

<p><b>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</b></p>	<p>Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)</p>
<p><b>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</b></p>	<p>[CONFIDENCIAL]</p>
<p><b>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</b></p>	<p>Confidencial</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Precio y coberturas</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).**

Poco claro y difícilmente comparables. No existe un consenso en qué información publicar ni unas normas establecidas. Hay cuadros médicos inflados a costa de incluir a profesionales que ya no trabajan, que trabajan en un centro y se publica al centro y al profesional como dos opciones diferentes, etc. Hay pólizas que excluyen ciertas prótesis y está indicado en una cláusula escondida, 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).**

Poco claro y difícilmente comparables. No existe un consenso en qué información publicar ni unas normas establecidas. Hay cuadros médicos inflados a costa de incluir a profesionales que ya no trabajan, que trabajan en un centro y se publica al centro y al profesional como dos opciones diferentes, etc. Hay pólizas que excluyen ciertas prótesis y está indicado en una cláusula escondida, etc.

<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>La venta cruzada dificulta aún más al cliente o asegurado tener una idea clara de lo que está contratando, dado que se enfrenta a un sinfín de cláusulas en varios tipos de seguros. Si a esto le añadimos que no existen unas normas o estándares entre los distintos tipos de pólizas de salud, el resultado es la pérdida de la capacidad del asegurado de discernir qué póliza es mejor o peor.</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>Valoro que existe una falta de regulación de estándares que deban seguir las aseguradoras de modo que el asegurado pueda comparar objetivamente.</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).**

No me parece ético que las compañías aseguradoras acepten clientes en virtud de cuestionarios de salud rellenos por el cliente que no contrastan hasta que el cliente solicita el pago de un siniestro de salud, solicitando entonces un certificado de salud que podía solicitarse al inicio del contrato. Como resultado, el cliente o asegurado incurre muchas veces en errores en su cuestionario de salud que posteriormente permite a la compañía aseguradora evitar el pago del siniestro, pero habiendo cobrado la póliza mientras el cliente no necesitó cobertura de ningún siniestro.

**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).**

Me gustaría corregir en este punto la formulación de la pregunta: los nuevos tratamientos o técnicas no los incorpora la aseguradora, dado que la aseguradora no tiene una oferta de tratamientos o técnicas. Los incorporan los profesionales que prestan sus servicios profesionales a la aseguradora. De hecho, la información contractual o precontractual de la aseguradora no tiene ningún listado de técnicas que cubre o no, sino de especialidades o profesionales en su cuadro médico. La inclusión de las nuevas técnicas o tratamientos debe responder a la ars médica vigente en cada momento, y las pólizas deben planificarse en función de dicha previsión. Igual que hay avances tecnológicos que bajan de precio algunos procedimientos, hay nueva tecnología que sube otros. No debería tener un efecto económico sobre la póliza.

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

Creo que no se ha tratado un punto fundamental. La asistencia sanitaria es un servicio profesional y, como tal, un pilar básico es el profesional que lo ofrece. La manipulación de los cuadros médicos (selección o exclusión de profesionales) por las aseguradoras para bajar costes, asumiendo y aceptando una peor asistencia sanitaria a sus asegurados, es un punto clave.

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

Bajo, dado que la CNMV no actúa cuando hay una posición de dominio de mercado que permite a las aseguradoras controlar más de un 40% de las pólizas de salud privadas. La excusa utilizada es la circunscripción en la que calcula dicha cuota de mercado, que debería ser provincial como máxima extensión.

**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, existen barreras fruto de la posición de dominio de las aseguradoras ya existentes.

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

El cambio de aseguradora de salud está limitado por la exclusión de la cobertura de las patologías crónicas que se van adquiriendo durante el tiempo de permanencia con una aseguradora. Igualmente el precio de la póliza aumenta precisamente por dichas enfermedades (p.e hipertensión arterial, colesterol alto, etc ) por lo que un cambio de aseguradora siempre implica una pérdida de coberturas.

**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).**

Existen diferencias porque las aseguradoras con posición de dominio pueden bajar precio para excluir a los nuevos operadores gracias a una menor repercusión de los costes fijos en un mayor número de pólizas.

**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).**

Existe gracias a la capacidad de la aseguradora de excluir a muchos prestadores de servicios de asistencia de salud al restringir los cuadros médicos y gracias a la capacidad de las aseguradoras de dirigir preferencialmente a sus asegurados a determinados prestadores dificultando burocráticamente la prestación de dicho servicio por otros proveedores de servicio.

<p><b>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Ni me imagino la que se montaría si las aseguradoras de siniestros con el automóvil pudiesen excluir a la mayoría de los talleres de atender a sus asegurados. Esto se vive diariamente en España en el mercado de los seguros de salud. La aseguradora no solo impone un precio al servicio (lo que puede ser razonable) sino que determina quien puede prestarlo y quien no en función de intereses comerciales, no científicos ni técnicos)</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>Existe una competencia manipulada por las propias aseguradoras. ASISA tiene estrecha relación empresarial con el grupo hospitalario HLA, facilitando la derivación de sus asegurados a los centros HLA y denegando autorizaciones para un procedimiento cuando se realiza en otro centro (aunque esté concertado con Asisa). Sanitas tiene hospitales propios en Madrid y tiene estrecha relación empresarial con los centros sanitarios Millenium. Y así hasta aburrimos... ¿Os imagináis una red de talleres de coches de Mapfre donde tengan que ir los clientes de los seguros del automovil de Mapfre o a los que puedan ser derivados preferencialmente?</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).**

Por supuesto, dado que las aseguradoras tienen que incluirte como proveedor de servicios asistenciales ("facilitar la clave"), los nuevos proveedores no tienen cabida salvo que acepten condiciones económicas peores que los ya existentes. El cliente o asegurado no puede pedir ser atendido en un centro que no tenga dicha clave, independientemente de que la calidad o el precio por el servicio sea el mismo o incluso más favorables para el cliente o la aseguradora.

**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).**

Depende del servicio sanitario y esto es un tema tan amplio que no es contestable en menos de un libro. Obviamente hay parámetros que son claramente objetivables pero dependen de cada técnica, por ejemplo:  
Cirugía cardíaca: mortalidad, estancia hospitalaria o complicaciones perioperatorias.  
Traumatología: dolor postoperatorio, mejora funcional de la articulación, etc  
Endocrinología en diabetes: Control glucémico en función de la hemoglobina glicosilada, etc  
En cuanto al centro hospitalario:  
Accesibilidad: demora en dar cita, disponibilidad de profesionales, etc  
Instalaciones: Limpieza, acceso a minusválidos, comunicaciones (aparcamiento, conexión con metro-bus)  
Disponibilidad de distintas especialidades.

**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).**

Por supuesto que si. Y creo que es un factor determinante de una limitación a la competencia.

**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).**

Por supuesto que sí. Y creo que es un factor determinante de una limitación a la competencia.

**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).**

Absoluta indefensión e incapacidad para negociar en más del 90% de los casos.

**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).**

En la inmensa mayoría de los casos NO EXISTE dicha negociación. Cuando exista puede generar una competencia por una mejor calidad del servicio por parte del cliente/asegurado.

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