su colectivo o empresa y cuando hay un cambio seguro que no depende de ellos. La probabilidad de que pierdan prestaciones se convierte en muy alta.</p> <p>Lo ideal es que las compañías asuman la atención al paciente independientemente de sus resistencias y que si quieren valoren el coste de esta preexistencia dentro de lo que es una prima razonable para el paciente .</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).**

Curiosamente, las diferencias son mínimas, y si lo es los de matiz, ya que la mayoría de las compañías aseguradoras de salud pagan unos varemos muy por debajo de lo que es la media europea para la atención de patologías que son exactamente iguales a las existentes en otros países de la comunidad no existiendo una razón que justifique esto, ni en tanto en cuanto a diferencia de las pólizas, ni en tanto, en cuanto a diferencia de lo que es el estado económico de los diferentes países de la comunidad

**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).**

En este sentido, hay que decir que normalmente las grandes compañías como Adeslas, DKV, Asisa y alguna otra establecen limitaciones de acceso del paciente o cliente a determinados grupos hospitalarios, incentivando la atención de los pacientes en sus centros propios.

<p><b>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Como resumen de este apartado, podemos decir que existe un grupo de compañías que normalmente suponen más del 60 % del mercado que establecen una limitación de precio retribución y acceso a los servicios sanitarios, basándose exclusivamente en el control de costes del proceso y olvidándose de establecer unos criterios de calidad asistencial.</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>La competencia dentro de los centros sanitarios está limitada para aquellos de menor tamaño, de forma que los grandes grupos establecen un control de el acceso mediante acuerdos con las grandes compañías aseguradoras, impidiendo que aparezcan nuevos centros al ser inviable la práctica de la asistencia sanitaria en condiciones en donde no exista un mínimo volumen de pacientes, dado que el precio de los servicios es excesivamente bajo. Esto mismo les ocurre a los profesionales que no tienen acceso libre, ni a las compañías de salud que cierran sus cuadros médicos ni a muchos centros sanitarios que establecen la restricción de acceso a determinados profesionales, de forma que hace que haya una limitación severa a la libre competencia.</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>Determinados centros sanitarios, pero sobre todo determinadas compañías aseguradoras, limitan el acceso de los pacientes a determinadas estructuras, de forma que el paciente no puede elegir libremente y se ve obligado a realizar el proceso asistencial en el centro de elección de la compañía.</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>La calidad de los servicios sanitarios debe basarse o analizarse en varios aspectos. En primer lugar, la satisfacción del paciente con la asistencia recibida en segundo lugar, la no existencia de complicaciones durante la atención ya en tercer lugar, la no existencia de secuelas después de sufrir un tratamiento médico.</p> <p>Por otro lado, deberá valorarse la calidad de los servicios de hostelería las estructuras de Consulta, los centros hospitalarios o los quirófanos. Y finalmente debería valorarse también que el paciente pueda acceder a las terapias adecuadas para la patología que presenta sin limitación de acceso, aquellas que se consideran novedosas o caras .</p>

<p><b>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Como resumen de este apartado, me gustaría decir que como queda evidenciado en lo anteriormente, dicho, los profesionales de la salud, no tienen un acceso libre, ni tanto a todos los centros médicos, ni tanto a todas las compañías por aparecer numerosos cuadros cerrados, esto hace que el paciente o el cliente de un seguro de salud, tenga acceso también limitado a estos profesionales, teniendo muchas veces que elegir entre dos o tres opciones. Que en muchas ocasiones son de inferior calidad, aquellas que podía haber elegido si hubiera tenido la opción de poder elegir, entre todas</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>Las aseguradoras de salud y los centros sanitarios en muchas ocasiones, no solo establecen acuerdos cerrados que excluyen a determinadas partes del mercado, sino que no en todas las ocasiones, como es el caso de Asisa, disponen de centros de exclusiva propiedad a los que en ocasiones permiten el acceso y en otras ocasiones, no de forma arbitraria tanto de otras compañías como de profesionales sanitarios. De esta forma, no existe lo que podría considerarse un mercado libre en donde el paciente pueda elegir sin ningún tipo de restricción, el servicio sanitario que desea recibir tanto por parte de la clínica, como por parte del profesional.</p>

<p><b>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).</b></p>	<p>El verdadero problema de las relaciones verticales es que se prima el costo del proceso sobre la calidad asistencial del mismo, impidiendo que el cliente pueda acceder a aquellos procedimientos que la compañía o el centro excluyen para el mismo de forma que determinadas empresas comerciales, proveedoras determinados productos o servicios, tienen limitado el acceso a determinados centros o determinadas compañías de salud Todo ello, en base a que lo que se prima es disminuir el coste del proceso, independientemente de la calidad del mismo</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>El profesional sanitario del sector de la salud privada, aunque también de la pública se encuentra en una situación de absoluta inferioridad e indefensión frente a los grandes grupos hospitalarios y las clínicas.</p> <p>Es imposible negociar con entidades que imponen de forma unilateral, unos varemos que están absolutamente fuera de precio de mercado en Europa, y que no se han modificado durante los últimos 20 años, salvo en cantidades que pueden considerarse absolutamente simbólicas. Además de ello, existen unos varemos cerrados por procesos que están absolutamente desactualizados, y que no incluyen ninguna de las nuevas terapias hasta que no pasa un tiempo muy por encima de lo razonable y en el caso de incluirlas lo hacen a precios muy por debajo del coste de las mismas desincentiva ándolas y haciendo que los profesionales elijan no realizarlas</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).**

La ausencia de negociaciones entre profesionales sanitarios, aseguradoras y centros médicos con lleva a que los servicios que se prestan en la actualidad en nuestro país sean de mucho menor calidad asistencial que al de nuestros vecinos europeos en este sentido, es de destacar que los profesionales de la salud, no disponen apenas de personal auxiliar de tipo auxiliares de clínica, enfermería en sus consultas por qué es imposible poder contratarlas con los precios que actualmente maneja el mercado.

Por otro lado con estos precios es imposible iniciar cualquier iniciativa empresarial nueva, ya que si no se obtienen unos altos volúmenes de trabajo las estructuras que se plantean no van a ser nunca rentables. Esto hace que sea difícil el ver en nuestro país, estructuras ambulatorias, como en otros sitios que puedan realizar procesos menores de una forma mucho más eficiente pero que exigen una inversión inicial que va a tardar mucho en poderse recuperada. Si alguna vez lo ves limitando por lo tanto el crecimiento de nuevas formas de atención sanitaria, que ya existen en muchos países y que en España van a ser francamente inabordables

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

Resumiendo, el apartado anterior y como ejemplo vale mi caso personal durante mis 30 años de asistencia sanitaria compañías como Adeslas, DKV, Asisa o Caser, o me han excluido directamente o me han expulsado de sus cuadros médicos en base, simplemente a que la calidad de los servicios asistenciales que prestó han considerado que está por encima de el coste que ellas estaban dispuestas asumir. Éstas compañías suponen más del 60 % del mercado sanitario lo que me ha obligado a trabajar solo con aquellas que me han aceptado y que suelen ser las más pequeñas.

No obstante, durante toda mi vida profesional, he priorizado los criterios de calidad asistencial, en muchas ocasiones, invirtiendo de mi propio patrimonio cantidades de dinero que permitieran mantener la calidad asistencial con unos parámetros que considero mínimos para el paciente y que muchas de estas compañías no permiten mantener.