

<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>1º Atención sin demora. 2º Cuadro médico. 3º Calidad y cercanía de los profesionales. 4º Precio.</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).

Es muy difícil comparar los servicios ofrecidos. Es más fácil comparar los cuadros médicos, buscando los profesionales que interesan y son los verdaderos reclamos comerciales.

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).

Difícil

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).

El efecto de la comercialización cruzada es engañoso para el asegurado.

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).

Se practican exclusiones de garantías que, en mi opinión, creo no están permitidas por la legislación. Al asegurado se le obliga a informar de antecedentes médicos con carácter previo a la firma de la póliza.

**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).**

Las compañías rehúsan ciertas coberturas obligando al médico a informar de la historia clínica.

**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).**

El efecto debería ser el incremento del precio 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).

No existe verdadera competencia entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España por las siguientes prácticas concertadas y/o acuerdos entre ellas: 1.- Ventas vinculadas entre seguros y servicios médicos/hospitalarios; 2.- Falta de diferenciación de sus cuadros médicos; 3.- Intercambio de información estratégica y comercialmente sensible como son los honorarios pagados a los médicos.

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).

Lo desconozco. En décadas anteriores (años 80-90) se intentaba obstaculizar la implantación de nuevas aseguradoras en ciertas provincias, haciendo contratos con médicos en exclusiva. Ahora esta práctica no creo que la hagan las aseguradoras, pero si la hacen los grupos hospitalarios.

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

Los asegurados que hayan estado afectados por una enfermedad o cualquier problema de salud tienen muy difícil cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro de otra compañía.

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 que abonan las aseguradoras por los actos médicos son muy similares. Se trata de baremos impuestos sin posibilidad real de negociación por parte de los profesionales.

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).

Las tarifas que cobran las aseguradoras por sus pólizas a los consumidores son muy similares.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Según la Encuesta publicada por la OMC en 2019, el 39,1% de los médicos encuestados consideraron que los importes de los baremos en sus especialidades médicas son muy similares entre las distintas aseguradoras líderes del mercado, con unas diferencias que son inferiores al 5%. Es decir, existe una concertación de precios, en un mercado que es totalmente transparente en cuanto a los baremos e importes confeccionados por cada una de las aseguradoras denunciadas.</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 por atraer pacientes a los que prestar servicios de asistencia sanitaria no tiene lugar al nivel de grupos hospitalarios, sino que tiene lugar al nivel de compañías aseguradoras puesto que los centros sanitarios y grupos hospitalarios están verticalmente integrados con distintas compañías aseguradoras.</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>Las barreras de entrada al mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria son extremas. Las prácticas de connivencia entre Compañías Aseguradoras y Grupos Hospitalarios han expulsado al médico como prestador directo de servicios de asistencia sanitaria. Desde el año 2010, aproximadamente, los médicos no pueden acceder al mercado de prestación de servicios sanitarios a los ciudadanos que tienen suscrito un seguro de salud puesto que está cerrado para ellos.</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>El factor más importante para valorar la calidad de los servicios sanitarios es el médico y la consiguiente relación médico-paciente. A la aseguradora no le interesa el talento, el curriculum del médico, sus esfuerzos en continuar formándose y ampliar sus conocimientos y recursos. Tampoco tiene interés en promover todo lo anterior y ponerlo en conocimiento de sus asegurados. La facultad y posibilidad de comunicarse, interactuar y trabajar eficazmente con sus pacientes propicia vínculos estables y de confianza que tienen una incidencia destacada en la calidad asistencial. El tiempo de atención al paciente, la disponibilidad, la ausencia de listas de espera etc. son así mismo determinantes.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>El modelo de honorarios paupérrimos impuesto por las aseguradoras ha instaurado un sistema que necesariamente tiene un severo impacto en la calidad asistencial. Los asegurados se quejan y muestran su descontento, pero lo hacen ante el médico que es quien da la cara y la persona en quien confía el paciente/asegurado.</p>
<p>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).</p>	<p>La integración vertical Compañía aseguradora/Centro hospitalario presiona al médico que presta sus servicios en una consulta o clínica propia y consigue excluirlo del mercado integrándolo en el centro propio. Con ello además captan y se apropian de los pacientes privados del médico. La integración vertical Compañía aseguradora/Centro hospitalario impone al médico y al asegurado que los servicios médicos y/u hospitalarios se presten en su centro propio, restringiendo con ello el acceso al mercado y la supervivencia de a clínicas, hospitales, independientes.</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).

El médico debe tener la potestad de decidir cuál es la mejor opción para su paciente en todo momento. La integración vertical Compañía aseguradora-centro hospitalario conlleva que se imponga al médico la decisión que más convenga a la aseguradora (no al paciente) con el fin de reducir sus costes, respecto a las pruebas diagnósticas a practicar (o no, según el criterio de la aseguradora), donde se llevan a cabo, el tratamiento, los materiales, y el profesional al cual derivar al paciente.

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).

Desde la década de los 90 del siglo pasado la posibilidad de negociar tarifas o condiciones de prestación de servicios médicos por parte de los médicos con Compañías aseguradoras ha sido prácticamente inexistente. Las aseguradoras han exigido la firma de contratos de adhesión (en un porcentaje elevado de los casos ni siquiera existe contrato firmado, vulnerando con ello la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias) e imponen unilateralmente sus baremos de honorarios. Desde entonces los baremos se han congelado o han tenido subidas insignificantes. Es lógico que esto haya ocurrido si quien impone el precio es quien lo paga.

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).

. Como consecuencia de la falta de poder negociador, los médicos se ven obligados a aceptar las condiciones impuestas por las Compañías aseguradoras y lo Centros hospitalarios verticalmente integrados. Esto tiene consecuencias inmediatas y a más largo plazo. En el corto plazo existe una reducción substancial de la calidad asistencial a pacientes debido al menor tiempo asistencial por paciente y a la no prevalencia del criterio médico en la realización de análisis y pruebas diagnósticas. En el medio plazo está resultando en una falta de interés de los médicos jóvenes para prestar sus servicios en el mercado cubierto por seguros de asistencia sanitaria.

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

El 2019 y 2022 fueron publicados los resultados de un estudio realizado por la Organización Médico Colegial de España sobre las condiciones de competencia en el ejercicio libre de la medicina.