

<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>Para los consumidores es determinante la calidad de la asistencia sanitaria. En España se cuenta con una sanidad pública de calidad en proceso de deterioro, y los ciudadanos que eligen una cobertura privada buscan la mejor atención para ellos y sus familias. Con tal motivo la calidad del cuadro médico, la libertad de elección, la calidad de los medios diagnósticos y terapéuticos y la más amplia cobertura de especialidades son determinantes.</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).

Entre distintas ofertas de seguros no hay especificidad en las ofertas. Todas aparentan coberturas cercanas a las máximas posibles y no se especifican con suficiente claridad las limitaciones a la asistencia, las limitaciones a las consultas médicas o métodos diagnósticos, que pueden apartarse de las recomendaciones de las sociedades científicas para sus patologías. Los clientes suscriben sus seguros con la impresión equivocada de que todas sus enfermedades serán cubiertas y no es así. Tampoco se especifica que los proveedores de sus prótesis serán limitados, ni que se esperara que los hospitales o médicos atiendan sus consultas de manera gratuita en ocasiones, ni que cuando tengan dos enfermedades que hay que intervenir a la vez la financiación solo cubra una de las dos... debería obligarse a especificar mucho más las condiciones de las coberturas que se publicitan para dar la posibilidad real de elegir. En definitiva, un cliente debería poder diferenciar las ofertas por la calidad real de los servicios a los que van a acceder y las limitaciones reales que van a tener que aceptar. No basta con ser atendido en tal centro, sino que a tal centro se le permita dar una atención completa (todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas, retribuidas) y si no va a ser así que se tenga que especificar. También si se va a privilegiar que se realicen pruebas o tratamientos en los centros propios y de propietarios relacionados con las direcciones de las aseguradoras o si va a haber una verdadera libre elección. También es importante que se informe de cuál es la prevista evolución de precios en el seguro a lo largo de los años, o de las restricciones que se propondrán para abaratarlo (una práctica común es la subida importante de las cuotas a partir de una edad, y la oferta de una póliza con coberturas mínimas para que los pacientes mayores renuncien a las pólizas que pueden ocasionar mayores gastos a las compañías aseguradoras, acosando a los clientes mayores, que aceptan desinformados y pierden coberturas después de haberlas sufragado durante los años en que su siniestralidad era menor; es necesario restringir o acotar esa práctica y obligar a una información previa acerca de esas circunstancias)

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).

Completamente insuficiente, además de ser las compañías, o al menos algunas, refractarias a enviarla para su estudio cuando se solicita. Es difícilísimo comparar pólizas. La información no está disponible en la web, y los comparadores de tarifas son muy superficiales. Debería ser obligatoriamente accesible toda esta información para poder compararse y ejercer los derechos correspondientes.

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).

Obviamente la dificultad. Si la información tuviera que estar obligatoriamente disponible de forma inteligible para los clientes sería diferente.

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).

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).

Determinadas compañías intentan rehusar la cobertura de las patologías más caras, o demoran la aprobación de las solicitudes más allá de lo aceptable para una buena atención de la patología (en el caso de enfermedades oncológicas se demoran en ocasiones las aprobaciones de los ciclos de quimioterapia hasta que los pacientes, ante la posible evolución de la enfermedad, se marchan a la medicina pública) para intentar disminuir sus gastos.

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).

Normalmente no se incorporan a los baremos que las compañías imponen unilateralmente a los proveedores de salud. Estos son ya insuficientes para cubrir el coste real de la mayoría de las pruebas (el orden de precio de una prueba en baremo es de 1/1000 a 1/7000 del precio de un aparato diagnóstico, lo que hace imposible amortizarlos, obligando a restringir la tecnología que se utiliza o impidiendo actualizarla). Si los incorporara se limitaría a incluir el nombre de la nueva prueba o técnica en el mismo epígrafe que la anterior de nombre más parecido, haciendo inviable de hecho su incorporación por la enorme infrafinanciación. Por otro lado, la financiación a diferentes grupos médicos u hospitalarias es disfruta tu nota según su proximidad a las compañías aseguradoras, lo cual no saben los clientes. De esa manera podría hacerse viable que unos grupos, a veces participamos directa o indirectamente por las aseguradoras o sus directivos pudieran incorporar tecnología de última generación y otros no.

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 parece estar artificialmente desactivada. Da la impresión de que existe acuerdo de tarifas y ofertas entre compañías del sector, alimentado por la falta de transparencia y de información a los clientes.

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).

Si un proveedor de servicios de salud quiere entrar a funcionar tiene la entrada cerrada, dado que las aseguradoras no permiten nuevos proveedores y se limita así la libre competencia así como la libertad de elección de los asegurados.

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

Es difícil y costoso, para lo que parece haber un acuerdo entre compañías, y sobre todo es una información que se oculta de antemano a los clientes. A partir de una edad es prácticamente imposible.

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).

No parece haberlas. Hay un grupo de aseguradoras que ofrecen pólizas extremadamente baratas que ofrecen al parecer importantes limitaciones en sus coberturas, aunque se publicitan como si fueran iguales que las de coberturas más amplias.

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 hay, hay aseguradoras que imponen precios desproporcionadamente bajos y mayores limitaciones a la asistencia a sus pacientes (menor número de revisiones, menor número de pruebas cubiertas, menor frecuencia de pruebas, precio irrisorio de actos quirúrgicos) que redundan necesariamente en una atención más limitada a sus clientes, que desconocen en general esas circunstancias. Por otro lado las aseguradoras prohíben que se les comuniquen dichas circunstancias a los clientes bajo amenaza de rescisión de contratos a los proveedores, lo que desprotege efectivamente a sus clientes.

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).

Los grupos hospitalarios impiden a los médicos ejercer libremente, imponiendo una relación exclusiva con las aseguradoras e imponiéndose como intermediarios entre el profesional y las aseguradoras. Dichas aseguradoras imponen a los profesionales y proveedores baremos y tarifas que hacen imposible realizar tratamientos de calidad, con plazos de pagos y mermas injustificadas que los profesionales tiene. Que aceptar bajo pena de verse fuera del mercado. Dicha circunstancia de infrafinanciación no es conocida por los pacientes, a los que se les anuncia que todas sus atenciones van a ser de alta tecnología y prácticas de excelencia, mientras que en los hospitales no se puede contratar personal formado ni utilizar medios razonables porque el coste es inasumible.

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).

Entrar es imposible, las aseguradoras verán la entrada a nuevos operadores para asegurarse bajadas de precios que merman la calidad de la asistencia. Los grupos hospitalarios pagan a los profesionales fracciones miserables de los ya miserables baremos que reciben, copando el mercado laboral y empujando a los profesionales al cierre, la jubilación anticipada o la emigración para huir de la precariedad y la atención con recursos paupérrimos.

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).

Esa respuesta requiere mucho más de 500 palabras. Es necesaria la total transparencia en los recursos humanos y tecnológicos a los que los clientes van a poder acceder y los que les van a estar vedados. Es necesaria la publicación de las condiciones en las que se va a realizar la atención (ratios de personal que les van a atender, si en un hospital va a haber suficientes enfermeras por planta...). Sería ideal valorar los resultados de los profesionales y equipos de atención, pero con la infraestructura con la que se cuenta es un plan que debe realizarse a medio plazo al menos. Debe asegurarse que la atención va a ser financiada lo suficiente para acercarse a los mejores estándares de práctica -si no se van a pagar las pruebas a partir de un número mínimo o las revisiones en las intervenciones se hace imposible que la atención no merme- y publicar dichas limitaciones. Las sociedades científicas, profesionales y colegios de médicos pueden ser los intermediarios que visen y aseguren que la calidad de la atención es la adecuada.

La calidad de los servicios sanitarios depende de la calidad de su personal asistencial, médico y no médico, los recursos técnicos y tecnológicos, la cartera de servicios y la accesibilidad -lista de espera, información acerca de enfermedades y tratamientos-. Podrían los colegios de médicos establecer, de acuerdo con las sociedades profesionales, las condiciones mínimas de calidad asistencial por especialidades y patologías, y obtener el compromiso de las aseguradoras de respetarlo o informar claramente a sus clientes si no va a ser así.

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).

Alteran completamente el mercado. Excluyen efectivamente a los proveedores que no forman parte de esos acuerdos. De forma especialmente sangrante hay aseguradoras que son teóricamente cooperativas de médicos pero tienen acuerdos preferenciales con determinados proveedores que refuerzan rescindiendo acuerdos con proveedores que hacen la competencia a dichos grupos, o dando mejor financiación a dichos grupos que a su competencia. En algunos casos existe proximidad y puede que participación de directivos de la aseguradora en dichos grupos preferentes.

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 nivel de competencia disminuye lógicamente, y la calidad de la atención merma al serle denegada la libertad de elección prometida a los clientes. Dichos grupos pueden destinar mayor financiación a los trabajos monopolizados por ellos, mientras ahogan a la competencia obligándola a trabajar por debajo de costes.

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).

Las tarifas y condiciones son impuestas unilateralmente por los aseguradores. Originalmente pudieron ser razonables, pero en los últimos 30 años, en paralelo a su conquista del mercado, no las han actualizado, y en la práctica están por debajo de los costes. Se impone a los proveedores limitación de facturación en ocasiones (a partir de x euros al mes, no pagan más actos), forfaits con todas las pruebas incluidas por precios abusivos, se demoran o deniegan pagos injustificadamente ante la amenaza de rescindir contratos que en zonas acabarían con el 50-60% de asegurados que puede ser de una única compañía. Esto deriva en una merma constante de la calidad asistencial y una situación de monopolio en la que únicamente grandes grupos hospitalarios con la capacidad de ser mayoritarios en la asistencia en provincias o comarcas pueden sostenerles el pulso, con la posibilidad de crear aseguradoras propias y dañar el negocio de las compañías aseguradoras. Hay además absoluta opacidad en los diferentes tipos de contratos que realizan con diferentes proveedores y que retribuyen de manera diferente los mismos actos según criterios a los que lo se puede acceder.

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).

Los consumidores no están informados, lo que disminuye su capacidad de elegir libremente los servicios. Con la mínima financiación se deteriora el servicio que se presta y los resultados en salud de los asegurados.

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