

<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>En general, se atiende a precio y cuadro médico en la zona. El coste de la póliza está sujeto a una guerra de precios a la baja que se mantiene basándose en que el acto médico tiene que prestarse con unas condiciones de seguridad siguiendo la lex artis, por lo que se asume que todos los que la presten serán de la misma calidad mínima. No obstante, el cuadro médico es con frecuencia modificado (bien de manera unilateral por la aseguradora, que prescinde de los servicios de algunos de los profesionales o centros médicos, o bien porque estos abandonan la aseguradora por la baja rentabilidad que les ofrece) y los pacientes quedan desprotegidos puesto que si intentan cambiarse a otra en cuyo cuadro continúen los profesionales que les interesan o en los que confían, esta aseguradora no aceptará las patologías preexistentes.</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).

Los asegurados reciben muy poca información sobre las pólizas en lo que atañe a su alcance: en general la oferta viene a ser algo así como "todo lo que quiera, donde quiera, cuando quiera, y cuantas veces quiera", lo cual es a todas luces insostenible si no se estableciesen mecanismo de control ulteriores. Esos mecanismos se han marcado por parte de las aseguradoras al restringir el pago de los servicios médicos a los profesionales: tan sólo se abona una consulta por mes a un asegurado, con independencia de que por su patología pueda requerir un seguimiento frecuente (en ocasiones, varias veces por semana). Este mecanismo perverso traslada el riesgo asegurador al facultativo, en la confianza de que si el paciente lo necesita, el médico lo atenderá cuantas veces sea necesario, como impone la profesionalidad y la lex artis (o incluso las consecuencias legales de no hacerlo así), pero la aseguradora tendrá ya tasado el coste de la asistencia sin preocupaciones. Por otra parte, al desconocer las condiciones en las que prestan la asistencia los centros y los profesionales, los asegurados atienden tan solo a las condiciones económicas del coste de la póliza, y desconocen este tipo de cuestiones que pueden afectarles -y mucho- a medio plazo.

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).

En ocasiones se les aclara algún concepto a los asegurados, pero la norma habitual es buscar que se firmen cuantas más pólizas mejor, y esto es especialmente relevante en las ofertas a colectivos.

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).

La comercialización cruzada banaliza las pólizas de asistencia sanitaria, generando la idea de que tienen poco coste real, y favoreciendo la multiplicación de un comercio de bajo coste. Este bajo coste es irreal, puesto que el gasto sanitario se ha ido multiplicando en las últimas décadas por efecto de las nuevas tecnologías

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).

El hecho de que se hagan ofertas de bajo coste o que desaparezca un centro sanitario o un profesional de confianza del cliente/paciente hace que en ocasiones haya asegurados que cambian su póliza a otra compañía. al hacerlo, muchos creen que es un cambio similar al que se hace al cambiar de operador de telefonía móvil, y sólo cuando intentar hacer uso de su nueva póliza para continuar la asistencia de un proceso descubren que su cobertura está excluida... Pero entonces ya tampoco pueden volver a la aseguradora previa, con lo que quedan en "tierra de nadie" . Debería existir un mecanismo que permitiese a los asegurados cambiarse de compañía manteniendo una continuidad asistencial, aunque ello pudiera conllevar un coste extra.

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).

Algunas aseguradoras rehúsan el pago de procesos alegando "causas genéticas", incluso cuando el proceso se manifiesta en la segunda década de la vida de un asegurado. si se atendiese a ello, incluso muchos pacientes oncológicos verían como no se les admite la asistencia a pesar de llevar años dentro de una compañía aseguradora.

Por otra parte, no es infrecuente que las compañías aseguradoras nieguen a los profesionales el pago de algún servicio de manera unilateral para abaratar costes (por ejemplo, en procesos quirúrgicos se sigue empleando un Nomenclator creado en 1990 que obliga, para definir procedimiento actuales y que no existían entonces, a emplear la suma de 2 ó 3 de los antiguos, pero como se ha ligado el pago a los hospitales a los códigos de proceso empleados por los cirujanos, las aseguradoras no pagan más de dos códigos, con independencia de lo que se le haga al paciente, con el fin de reducir sus costes, alegando que "una anestesia es solo una anestesia y una cama es solo una cama, y no pueden cobrar tres veces lo mismo", repercutiendo así de nuevo el coste de la asistencia en el médico.

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).

En general, las aseguradoras no aceptan la inclusión de nuevas tecnologías amparándose en que "no son de uso habitual en el sistema público" y en muchas ocasiones transmiten el coste de su uso al profesional o al centro hospitalario, e incluso prohíben a los prestadores explicar a los pacientes que dicha tecnología no la autoriza su compañía, mientras al asegurado le reiteran que el médico o el centro sanitario "por supuesto" que usará todo lo que se a necesario, para efectuar después una llamada al prestador con un mensaje inequívoco ("usa lo que quieras que yo sólo te voy a pagar esto")

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).

La competencia entre las aseguradoras parece irreal, desde el momento en que se reúnen en asociaciones para defender sus intereses y comparten los mismos puntos de vista. Por ejemplo, para tratar de actualizar el Nomenclator de actos médicos de las diferentes especialidades en el seno de la Organización Médica Colegial las aseguradoras sanitarias han estado actuando conjuntamente para negarse a ello, alegando que les causaría problemas de actualización de los sistemas informáticos o que incrementaría el coste de la asistencia

<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>N/S</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>Muchos asegurados creen que es un cambio similar al que se hace al cambiar de operador de telefonía móvil, pero si un asegurado está descontento con su aseguradora y tiene una patología, es casi imposible el cambio, puesto que la nueva aseguradora le excluirá dicha dolencia. Para los mutualistas que ven que un centro o médico desaparece de su cuadro (hay cuadros diferentes dentro de la misma compañía aseguradora para mutualidades y para pólizas privadas) y quieren mantener la asistencia, pasando a una cobertura de seguridad social y actualizando su póliza a una privada, el coste es muy superior a la que tendría un asegurado nuevo. Es un mecanismo para romper la continuidad asistencial a la que estarían obligados y reducir el gasto que les podría causar ese asegurado, del que ya conocen la historia de siniestros.</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).

Las tarifas suelen mantenerse en una horquilla relativamente estrecha, excepto por las ofertas a la baja habituales que lanzan las compañías y la aparición de pólizas que se refieren exclusivamente a teleasistencia (que en muchas ocasiones son engañosas, puesto que no disponen de profesionales médicos para atenderlas por los honorarios que se pagan, y se limitan -en la letra pequeña- a corresponder a "consejos de salud"

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).

La oferta es similar ("todo lo que necesites, cuando lo necesites, con quien lo necesites y cuantas veces quieras"), pero los asegurados de algunas compañías que son cada vez menos rentables para los proveedores ven que las listas de espera de algunas aseguradoras van alargándose e incluso, que hay centros donde ya no se admiten esos pacientes o profesionales (sobre todo, cirujanos) que no realizan ciertos procedimientos quirúrgicos para algunas aseguradoras, desprotegiendo así a los asegurados, que tiene que peregrinar en busca de un lugar donde resuelvan su problema.

<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 los centros de salud y los grupos hospitalarios es feroz, porque la única manera de sobrevivir en un entorno en el que los costes (salarios de personal, costes de material, gastos corrientes, etc.) han aumentado significativamente sin que los baremos de lo que las entidades aseguradoras lo hayan hecho es multiplicar la utilización de las instalaciones y ofrecer una asistencia de volumen, en perjuicio de la calidad. Por otro lado, dado el poder negociador que los grupos hospitalarios tienen frente a las aseguradoras, llevan años estableciendo un ajuste de manera que aquello que sólo los centros hospitalarios pueden ofrecer (asistencia en UCI, gastos de quirófano, asistencia de Urgencias 24 horas, sobre todo) es lo que se ha ido revalorizando, y aquello que otros proveedores (básicamente las clínicas sin internamiento y los médicos individuales) también ofrecen se ha quedado estancado o a veces incluso ha bajado de precio. Este mecanismo de "dumping encubierto" colocando precios artificialmente bajos a unos servicios ha ido expulsando del mercado a muchos pequeños proveedores que han visto como el "valor de mercado" de sus servicios no subía y hacía inviable su permanencia en el mercado de la asistencia sanitaria</p>

<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).</p>	<p>Con frecuencia, las compañías aseguradoras se niegan a conceder claves para la asistencia nuevos proveedores individuales, excepto si lo hacen bajo el paraguas de un grupo hospitalario o en las instalaciones de los centros de asistencia que las propias entidades aseguradoras han ido abriendo a lo largo de España. A cambio, lo habitual es que dicho grupo hospitalario o la propia entidad aseguradora retenga un porcentaje de los honorarios al profesional. Así, a los asegurados se les oferta la asistencia básicamente por parte de aquellos operadores dispuestos a trabajar a volumen en un entorno de bajo coste, pero sin explicarles la razón.</p>
<p>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).</p>	<p>En general, el primer indicador es la satisfacción del cliente/paciente, puesto que a él es a quien se dirige la asistencia. Dicho esto, sería importante conocer los tiempos de espera (demoras desde que se solicita una cita hasta que se realiza la asistencia), el tiempo dedicado a cada paciente (hace unos años en general, dentro del sistema privado se citaban los pacientes cada 15 minutos; ahora, los profesionales que trabajan a destajo en grupos hospitalarios o centro propios de las aseguradoras los citan en márgenes de entre 5 y 8 minutos para lograr una rentabilidad suficiente); después el estado de las instalaciones, puesto que en muchos centros hospitalarios no es posible realizar las adecuaciones deseables por el bajo nivel de rentabilidad de los procesos que en ellos se atienden y la entrada de los fondos de inversión en los grupos hospitalarios que necesitan lograr rentabilidades suficientes en plazo de 3-5 años para poder efectuar una nueva venta; además, sería necesario establecer sistema de registro de resultado de los procesos para que los pacientes supieran cuales son los más eficientes y eficaces en el tratamiento de determinadas patologías y así poder elegir con conocimiento</p>

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).

Parece razonable deducir que a las aseguradoras con intereses en grupos hospitalarios o centros sanitarios no les interesa permitir que agentes externos entren en el mercado sanitario, puesto que sus cuentas de resultados se cierran en un círculo perfecto (el gasto pasa a ser también ingreso, saneándolas)

<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>Las relaciones verticales condicionan el acceso de los asegurados a la asistencia, porque desde las aseguradoras se van estableciendo contratos de exclusividad para los procesos de alto valor añadido (que implican un gasto extra al paciente) para sí mejorar sus resultados económicos. Por otra parte, para las aseguradoras el paciente en lista de espera no genera gasto, por lo que tienden a reducir los cuadros médicos y el número de centros de asistencia. De hecho, incluso "recomiendan" a los profesionales que restrinjan el número de derivaciones a ciertos servicios de manera a veces directa, a veces sutil (por ejemplo, ofreciendo bonus por cumplir ciertos objetivos, entre los que no se cuentan aquellos que afectan a la percepción de calidad por parte de los pacientes)</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>Las tarifas sanitarias de los profesionales no han variado significativamente desde que aún se pagaba en pesetas (una consulta de especialista se pagaba entonces a 3.000 pesetas, y ahora a alrededor de 18-20 euros). Ante los intentos de negociación, las aseguradoras siempre se han cerrado a todo tipo de negociación colectiva o a través de representantes alegando que "su proveedor es el médico individual" lo cual es a todas luces falso, puesto que han ido concediendo claves médicas a centros y grupos hospitalarios. Aquellos profesionales que han intentado una actualización de baremos (solicitando tan sólo la actualización del IPC, que a estas alturas ya se eleva a más del 70%) para cubrir los gastos de sus consultas o centros han visto como sistemáticamente eran desoidos e incluso amenazados con la expulsión del cuadro médico de una compañía "como le pasó a fulano o a mengana"</p> <p>Aquellos que estaban también en los cuadros de mutualistas de una aseguradora vieron como en los últimos años muchos de los que no consultaban dentro de grupos hospitalarios o en los centros propios de las aseguradoras eran expulsados de esa parte del cuadro médico (mientras muchas veces se les mantenía en la parte de pólizas privadas como reclamo publicitario para captar asegurados) por "generar mucho gasto" o "tener un efecto llamada" que haría que mutualistas de una aseguradora pasaran a otra en la que estaban estos profesionales y fueran atendidos u operados en los primeros meses tras el cambio, generando así un gasto para la nueva aseguradora. Es evidente que este tipo de actitudes no se han tomado en busca de la calidad asistencial, ni con el beneplácito de los profesionales, si no en busca de la rentabilidad de la aseguradora.</p> <p>Además, especialmente durante la última década, las entidades aseguradoras han ido traspasando a los profesionales una parte del proceso administrativo de la asistencia, de manera unilateral de nuevo. Este crecimiento de tareas administrativas ha obligado a contratar a personal que ha incrementado aún más los gastos de la asistencia para los profesionales, mientras que ni los honorarios han subido, ni -por supuesto- los costes de las aseguradoras han subido de igual manera, puesto que esas tareas realizadas por el personal contratado por los proveedores han permitido que las plantillas de las entidades aseguradoras no tuvieran que crecer en la misma proporción</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).

Hasta ahora, el efecto que han tenido los intentos de negociación han sido, básicamente, la pérdida de calidad en la asistencia a los asegurados, puesto que la negativa absoluta de las aseguradoras a aceptar cualquier tipo de negociación han repercutido negativamente en los asegurados: unas veces porque los médicos altamente cualificados han decidido dejar de prestar asistencia a los asegurados de una determinada compañía o dentro de un determinado grupo hospitalario, otras porque lo que se ha generado es una lista de espera para esos pacientes puesto que se priorizan otros que tienen más valor añadido para los prestadores de la asistencia, y aún otras veces porque se han acortado los tiempos de asistencia y mermando la calidad por la necesidad de lograr una rentabilidad suficiente de la práctica.

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