

<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 orden de prioridad: 1. Precio 2. Cuadro médico 3. Coberturas 4. Centros sanitarios La calidad del servicio no se valora a priori porque tampoco hay datos objetivos disponibles</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).

Normalmente se publicita un precio (el más bajo posible) y no se informa con claridad del alcance de la cobertura, los períodos de carencia o las excepciones.

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).

Normalmente son poco claras, con gran extensión para disuadir de la lectura exhaustiva y analítica. Las limitaciones, exenciones y carencias suelen estar mencionadas en último término.

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).

Evidentemente es un efecto perjudicial, ya que se priorizan aspectos favorables de otros seguros (por ejemplo: asistencia en carretera y coche de sustitución) en detrimento de prestaciones sanitarias.

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).

Es indignante el aumento de las pólizas en personas mayores de 65 años. A pesar de haber estado asegurados en la misma compañía durante 20 o 30 años sufren incrementos de hasta el 300% o más cuando más necesitan de la asistencia, ignorando (las aseguradoras) que han compensado con creces el gasto con los años de juventud en que han estado pagando por el seguro sin hacer un uso intensivo de los servicios. También en el caso de las patologías graves (por ejemplo transplantes) en cuyo caso el asegurado "es invitado" a acudir a la sanidad pública cuando no se les deniega la asistencia directamente.

**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).**

Debería estar absolutamente prohibido cuando concurren las siguientes circunstancias: haber estado asegurado durante más de x tiempo (¿1 año, 3 años?), cuando el servicio solicitado se encuentra incluido en las condiciones de la póliza, cuando la patología ha aparecido posteriormente a la contratación del seguro y cuando al menos dos profesionales hayan dictaminado su necesidad y pertinencia.

**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).**

Toda incorporación debería ser incluida automáticamente, al menos a partir de la renovación anual de la póliza.

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).

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).

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).

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>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 es muy limitada, ya que los conciertos entre centros sanitarios y compañías de seguros son discrecionales. Las aseguradoras suelen pactar con dos proveedores de servicios para cumplir con la "libre elección", cuando en realidad no es libre sino limitada a esos dos o tres centros. A su vez, imponen condiciones de servicio y tarifas so pena de quitar los acuerdos y darlos a la competencia, con lo cual se suele contratar el servicio más barato y no el que más calidad puede ofrecer a los asegurados. En las poblaciones en que las aseguradoras tienen centros sanitarios propios la limitación de los pacientes para acudir a otros es aún menor, poniendo restricciones para determinadas prácticas o pruebas diagnósticas que se ofrecen en exclusiva en sus propios centros y en ninguno más. Con respecto a la doble condición de agentes de seguros y gestores de centros sanitarios existe también la percepción de que es un modelo de negocio viciado por intereses comerciales de las compañías y donde la prioridad deja de ser el servicio al paciente. Es curioso que se permita esta doble función a quienes sólo deberían asegurar unas coberturas sin más intervención en el mercado que el propio del asegurador. No sería objetable si hubiera libre acceso a cualquier hospital, clínica o profesional pero en cuadros médicos restringidos y cerrados se propician situaciones de abuso hacia el asegurado.</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).

La contratación de servicios es absolutamente discrecional. El argumento que esgrimen las aseguradoras es que así aseguran un determinado volumen de pacientes y hacen más atractiva la inclusión en el cuadro médico para quien pertenece a ese selecto grupo. En realidad se está enmascarando la condición de mantener unos costes y honorarios bajos a cambio de volumen. Si las aseguradoras pagaran unas cifras razonables ningún hospital o profesional se negaría a atender a los asegurados, independientemente del número de pacientes que acudan. En la práctica este sistema genera unos proveedores de servicio cautivos, que deben ceder a cambio de un volumen que garantice su supervivencia económica. De la calidad de los servicios nadie se preocupa, salvo quejas puntuales que se atienden y resuelven de manera individual pero en ningún caso suponen mejoras en la atención del resto de asegurados.

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 se podría establecer valorando los siguientes parámetros:

- Profesionales con experiencia contrastada y adecuadamente formados y especializados.
- Personal sanitario y administrativo en número acorde al volumen asistencial.
- Acceso sin esperas al servicio que se solicita.
- Integración del proceso asistencial (consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos) en un solo centro o por redes de complejidad creciente preestablecidas.
- Ratios de calidad: días de ingreso por procedimiento, reintervenciones, complicaciones, tasas de mortalidad por cada centro o profesional.
- La existencia de consultas de alta resolución.
- La existencia de equipos multidisciplinares para abordar una determinada patología.
- La reducción de trámites, autorizaciones y peticiones de informes para cada procedimiento.

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. Explicado en el apartado anterior.
Básicamente se rechazan nuevas incorporaciones por la simple voluntad de la compañía aseguradora, sin más.

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).

También explicado antes. Cero competencia, ningún criterio de calidad o eficiencia, sólo la ventaja económica de mantener precios bajos.

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).

Para los profesionales en ejercicio libre la negociación no existe. Los honorarios son impuestos según un baremo de la compañía y las opciones de negociación son tómallo o déjalo. Con respecto a clínicas y hospitales es lo mismo, con el agregado de que la oferta tiene condiciones cuasi extorsivas: te agrego la especialidad tal a cambio de que la consulta de urgencias me la cobres a tanto. O te doy las resonancias a cambio de que me rebajes los gastos de cirugía. Y así.

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 efecto es desastroso. Se ha llegado al punto de que en los últimos 20 años no ha habido prácticamente actualizaciones en los baremos, ni de lejos la actualización en base al IPC que sería lo mínimo razonable. Hay procedimientos que han cambiado a mejor desde el punto de vista médico, que requieren de mayores costes y mayor esfuerzo del profesional en cuando a formación, y sin embargo las aseguradoras siguen pagando en base a las prácticas anteriores sin premiar el avance científico ni la mejor recuperación del paciente. La cirugía ambulatoria, que supone un avance en cuanto a días de baja laboral y el evitar ingresos se ha penalizado con peores remuneraciones cuando debería de ser al contrario. Por otra parte, hay procedimientos por los que se paga una cifra tan ridícula que los profesionales se niegan a hacer, aún a sabiendas de que eso puede significar la exclusión del cuadro de proveedores de servicio. En algún caso se aplican demoras desmesuradas ("listas de espera") disuasorias para evitar el dar el servicio que no está suficientemente remunerado.

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

Si abordamos este asunto desde una perspectiva lógica, el seguro es un contrato entre los usuarios y su compañía. La aseguradora está en su derecho a tarifar un determinado servicio por el cual le garantiza al asegurado que responderá en caso necesario. Ahora bien, eso no debería suponer que el profesional (o centro sanitario) no tenga derecho a establecer unos precios. En el caso de que los pagos a satisfacer al profesional o centro fueran mayores que la cobertura de la compañía debería ser posible para el asegurado el abonar la diferencia, si así lo desea, y el profesional o centro debería tener derecho a percibir esa diferencia sin que le suponga el tener que dejar de dar servicio al asegurado como pasa en la actualidad. Es contradictorio que nadie pueda fijar un precio (por ejemplo los colegios profesionales) pero sí se permita a una compañía aseguradora fijar los precios que va a pagar a los profesionales de manera unilateral. Tampoco promueve una competencia leal entre centros o profesionales, ya que quienes no están dentro del cuadro médico no pueden competir con quienes sí están. Todo el sistema sanitario privado está cautivo en esta situación, y lo de "ejercicio libre" sólo puede aplicarse a los pacientes no asegurados. Tampoco la libre elección del médico puede ser ejercida por los pacientes, que se ven limitados al cuadro profesional que determine la compañía y en no pocas ocasiones se ven obligados a cambiar de médico por este motivo.