

Estudio “Condiciones de competencia en el mercado del ejercicio libre de la medicina en España”

Un 37,7 % de médicos adscritos a compañías aseguradoras trabajan sin ningún tipo de contrato

- A un 23,1% se les ha rescindido el contrato escrito sin motivo atribuible al mismo.
- El 25% de los médicos que trabajan en el ámbito privado son mujeres y el 75% son hombres.
- El 45% de los facultativos se ha topado con obstáculos para el desarrollo de su actividad.
- El 22,7% de los médicos encuestados ha sido presionado con la exclusión del cuadro médico en caso de no aceptar nuevas condiciones establecidas.
- El estudio constata que en los últimos 20 años no se ha incrementado el baremo de las compañías.
- El estudio considera necesaria la elaboración de un “Código de buenas prácticas” que agrupe a profesionales, aseguradoras y grupos hospitalarios.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) a través de su Vocalía Nacional de Médicos de Ejercicio Privado, ha presentado hoy los resultados del [Estudio “Condiciones de competencia en el mercado del ejercicio libre de la medicina”](#) que refleja la realidad sobre la relación de los médicos de ejercicio libre con las compañías aseguradoras con las que trabajan. Del trabajo se desprende, entre otros datos, que un

37,7% de facultativos adscritos a dichas aseguradoras carecen de algún tipo de contrato por escrito con alguna de ellas.

Han participado en la presentación del estudio a los medios de comunicación el presidente del CGCOM, Dr. Serafín Romero; el vocal nacional de Médicos de Ejercicio Privado, Dr. Manuel Carmona; José Páez, coordinador del estudio y abogado experto en Derecho de la competencia; y el Dr. Juan Ignacio Guerrero, vocal de Ejercicio Libre del Colegio de Médicos de Sevilla

El Dr. Romero ha señalado que, a pesar de que “la sanidad privada-concertada está en auge y ha crecido con independencia de la crisis económico-financiera con más pólizas (9 millones de pólizas privadas y 2 millones de pólizas de MUFACE), más peso en el PIB, a través de una apuesta en innovación, investigación y modelo de gestión, existe una insatisfacción evidente en los médicos, debido a la ausencia de relaciones contractuales y a que los beneficios siempre son para el gestor, que sin participación ni reconocimiento, no tiene en cuenta el papel del profesionalismo”.

El presidente de la OMC ha añadido que sigue existiendo un debate entre la gestión pública y privada y ha destacado la necesidad de poner en marcha “una hoja de ruta que enganche, ilusione y establezca un escenario confluyente y no excluyente”. El Dr. Romero ha detallado que la situación que refleja la encuesta será el primer paso hacia la creación de un observatorio que se pondrá en marcha y que será referente como “plataforma de debate” para analizar la evolución de la situación.

Los datos han sido obtenidos a través de una encuesta online en la que han participado 1.410 profesionales de Medicina Privada de toda España, de los cuales 1.222 están adscritos a alguna compañía aseguradora.

El sondeo ha permitido llevar a cabo una extensa recopilación de datos sobre la relación entre médicos y compañías aseguradoras. Estos datos están relacionados con la gestión de

los actos médicos, baremos, condiciones que ofrecen las aseguradoras médicas, y los obstáculos con los que, frecuentemente, el profesional se topa en su relación con dichas compañías, además de problemas con los pagos, diferencias de servicio entre asegurados particulares y mutualistas, así como el análisis de los costes de la actividad para el facultativo vinculados a los servicios que prestan a los asegurados de las compañías.

De los resultados obtenidos se observa, entre otras situaciones, que la falta de contrato escrito facilita la expulsión del cuadro médico a conveniencia de la aseguradora, como han recordado los responsables del informe. Así, a un 23,1% de los médicos le ha sido rescindido el contrato escrito con alguna compañía sin motivo atribuible al mismo (media de 1,4 compañías por facultativo). Además, en más de la mitad de los casos la cancelación del contrato se comunicó solo con una antelación de entre uno y dos meses.

Conductas “potencialmente abusivas”

Del estudio también se desprende que el 22,7% de los médicos encuestados ha sido presionado con la exclusión del cuadro médico en caso de no aceptar nuevas condiciones establecidas unilateralmente por la compañía (con una media de 2,3 compañías por facultativo).

Algunas de estas nuevas condiciones se refieren a pagos fijos o capítativos (75%) y a dejar de atender a mutualistas para hacerlo solo a asegurados con pólizas privadas (43%). Este tipo de situación es una práctica reciente, que se produce en el 76% de los casos con posterioridad a 2010, según se indica. El 25% de los médicos que trabajan en el ámbito privado son mujeres y el 75% son hombres y su media de edad son 56,4 años, superando el 76% de ellos la edad de 51 años.

Por otra parte, el 45% de los facultativos se ha topado con obstáculos para el desarrollo de su actividad procedentes de las compañías con las que trabaja. Han sido identificados en

forma de falta de autorización de tratamientos o técnicas indicadas, trabas administrativas o excesivo formalismo en los procedimientos (media de tres compañías por facultativo).

Del informe también se desprende que un 40% de los médicos participantes en el sondeo afirma que se les ha impuesto por alguna compañía aseguradora la prestación de sus servicios a través del centro médico/Grupo hospitalario con el que colabora la compañía aseguradora, constatándose que se ha dejado de contar con un 50% de los profesionales contrarios a aceptar este tipo de condición.

Los responsables del estudio han corroborado, además, que las compañías aseguradoras han puesto en práctica una estrategia orientada a conseguir que los pacientes vayan directamente a sus centros propios. En este sentido, afirman que la apertura de este tipo de centros ha provocado, al menos en parte, la exclusión del cuadro médico de los facultativos cuyas especialidades compiten con las del nuevo centro médico/hospitalario propio o aquél con el que las compañías han contratado una especialidad en exclusiva.

Asimismo, al 40% de los facultativos se les ha negado, por parte de estas compañías, el abono de consultas sucesivas o revisiones.

Baremos obsoletos

Respecto a los baremos de las compañías, el estudio constata que en los últimos 20 años no han aumentado o lo han hecho de forma insignificante, mientras que el coste de personal y material de las consultas de los facultativos se ha incrementado entre un 20 y un 40%.

Es más, son frecuentes, según se deduce de una primera interpretación de los resultados de la encuesta, las reducciones encubiertas de estos baremos, por ejemplo, al incluir las compañías pruebas complementarias en el precio de la consulta que antes se facturaban por separado.

Estos y otros muchos de los datos recopilados dejan constancia del porcentaje estimado que cabría atribuir en relación con estas prácticas a cada una de las principales compañías aseguradoras que operan en el mercado español.

Los responsables del estudio concluyen que la detección y cuantificación de estas actuaciones procedentes de las aseguradoras motivan que desde el Consejo General de Colegios de Médicos y de su Vocalía de Médicos de Ejercicio Privado se emprenda la búsqueda de soluciones tanto a nivel jurídico, como desde las organizaciones profesionales médicas.

CONCLUSIONES

1.- La relación médico-paciente que desde la OMC tratamos de elevar a Patrimonio Inmaterial de la Humanidad, queda desvirtuada por las condiciones en que se ejerce en los nuevos modelos de ejercicio privado por las condiciones marcan al médico aseguradoras y grupos hospitalarios, poniendo en riesgo la calidad de la asistencia.

2.- El ejercicio médico privado ya no es libre bajo las condiciones actuales de mercado. Las compañías aseguradoras han cambiado el modelo clásico de atención médica privada y además de su labor aseguradora de forma progresiva han ido ganando una presencia cada vez más destacada de labor asistencial, en gran medida a costa de debilitar la capacidad para competir de los facultativos dedicados a la medicina privada que en una proporción importante han desarrollado modelos de negocio altamente dependientes de la base de pacientes asegurados.

En este sentido, es destacable, la derivación por parte de las compañías aseguradoras del riesgo asegurador hacia los profesionales médicos, mediante la imposición de fórmulas de precios capitativos, de procesos a coste cerrado o incluyendo técnicas y procedimientos dentro de la consulta perfectamente individualizados en el nomenclátor.

3.- La irrupción del capital/riesgo en el mercado sanitario ha hecho que la sanidad se empiece a guiar por leyes de mercado cuyo único objetivo es el beneficio económico. La relación médico-paciente queda intermediada por compañías aseguradoras y grupos hospitalarios que son quienes marcan las condiciones: retribución, tiempo de dedicación, horarios y medios.

4.- La medicina privada no es atractiva para los jóvenes ni para las mujeres. En los próximos 10 años desaparecerá el 40% de los facultativos (principalmente de consultas unipersonales) que ejercen la medicina privada.

5.- El órgano institucional que tiene potestad para velar por la relación médico paciente a través del profesionalismo de sus miembros es la OMC y sus colegios provinciales. Esta encuesta es un ejemplo de su función y preocupación.

6.- Creemos necesaria la elaboración de un “Código de buenas prácticas” que agrupe a profesionales, aseguradoras y grupos hospitalarios para poder mantener el actual sistema de medicina privada, o abogar por un cambio a un nuevo modelo de ejercicio libre de la medicina que garantice, ante todo, la calidad asistencial.

Madrid, 17 de julio de 2019