1. Introducción

La Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero, adoptó una serie de medidas protectoras de los clientes de servicios financieros y posteriormente para regular los requisitos a respetar por el departamento o servicio de atención al cliente, así como el procedimiento a que somete la resolución de las quejas y reclamaciones y se promulgó en el ejercicio 2004 en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

En dicha Orden Ministerial, entre otras obligaciones que se regulan se establece que, dentro del primer trimestre de cada año, los departamentos y servicios de atención al cliente presentarán ante la Junta Directiva un informe explicativo del desarrollo de su función durante el ejercicio precedente, regulando además el contenido mínimo que dicho informe deberá tener y que será:

1. Resumen estadístico de las quejas y reclamaciones atendidas, con información sobre su número, admisión a trámite y razones de inadmisión, motivos y cuestiones planteadas en las quejas y reclamaciones, y cuantías e importes afectados.

2. Resumen de las decisiones dictadas, con indicación del carácter favorable o desfavorable para el reclamante.

3. Criterios generales contenidos en las decisiones.

4. Recomendaciones o sugerencias derivadas de su experiencia, con vistas a una mejor consecución de los fines que informan su actuación.

Con fecha 27 de febrero de 2019, la Junta Directiva de la Mutualidad de Futbolistas aprueba externalizar el Servicio de Atención al Mutualista, en la sociedad Benedicto y Asociados Asesores, S.L., personalizándose la externalización del servicio en D. Antonio Benedicto Martí.

Por tanto, el presente informe se realiza para el ejercicio 2023 sobre las quejas y reclamaciones recibidas en la Mutualidad de Futbolistas, que ha adoptado la externalización como medida para hacer efectiva la garantía de la toma de decisiones de forma independiente a su actividad y evitar presumibles conflictos de interés si se desarrolla la función por un empleado de la Mutualidad, delegando la función a un profesional externo con experiencia reconocida en el sector.

Asimismo, se han llevado a cabo en la Entidad las modificaciones necesarias para garantizar los principios de rapidez, seguridad, eficacia, transparencia y coordinación.

El Reglamento del Servicio de Atención al Mutualista fue actualizado por acuerdo de la Junta Directiva celebrada el 31 de marzo de 2022 y enviado a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones el 6 de abril de 2022.

2. Resumen estadístico de las quejas y reclamaciones atendidas, con información sobre su número, admisión a trámite y razones de inadmisión, motivos y cuestiones planteadas en las quejas y reclamaciones.

Durante el ejercicio 2023, se han recibido catorce (14) reclamaciones y una (1) queja.

La mayor parte de las reclamaciones se han debido a la denegación por la Mutualidad del reembolso del coste de prestaciones de servicios realizadas en servicios médicos o centros sanitarios no concertados, o por denegación por la Mutualidad de servicios por haberse iniciado los tratamientos en servicios sanitarios que no eran de la Mutualidad o centros concertados.

Todas esas reclamaciones se rechazan sobre la base del artículo 4 del Reglamento de Prestaciones de la Mutualidad: *"El mutualista lesionado que sea atendido por servicios médicos ajenos al cuadro asistencial de la Mutualidad perderá todos sus derechos, tanto asistenciales como los de indemnización como beneficiario, en cuanto se deriven de esa*

lesión."

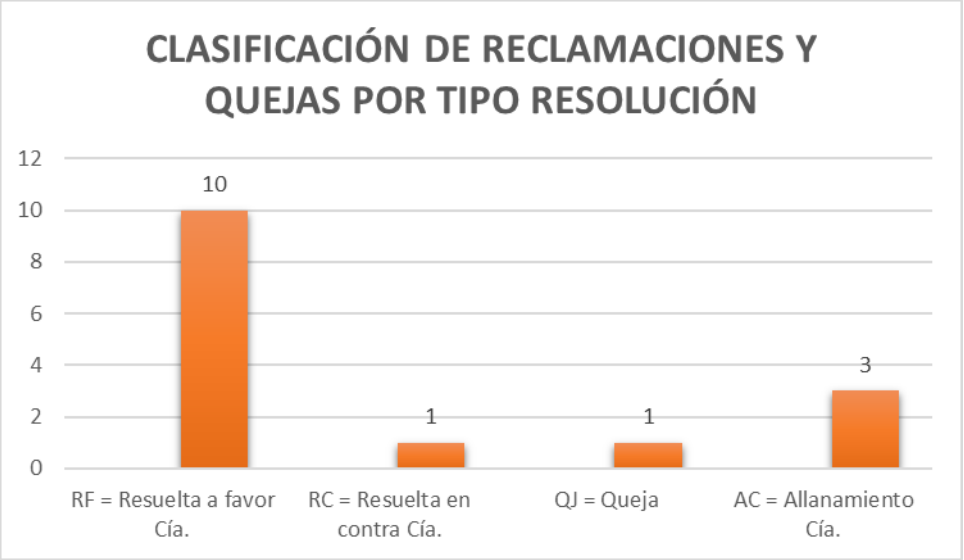
Debe de reseñarse, sin embargo, que se estimó a favor del reclamante una reclamación en la que al asegurado le fueron denegados los servicios asistenciales, quirúrgicos y hospitalarios necesarios para su curación, básicamente por la interpretación incorrecta de lo previsto en el artículo 4 del Reglamento de Prestaciones de la Mutualidad.

El asegurado, se limitó a realizar una prueba médica, solicitada por los servicios médicos de la Mutualidad, prueba médica que se utilizaría para diagnosticar la afección según los signos y síntomas que presentará por los propios servicios médicos de la Mutualidad le identificasen la afección y daños causados por la lesión.

Es decir, se interpretó, incorrectamente el articulo 4 citado, pues el asegurado acudió debidamente a los servicios médicos de la Mutualidad para recibir las prestaciones que pudiesen derivarse de su lesión, ya fuese asistencia sanitaria, quirúrgica u hospitalaria y el hecho de que acudiese externamente a realizarse una prueba médica y volviese con ella a seguir con la asistencia sanitaria de los servicios de la Mutualidad no supone incumplir la norma citada.

3. Resumen de las decisiones dictadas, con indicación del carácter favorable o desfavorable para el reclamante.

RECLAMACIONES Y QUEJAS	
RF = Resuelta a favor Cía.	10
RC = Resuelta en contra Cía.	1
QJ = Queja	1
AC = Allanamiento Cía.	3
TOTAL:	15



El resumen estadístico es:

Comunidad Autónoma	Número
Andalucía	1
Aragón	3
Cantabria	3
Cataluña	1
Islas Baleares	3
Islas Canarias	1
Madrid	2
Valencia	1
Total	**15**

4. Criterios generales contenidos en las decisiones.

El Servicio de Atención al Mutualista de la Mutualidad de Futbolistas, ha aplicado los procedimientos y razonamientos propios de determinación a efectos de poder determinar los criterios a aplicar en la posible resolución de las reclamaciones, basándolos en el análisis, en primer lugar, del escrito de la reclamación y así recabar información para el inicio de la tramitación de los expedientes.

Se recaba información tanto del reclamante como de los distintos departamentos y servicios de la Entidad, comprobando que se hubiese procedido, previamente a la reclamación, al pronunciamiento de la Mutualidad sobre la cuestión reclamada, y solicitando cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba se consideren pertinentes para adoptar la decisión.

Como consecuencia de la información recibida, el contenido de las resoluciones se fundamenta en:

- Información recibida por el reclamante.
- Información recibida de la Mutualidad de Futbolistas.
- Reglamento de prestaciones de la Mutualidad.

Una vez analizada la documentación, generalmente, es necesario fundamentar y basar los criterios de la resolución en la normativa aplicable, en particular:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

5. Recomendaciones o sugerencias derivadas de su experiencia, con vistas a una mejor consecución de los fines que informan su actuación.

Sobre la base de la presentación de quejas y reclamaciones, entendemos que la mejor recomendación es que se sigan ampliando los sistemas información de los medios de reclamación que tienen los mutualistas, lo que sin duda ha tenido efecto en el incremento de reclamaciones, que sigue siendo irrelevante si tenemos en cuenta que la Mutualidad actualmente supera el millón de asegurados.

En Madrid, a 29 de febrero 2024

Firmado por BENEDICTO MARTI ANTONIO - ***7481** el día 29/02/2024 con un certificado emitido por AC FNMT Usuarios

Fdo. Antonio Benedicto Martí.

Titular de Servicio de Atención al Mutualista.