

<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>El público busca una solución sanitaria que le brinde continuidad (no encontrar cada día un especialista diferente), agilidad (menos listas de espera), accesibilidad (poder consultar por la tarde). Como, aparentemente, todos los seguros ofrecen eso, la tendencia, vista la crisis económica actual, es a elegir el más económico o el más bonificado.</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).

Parece que no hay gran diferencia entre ellos. El marketing insiste en primas muy baratas, bonificaciones, meses gratis, médico 24 horas, acceso telefónico ilimitado. Si me pongo en el lugar del usuario, me resultaría difícil discernir.

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).

Actualmente, hay que indagar en línea para saber qué cuadro médico tienes y las opciones de hospitales, laboratorios y demás. Lo habitual es que el público no lea bien las cláusulas, por ser muy largas y con un lenguaje que no entienden. Además, les falta información para entender las limitaciones de responsabilidad de las aseguradoras y/o son optimistas en cuanto a su necesidad de prestaciones. Siempre piensan que gastan/necesitan menos que lo que realmente ocurre.

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).

Esta práctica es típica de Segurcaixa/Adeslas, lo que le ha convertido en dominante. Entonces, es aún más difícil para el cliente, saber la repercusión del ahorro inherente a la bonificación sobre el precio y la calidad de lo que contrata.

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).

Los asegurados que enferman o que gastan más de la cuenta por contingencias más que justificadas son expulsados del seguro o sometidos a primas disuasorias. Se necesita aplicar la iniciativa europea del derecho al olvido para evitar estos abusos.

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).

Como médica proveedora de servicios, es algo que sólo puedo valorar desde mi punto de vista. En actos quirúrgicos no hacen más que pedirnos informes sobre la idoneidad de los actos indicados. Luego, como manejan las preexistencias o las pólizas que contratan los asegurados pues es un asunto entre la compañía y el asegurado.

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 he tenido la ocasión de valorarlo, ni como asegurada ni como proveedora. Como proveedora, veo que se van incorporando nuevas técnicas (laparoscopia, ganglio centinela) pero, su cobertura es muy inferior al precio de mercado. Otras veces, cuando solicito realizar una técnica no incluida en la lista de baremos, contactas con Dirección Médica de la compañía correspondiente y te dicen o que no lo cobren o que pongas otra cosa, también infracubierta, y se quedan tan anchos.

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).

Todos compiten entre sí, aunque hay compañías más fuertes sea por volumen de negocio, arraigo, poliservicios.

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).

No creo, es un mercado libre. De cualquier modo, los nuevos operadores no dejan de ser empresas "me too", esto es, que no ofrecen ningún producto diferenciado. Y como los proveedores estamos muy descontentos con la cobertura de nuestros actos, es difícil que entren más operadores, a no ser que tengan la inteligencia de desmarcarse de lo que ya hay.

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

Parece que es fácil, al menos cada año es frecuente cambiar de seguro. Otro tema es si te respetan o no las preexistencias. Y si ha habido enfermedades oncológicas u otras crónicas es prácticamente imposible cambiarse.

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).

Si bien la concordancia no es 100%, a mayor precio, la tendencia es a mayor cobertura. Igualmente, hay productos más caros como los de reembolso que son los mejores, tanto para los asegurados como para los proveedores, pero el poder adquisitivo general no los propicia, aparte de la competencia que hay de los seguros baratos con cantos de sirena incluidos de que todo entra. Parte de la diferencia de precio de las cuotas parece que se debe al deseo de los que están en la cúspide de maximizar sus beneficios (casos de Segurcaixa/Adeslas y Axa, p. ej.).

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).

Todos ofrecen por el estilo ("todo incluido"). Lo que varía es lo que pagan a profesionales y hospitales concertados. Al final, paguen mucho o poco, el servicio es muy similar, ya que no hay forma de dar un servicio diferencial tanto por la naturaleza de la actividad sanitaria como por la falta de sistemas de información en los hospitales con respecto a la cobertura de cada asegurado.

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

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).

Me parece una competencia habitual. No he percibido deslealtades.

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).

Como proveedor sanitario (médica), sólo puedes entrar si te doblegas a sus condiciones que, básicamente, son pagar poco. Al final, los gerentes acaban contactando con agencias de recursos humanos para que les traigan gente que acepte sus condiciones. El resultado es que los contratados nuevos son: médicos recién acabados o inmigrantes en situación precaria. No hay sistemas de información ni en compañías ni en grupos hospitalarios destinados a valorar la calidad asistencial, el ahorro en recursos y, por tanto, capaces de retribuirlos.

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).

Cada especialidad médica dispone de indicadores centinela para valorar la calidad. Como ya he dicho, ni los hospitales, ni las aseguradoras disponen de sistemas de información que la puedan valorar. Sólo funcionan por techo de gasto (que establecen ellos según les conviene), no por idoneidad del gasto.

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).

Hay centros hospitalarios muy fuertes por su amplia implantación que tienen más capacidad de orientar las negociaciones con las aseguradoras para favorecer sus intereses. Los grupos hospitalarios pequeños han de tener poca cabida, ya que pueden exigirles poco a las aseguradoras. El sistema está muy tensionado por las primas que han ido a la baja, mientras que el IPC y los recursos tecnológicos van al alza. En este escenario, pierden los pequeños: hospitales aislados, médicos.

<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>La exclusividad es limitante, porque es contraria a la accesibilidad. Como usuaria, recomiendo contratar pólizas sin limitaciones de centros, hospitales, laboratorios, médicos, etc.</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>Los profesionales sanitarios no podemos negociar. Los que tenemos consulta privada a título personal, no tenemos el poder de un grupo que nos respalde, los que trabajan en grupos hospitalarios, pueden ser despedidos en cualquier momento si incomodan a Dirección con sus pretensiones. Los baremos han estado congelados durante décadas y las compañías introducen actos y las coberturas de forma unilateral. Igualmente, cambian las coberturas sin consultar, incluso a la baja. Y, por supuesto, les dicen a las aseguradas que "todo está incluido" y que nosotros no podemos cobrarles ningún extra (visitas, actos no cubiertos, etc.). Ello ha viciado el sistema de tal forma que es muy difícil encontrar un recambio generacional (la gran mayoría estamos en la 6ª década de la vida) y sólo los que están en gran precariedad laboral aceptan pertenecer a un grupo hospitalario, porque, de forma independiente, no pueden.</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).

No tenemos una entidad reconocida por las empresas aseguradoras o los centros sanitarios/grupos hospitalarios para negociar. No hay negociación, sino degradación de las coberturas de forma unilateral por parte de las aseguradoras, lo que deja indefenso al cliente. Sin recursos ni cobertura, difícilmente se mantiene a calidad.

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

Hace varias décadas, los asegurados eran gente pudiente o burguesa, que manejaba cierta cantidad de dinero. Actualmente, se han reventado precios, lo que ha conducido a un deterioro importante de las coberturas. Las crisis económicas y el advenimiento de nuevas tecnologías, que son caras, ha hecho el resto. Se dice que la sanidad privada sólo es para lo banal y la pública para lo importante. Cuando la pública no tiene poder infinito, ni lo puede cubrir todo. El quid de la cuestión es que la sanidad privada lo puede casi todo, pero la concertada no, porque sus coberturas son insuficientes. Se necesita más honestidad con los clientes para que sepan qué se les vende, un tratamiento digno de los proveedores, publicar las coberturas e invertir en sistemas de información para mejorar la calidad de las prestaciones. La mercantilización excesiva de la sanidad en favor de los poderosos la está degradando y da una imagen muy pobre y antipedagógica, pues no educa al cliente en los costes y en la proporcionalidad entre uso de recursos y resultados en salud.