

¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?	Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)
Nombre completo (del particular o de la institución representada)	ASOCIACIÓN DE ANESTESIOLOGOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?	Público
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).	PRECIO PRINCIPALMENTE, EL MÁS BARATO. LES DA IGUAL TODO LO DEMÁS. SOLO SI TIENEN UNA REALCIÓN ESTRECHA CON ALGÚN MÉDICO COMO PACIENTES SIGUEN A ESTE PROFESIONAL INDEPENDIENTEMENTE DE LA ASEGURADORA O EL CENTRO DONDE EJERZA. EN EL CASO DE QUE EL MÉDICO DECIDA NO ATENDER ASEGURADORAS EL PACIENTE CESA SU RELACIÓN CON ESE PROFESIONAL CON TAL DE NO PAGAR UN EURO POR SU SALUD. EXIGEN ATENCIÓN DE EXCELENCIA EN RAPIDEZ DE ATENCIÓN E INFRAESTRUCTURAS CON PÓLIZAS LOW COST QUE OBLIGAN A LAS ASEGURADORAS DEL SECTOR A REMUNERAR A LOS MÉDICOS EN TORNO AL 30% DEL PRECIO DE LIBRE MERCADO.

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).

A TODOS LOS PROFESIONALES NOS LLAMA PODEROSAMENTE LA ATENCIÓN OFERTAS TAN LOW COST COMO LA DE SEGUROS VIVAZ CON PRECIOS INFERIORES A 15€/ MES CON ASISTENCIA SANITARIA COMPLETA CONOCIENDO LOS COSTES DE LA SANIDAD. U OFERTAS COMO LA DE DKV FAMILIAR POR 29,45€/ MES, ADESLAS CON PÓLIZAS A 39€/ MES OBTIENIENDO AMBAS INSOSTENIBLES E INCOMPATIBLES CON UN ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD.

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).

COBERTURA DE SERVICIOS. LAS MAYORES IRREGULARIDADES QUE USTEDES DEBEN INVESTIGAR EN LOS SEGUROS DE SALUD SE PRODUCEN EN EL ÁMBITO DE LAS COBERTURAS DE LAS PRÓTESIS, ENTENDIENDO POR ESTAS CUALQUIER MATERIAL IMPLANTABLE O SUSTANCIAS EMBOLIZANTES. ADESLAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA DEJADO DE DAR COBERTURA A ESTOS IMPLANTES EN LA ESPECIALIDAD DE NEURORADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (COILS, STENT DERIVADORES DE FLUJO Y SUSTANCIAS EMBOLIZANTES) ADUCIENDO QUE NO FIGURAN EXPLÍCITAMENTE EN EL LISTADO DE COBERTURAS DE PRÓTESIS, YA QUE LOS LISTADOS QUE FIGURAN EN LOS CONTRATOS PARA LOS ASEGURADOS NO ESTÁN ACTUALIZADOS NI DETALLADOS. LO QUE NOS PARECE FRAUDULENTO. LA ASEGURADORA CUBRE LO QUE LE PLACE QUE SUELE SER SIEMPRE FAVORABLE A LOS INTERESES ECONÓMICOS DE LAS EMPRESAS QUE ABUSAN DE SU POSICIÓN DOMINANTE SOBRE LOS USUARIOS.

CUADRO MÉDICO. EN MUCHOS GRUPOS HOSPITALARIOS COMO GRUPO QUIRON, GRUPO HM, HOSPITALES SANITAS Y VITHAS, IMPONEN A LOS MÉDICOS COMO CONDICIÓN OBLIGATORIA PARA EJERCER SU PROFESIÓN EN SUS CENTROS QUE LA FACTURACIÓN DE LOS HONORARIOS MÉDICOS LA HAGA EL HOSPITAL Y LE DETRAE UN PORCENTAJE DE LOS MISMOS QUE VARÍA DEL 20 AL 30% PARA EL HOSPITAL ANTES DE ABONAR SU TRABAJO AL MÉDICO. ESTO HACE QUE LAS ASEGURADORAS DESCONOZCAN NI CONTROLAN QUÉ PROFESIONAL ATIENDE A SUS ASEGURADOS YA QUE ENTRE LAS ASEGURADORAS Y LOS GRUPOS HOSPITALARIOS ELIMINAN AL MÉDICO DE CUALQUIER ACUERDO SIENDO ÉSTE EL PRESTADOR DEL SERVICIO Y ESTANDO POR LA LEY DEL SEGURO OBLIGADOS A CONOCER Y CONTROLAR QUÉ PROFESIONAL ATIENDE A SUS ASEGURADOS. INCLUSO ASEGURADORAS COMO SANITAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA LLEVAN 15 AÑOS CON EL CUADRO MÉDICO CERRADO OBLIGANDO A LOS ANESTESIOLOGOS A FACTURAR SUS HONORARIOS A TRAVÉS DE LA CLAVE MÉDICA QUE SI QUE ENTREGAN A LOS GRUPOS HOSPITALARIOS PORQUE TIENEN UNOS BAREMOS CONCERTADOS CON LOS HOSPITALES UN 15% INFERIORES A LOS DE LOS PROFESIONALES QUE FACTURAN SU TRABAJO CON SU CLAVE MÉDICA INDIVIDUAL CON UN INTERÉS EXCLUSIVAMENTE ECONÓMICO QUE HACE QUE CON EL CUADRO ACTUAL DE ANESTESIOLOGOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID NO PODRÍAN ATENDER EL NÚMERO DE ANESTESIAS QUE SE REALIZAN CADA DÍA. Y LA EDAD MEDIA DE LOS ANESTESIOLOGOS DEL CUADRO MÉDICO DE SANITAS EN MADRID SUPERE LOS 60 AÑOS. DESCONOCEN QUIEN ANESTESIA A SUS ASEGURADOS EN SU GRAN MAYORÍA PERO TIENE UNA MUY BUENA CUENTA DE RESULTADOS. ABUSO DE POSICIÓN DOMINANTE.

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).	EXISTE EN ASEGURADORAS COMO HNA Y ASISA, LA IRREGULARIDAD DE OBLIGAR A LOS MÉDICOS A TRABAJAR CON LOS BAREMOS CONCERTADOS PARA LAS PÓLIZAS DE SALUD CUANDO SE ATIENDEN PACIENTES DE PÓLIZAS DE ACCIDENTES, FUNDAMENTALMENTE DE FEDERACIONES DEPORTIVAS. ESTA SITUACIÓN IMPUESTA DEBE SER CONTROLADA Y ELIMINADA DE LA ACTIVIDAD DIARIA POR SER FRAUDULENTA.
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).	ME REMITO A TODO LO DICHO EN APARTADOS ANTERIORES CON RESTRICCIONES INJUSTIFICADAS DE LAS COBERTURAS DE LOS IMPLANTES QUE ES EL MAYOR GASTO EN MUCHAS DE LAS ACTUACIONES MÉDICAS QUE OBLIGAN AL ASEGURADO A ABONARLAS SI QUIEREN HACER USO DEL SEGURO YA QUE LA INFORMACIÓN DE LAS COBERTURAS EN EL CONTRATO DE LA PÓLIZA ES INCOMPLETO, OBSOLETO Y NUNCA ESTÁ DETALLADO CON LA INTENCIÓN DE MANEJAR ANTE EL USUARIO LA FALTA DE COBERTURA AL ARBITRIO DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.

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).	LOS MÉDICOS Y LOS CENTROS HOSPITALARIOS TRABAJAMOS CON UNAS CONDICIONES TAN POR DEBAJO DEL PRECIO DE LIBRE MERCADO QUE SIEMPRE SE OFRECE NUESTRA COBERTURA. REPITO EL GRAN PROBLEMA ES CON LAS PRÓTESIS, EL MATERIAL IMPLANTABLE. AHÍ SÍ REHUSAN CUBRIR EL SINIESTRO CON FRECUENCIA EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA. TAL COMO ESTÁN REDACTADOS LOS CONTRATOS HACEN Y DESHACEN A SU ANTOJO.
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).	BUENO ES UN GRAN TEMA. EL NOMENCLATOR QUE ES EL QUE RECOGE LAS TÉCNICAS MÉDICAS, DIGAMOS ES EL CATÁLOGO DE COBERTURAS MÉDICAS NO SE ACTUALIZA EN LA MAYORÍA DE ESPECIALIDADES DESDE HACE TRES DÉCADAS. OBIAMENTE LA MEDICINA EVOLUCONA HACIA LA COMPLEJIDAD, CADA VEZ SE HACEN TÉCNICAS MÁS SEGURAS, MÁS CONTROLADAS Y QUE REQUIEREN MAYORES INFRAESTRUCTURAS. COMO EJEMPLO LA CIRUGÍA ROBÓTICA NO SE ENCUENTRA ACTUALIZADA, LAS ARTROSCOPIAS DE CADERA, ETC..., PORQUE ACTUALIZARLO SUPONDRÍA UN MAYOR GASTO - IMPACTO LO LLAMAN LAS COMPAÑÍAS - POR LO QUE PONEN TODAS LAS DIFICULTADES POSIBLES PARA REUNIRSE Y AVANZAR EN LAS MISMAS ACTUANDO COMO UN CÁRTEL UNIDAS EN CONTRA DE LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS TÉCNICAS SIEMPRE MÁS COSTOSAS. CON LO QUE EL PROFESIONAL SE VE OBLIGADO A OFERTAR ESTOS TRATAMIENTOS AL ASEGURADO FUERA DE LAS COBERTURAS PORQUE SU ASGURADORA NO ESTÁN INTERESADAS EN DAR SOPORTE A LAS TÉCNICAS MODERNAS YA QUE SE VERÍAN OBLIGADAS A INCRMENTAR EL PRECIO DE LAS PÓLIZAS. Y TODAS ESTÁN EN UNA CONTÍNUA GUERRA COMERCIAL A LA BAJA, LOW COST.

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).	PARTIENDO DE LA BASE DE QUE EL 75% DEL MERCADO DEL SEGURO SANITARIO EN ESPAÑA SE REPARTE ENTRE CINCO ASEGURADORAS (ADESLAS, SANITAS, ASISA, MAPFRE Y DKV) LAS COBERTURAS DE ESTAS CINCO SON MUY, MUY SIMILARES, LA MAYORÍA DE PROFESIONALES MÉDICOS Y DE GRUPOS HOSPITALARIOS NECESITAN TRABAJAR CON ESTAS COMPAÑÍAS SI QUIEREN EJERCER LA MEDICINA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA CONCERTADA MAL LLAMADA PRIVADA. POR LO TANTO EN MI OPINIÓN LA COMPETENCIA SE LIMITA A LOS PRECIOS DE LAS PÓLIZAS QUE SON TAMBIÉN MUY SIMILARES. PARA MI LA COMPETENCIA ES MUY LIMITADA.

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).	ES COMPLICADO PARA ASEGURADORAS MÁS PEQUEÑAS ACCEDER AL MERCADO PORQUE LOS PRECIOS QUE LES EXIGEN LOS GRUPOS HOSPITALARIOS A ESTAS ASEGURADORAS PEQUEÑAS SIN APENAS VOLUMEN SON MUCHO MÁS ELEVADOS Y SI QUIEREN SER COMPETENTES NO PUEDEN OFERTAR PÓLIZAS POR ENCIMA DEL MERCADO. TOTAL UNA RUINA, LAS CUENTAS NO SALEN.
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 PRINCIPALES PROBLEMAS SON ASUMIR LOS PERÍODOS DE CARENCIA QUE OBLIGAN EN TORNO A LOS 10 MESES A ABONAR LAS PÓLIZAS SIN PODER USAR LOS SERVICIOS AL CAMBIO DE COMPAÑÍA Y EL MAYOR PROBLEMA QUE ES LA EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LAS PATOLOGÍAS PREVIAS A LA CONTRATACIÓN.

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).	DESGRACIADAMENTE NO, NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS, NO VARÍAN MÁS DEL 10% ENTRE UNAS Y OTRAS, TODAS ESTÁN PERFECTAMENTE COMUNICADAS.
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).	TAMPOCO, LO YA DICHO, LOS CUADROS MÉDICOS, LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS PRÓTESIS SON MUY SIMILARES. SALVO LOS CASOS DE LSA MUTUALIDADES MUFACE, ISFAS, ETC..., QUE LES OBLIGA A CUBRIR TODO.

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).	OFERTAS PRÁCTICAMENTE CALCADAS YA QUE LOS GRUPOS HOSPITALARIOS DEBEN ASUMIR LAS CONDICIONES DE LAS ASEGURADORAS SI QUIEREN QUE LLEGUEN PACIENTES A SUS CENTROS.

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).	LO DESCONOZCO
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 DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEJA MUCHO QUE DESEAR PORQUE LA MAYORÍA DEL MATERIAL QUE EN SALUD ES COSTOSO Y LOS PRECIOS QUE ABONAN POR ELLOS LAS ASEGURADORAS NO CUBREN ESTAS NECESIDADES, LO QUE OBLIGA A LOS CENTROS A REESTERILIZAR MUCHO MATERIAL QUE DEBERÍA SER DE UN SOLO USO PARA PODER SOBREVIVIR ECONÓMICAMENTE. HAY MUCHO, MUCHOS CATÉTERES, GUÍAS, LLAVES, ALARGADERAS DE PRESIÓN...QUE SE REUTILIZAN PORQUE LOS PRECIOS CERRADOS POR PROCESO SON INSUFICIENTES. LOS EQUIPOS NO SE RENUEVAN CUANDO LES CORRESPONDE TAMPOCO.

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).	DESCONOZCO

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).	ME REMITO A LO DICHO EN APARTADOS ANTERIORES SOBRE LA EUTILIZACIÓN DE MATERIALES.
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 NEGOCIACIONES NO EXISTEN SE IMPONEN POR PARTE DE LAS ASEGURADORAS LOS BAREMOS QUE CONSIDERAN UNILATERALMENTE. EN OCASIONES ALGUNOS ESPECIALISTAS QUE HAN SOLICITADO REVISIONES AL ALZA DE SUS BAREMOS HAN SIDO EXPULSADOS DE LOS CUADROS MÉDICOS. PODRÍAMOS DECIR QUE ES UNA DICTADURA A LA QUE DEBES ESTAR SOMETIDO SI QUIERES EJERCER TU PROFESIÓN. LOS GRUPOS HOSPITALARIOS (QUIRON SOBRETUDO, HM, SANITAS) TE OBLIGAN A FACTURAR ELLOS TUS HONORARIOS Y SE QUEDAN CON UNA MORDIDA DEL 20 - 30% DE LOS MISMOS.

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 QUE RECIBEN ASISTENCIA DEL PROFESIONAL MÁS BARATO, EL QUE ATIENDE MAYOR NÚMERO DE PACIENTES AL MENOR COSTE POSIBLE, ES UNA TIRANÍA ECONÓMICA. EQUIPOS QUE SUBCONTRATAN A MÉDICOS PARA PODER SUBSISTIR. LAS ASEGURADORAS NO TIENE NI LA MÁS MÍNIMA IDEA EN LA MAYORÍA DE CASOS DE QUIEN ES EL PROFESIONAL QUE ACABA ATENDIENDO A SU ASGURADO NI EN QUÉ CONDICIONES DE CALIDAD. SOLO INTERESA QUE ACEPTE SUS CONDICIONES ECONÓMICAS.
23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	