

¿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)	UNION MEDICA PROFESIONAL (UNIPROMEL)
¿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).	

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).

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).

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).	
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).

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).

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).	A continuación, Unipromel expondrá que 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 médicos y servicios médicos/hospitalarios (tie-in); (2) falta de diferenciación de sus cuadros médicos; (3) intercambio de información estratégica y comercialmente sensible como son los honorarios pagados a los médicos. Por lo demás, los médicos no tienen capacidad compensatoria para hacer frente a las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España ("countervailing power"). 1.- Según el anexo de la Ley 20/2015, de 14 de julio, las prestaciones del ramo de enfermedad pueden ser a tanto alzado, de reparación, bien mediante el reembolso de los gastos ocasionados, bien mediante la garantía de la prestación del servicio, o mixta de ambos. No obstante esta posibilidad legal, salvo contadísimas excepciones, las aseguradoras realizan una práctica concertada según la cual comercializan pólizas que vinculan seguros médicos y seguros médicos hospitalarios. Esta es una práctica concertada de ventas vinculadas de las principales compañías aseguradoras (tie-in) (artículos 101(1)(e) TFEU y 1(1)(e) LDC). Resulta de aplicación lo razonado en la sentencia del TJUE de 14 de octubre de 2010, asunto C-280/08 P Deutsche Telekom v Commission (ECLI:EU:C:2010:603) y por ello la aplicación de lo regulado en los artículos 81 CE y 82 CE. (para. 80). El paciente debería poder optar por acudir a la consulta privada del médico de su elección cuyo coste sería rembolsado en todo/ parte por su seguro. Por el contrario, debido a la práctica concertada de las principales compañías aseguradoras, el paciente sólo puede contratar un seguro médico cuyos servicios médicos y hospitalarios le vienen impuestos de forma vinculada. Este modelo de mercado ha conllevado que los pacientes privados se vean obligados a suscribir seguros de asistencia sanitaria en que su elección del médico y hospital ha desaparecido. Debido a esta práctica concertada (tie-in), las principales aseguradoras se han apropiado de los pacientes de los médicos. 2.- Las aseguradoras no compiten por los mejores médicos, sus cuadros médicos son básicamente los mismos. No les interesa ni su reputación, ni la calidad asistencial, ni su formación. Todas ofrecen servicios médicos u hospitalarios si no idénticos muy parecidos y ello contribuye a que no exista competencia entre las compañías de seguros sanitarios.. 3.- El intercambio de información que está teniendo lugar desde hace décadas entre las principales aseguradoras del ramo de salud ha tenido como consecuencia una disminución de los riesgos y comportamientos homogéneos en el mercado que han eliminado la incertidumbre en el comportamiento de todas ellas, que saben que el mercado tendrá una estabilidad y que no perderán cuota de mercado y que por lo tanto no tienen la necesidad de competir, teniendo además conocimiento inmediato en caso de que una de ellas se desvíe del comportamiento homogéneo acordado (vid. para. 62 Directrices de la Comisión Europea sobre la aplicabilidad del artículo 101 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea a los acuerdos de cooperación horizontal).

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).	Todos 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. Las aseguradoras imposibilitan que tengan lugar dichos cambios y hacen a los asegurados que han sido afectados por una enfermedad o problema de salud rehenes de sus pólizas, ya que para cambiar de seguro de asistencia sanitaria deberían pagar primas disparatadas a la nueva compañía. Con el fin de no renunciar a su seguro de salud, los enfermos se ven obligados a permanecer con la compañía contratada.

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).	

14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	Complemento Pregunta 9: El mercado de seguro sanitario se encuentra muy concentrado dado que la cuota de mercado conjunta de las seis primeras entidades, SANITAS, ADESLAS, ASISA, DKV, MAPFRE y AXA, es del 75% (vid. para. 89, Informe Propuesta de Resolución de la CNMC, de 8 de febrero de 2023, Expediente C/1362/22: SEGURCAIXA ADESLAS / IMQ SEGUROS Y GRUPO IMQ). 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. Los médicos no tienen capacidad de respuesta ante estas prácticas de las compañías de seguros de asistencia sanitaria ("countervailing power"). Las principales aseguradoras imponen las condiciones contractuales y económicas a los médicos de ejercicio libre. Además, se aprovechan de la situación de dependencia económica de los médicos, en la seguridad de que éstos no tienen alternativa en el mercado puesto que todas actúan de la misma forma. Las aseguradoras tienen la capacidad colectiva de actuar al margen de los médicos abusando de una posición de dominio colectivo. Las empresas aseguradoras y hospitalarias tienen conocimiento de las decisiones de sus competidores y con ello intercambiando información sensible, todo lo cual propicia y facilita el cumplimiento de acuerdos colusorios.
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).	Esta pregunta se refiere tanto a Centros de salud como a Grupos Hospitalarios. Nuestra respuesta se centra en Grupos Hospitalarios (en particular, Grupos Hospitalarios con posibilidad de internamiento) dado que estos son los más relevantes a efectos de Derecho de la competencia. Según los precedentes decisionales de la CNMC, el mercado geográfico relevante es la provincia (vid., a título de ejemplo, Informe Propuesta de Resolución de la CNMC, de 8 de febrero de 2023, Expediente C/1362/22: SEGURCAIXA ADESLAS / IMQ SEGUROS Y GRUPO IMQ, para. 86). Es por ello que la respuesta a esta pregunta debe distinguir entre (1) provincias en que sólo existe un grupo hospitalario y (2) provincias en que existe más de un grupo hospitalario. En cuanto a (1), obviamente no existe posibilidad de competencia y ese grupo hospitalario se encuentra en una posición de dominio en el mercado. Este es el caso, por ejemplo, de la provincia de Toledo. Unipromel, denunció esta situación a la CNMC por medio de escrito de fecha 23 de octubre de 2020, que dio lugar a las Diligencias Preliminares DP/048/20, y que todavía sigue sin resolver. En cuanto a (2), como explicamos en más detalle en nuestras respuestas a las preguntas 19 y 20, el grado de competencia entre los distintos grupos hospitalarios para atraer pacientes a los que prestar servicios de asistencia sanitaria es muy limitado, por no decir inexistente. Esto es debido a la relación vertical entre (i) las compañías aseguradoras y (ii) los centros de salud/grupos hospitalarios. Efectivamente, la competencia por atraer pacientes a los que prestar servicios de asistencia sanitaria no tiene lugar al nivel de grupos hospitalarios sino, de existir, tiene lugar al nivel de compañías aseguradoras puesto que los centros de salud/y grupos hospitalarios están verticalmente integrados con distintas compañías aseguradoras. Puesto de manera simple, un paciente (o su médico) no puede elegir el grupo hospitalario más adecuado para su tratamiento. La compañía aseguradora con la que el paciente tiene contratada su póliza de asistencia sanitaria determinará el grupo hospitalario al que debe acudir y esto es debido a la relación vertical (integración o exclusividad) existente entre ambas. Además, los grupos hospitalarios no compiten entre sí para atraer a compañías aseguradoras. Así, aún en el supuesto de que la integración vertical permitiese al grupo hospitalario atraer a compañías aseguradoras no vinculadas, los grupos hospitalarios no tienen incentivos para competir por atraerlas, ya que sus márgenes son tan estrechos que no pueden ofrecer servicios más baratos.

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).	Las barreras de entrada al mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria son extremas. Las prácticas introducidas a partir de aproximadamente 2010 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. La relación de dependencia del médico con respecto a los principales Grupos Hospitalarios y Aseguradoras es total y absoluta. Estas relaciones, entre Grupos Hospitalarios y Aseguradoras, en el mercado de servicios hospitalarios privados se han extendido al mercado de servicios de asistencia sanitaria privada de libre elección y concertada contratados mediante el sistema de seguro voluntario de carácter privado expulsando al prestador de los servicios, el médico, y concediendo la exclusiva a un único operador de este mercado, los Grupos Hospitalarios. Las aseguradoras se niegan a firmar contratos de arrendamiento de servicios con los médicos de ejercicio libre. Las principales aseguradoras y grupos hospitalarios de nuestro país han firmado acuerdos marcos y de exclusividad en virtud de los cuales todos los servicios médicos prestados en sus instalaciones hospitalarias deben ser facturados por el grupo hospitalario propietario de las instalaciones donde se preste el servicio. El grupo hospitalario (competidor del médico por los pacientes) se ha colocado como un intermediario no deseado que se apropia de un 30-40% de los honorarios del médico como requisito para que éste pueda prestar sus servicios. La introducción del grupo hospitalario como intermediario ha implicado que el médico que quiere acceder al mercado ni siquiera tiene la posibilidad de tener una relación contractual con las aseguradoras y por lo tanto de negociar con ellas sus condiciones contractuales. Los grupos hospitalarios negocian con las aseguradoras las condiciones de la prestación de los servicios médicos y pagan al médico un 70-60% de los honorarios que ingresan de las aseguradoras. Existe una total opacidad y falta de transparencia en el proceso de negociación entre aseguradoras y grupos hospitalarios, del cual no participa el médico. Dicho procedimiento se lleva a cabo con la totalidad de los médicos que quieren acceder al mercado y en un porcentaje elevado de los médicos que tenían relaciones contractuales directas con aseguradoras se les ha impuesto este nuevo "modelo de mercado", habiendo pasado a depender de los grupos hospitalarios quienes han exigido ser los titulares de sus claves médicas en connivencia con las aseguradoras. No es posible tampoco alquilar ninguna consulta médica en un Grupo Hospitalario ni hacer uso de los quirófanos si el médico no acepta estar vinculado a sus estructuras internas médicas. Este proceso de apropiación/coacción fue descrito por Unipromel en su denuncia contra el Grupo Hospitalario Quirón de fecha 23 de octubre de 2020, que dio origen a las Diligencias Preliminares DP/048/20, y en la denuncia contra Sanitas, de 7 de enero de 2021 que (junto con otras denuncias) dio lugar a las Diligencias Preliminares DP/002/2021.
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).	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 currículum 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. Las aseguradoras han instaurado un modelo de mercado en el cual resulta muy complicado el desarrollar dichas habilidades al médico de ejercicio libre. Resulta imposible atender a un paciente como sería aconsejable en apenas 5 minutos de consulta, que es el tiempo aproximado en el cual se basa el modelo de mercado low cost y para recibir a la totalidad de pacientes que demandan los servicios como asegurados. 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. En el supuesto de que los asegurados tuviesen conocimiento detallado de hasta qué punto las aseguradoras intermedian en la relación médico-paciente por sus exclusivos intereses económicos existiría un enorme descontento en términos de calidad asistencial, y con toda seguridad se exigiría que el médico esté en el centro del sistema y sea quien gobierne por completo la relación del médico con su paciente. Las instalaciones hospitalarias también son importantes pero la relación médico-paciente es el factor más determinante en términos de calidad asistencial.

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).	Como hemos explicado en nuestra respuesta a la pregunta 15, la integración vertical entre Compañía aseguradora y Centros hospitalarios (mediante control accionarial o contrato de exclusividad) resulta en una limitación severa en la competencia entre Centros hospitalarios. Además, esta integración vertical constituye una barrera a la entrada de nuevos Centros hospitalarios. La integración vertical Compañía aseguradora/Centro hospitalario presiona al médico que presta sus servicios en una consulta o clínica propia (situación en fase de extinción) y consigue excluirle 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 (vid. modelos de contrato y Acta Notarial aportados como Documentos nº 6, 7 y 8 acompañando al Escrito más documental presentado por Unipromel el 15 de julio de 2021, en las Diligencias Preliminares DP/002/21). El mismo efecto tienen los acuerdos marco y de exclusividad suscritos por compañías aseguradoras y grupos hospitalarios (vid. denuncias de Unipromel contra el Hospital Quirón de Toledo, de fecha 23 de octubre de 2020, que dio lugar a las Diligencias Preliminares DP/048/20, y contra Sanitas, de 7 de enero de 2021, que dio lugar – junto con otras denuncias – a las Diligencias Preliminares DP/002/21).

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. Prima el interés de la aseguradora al interés y salud del paciente (vulnerándose con ello los derechos fundamentales más elementales de los ciudadanos, la salud y la vida) y la necesaria libertad de elección del médico. Además, el asegurado debería tener la posibilidad de decidir cuál es su elección dentro de los proveedores de servicios hospitalarios y/o médicos, sin que la aseguradora le imponga, como hace, el centro hospitalario o el médico, etc. (vid. nuestra respuesta a la pregunta 9). Los contratos de exclusividad Compañía aseguradora / Centro hospitalario, han conllevado el cierre del acceso al mercado a los médicos de ejercicio libre, la imposición de los grupos hospitalarios como intermediarios no deseados en sus relaciones contractuales con las aseguradoras, y la merma de los ya de por sí reducidos honorarios con motivo del porcentaje que hace suyo el grupo hospitalario. Es elemental que la desaparición del agente principal del mercado, el médico de ejercicio libre, tiene un dramático efecto en términos de competencia, pero también en cuestiones tales como la calidad asistencial. La intermediación en la sagrada relación médico-paciente y la sustitución de la decisión del médico por la de la Compañía aseguradora / grupo hospitalario, que por lo demás, es desconocida por el asegurado/paciente y como es natural afecta a la calidad asistencial (vid. Informe y Escrito del Colegio de Médicos de Toledo, aportados como Documentos nº 6 y 7 acompañando a la denuncia de Unipromel contra el Hospital Quirón de Toledo, de fecha 23 de octubre de 2020, que dio lugar a las Diligencias Preliminares DP/048/20). La integración vertical Compañía aseguradora /Centro hospitalario, concibe al médico como una parte de su engranaje empresarial, un profesional al cual sacar todo el rendimiento económico que sea posible, con jornadas de trabajo maratónicas, a un precio hora misérrimo, y al cual trasladarle toda la responsabilidad civil en caso de que exista cualquier reclamación por parte de los asegurados. La calidad asistencial se ve afectada si, como es el caso, el médico está agotado, es maltratado y está muy mal pagado, y debe atender a su paciente en unos tiempos que no son razonables. Además, en el escenario descrito las posibilidades de que se comenten errores profesionales aumentan exponencialmente. El modelo low cost de los seguros de asistencia sanitaria lleva a que las Compañías aseguradoras y Grupos hospitalarios impongan al médico a reducir la duración de sus consultas hasta el extremo, afectando con ello a la calidad asistencial. Hecho agravado por la imposición al médico de realización de labores administrativas.
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).	(1) 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. Hasta la publicación por la Comisión Europea de las "Directrices sobre la aplicación del Derecho de la competencia de la UE a los convenios colectivos relativos a las condiciones laborales de los trabajadores por cuenta propia", las negociaciones se llevaban a cabo individualmente, por cada médico, lo que implicaba un desequilibrio del poder de negociación que hacía imposible al médico ni siquiera solicitar que tuviese lugar una negociación, puesto que ha sido considerado por aseguradoras y grupos hospitalarios una petición hostil merecedora de represalias en forma de exclusión del cuadro médico (vid. Documentos nº 6, 7, 8 y 9 que acompañan a la denuncia presentada por Unipromel el 22 de diciembre de 2020 ante la CNMC, contra Asisa). Además, el médico ve su prestigio dañado puesto que la aseguradora no es transparente a la hora de explicar a sus asegurados que el único motivo de la exclusión del cuadro obedece a la reticencia del médico a que le impongan sus condiciones contractuales y/o a trabajar por debajo del precio de coste y/o a impedir practicar pruebas médicas que considera necesarias para su paciente. Dichas imposiciones unidas a la estrategia de honorarios misérrimos e importes muy reducidos de las primas del seguro y el efecto excluyente descrito en las preguntas 16 y 19 implican que el médico tenga una dependencia económica a aseguradoras y/o grupos hospitalarios que le colocan en una situación de debilidad de poder de negociación extrema. Debilidad reforzada mediante las represalias que ponen en práctica dichas entidades. (2) La integración vertical Compañías aseguradoras / Grupos hospitalarios ya referida y la resultante expulsión del mercado del médico de ejercicio libre implica que el grupo hospitalario haya pasado a ser quien acuerde con las aseguradoras el importe de los honorarios médicos, incautándose de un porcentaje elevado de dichos honorarios. El grupo hospitalario no negocia nada con el médico, le impone cobrar un % de unos honorarios que desconoce y que cobrará únicamente en el caso de que la aseguradora los abone. Existe una opacidad y falta de transparencia que hace que el médico haya perdido todo control sobre sus condiciones contractuales o económicas. Además, existe un conflicto de intereses alarmante puesto que el grupo hospitalario hace prevalecer en las negociaciones el importe de sus servicios hospitalarios en detrimento de los servicios médicos, que no presta y en los cuales es un mero intermediario.

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/ Centros hospitalarios verticalmente integrados, lo que 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. Nos remitimos a las conclusiones publicadas por la ORGANIZACIÓN MÉDICO COLEGIAL en 2019 (el informe completo fue aportado con la denuncia de 22 de diciembre de 2020 presentada por Unipromel ante la CNMC, Documentos nº 18, 19 y 20). Las decisiones médicas están pasando poco a poco a adoptarse por motivos de lucro de aseguradoras y grupos hospitalarios, en lugar de por criterios médicos y de salud. Recordemos que el médico ha sido excluido del mercado de pacientes que tienen suscrito un seguro de enfermedad y los misérrimos baremos de las aseguradoras y los paupérrimos importes de las pólizas implican que no pueda competir por los pacientes privados. La competencia es un factor determinante para el progreso, en este caso en salud, para la innovación, búsqueda de nuevas técnicas y procesos, todo ello en beneficio del interés general. La exclusión de los médicos de los cuadros de las aseguradoras cuando se niegan a aceptar las imposiciones unilaterales de aseguradoras y/o grupos hospitalarios conlleva que el paciente se ve privado de acceder a su médico de confianza, por exclusivos motivos de lucro de dichas entidades. Incremento de costes derivados de la actividad. Todo ello tiene un enorme impacto en la calidad asistencial, que se está deteriorando progresivamente. La situación se ha deteriorado hasta tal punto que los médicos jóvenes no tienen ningún atractivo en prestar sus servicios en el mercado sanitario privado con la consiguiente imposibilidad de atender a los asegurados que han firmado más de 12 millones de pólizas atraídos por lo reducido de las primas y por una supuesta oferta de los mejores médicos que no es más que una burbuja sanitaria que estallará más pronto que tarde. Dichos consumidores verán como la oferta de la póliza está construida en base a unos honorarios médicos engañosos y adulterados, una calidad del servicio menguante, y la imposibilidad de cumplir con las prestaciones asistenciales comprometidas ante la ausencia de médicos. No se autorizan tratamientos o técnicas indicados por los médicos. La falta de transparencia a la hora de comercializar las pólizas conlleva que los asegurados desconozcan cuales son las coberturas, límites ni por supuesto el coste del servicio. Se penalizan los procesos destinados a la mejora de la salud por ser considerados caros y se expulsa al médico que cita a sus pacientes con una periodicidad que la aseguradora considera inapropiada por costosa (sea o no necesaria).
23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	Desde UNIPROMEL hemos puesto en conocimiento de la CNMC, por medio de extensos escritos y numerosos documentos, las cuestiones que hemos referido en nuestras respuestas a la presente consulta por medio de los siguientes escritos: Denuncia interpuesta contra IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U. (GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN SALUD), que dio origen a las DP/048/20, por medio de escritos de 28 de octubre 2020; 3 de junio de 2021; 24 de noviembre de 2021; y 2 de diciembre de 2021. Con fechas 19 de noviembre de 2020, 22 de diciembre de 2020, 7 de enero de 2021; 19 de enero de 2021; 15 de julio de 2021; y 6 de septiembre de 2021; la Asociación Unión Médica Profesional (UNIPROMEL) presentó ante la Dirección de Competencia escritos por medio de los cuales denunciaba en primer lugar a las principales compañías aseguradoras y grandes grupos hospitalarios; en segundo lugar a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (ASISA); en tercer lugar, a SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS (SANITAS); y en cuarto lugar a IGUALATORIO MÉDICO-QUIRÚRGICO COLEGIAL, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS (IGUALATORIO CANTABRIA). Escritos que dieron origen a las DP/002/21. 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.