

¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?	Compañías de seguros (Asociaciones y empresas)
Nombre completo (del particular o de la institución representada)	SEGURCAIXA ADESLAS S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
¿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).	Antes de analizar los factores determinantes para los consumidores, queremos anticipar que todos los datos que se ofrecen en este escrito evidencian que el seguro de asistencia sanitaria en España ofrece a los consumidores un alto valor. Este seguro permite al consumidor acceder a la sanidad privada a un precio que una parte significativa de la población -que cuenta con la cobertura sanitaria pública- está dispuesta a sufragar. En España, el sector privado empleó en 2022 a 292.828 profesionales (31% de los colegiados) y cuenta con 432 hospitales privados (56% del total) que disponen de 49.861 camas (31% del total de camas disponibles) y equipamiento de alta tecnología (entre otros, el 49% de los equipos de litotricia, 48% de resonancia magnética y 43% de las mamografías). Estos seguros tienen un alto y creciente nivel de aceptación entre el público. En un país donde se garantiza una salud pública, universal y gratuita, accesible a todos los ciudadanos, es llamativo el grado de penetración que tiene este seguro y es debido, sin duda, a que ofrece una combinación de coberturas/cuadro médico/calidad/precio que le dotan de un alto valor añadido. En 2022, en torno al 20% de la población, contaba con un seguro de asistencia sanitaria privado como complemento a la sanidad pública. Este dato es el resultado de un crecimiento del 21,4% desde 2017 (Fuente ICEA). Sin perjuicio de que la configuración de la oferta de los distintos competidores se asienta sobre la base de productos muy consolidados y estandarizados (con cobertura ambulatoria o integral, de cuadro médico y de reembolso), existe una gran variedad en la oferta disponible. Por tanto, la marca, la calidad del servicio al cliente y el precio son factores determinantes en la contratación de un seguro u otro en el caso de clientes privados (particular o empresa), para los que, el equilibrio entre precio y valor aportado es fundamental. Por otra parte, debemos aludir al segmento de asegurados (clientes públicos), que acceden a la sanidad privada a través de los conciertos que las mutualidades (MUFACE, ISFAS Y MUGEJU) tienen con entidades de seguro. El régimen especial de la seguridad social de las mutualidades de funcionarios permite a sus mutualistas, a su elección, recibir asistencia sanitaria, a través de la Sanidad Pública o de alguna de las entidades privadas con las que han suscrito conciertos, como Segurcaixa Adeslas. La elección, en este caso, no viene determinada por el precio, que paga la mutualidad, ni siquiera por las coberturas, que vienen impuestas en los conciertos y deben ser asimilables a las del Sistema Nacional de salud, sino por la calidad del servicio y la oferta asistencial. Muy significativo es el dato de asegurados “públicos” que, pudiendo elegir entre la sanidad pública o una de las entidades concertadas, optan por estas últimas, nada menos que 1,73 millones de funcionarios (aproximadamente el 80% del total).

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).	El sector asegurador es un sector regulado y sometido en su actividad a la supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP). Durante los últimos años, la normativa ha evolucionado hacia una creciente protección del consumidor, reforzando las exigencias relativas la claridad y transparencia de la oferta en los productos aseguradores, información previa a la contratación y la comparabilidad entre los seguros de las diferentes entidades. Además, el propio sector se ha autorregulado a través de diversas guías de buenas prácticas. Las obligaciones exigidas a los distribuidores de seguros respecto de la documentación precontractual son objeto de armonización por la Unión Europea, cuya labor de homogeneización es desarrollada fundamentalmente por la Autoridad Europea de Seguros y Pensiones de Jubilación (EIOPA) y materializada en normas como el Reglamento Delegado 2015/35 y el Reglamento de Ejecución 2017/1469. A nivel nacional existen múltiples normas que regulan las obligaciones de documentación contractual, entre ellas la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. Estas normas regulan tanto el contenido, como la forma, e incluso el formato, de la información precontractual que ha de facilitarse al ofertar una póliza de seguros. La información precontractual referida a las pólizas de seguro de asistencia sanitaria es clara y permite al consumidor comparar entre distintas ofertas de seguros. En este sentido, todas las compañías aseguradoras deben disponer de los siguientes dos documentos cuya entrega previa es obligatoria: • El Documento de Información Previa (IPID): es el documento que recoge los elementos básicos del seguro (clase de seguro, coberturas, prima, ámbito geográfico, límites, exclusiones, duración, etc). Es un documento breve y estandarizado del que deben disponer todos los distribuidores y mediadores de seguros. • La nota informativa: es un extracto de las condiciones del seguro con mayor detalle que el IPID. Toda esta información normativa, de idéntico contenido para todos los operadores del mercado, se pone a disposición de los clientes pudiendo, además, consultarse en la mayoría de sus páginas webs junto con el resto de servicios y prestaciones que ofrece el seguro; cuadro médico, tarifas, resumen de las principales coberturas, etc. UNESPA, asociación que representa a la práctica totalidad del negocio asegurador en España, aprobó ya en 2015 una Guía de Buenas Prácticas en materia de contratación de los Seguros de Salud con la finalidad de facilitar la claridad y comparabilidad entre diferentes ofertas aseguradoras. Las aseguradoras adheridas, entre ellas SegurCaixa Adeslas, se comprometen a entregar una nota informativa previa estandarizada. Adicionalmente, la normativa aplicable a distribuidores les impone la obligación de actuar con profesionalidad en el mejor interés de los clientes, lo que se materializa en (i) la obligación de información con carácter previo a cualquier contratación (ii) la obligación de conocer las necesidades y exigencias del cliente, todo ello, con el objetivo de que el producto se adecue dichas necesidades y exigencias. Las obligaciones de información previa de los distribuidores varían según el tipo de producto y tipo de venta (asesorada o informada).
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).	La información contractual de las ofertas de seguros es clara y comparable y permite el consumidor revisar la información contractual y compararla con la información de otras compañías aseguradoras de forma sencilla. Al igual que sucede en el caso de la información precontractual, el contenido y forma de la información que ha de proporcionarse a nivel contractual también se recoge en la normativa reguladora de los seguros. Como decimos, algunas aseguradoras como SegurCaixa Adeslas se encuentran adscritas a la Guía de Buenas Prácticas de UNESPA en materia de contratación de seguros de salud, que entre sus objetivos persigue una estandarización con el fin de facilitar una mejor comparación de los productos del mercado. El producto asegurador de asistencia sanitaria no es un producto especialmente complejo ni en su estructura ni en redacción. Cuenta con determinadas modalidades, muy consolidadas y estandarizadas que hacen fácilmente comparable la oferta de las distintas aseguradoras (cobertura ambulatoria o integral, de cuadro médico y/o reembolso de gastos). Sin perjuicio de lo anterior, debe destacarse además que las compañías aseguradoras se encuentran en una fase de adaptación y simplificación de la documentación contractual con el objetivo de facilitar su comprensión a los consumidores y que esta no deje margen de apreciación sobre los aspectos que quedan o no cubiertos por la póliza. No obstante, debe tenerse en consideración que, en ocasiones, la posibilidad de simplificar la documentación contractual es limitada, ya que la delimitación de cobertura resulta un aspecto esencial para ambas partes.

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).	La comercialización cruzada no juega un papel importante en la comercialización de los seguros de asistencia sanitaria. De hecho, aun en aquellos casos en los que se produce una comercialización cruzada, ello no afecta ni a la calidad ni a la comparabilidad de las ofertas. En lo que respecta al seguro de asistencia sanitaria, resulta complejo en el proceso de venta emparejar/asociar/vincular este tipo de seguro con cualquier otro seguro de distinta naturaleza. De hecho, si bien la contratación de un seguro de asistencia sanitaria no implica procesos largos y complejos, sí presenta cierta especialidad desde el punto de vista de selección del riesgo a través de los cuestionarios de salud que realizan las compañías aseguradoras a los potenciales tomadores y asegurados. Es decir, no se trata en muchos casos de una contratación inmediata y directa, lo cual vendría a reafirmar que la posibilidad de emparejarlo con un seguro de distinta naturaleza es muy limitada. La única excepción es la de los seguros de asistencia dental. Los seguros de asistencia sanitaria suelen incluir prestaciones dentales básicas (revisiones o higienes, por ejemplo) de modo que, si lo que un consumidor quiere un seguro completo de asistencia dental, ha de contratar un seguro aparte. En este tipo de situaciones, el seguro dental permite al asegurado acceder a algunas coberturas sin coste adicional, sin que deba abonar una franquicia o copago y acceder al resto de coberturas (actos médicos) pagando al prestador una cuantía inferior al coste que, a precio de mercado, resultaría para dicha prestación. Existen también productos que aglutinan las coberturas de ambos seguros. De este modo, el cliente tiene una amplia capacidad de elección. Por último, tampoco se da en el caso de los seguros de asistencia sanitaria ninguna circunstancia que, de manera natural, asocie su venta a la de otro producto no asegurador, como podría ocurrir en el caso de los seguros de hogar o de autos cuando se adquiere un inmueble o un vehículo. En cualquier caso, la posibilidad de ofertar seguros de manera combinada no afecta a la comparabilidad de su coste efectivo individualizado. Ello es así debido a que en virtud del art. 184 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero (Ley sobre Distribución de Seguros), el distribuidor debe informar al usuario de manera expresa y comprensible y con anterioridad a la contratación de los productos, de aspectos como (i) el hecho de que se trata de una venta combinada o vinculada, (ii) el coste total de cada uno de los productos, (iii) los efectos que sobre el conjunto contratado tiene la no contratación individual o cancelación de cualquiera de los productos y (iv) las diferencias existentes entre la oferta conjunta y la oferta de productos por separado.
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).	La actual regulación de los seguros de asistencia sanitaria busca fundamentalmente la protección del asegurado. Este objetivo vendría a justificar la amplísima regulación que hay respecto de la distribución, la fase precontractual, la propia contratación, etc. En este sentido, aunque el sector del seguro viene reivindicando desde hace tiempo una reforma y actualización de la Ley del Seguro (que data del año 1980), no puede afirmarse que las normas sobre los seguros y, concretamente, sobre el seguro de asistencia sanitaria, sean desproporcionadas desde el punto de vista del consumidor, esto es, que sean más restrictivas de lo necesario. La normativa no impone restricciones o barreras injustificadas a la contratación, sino que se limita a exigir al consumidor una adecuada declaración del riesgo que permita a la aseguradora tener la información necesaria que le permita conocer todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, elemento esencial del sistema. El principio de suficiencia de prima exige que las tarifas de primas a aplicar por las entidades aseguradoras han de ser suficientes, de tal modo que permitan a la entidad satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y la única forma de conseguirlo es a través de una adecuada valoración del riesgo. En base a la citada declaración y a su valoración, la entidad aseguradora determinará la pertinente prima, garantizando en todo caso los niveles de solvencia que exige la normativa a las entidades aseguradoras. Si bien es cierto que la normativa exige un nivel alto de solvencia a las aseguradoras, esta exigencia está justificada dadas las características del mercado y de sus actores. La exigencia de solvencia suficiente garantiza la cobertura de los riesgos y la entrada en el mercado de empresas que puedan asumir tanto los costes como los riesgos como supone asegurar la salud de sus clientes. La relajación de los procesos de selección de riesgos podría tener efectos altamente negativos en el mercado derivados de la necesidad de mutualizar indebidamente ciertos riesgos.

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).	Como venimos diciendo, la prima que paga el Tomador del seguro viene determinada por diversos factores, entre los que destaca la cobertura ofrecida, con sus límites y exclusiones, y la valoración del riesgo, con las consecuencias que la legislación anuda a una inadecuada declaración del riesgo por parte del Tomador o asegurado. En consecuencia, la compañía rehusará aquello que no sea objeto de cobertura en la póliza o esté excluido legal o contractualmente. Es decir, el rehúse obedece, en todo caso, a circunstancias previamente definidas legal o contractualmente y conocidas por el consumidor. Debe destacarse que la mayoría de las coberturas son de acceso libre por parte del asegurado y sin necesidad de previa autorización por parte de la compañía. SegurCaixa Adeslas dio cobertura durante 2022 a más de 63 millones de actos médicos (sin incluir pruebas analíticas). Solo un parte de los actos médicos con cobertura, como las que requieren hospitalización, cirugía, o medios de diagnóstico complejos, están sometidas a la previa autorización por parte de la compañía aseguradora. Debe destacarse, además, que todas las compañías aseguradoras están obligadas a implementar mecanismos específicos para la gestión y control de reclamaciones de los asegurados por denegación de coberturas. Las unidades dentro de la compañía encargadas de resolver estas reclamaciones han de ser independientes de las unidades de negocio que han rechazado inicialmente la cobertura. Asimismo, estas unidades tienen una serie de obligaciones específicas, entre las que se encuentra la obligatoriedad de facilitar una respuesta al reclamante en un determinado plazo. Por otro lado, los rehúses por parte de la compañía están sometidos también a supervisión por parte de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ("DGSFP"). Los asegurados pueden dirigirse a la DGSFP para que revise la actuación de la compañía aseguradora que deniega el acceso a una prestación, resolviendo en función de las circunstancias concurrentes en cada caso a favor o en contra de la reclamación del asegurado. Durante el año 2022, el número de reclamaciones presentadas ante la DGSFP contra SegurCaixa Adeslas por denegaciones de cobertura, representa un número insignificante comparado con el volumen de actos cubiertos, en línea con el resto del sector.
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).	Las pólizas de seguro de asistencia sanitaria en general incluyen, entre sus coberturas, un amplio abanico de técnicas y especialidades médicas y, como norma general, las pólizas de seguro de asistencia sanitaria solo excluyen expresamente técnicas que no están incorporadas en el sistema nacional de salud nacional y cuya efectividad no esté contrastada. Las coberturas se revisan anualmente para evaluar la necesidad, oportunidad o conveniencia de incorporar nuevas técnicas o especialidades, en la constante búsqueda de valor añadido para el asegurado y como elemento diferenciador respecto a otras aseguradoras. Es precisamente la elevada competencia existente en este mercado la que empuja a las entidades a ampliar su oferta y actualizar las coberturas so pena de sufrir un desposicionamiento. Sin duda la incorporación de nuevas técnicas incrementa el valor añadido del seguro de salud y la rapidez en su incorporación a las pólizas puede suponer un elemento diferenciador entre productos de los distintos competidores. Naturalmente, las nuevas técnicas se van incorporando en la medida que su eficacia este demostrada y el coste sea compatible con el principio de suficiencia de prima.

8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	Finalmente, queremos destacar también que la existencia de los seguros de asistencia sanitaria privada beneficia al propio sistema nacional de salud pública, pues entre otras cosas asume una parte relevante de la actividad asistencial, liberando los recursos del sistema público, reduciendo la presión asistencial e incentivando la inversión en instalaciones y la formación e incorporación al mercado de personal sanitario. La oferta asistencial que ofrece el seguro de asistencia sanitaria, en magnitudes, es muy relevante y contribuye de forma muy significativa a descargar a la provisión pública. En España hay 345 hospitales públicos y 432 privados (el 56% del total), con 108.706 camas disponibles en hospitales públicos y 49.861 camas en hospitales privados (el 31%). Además, la red asistencial privada cuenta con equipamiento de alta tecnología (entre otros, el 49% de los equipos de litotricia (LIT), el 48% de los equipos de resonancia magnética y el 43% de los equipos de mamografía) y, en 2022, el sector privado empleó 292.828 profesionales (el 31% de los colegiados). En términos comparativos con la sanidad pública, en el caso del coste que las mutualidades de funcionarios suponen para la sanidad privada, se ha podido calcular una diferencia de entorno al 30 % por la capacidad del sector asegurador de gestionar eficientemente los costes asistenciales a los que debe dar cobertura. Este dato explica el significativo alivio de la presión existente sobre el dispositivo asistencial público que, como decimos, viene motivada, precisamente, por la capacidad del sector asegurador de gestionar eficientemente los costes asistenciales.
9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).	El mercado de seguros de asistencia sanitaria es un mercado maduro y en expansión caracterizado por una intensa competencia entre aseguradoras. El sector de seguros de salud creció en el ejercicio pasado un 7% respecto al año 2021, crecimiento motivado fundamentalmente por el incremento en el número de asegurados. La sanidad privada continúa creciendo año tras año y ya presta servicio al 25,32% de los españoles (incluyendo los asegurados públicos). Concretamente, más de 12 millones de españoles ya disponen de un seguro de salud, lo que significa un incremento del 4,34% en 2022 respecto a 2021 (Fuente Informe UNESPA 2022). Este crecimiento en España ha venido provocando un creciente interés por participar en el segmento y se traduce en un intenso mercado competitivo en el que operan numerosas entidades y en el que son hasta 10 compañías aseguradoras diferentes las que se reparten aproximadamente el 80% del volumen de primas del sector. (Fuente ICEA ranking compañías 2022) Dicho entorno competitivo propicia que las diferentes compañías aseguradoras desarrollen propuestas de valor adaptadas a las necesidades de los consumidores mediante la constante innovación, ofreciendo servicios de valor añadido y facilitando el acceso a través de canales digitales a los clientes para favorecer la elección y contratación de sus seguros. Según datos de ICEA, a cierre de 2022, existían, al menos, 82 compañías aseguradoras ofreciendo seguros de asistencia sanitaria privada en España. Entre estas aseguradoras hay grandes entidades, como Segurcaixa Adeslas, Sanitas, Asisa, DKV Seguros, Mapfre o AXA, pero también otras de menor tamaño que experimentaron un importante crecimiento en 2022 (BBVA Seguros y Santander Generales experimentaron un crecimiento del 20,14% y del 19,97% respectivamente y BanSabadell Seguros Generales un crecimiento del 90,12%, con una facturación superior a los 16 millones de euros). En este sentido, el mercado se caracteriza por ser abierto a nuevos operadores. La Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia ha tenido la oportunidad de analizar los mercados de seguros en numerosos precedentes, destacando un elevado número de operadores y un significativo grado de competencia. La intensidad de la competencia se ve reflejado en los precios. La existencia de diversidad de alternativas de seguros de asistencia sanitaria supone que, si una aseguradora aumenta los precios por encima de la media, corre el riesgo de salirse del mercado por falta de demanda. Por otra parte, la variedad de coberturas y prestaciones incorporadas en la mayor parte de pólizas que ofrecen las aseguradoras, evidencia la alta presión competitiva a la que están sometidas las entidades aseguradoras para intentar diferenciarse y atraer a un mayor número de clientes. Asimismo, y como se ha expuesto de manera reiterada, el hecho de que en España exista una sanidad pública, gratuita y universal y que, aun así, los consumidores estén dispuestos a asumir un coste adicional para contar con asistencia sanitaria privada indica que los precios son competitivos y proporcionados al valor que aportan y que, en definitiva, el mercado funciona adecuadamente.

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).	Aunque la normativa exige determinados requisitos para los operadores nuevos, estos no son desproporcionados ni injustificados. De hecho, dichos requisitos garantizan el correcto funcionamiento del mercado y la protección de los intereses de los asegurados. La Ley 20/2015, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, obliga al cumplimiento de determinados trámites para la incorporación de compañías aseguradoras (entre ellos, la obtención de una autorización por parte del Ministerio de Economía y Competitividad). Asimismo, la ley exige una serie de requisitos para la obtención y conservación de la preceptiva autorización administrativa, entre los que se encuentran la constitución de un capital mínimo obligatorio y un capital de solvencia mínimo obligatorio. Estos requisitos, junto con otros recogidos en la citada ley, resultan necesarios para garantizar la estabilidad del mercado asegurador, sector clave en la economía española, la adecuada gestión de los riesgos y la protección de los asegurados. La ausencia de barreras a la entrada se refleja en el hecho de que, en los últimos diez años, han sido autorizadas diecisiete entidades como nuevos operadores del mercado asegurador, según las cifras publicadas por la DGSFP. En ausencia de esta normativa, existe el riesgo de que se produzca la entrada en el mercado de empresas que no cumplan con los requisitos de solvencia y transparencia necesarios y no puedan cubrir los riesgos que asumen, en claro perjuicio de los intereses de los consumidores, de modo que la relajación de las normas no es en ningún caso una opción aconsejable. En los últimos años estamos asistiendo a la aparición de productos iguales o asimilables al producto asegurador, que ofrecen asistencia sanitaria, fundamentalmente, aunque no exclusivamente, telemedicina, a cambio de una cuota. Estos productos, pese a contar aparentemente, con todos los elementos fundamentales del contrato de seguro, - (i) riesgo: necesidad de asistencia sanitaria), (ii) prima: cuota y, (iii) indemnización interés asegurado: pago de la prestación sanitaria- se comercializan bajo la forma de un contrato de prestación de servicios sanitarios y, por tanto, sin quedar sujetas a la estricta normativa a la que, en protección del consumidor, están sometidas las entidades aseguradoras, cuestión que debería ser objeto de especial supervisión.
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 consumidores son libres de cambiar de un seguro a otro ya que no existen limitaciones ni dificultades para efectuar dicho cambio, pues no se prevén en los contratos penalizaciones, costes adicionales, permanencia u otros obstáculos similares. Así lo ha reconocido recientemente la CNMC en expedientes de concentración en el mercado de seguros al afirmar que “Los costes de cambio que han de asumir los clientes (asegurados) para cambiar de proveedor son prácticamente inexistentes.” (Expediente C/1362/22 SCA/IMQ). Las limitaciones, que como decimos no son tales, vendrían dadas, no por el cambio de asegurador, que es libre, sino del hecho de que, en general, la contratación de un seguro de asistencia sanitaria conlleva la previa cumplimentación de un cuestionario de salud y la valoración del riesgo por parte de la compañía de destino. El cambio de aseguradora implica tener que pasar por este proceso nuevamente. Además, en muchos casos, las nuevas contrataciones pueden llevar aparejada la aplicación de periodos de carencia, esto es, periodos de espera para acceso a determinadas coberturas (pruebas diagnósticas de alta complejidad o intervenciones quirúrgicas, por ejemplo). No obstante, con el objetivo de no penalizar el cambio de pólizas entre Compañías de seguros de asistencia sanitaria, es práctica común en el sector, en estos casos, la aplicación de exención de dichos periodos de carencia para favorecer el acceso a las prestaciones asistenciales de la Compañía, si se cumplen determinadas premisas, por ejemplo: (i) la exención de carencias puede limitarse a las coberturas ya incluidas en la póliza original de procedencia, (ii) la exención de carencias puede ser total si la antigüedad del asegurado en la póliza de procedencia supera todos los periodos de carencia aplicables. Puede concluirse, por tanto, que no existen limitaciones o requisitos que penalicen el cambio de compañía. Sencillamente, es una nueva contratación para la compañía de destino, con todo lo que, como hemos visto anteriormente conlleva la necesaria valoración del riesgo por la aseguradora.

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).	El mercado de los seguros de asistencia sanitaria es altamente competitivo. Dentro de los segmentos de productos que tienen la práctica totalidad de compañías aseguradoras (i.e., seguro básico sin cobertura hospitalaria y seguro completo, de cuadro médico y de reembolso), las diferencias en tarifas de nueva producción no son significativas. En líneas generales todas las compañías aseguradoras del top 10 en volumen de primas del mercado ofrecen un producto asegurador en cada una de las mencionadas categorías. Las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria se establecen en función de los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar su valoración y que, entre otros factores, consideran como punto de partida la tipología del seguro y las coberturas ofertadas. También influye en el posicionamiento de tarifas la aplicación o no de copagos por el uso de los servicios, el coste de la prestación negociado con los proveedores y por supuesto en algunos casos también pueden influir factores territoriales. Debe tenerse en consideración, además, que las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria pueden variar no sólo entre diferentes entidades aseguradoras, sino también dentro de una propia entidad, que puede ofrecer distintos tipos de póliza en función de la demanda de cada segmento de cliente, que puede ser diferente en atención a diversos factores (como pueden ser, entre otros, la cobertura del seguro, el copago o el cuadro médico). Los márgenes y los precios son ajustados, lo que dificulta que haya diferencias significativas entre los precios. En este sentido, según datos del ICEA, el ratio combinado medio del sector (eso es, el porcentaje que suponen la suma de la siniestralidad y los gastos sobre el total de las primas recibidas) fue del 94,14% del negocio directo y aceptado y del 95,15% en el caso del negocio retenido, de modo que el margen técnico medio que perciben las compañías es muy reducido, de entre un 4% y un 6%. Teniendo en cuenta que el precio medio del producto con cobertura integral de nueva producción de las distintas compañías a se encuentran en rangos relativamente similares, las diferencias tienen un impacto relativo, pues apenas supone una diferencia de 5-6 euros. A ello debe añadirse que los precios de la producción se van actualizando año a año. Según diversos estudios de posicionamiento, las tarifas ofertadas por las compañías en cada tipología de producto con respecto a la media del mercado presentan diferencias que se acentúan más en los productos que incluyen copagos, donde la diversidad de importe de los mismos puede influir en diferencias relevantes de tarifas.
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 compañías aseguradoras están sometidas a una intensa presión competitiva y buscan de manera constante ofrecer prestaciones que les diferencien de otras compañías. Esta presión competitiva supone que, para ser eficientes y no perder clientes, las compañías aseguradoras deben tener como mínimo un espectro similar o igual al de la competencia y buscar constantemente evolucionar sus productos para diferenciarlos del resto. De este modo, la mayor parte de compañías ofrecen una base mínima de producto, existiendo cierta homogeneidad entre los productos incluidos en una misma categoría (coberturas ambulatorias, coberturas completas o reembolso) y las diferencias entre coberturas y servicios, aunque pueden existir, son, en términos globales, poco significativas. Para cada tipo de producto las coberturas y servicios se pueden dividir fundamentalmente en dos líneas: 1. Coberturas propias del seguro de asistencia sanitaria: - Especialidades. - Medicina Preventiva. - Medios de diagnóstico. - Tratamientos especiales. - Implantes y prótesis. - Hospitalización. 2. Coberturas adicionales y otros servicios. - Otras coberturas y servicios en condiciones especiales: por ejemplo, la inclusión reembolso de gastos en algunas especialidades, reembolso de medicamentos, oferta de servicios sanitarios digitales, servicios de segunda opinión médica o acceso a servicios fuera del perímetro de la cobertura con precios especiales. En este sentido se puede concluir que para las distintas modalidades de productos las diferentes compañías aseguradoras ofertan en líneas generales unas condiciones similares en los aspectos más centrales del seguro para aquellas prestaciones incluidas en la línea de coberturas propias del seguro de asistencia sanitaria. Las principales diferencias en este punto suelen estar relacionadas con aspectos concretos en algunos casos relacionados con determinadas técnicas, la inclusión de un tipo de medio de diagnóstico de última tecnología o limitación en algún tipo de prótesis. En cuanto al cuadro médico (esto es, la red de centros y servicios de salud con la que cuenta una determinada aseguradora), las diferencias a nivel nacional entre los catálogos de las compañías más relevantes son poco significativas. Pueden producirse en los casos de aseguradoras que cuentan con centros médicos u hospitalarios propios cerrados (es decir, exclusivos para prestar servicio a los clientes de esa aseguradora). En aquellos casos en los que un determinado paciente desea acudir a un centro médico cerrado de una aseguradora concreta, el resto de aseguradoras no tienen mecanismos para poder vencer esa diferencia. Sin embargo, el número de centros cerrados a una única aseguradora puede considerarse insignificante dentro del total de centros hospitalarios a nivel nacional. Por último, un factor adicional cada vez más utilizado por las compañías aseguradoras para intentar diferenciarse del resto, son los servicios complementarios para respaldar el servicio de asistencia sanitaria: aplicaciones móviles para la gestión de la póliza y solicitud de citas, atención por video llamada, programas de fidelización y puntos, etc. En relación con esto, y en línea con lo expuesto respecto de la competitividad del mercado, estos elementos tampoco difieren en gran medida entre diferentes compañías aseguradoras.

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).	Respecto de los centros de salud (no hospitalarios) no se aprecian potenciales impedimentos para el ejercicio de una competencia efectiva. No obstante, de conformidad con lo recogido en el informe DBK Observatorio Sectorial de abril de 2022 sobre clínicas privadas, la estructura sectorial en el mercado de la prestación de servicios sanitarios se ve afectada por las operaciones de compra de clínicas independientes y grupos pequeños o medianos por parte de los operadores líderes, lo que motiva que continúe aumentando el grado de concentración de la oferta, especialmente a nivel provincial. En ciudades como Madrid, Barcelona o Sevilla, en las que existe una amplia variedad y volumen de demanda, hay capacidad suficiente para que operen varios hospitales privados (en Cataluña, Madrid y Andalucía se concentran el 50% de los profesionales sanitarios privados de España. Fuente: IDIS, Informe nº 13, Sanidad privada, aportando valor, 2023). En términos generales y desde la perspectiva del número de camas disponibles, el mercado es competitivo. Sin embargo, la realidad es que algunos hospitales son percibidos por los consumidores como servicios de mayor categoría o nivel. En este sub-segmento, la competencia se reduce mucho puesto que los centros están en manos de pocos grupos hospitalarios. Estos hospitales canalizan la mayor parte de servicios de las aseguradoras (según el informe DBK citado, la cuota de mercado conjunta alcanzada en 2021 por los cinco primeros operadores se situó en 41,6%). Por contra, en algunas provincias la demanda sanitaria es tan reducida que únicamente existe capacidad en el mercado para un hospital, pues la demanda en algunos territorios desaconseja la apertura de nuevos centros, ya que rentabilizarlos resulta prácticamente imposible. De hecho, en algunas provincias de Castilla y León y de Castilla-La Mancha, algún grupo hospitalario tiene el monopolio en la prestación de servicios de asistencia sanitaria. La concentración en estos casos restringe drásticamente la competencia al estar en un único hospital o unidad de decisión toda la oferta de servicios asistenciales hospitalarios privados tanto de internamiento como pacientes ambulantes, así como de medios de diagnóstico. Con esta situación el prestador se sitúa en condiciones de imponer precios/condiciones de contratación fuera de mercado. Ello supone que, si una aseguradora quiere dar servicios en estas provincias, ha de acudir necesariamente a estos hospitales, de modo que la capacidad de negociación de las entidades aseguradoras se reduce, y la pérdida de capacidad de negociación representa un incremento de costes. Además, este impacto en los precios se amplifica, pues la negociación con los grupos hospitalarios se produce generalmente a nivel grupo (esto es, a nivel nacional), de modo que el hecho de que algunos grupos cuenten con el único hospital disponible en una provincia les da mayor margen para exigir un precio mayor a nivel nacional. Por el contrario, que los servicios de asistencia sanitaria privada estén en manos de diferentes grupos favorece negociaciones transparentes y conseguir precios de mercado ya que existía la posibilidad de contratación con más de un hospital.

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).	La respuesta a esta pregunta podría variar en función de las condiciones concretas de cada uno de los mercados provinciales, o, incluso, locales que analizáramos en cada caso. Lo primero que debe tenerse en cuenta es la propia dimensión del mercado asegurador en cada provincia, que, en definitiva, es lo que demanda servicios hospitalarios, esto es, que el propio mercado genere la necesidad de nuevos operadores. En términos generales, debemos partir del hecho de que las compañías aseguradoras buscan contar con el mayor número de recursos y centros concertados posibles como ventaja competitiva frente a otros aseguradores. Un mayor número de centros hospitalarios supone una mayor competencia en el mercado que, en definitiva, redundará en una mejor calidad del servicio.
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 se mide fundamentalmente en función de los profesionales que integran el cuadro médico (profesionalidad, renombre, servicios llevados a cabo con éxito), los servicios paramédicos, las instalaciones y las listas de espera, es decir, la disponibilidad de citas que ofrecen los diferentes centros médicos y hospitales del cuadro médico de cada compañía aseguradora. En este contexto, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad ("IDIS") elabora todos los años un informe que contiene un barómetro en virtud del cual se mide el grado de satisfacción de los consumidores con la sanidad privada. Este informe mide variables como (i) la consecución de citas, (ii) las pruebas diagnósticas o terapéuticas, (iii) las consultas externas de hospitales o centros de especialidades y (iv) las urgencias. Asimismo, el IDIS cuenta con un indicador adicional para medir la calidad de los hospitales y centros médicos denominado Quality Healthcare (QH, por sus siglas en inglés). Esta certificación, cuyo objetivo es promover la mejora continua en las organizaciones asistenciales (tanto públicas como privadas), integra mediante un indicador sintético múltiples componentes de calidad. Concretamente, se analizan las certificaciones de calidad, reconocimientos y premios obtenidos por los hospitales y los centros sanitarios sobre la base de una ficha elaborada por el IDIS en la que se tiene en cuenta por un lado el tipo de sistema de calidad, las características y requisitos de la agencia que otorga la certificación, los métodos de evaluación empleados y los componentes que monitoriza el sistema y, por otro, la política y estrategia para la implantación, el alcance y porcentaje de los servicios y la madurez del sistema.

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).	La integración vertical entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios no constituye una restricción ni afecta al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios. Por ejemplo, en provincias como Madrid, algunas aseguradoras gestionan sus propios hospitales y ello no ha supuesto una restricción para la incorporación de otros hospitales al mercado, y en general el hecho de que una compañía aseguradora esté integrada verticalmente no supone por sí mismo un obstáculo para la implantación de otros prestadores de servicios sanitarios. Al contrario, el acceso al mercado de nuevos proveedores depende fundamentalmente de otro factor que ya hemos comentado: la propia capacidad disponible del mercado a nivel local o provincial para poner en funcionamiento los hospitales. Aunque en el mercado del seguro una de las características de la demanda es que requiere diversidad y capacidad de elección, en algunas provincias, el bajo nivel de demanda no permite que la oferta aumente pues la apertura de un hospital en unas condiciones de demanda insuficiente resulta antieconómica. Es decir, la capacidad constituiría una barrera de entrada económica ya que la eficiencia en esta actividad se logra a través de la tasa de ocupación, lo que requiere una alta rotación de pacientes en cada una de las especialidades, lo que resultaría difícil de conseguir para un nuevo entrante en el corto plazo.

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).	La integración vertical entre compañías y centros de salud/grupos hospitalarios no tiene un efecto apreciable sobre el cliente final ni sobre la prestación de servicios de asistencia sanitaria. Al contrario, el impacto para el cliente final viene dado por la estructura competitiva del mercado de prestación sanitaria. Es decir, la mayor o menor disponibilidad de centros de salud y grupos hospitalarios. Cuando en el mercado de prestación de servicios sanitarios a nivel provincial o local la demanda es reducida (por ejemplo, por contar con un menor volumen de población), la oferta sanitaria es menor debido a que la apertura de nuevos centros sanitarios puede resultar antieconómica (no es posible rentabilizarlos) y ello tiene un impacto en la posibilidad de elección del consumidor. En cualquier caso, en lo que respecta a la integración de las aseguradoras en el mercado de la prestación de servicios sanitarios, resulta preciso destacar que para las aseguradoras estos centros médicos u hospitales constituyen la carta de presentación, con lo cual tienen un doble incentivo para asegurar la mayor calidad posible de la asistencia prestada. Todo ello tiene un impacto directo en los consumidores finales, que se benefician de esta inversión.
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).	SegurCaixa Adeslas establece unos precios de referencia por especialidad y provincia que ofrece a todos los proveedores sanitarios. Los proveedores son libres de aceptar estos precios, los cuales también pueden ser objeto de modificación, en todo o en parte, como consecuencia del proceso de negociación que se inicia con ellos durante su proceso de incorporación al cuadro médico de SegurCaixa Adeslas. SegurCaixa Adeslas ha venido actualizando el importe de los baremos de honorarios que retribuyen las asistencias que prestan a nuestros asegurados. Estos baremos se han venido incrementando año a año en cifras que, al menos desde 2017, han estado en línea o superado las variaciones del IPC. En 2022, y a pesar del crecimiento sostenido de la siniestralidad y del entorno económico desfavorable, los baremos correspondientes a la atención de asegurados de pólizas privadas de seguro de asistencia sanitaria han sido incrementados en un 7%. Esta cifra se sitúa sensiblemente por encima de la variación de IPC del ejercicio pasado, mostrando esta compañía una clara voluntad de que la retribución de los médicos sea razonable y que pueda situarse en un marco equilibrado que garantice la viabilidad del modelo sanitario privado. En el caso de los baremos referidos a la atención de asegurados públicos, hay que recordar que las primas vienen impuestas por las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), están prefijadas en los conciertos y no se han sujetado a indexación. La economía insuficiente de estos contratos, ha marcado la propia evolución del contrato. En cuanto a los precios, la forma tradicional de calcular los honorarios es por acto, tomado como referencia el nomenclátor de cada especialidad. Cada acto realizado por un facultativo del cuadro médico de ADESLAS se encuentra listado junto con su correspondiente precio. El cálculo de los honorarios se realiza multiplicando cada uno de los actos realizados por el profesional en el periodo (generalmente mensual) por el precio correspondiente. Cada año la compañía actualiza estos baremos, y en el caso de ADESLAS los incrementos realizados en los baremos durante los últimos años se encuentran por encima de la evolución de los precios (IPC). Por otro lado, ADESLAS también cuenta con otros modelos de pago, por ejemplo, el modelo de tarifa por forfait, utilizado para procesos (en vez de para actos), o pagos fijos (capitativos) relacionados con el número global de asegurados que pueden ser atendidos por profesionales o centros sanitarios. En los últimos años, se han producido numerosas reivindicaciones por parte de los médicos, asociaciones sectoriales y organizaciones colegiales a las aseguradoras, reclamando una subida de los precios. Estas reivindicaciones, cada vez más agresivas y beligerantes, llegando a incitar a los colegiados y asociados a transgredir normas que regulan la libre competencia, sin embargo, no se encuentran justificadas ni soportadas en datos reales sobre la retribución del colectivo médico en general, cuyas retribuciones, en general, son razonables y adecuadas por la totalidad de los servicios que prestan en función del tiempo dedicado a la atención de los asegurados de una Compañía.

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 España los servicios de asistencia sanitaria privada están íntimamente relacionados con las prestaciones de las aseguradoras de asistencia sanitaria, las cuales, para el cumplimiento de las estipulaciones de sus contratos de seguros de salud, organizan medios materiales (propios o ajenos) para proporcionar los servicios de salud, garantizando la disponibilidad de profesionales y centros sanitarios, y asumiendo los costes originados. Las aseguradoras garantizan el equilibrio en este mercado en el que participan con proveedores de servicios sanitarios y asegurados/pacientes. En lo que respecta a la negociación y desde el punto de vista de los consumidores, cabe destacar el papel de las compañías aseguradoras a la hora de negociar precios competitivos para que los consumidores puedan acceder a estos servicios, aumentando la demanda para los mismos. Asimismo, las aseguradoras también contribuyen a la entrada y expansión de centros médicos y privados y, por lo tanto, a una mayor disponibilidad y diversidad de oferta para los consumidores. Todo ello se ha podido conseguir, entre otros factores, por la capacidad de gestión de los costes asistenciales. Por otro lado, teniendo en cuenta el ya comentado ratio combinado medio del mercado del seguro en España (94%-95% según datos del ICEA), debe extremarse la prudencia para no poner en riesgo la rentabilidad del negocio y la viabilidad del sistema. Respecto a las referidas reivindicaciones por parte de los médicos, asociaciones sectoriales y organizaciones colegiales, reclamando una subida de los precios, resulta preciso destacar que el precio de la prestación es uno de los condicionantes esenciales para el establecimiento de la prima del seguro y cualquier modificación de este método necesariamente tiene un impacto directo en las primas para garantizar la suficiencia de la prima, obligación legal a la que nos hemos referido más arriba. Cualquier recomendación de una autoridad respecto de la necesidad de aumentar los precios pagados a los prestadores de servicios sanitarios tendría como efecto previsible un aumento del precio de las pólizas y una disminución en la penetración de los seguros (menos asegurados) y en el propio mercado (a menos asegurados, menos prestaciones y, por tanto, menos médicos y centros sanitarios). No queremos dejar de comentar que, en los últimos tiempos, reivindicaciones a las aseguradoras por parte de este tipo de colectivos han utilizado argumentos que no responden a la realidad, llegando al extremo de asociar la calidad asistencial a un incremento desmedido de las remuneraciones. El éxito del modelo sanitario privado actual, constatado por el elevado grado de penetración del seguro sanitario privado y el pronunciado crecimiento experimentado en los últimos tres años, habría sido inexplicable si la calidad asistencial ofrecida por médicos y centros sanitarios no hubiera sido óptima. El sistema actual ha mantenido un equilibrio aseguradora-prestación-paciente, garantía del éxito del modelo. Sin la aseguradora, una gran mayoría de pacientes no tendría acceso a la sanidad privada y sin el paciente privado, muchos prestadores (facultativos y centros) no podrían subsistir.
23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	