

EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

Análisis Jurídico-Económico y de Competencia

EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

Análisis Jurídico-Económico y de Competencia



OGASUN ETA HERRI
ADMINISTRAZIO SAILA
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Vitoria-Gasteiz, 2008

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejvbiblioteca>

Equipo Editorial: Iñaki Beristain Etxabe (Director de Ekonomiaz)
José Ignacio Jaca Mitxelena

Autores: Servicio Vasco de Defensa de la Competencia:
Jaione Aberasturi Erezuma
Guillermo Aranzabe Pablos
Zorione Garitano Azkarraga
Ainara Herce San Martín

Edición: 1ª, julio 2008
Tirada: 500 ejemplares
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Hacienda y Administración Pública
Internet: www.euskadi.net
Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Diseño gráfico: Miren Unzurrunzaga Schmitz
Fotocomposición: IPAR, S.L. - Donostia
Impresión: Leitzaran Grafikak, S.L.
ISBN: 978-84-457-2739-3
Depósito legal: SS/968/2008

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. MARCO NORMATIVO.....	15
2.1. Marco normativo de los seguros.....	15
2.2. Marco normativo sanitario.....	16
2.3. Requisitos para operar como entidad aseguradora en la CAE.....	18
2.4. Requisitos para la apertura de centros sanitarios en la CAE.....	22
3. ANÁLISIS DEL MERCADO COMPETITIVO.....	27
3.1. Introducción.....	27
3.2. Datos económicos sobre el sector de seguros de asistencia sanitaria en la CAE.....	28
3.2.1. Número de asegurados.....	29
3.2.2. Modalidades de pólizas.....	30
3.2.3. Volumen de primas.....	32
3.2.4. Prima media por asegurado.....	33
3.3. Características de la oferta de seguros de asistencia sanitaria en la CAE.....	33
3.3.1. Servicios médicos.....	35
3.3.2. Servicios hospitalarios.....	36
3.3.3. El gasto en centros privados frente a concertados.....	38
3.4. Mercado relevante.....	40
3.4.1. Mercado de producto.....	40
3.4.2. Mercado geográfico.....	44
3.4.3. Conclusión.....	46
3.5. Cuotas de mercado y grado de concentración.....	46
3.6. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Álava.....	48
3.7. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Bizkaia.....	50
3.8. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Gipuzkoa.....	54
3.9. El caso Lagun Aro Entidad de Previsión Social Voluntaria.....	56
3.10. Barreras de entrada.....	57
3.10.1. Legales.....	57
3.10.2. Técnico-económicas.....	58
3.10.3. Derivadas de la posición consolidada de que disfrutaban las empresas ya presentes en el mercado.....	59
3.11. Análisis de posición de dominio.....	60

4. CONCLUSIONES	65
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69

ÍNDICE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro nº 1.	Número de entidades por territorio, tipo y periodo en la CAE.....	28
Cuadro nº 2.	Datos del sector de asistencia sanitaria en el Estado por Comunidad Autónoma: Primas, prestaciones y número de asegurados.....	32
Cuadro nº 3.	Grado de concentración de seguros de asistencia sanitaria en el Estado.....	47
Cuadro nº 4.	Cuotas de mercado de las entidades aseguradoras de la CAE por volumen de primas (en %).....	47
Cuadro nº 5.	Índice Herfindahl-Hirschman.....	48
Cuadro nº 6.	Cuota de mercado de entidades aseguradoras por volumen de primas en Álava.....	49
Cuadro nº 7.	Datos sobre hospitales privados de Álava.....	50
Cuadro nº 8.	Cuota de mercado de entidades aseguradoras por volumen de primas en Bizkaia.....	52
Cuadro nº 9.	Datos sobre hospitales privados de Bizkaia.....	53
Cuadro nº 10.	Cuota de mercado de entidades aseguradoras por volumen de primas en Gipuzkoa.....	54
Cuadro nº 11.	Datos sobre hospitales privados de Gipuzkoa.....	55
Gráfico nº 1.	Evolución del número de asegurados 1996-2005.....	29
Gráfico nº 2.	Distribución porcentual de los asegurados de la CAE por tipo de póliza.....	31
Gráfico nº 3.	Distribución porcentual de los asegurados por tipo de póliza.....	31
Gráfico nº 4.	Reparto del mercado asegurador en la CAE.....	33
Gráfico nº 5.	Distribución del gasto de la actividad de seguro de asistencia sanitaria.....	34
Gráfico nº 6.	Distribución del ingreso de la actividad de seguro de asistencia sanitaria.....	34
Gráfico nº 7.	Gastos de hospitalización según tipo de centro.....	38
Gráfico nº 8.	Gastos según tipo de centros en la CAE.....	38
Gráfico nº 9.	Gastos según tipo de centros por Territorio Histórico.....	39



EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA EN LA CAE



1. INTRODUCCIÓN

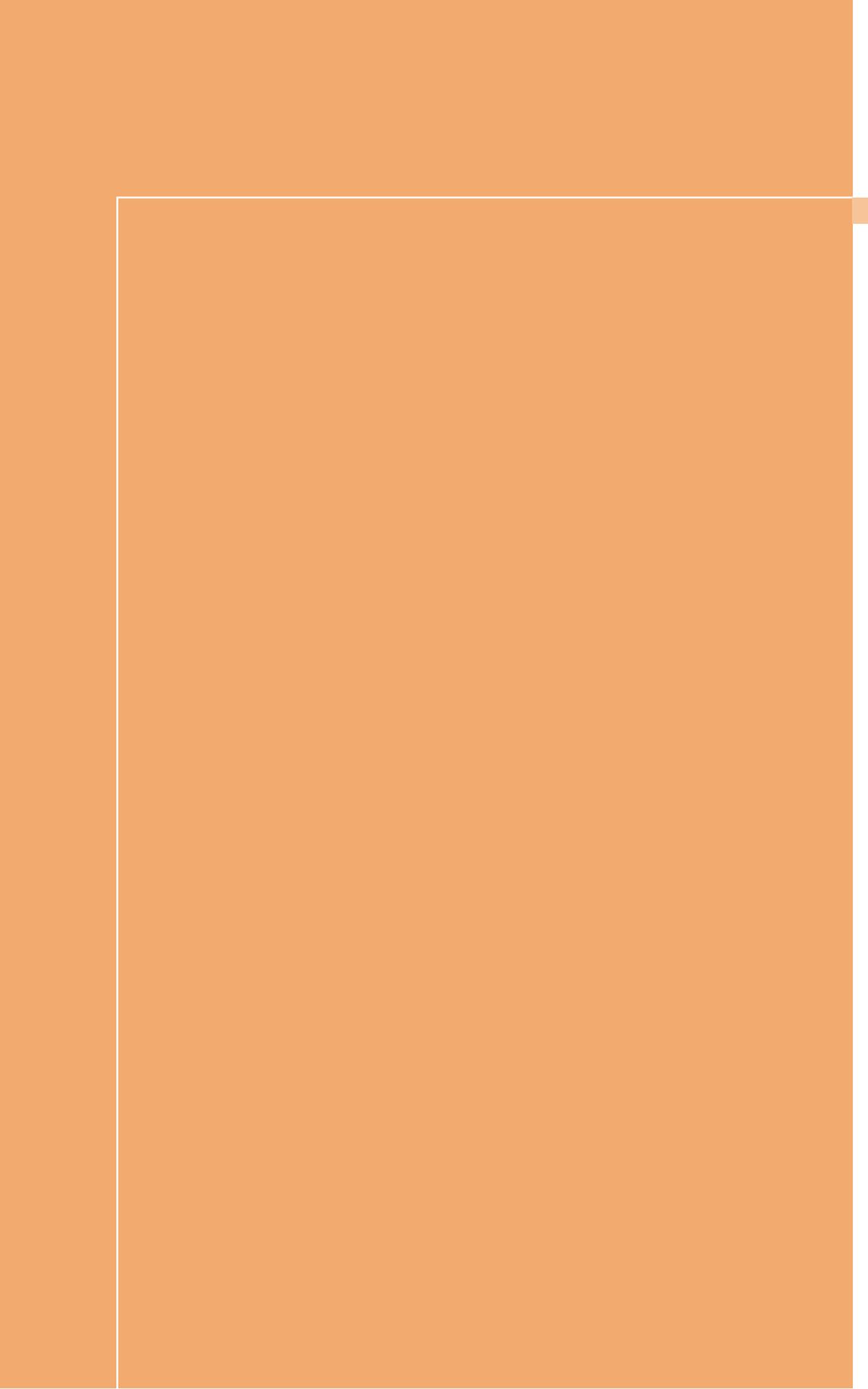
La universalidad de la asistencia sanitaria pública confiere a la asistencia privada un doble carácter: voluntario y complementario-suplementario. Estos rasgos fundamentales del sistema sanitario tienen importantes implicaciones sobre la demanda del seguro de asistencia sanitaria.

La asistencia sanitaria privada se presta a través de entidades aseguradoras cuya actividad tiene una doble vertiente: la financiera que deviene de la actividad aseguradora y la sanitaria, característica de los igualatorios. Durante años el predominio de un aspecto u otro ha determinado la orientación estratégica de estas empresas que en los últimos años la evolución del mercado ha contribuido a uniformizar. Un buen ejemplo de ello, es la progresiva creación de estructuras empresariales verticales que pueden articular el proceso completo, desde la captación del cliente por la aseguradora hasta la atención del paciente en el hospital.

Además, se han dado cambios en el sector asegurador: concentraciones, entrada de nuevas empresas en el mercado, sanción por prácticas anticompetitivas, cambios en la atención sanitaria a trabajadores cooperativistas, etc., en la Comunidad Autónoma de Euskadi (en adelante CAE), que hacen necesario analizar la situación real de este sector.

En este trabajo se hace un análisis jurídico-económico orientado a la evaluación del marco legal y económico en el que actúan los diferentes agentes; y a la conducta de los operadores económicos en relación con las premisas básicas que deben imperar en un mercado en competencia.

MARCO NORMATIVO



2. MARCO NORMATIVO

Las entidades aseguradoras que realizan su actividad en el ramo de seguros de asistencia sanitaria se rigen tanto por las normas generales del sector de seguros como por las normas sanitarias de instalación y funcionamiento de centros sanitarios, cuando deciden desarrollar su actividad mediante la participación en entidades que posean centros sanitarios propios.

Es por ello que se procede a examinar la normativa aplicable a ambos sectores y los requisitos que debe cumplir cualquier entidad aseguradora para poder realizar su actividad en el ramo de asistencia sanitaria en la CAE.

2.1. Marco normativo de los seguros

El Estado tiene competencia exclusiva en materia de bases de la ordenación de seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 149.1.11^a de la Constitución de 1978.

Al amparo de dicho artículo se promulga la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro¹, que define el contrato de seguro como aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

En cuanto a los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria, la Ley los define como aquéllos en los que el riesgo asegurado es la enfermedad, y la obligación del asegurador en caso de siniestro puede consistir en el pago de ciertas sumas, en el pago de gastos de asistencia médica y farmacéutica o en la prestación de servicios médicos y quirúrgicos.

El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados², además de establecer los requisitos que deben cumplir las entida-

¹ BOE n° 250, de 17 de octubre.

Modificada por Ley 18/1997, de 13 de mayo, de modificación del artículo 8 de la Ley del Contrato de Seguro para garantizar la plena utilización de todas las lenguas oficiales en la redacción de los contratos; Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero; Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal; Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados; Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

² BOE n° 267, de 5 de noviembre.

Modificado por Ley 5/2005, de 22 de abril, de supervisión de los conglomerados financieros y por la que se modifican otras leyes del sector financiero, Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la crea-

des aseguradoras, clasifica³ el seguro de enfermedad, comprendida la asistencia sanitaria, como ramo 2, y establece las prestaciones que pueden ser: a tanto alzado, de reparación y mixta de ambos.

Finalmente la CAE asume, a través del artículo 11.2.a) del Estatuto de Autonomía de 1979, la competencia sobre desarrollo legislativo y ejecución de las bases en materia de ordenación de seguros⁴.

2.2. Marco normativo sanitario

La Constitución en su artículo 43 reconoce, como principio rector de la política social y económica, el derecho a la protección de la salud, y otorga a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Asimismo, el artículo 149.1.16^a reconoce al Estado, entre otras, la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación general de la sanidad. En desarrollo de este precepto, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁵,

ción del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento; Ley 11/2006, de 16 de mayo, de adaptación de la legislación española al Régimen de Actividades Transfronterizas regulado en la Directiva 2003/41/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de junio de 2003, relativa a las actividades y supervisión de los fondos de pensiones de empleo, y Ley 44/2006, de 29 de diciembre, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios.

³ El artículo 6 establece, en relación con el seguro directo distinto del seguro de vida, la clasificación de los riesgos en 19 ramos:

1-Accidentes (prestaciones a tanto alzado, de indemnización, mixta de ambos y de cobertura de ocupantes de vehículos); 2-enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria); 3-vehículos terrestres (no ferroviarios); 4-vehículos ferroviarios; 5-vehículos aéreos; 6-vehículos marítimos, lacustres y fluviales; 7-mercancías transportadas (comprendidas los equipajes y demás bienes transportados); 8-incendio y elementos naturales; 9-otros daños a los bienes; 10-responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles; 11-responsabilidad civil en vehículos aéreos, 12-responsabilidad civil en vehículos marítimos, lacustres y fluviales (comprendida la del transportista); 13-responsabilidad civil en general; 14-crédito (comprende insolvencia general, venta a plazos, crédito a la exportación, crédito hipotecario y crédito agrícola; 15-caución (directa e indirecta); 16-pérdidas pecuniarias diversas; 17-defensa jurídica; 18-asistencia y 19-decesos.

⁴ Ver art. 6.9 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados

En el caso de la CAE, la asunción de una parte de esta competencia se materializó a través del Real Decreto 559/1998, de 2 de abril, sobre Traspaso de Funciones y Servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de mediadores de seguros (BOE n° 109, de 7 de mayo), limitada, como indica su encabezado, a los mediadores de seguros, quedando pendiente, por tanto, la transferencia del resto de la materia.

⁵ BOE n° 102, de 29 de abril.

Modificada por Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social; Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud; Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social; Ley Orgánica 3/2007, de 22

establece los principios y criterios sustantivos de su ejercicio. Así, la Ley garantiza un sistema de financiación pública, de carácter universal, gratuito y de atención integral.

El sistema sanitario público se complementa con el sector sanitario privado, el cual podrá ejercer libremente su actividad de conformidad con lo dispuesto en los artículos 35 (derecho a la libre elección de profesión), 36 (libre ejercicio de profesiones tituladas) y 38 (libertad de empresa) de la Constitución. De igual manera, la Ley 14/1986 se ocupa de las actividades sanitarias privadas, reconociendo el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, en su artículo 88, y la libertad de empresa en el sector sanitario, en el artículo 89.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁶ profundiza en materia de coordinación y cooperación, disponiendo que, mediante Real Decreto, se determinarán, con carácter básico, las garantías mínimas de seguridad y calidad que deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El Estatuto de Autonomía atribuye a la CAE, a través del artículo 18.1, la competencia de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, al amparo de lo dispuesto en el artículo 148.1.21^a de la Constitución⁷.

Para poder ejercer la competencia que le corresponde a la CAE, el Parlamento Vasco aprueba la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi⁸, cuyos principios informadores son la universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana. De conformidad con lo dispuesto en esta Ley, es competencia del Gobierno Vasco la dirección, planificación y programación del sistema sanitario de Euskadi, correspondiéndole, entre otras funciones, las intervenciones que supongan ejercicio de autoridad para garantizar la tutela general de la salud pública.

de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres; Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, y Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

⁶ BOE, n° 128, de 29 de mayo.

Modificada por Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social; Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

⁷ Su materialización se realiza a través del Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (BOE n° 299, de 15 de diciembre).

⁸ BOPV n° 138, de 21 de julio.

Asimismo, esta Ley establece que las estructuras sanitarias que no dependan directamente de la CAE y operen en su ámbito territorial, cualquiera que sea su titularidad, se sujetarán a las normas de ordenación dictadas para garantizar la tutela general de la salud pública y ejercerán su actividad conforme al principio de autorización administrativo-sanitaria previa, sin perjuicio de la libertad de empresa y libre ejercicio de las profesiones sanitarias.

2.3. Requisitos para operar como entidad aseguradora en la CAE

El acceso a la actividad como entidad aseguradora está supeditado a la previa obtención de la autorización administrativa del ministro de Economía y Hacienda. Para la obtención y conservación de dicha autorización es necesario el cumplimiento de los siguientes requisitos, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados:

- a) Adoptar la forma jurídica de sociedad anónima, mutua, cooperativa o mutualidad de previsión social, así como facilitar información sobre la existencia de vínculos estrechos⁹ con otras personas o entidades.
- b) Limitar su objeto social a la actividad aseguradora, con exclusión de cualquier otra actividad comercial.

A tal respecto, el Tribunal de Defensa de la Competencia estatal (en adelante TDC), concluyó, en la Resolución de 28 de enero de 2003, relativa al expediente r521/02 Hospital Madrid/ASISA que «una compañía de seguros puede prestar servicios hospitalarios de forma indirecta mediante su participación en una entidad social que se dedique a ello. Las autoridades de seguros no limitan el tamaño de esa participación, de tal forma que los elevados porcentajes de participación en sociedades filiales (...) no constituyen obstáculo para la legalidad de esa actuación indirecta».

A dicho pronunciamiento contribuyó el parecer emitido previamente por la Dirección General de Seguros, en escrito de 12 de julio de 2001, en el que señaló que: «(...) mediante el seguro de enfermedad, en su modalidad de asistencia sanitaria, la entidad aseguradora puede asumir directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos. De ahí que haya que organizar o gestionar la asistencia que precisen sus asegurados.

⁹ Se entiende por vínculo estrecho la relación entre dos o más personas físicas o jurídicas si están unidas a través de una participación (poseer de manera directa o indirecta el 20 por ciento o más de los derechos de voto o del capital) o mediante un vínculo de control (el que existe entre una sociedad dominante y otra dominada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 42 del Código de Comercio de 1885, en su redacción dada por la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social).

En este sentido, las entidades gestionan y organizan directamente la prestación de esos servicios por los profesionales elegidos por los asegurados, comprometiéndose al pago directo de su costo. Esa organización implica la aportación de medios materiales para que los profesionales puedan prestar los servicios que le son propios, incluso de modo que determinados medios pueden ser titularidad del asegurador.

En consecuencia, la titularidad de centros hospitalarios propios a través de participaciones accionariales no constituye infracción del principio de exclusividad del objeto social. Tampoco existe esa infracción cuando tratándose de titularidad directa de los medios la entidad cumple los requisitos legales y reglamentarios anteriormente mencionados».

Asimismo, la Dirección General de Seguros señaló que: «(...) la contestación debe ser favorable a que una entidad aseguradora tenga, si lo cree conveniente, una participación en el capital social de otra entidad que se dedique a la gestión de un hospital, sin que se encuentre en la normativa aseguradora ninguna prohibición al respecto, y que la participación en los fondos propios de cualquier entidad no supone una actividad prohibida a las compañías aseguradoras».

- c) Presentar y atenerse a un programa de actividades¹⁰.
- d) Tener un capital social o fondo mutual de 2.103.542,37 euros, así como el fondo de garantía que para cada ejercicio se establezca.
- e) Indicar las aportaciones y participaciones en el capital social o fondo mutual de los socios, haciendo constar expresamente qué socios tienen la condición de empresa de seguros, entidad de crédito o empresa de servicios de inversión, así como, en su caso, las participaciones de las que sea titular cualquier socio en alguna de éstas.

Cuando los socios participen en la constitución de la entidad de forma significativa, habrán de considerarse idóneos¹¹ para realizar la gestión de manera sana y prudente.

- f) Estar dirigidas de manera efectiva por personas que reúnan las condiciones necesarias de honorabilidad y de cualificación o experiencia profesionales.

¹⁰ Debe contener indicaciones o justificaciones relativas, al menos, a la naturaleza de los riesgos o compromisos que la entidad aseguradora se proponga cubrir; a los principios rectores y ámbito geográfico de su actuación; a la estructura de la organización, incluyendo los sistemas de comercialización; a los medios destinados a cubrir las exigencias patrimoniales, financieras y de solvencia, y a prestar la asistencia a que, en su caso, se comprometa. Además, debe contener la justificación de las previsiones que plantee y de la adecuación a éstas de los medios y recursos disponibles.

¹¹ Entre otros factores la idoneidad se apreciará en función de la honorabilidad, de la cualificación o experiencia profesional o los medios patrimoniales de que se disponga.

La solicitud de autorización se debe presentar en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda, donde se comprobarán los medios técnicos de que disponen dichas entidades y se solicitará de las autoridades sanitarias –cuando las entidades aseguradoras pretendan operar en el ramo de enfermedad, con prestación de asistencia sanitaria– un informe sobre la adecuación de los medios y del funcionamiento previsto de éstos a las prestaciones que pretenda otorgar y a la legislación sanitaria correspondiente. La autorización se concede por ramos, y será válida en todo el territorio del Estado, salvo que se solicite ejercer la actividad en un ámbito inferior al estatal.

Igualmente se precisa autorización administrativa para que una entidad aseguradora pueda extender su actividad a otros ramos distintos de los autorizados, así como para la ampliación de una autorización que comprenda sólo una parte de los riesgos incluidos en un ramo o que permita a la entidad aseguradora ejercer su actividad en un territorio de ámbito superior al inicialmente solicitado y autorizado.

Las entidades autorizadas deben inscribirse en el Registro administrativo de entidades aseguradoras¹².

La constitución de la entidad aseguradora debe realizarse mediante escritura pública que debe ser inscrita en el Registro Mercantil. La solicitud de autorización administrativa debe presentarse tras esta inscripción.

En la denominación social se deben incluir las palabras «seguros» o «reaseguros», o ambas a la vez, conforme a su objeto social, quedando reservadas en exclusiva para dichas entidades.

Las mutuas, cooperativas y mutualidades de previsión social deben consignar su naturaleza en la denominación e indicar si son «a prima fija» o «a prima variable».

Las entidades aseguradoras tienen la obligación de constituir y mantener en todo momento las provisiones técnicas suficientes para el conjunto de sus actividades; deben disponer de un margen de solvencia suficiente para el conjunto de su actividad, así como mantener un fondo de garantía consistente en 2.200.000 euros¹³.

Respecto de las tarifas de las primas, rige el principio de suficiencia, por lo que las mismas deben permitir a la entidad satisfacer el conjunto de obligaciones

¹² El Registro, que es público, se encuentra en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

¹³ Cantidad correspondiente al ejercicio 2007, establecida por la Resolución de 6 de julio de 2006, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a la actualización prevista en el apartado 3 del artículo 18 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y en el apartado 6 del artículo 61 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre (BOE nº 173, de 21 de julio).

derivadas de los contratos de seguro, no estando sujetas a autorización administrativa ni a la obligación de su remisión a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El ministro de Economía y Hacienda procederá a revocar la autorización administrativa concedida cuando, entre otros supuestos, la entidad aseguradora deje de cumplir alguno de los requisitos exigidos por la norma o cuando se le imponga una sanción administrativa de revocación de la autorización. La revocación podrá ser causa de disolución de la entidad.

Las entidades aseguradoras domiciliadas en países miembros del Espacio Económico Europeo¹⁴ distintos de España que hayan obtenido la autorización para ejercer en el Estado miembro de origen podrán ejercer sus actividades en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios¹⁵.

Estas entidades deberán respetar las disposiciones dictadas por razones de interés general y las de ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras, incluidas las de protección del asegurado, que, en su caso, resulten aplicables. Asimismo, deberán presentar, en los mismos términos que las entidades aseguradoras españolas, todos los documentos que les exija el Ministerio de Economía y Hacienda al objeto de comprobar si respetan en España las disposiciones españolas que les son aplicables.

Asimismo, las entidades aseguradoras domiciliadas en terceros países, no miembros del Espacio Económico Europeo, podrán establecer sucursales en España al objeto de ejercer la actividad aseguradora, siempre que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Hallarse autorizadas en su país, al menos con una antelación de cinco años.
- b) Establecer una sucursal general cuyo objeto esté limitado a la actividad aseguradora, con domicilio permanente en España.
- c) Presentar y atenerse a un programa de actividades.
- d) Aportar y mantener en su sucursal en España un fondo de cuantía no inferior al capital social o fondo mutual mínimos exigidos a las entidades aseguradoras españolas, y, asimismo, aportar y mantener en España un fondo de garantía no inferior al mínimo establecido en la Ley.
- e) Adjuntar certificado de la autoridad supervisora de su país acreditativo de que cumplen con su legislación, singularmente en materia de margen de solvencia.

¹⁴ Estados miembros de la Unión Europea, más Islandia, Liechtenstein y Noruega.

¹⁵ Precepto dimanante de la transposición de las llamadas Terceras Directivas del Consejo n° 92/49/CEE (seguro de vida) y 92/96/CEE (seguro distinto del seguro de vida).

f) Designar un apoderado general, con domicilio y residencia en España.

Las entidades aseguradoras de nacionalidad suiza deberán cumplir los requisitos exigidos a las entidades aseguradoras domiciliadas en terceros países, no miembros del Espacio Económico Europeo, con algunas excepciones.

2.4. Requisitos para la apertura de centros sanitarios¹⁶ en la CAE

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que mediante Real Decreto se determinarán con carácter básico, las garantías mínimas de seguridad y calidad que deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros sanitarios.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, será precisa la autorización administrativa previa para la instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que respecto a su estructura y régimen inicial puedan establecerse de los centros sanitarios. La previa autorización administrativa se referirá también a las operaciones de calificación, acreditación y registro del establecimiento, cuyas bases generales deben establecerse mediante Real Decreto.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios¹⁷, establece que las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas autorizarán la instalación, el funcionamiento, la modificación y, en su caso, el cierre de todos los centros sanitarios ubicados en su ámbito territorial.

Los requisitos mínimos comunes para la autorización serán determinados por Real Decreto para cada tipo de centro, con el objeto de garantizar que el mismo cuenta con los medios técnicos, instalaciones y profesionales mínimos necesarios para el desarrollo de su actividad, si bien podrán ser complementados en cada comunidad autónoma.

En desarrollo de dicho Real Decreto, así como de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, la CAE dicta el Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos

¹⁶ Se entiende por centro sanitario, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.1.a) del Real Decreto 1277/2003, al conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

¹⁷ BOE n° 254, de 23 de octubre.

sanitarios¹⁸, donde se relaciona la documentación que se ha de presentar y se regulan los procedimientos para la obtención de la autorización previa de instalación, de modificación sustancial y de funcionamiento. Estarán sujetas a inspección previa las solicitudes de resolución sobre funcionamiento de centros de nueva creación, así como las de funcionamiento cuando se lleven a cabo modificaciones en la estructura o distribución en el inmueble o en las unidades asistenciales de radioterapia o medicina nuclear.

La autorización de funcionamiento tiene validez por cinco años, salvo para los centros sanitarios cuya normativa específica establezca un plazo inferior.

También está sujeto a comunicación previa su cierre definitivo. Asimismo, la autoridad podrá, de manera excepcional y cuando la defensa de la salud de la población así lo requiera, resolver el funcionamiento temporal del centro antes de su cierre.

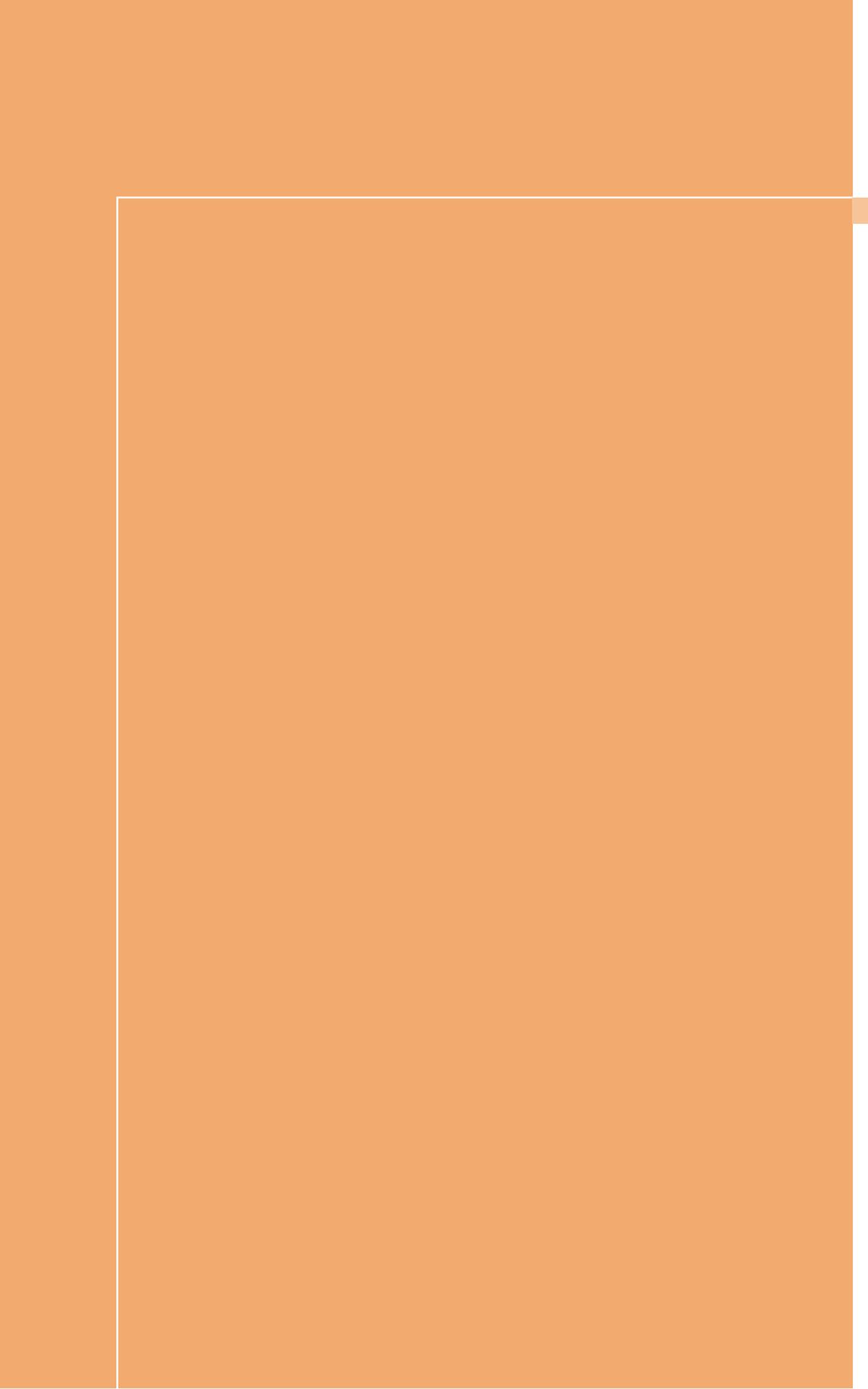
Finalmente, el órgano competente en materia de autorización de centros sanitarios¹⁹ podrá acordar la suspensión del funcionamiento del mismo cuando existan razones sanitarias, de higiene o de seguridad que así lo aconsejen, así como revocar las autorizaciones, si se comprueba que se han alterado las condiciones sustanciales que sirvieron de base para su otorgamiento. La resolución de revocación implica el cierre del centro.

¹⁸ BOPV, n° 52, de 15 de marzo.

¹⁹ El titular de la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Gobierno Vasco, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11.d) del Decreto 268/2001, de 6 de noviembre, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Sanidad (BOPV n° 220, de 14 de noviembre).



ANÁLISIS DEL MERCADO COMPETITIVO



3. ANÁLISIS DEL MERCADO COMPETITIVO

3.1. Introducción

En primer lugar se estudiarán las cifras del sector del seguro de asistencia sanitaria tomando como base el número de asegurados, modalidades de pólizas, volumen de primas y primas medias por asegurado. También se analizarán las características de la oferta de seguros de asistencia sanitaria en la CAE.

Una vez definido el mercado relevante desde la doble perspectiva del mercado de producto y geográfico, se estudiará el grado de competencia existente en cada uno de los mercados definidos, prestando una especial atención a las cuotas de mercado de las entidades aseguradoras, así como al grado de concentración del mercado del seguro de asistencia sanitaria.

Para medir el grado de concentración del mercado se ha recurrido al Índice Herfindahl-Hirschman (IHH)²⁰, que toma en cuenta tanto el número de competidores en el mercado como su participación relativa en el mismo. Este índice se expresa como el cuadrado de las cuotas de mercado de tal modo que su valor se aproxima a cero cuando existe un gran número de empresas de reducido y parecido tamaño, y aumenta conforme se reduce el número de empresas o se incrementan las diferencias de tamaño entre ellas.

Los umbrales que se toman como referencia, y que utilizaremos en este informe, para evaluar el grado de concentración de un mercado, son:

- IHH menor a 1.000: baja concentración
- IHH entre 1.000 y 1.800: concentración media
- IHH mayor a 1.800: concentración alta

Asimismo se profundizará en el análisis de los cuadros médicos y centros hospitalarios por su relevancia ante posibles restricciones a la competencia, e incidiremos en las relaciones establecidas entre los facultativos y las entidades de seguros de asistencia sanitaria, así como entre estas últimas y los hospitales privados.

A efectos de facilitar la lectura se ha optado por denominar a las empresas de seguros de asistencia sanitaria operantes en la CAE por sus acrónimos que se relacionan a continuación:

²⁰ Índice atribuido a Orris C. Herfindahl y Albert O. Hirschman, como resultado de sus investigaciones sobre la industria del acero (Herfindahl, O.C., «Concentration in the U.S. Steel Industry», PhD thesis, Columbia University, 1950).

- Aegon Salud, S.A. Seguros y Reaseguros –*AEGON*–.
- Aresa Seguros Generales, S.A. –*ARESA*–.
- Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros –*ACUNSA*–.
- Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. –*ASISA*–.
- Bilbao Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros –*SEGUROS BILBAO*–.
- Compañía de Seguros Adeslas, S.A. –*ADESLAS*–.
- DkV Seguros y Reaseguros S.A. Española –*DKV*–.
- Fiatc Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija –*FIATC*–.
- Imq Seguros, S.A. –*IMQ*–.
- Iquimesa Seguros de Salud, S.A. –*IQUIMESA*–.
- Sanitas S.A. de Seguros –*SANITAS*–.

3.2. Datos económicos agregados sobre el sector de seguros de asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi

En el año 2005 en la CAE operaban catorce entidades²¹ de las que cuatro eran igualatorios, siete compañías aseguradoras y tres EPSV o mutuas. Esta cifra se mantiene muy estable a lo largo del tiempo y las escasas variaciones observadas afectan al número de compañías aseguradoras.

Cuadro nº 1 Número de entidades por territorio, tipo y periodo en la CAE									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Igualatorios	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Compañías de seguros	5	5	8	8	8	8	8	8	7
EPSV y mutuas	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Total	12	12	15	15	15	15	15	15	14

Fuente: EUSTAT. Estadística de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica

Para el análisis del sector del seguro de asistencia sanitaria se ha recurrido a información desglosada en función de los siguientes conceptos:

- Número de asegurados.
- Modalidades de pólizas .
- Volumen de primas.
- Prima media por asegurado.

²¹ Fuente EUSTAT. Estadística de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica.

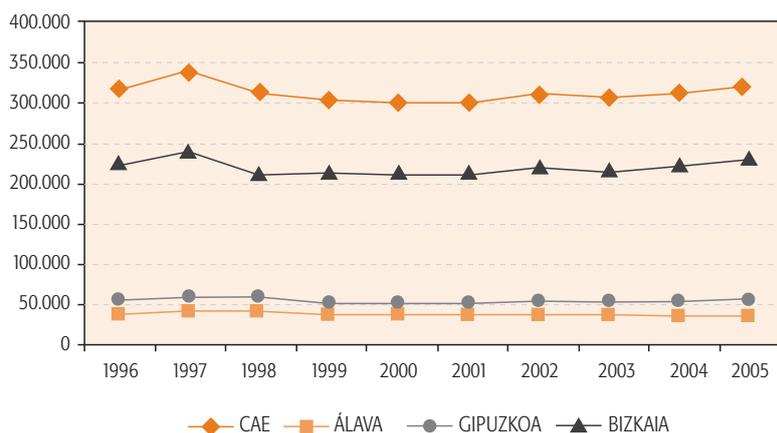
3.2.1. Número de asegurados

En el periodo 1996-2005 el volumen de negocio de las aseguradoras de asistencia sanitaria, medido en total de primas recaudadas, ha aumentado en la CAE un 56,8%, muy por encima del número de personas que ha contratado un seguro de asistencia sanitaria, que ha aumentado un 1,4%²².

La tendencia en dicho periodo refleja un mantenimiento del número de asegurados, de 315.473 en 1996 a 319.788 en 2005 y, por consiguiente, del porcentaje de población asegurada, que se ha mantenido en el 15%.

En cuanto a los tres territorios, Bizkaia tiene una mayor propensión al aseguramiento con el 20,2% de población asegurada en 2005, seguida de Álava (12,3%) y Gipuzkoa (7,9%), siendo éste el único territorio en el que el porcentaje de población asegurada ha crecido levemente. Este desglose responde a la evolución histórica del seguro en estos territorios que hoy en día, a la luz de estos datos, se perpetúa.

Gráfico nº1
Evolución del número de asegurados 1996-2005



Fuente: EUSTAT 2005.

Sin embargo, la entrada de nuevas aseguradoras en los últimos años (rompiendo relaciones de subcontratación previas²³), acompañada de modificacio-

²² Fuente EUSTAT. Estadística de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica.

²³ Informe del TDC en el Expediente de Concentración Económica C98/05 IGUALATORIOS MÉDICOS. IMQ ha mantenido relación de subconcierto respecto de las mutualidades de funcionarios con SANITAS y ASISA.

Los últimos conciertos suscritos con tales compañías se otorgaron en noviembre de 1996 y quedaron extinguidos a finales de 1997 a instancia de las entidades concertantes (SANITAS y ASISA). Desde 1998 no existe relación de subconcierto ni de otro género entre IMQ y esas compañías.

nes en las características sociales²⁴, y la extensión de la práctica de inclusión de estos seguros en los beneficios laborales, puede traer cambios en el futuro. En todo caso, no hay que olvidar que la demanda de seguros se explica, básicamente, por variables económicas (la elasticidad renta del seguro es superior a la unidad) y personales²⁵.

3.2.2. Modalidades de pólizas

Aunque a lo largo del periodo 1996-2005 el mayor número de asegurados corresponde a la modalidad de póliza individual o familiar (el 48% en 2005), los seguros colectivos privados de asistencia sanitaria han incrementado su peso en el mercado asegurador, hasta el punto de superar al colectivo que agrupa las mutualidades públicas. Hay que recordar que las mutualidades públicas agrupan en la CAE a funcionarios de la Administración estatal y a funcionarios transferidos de la Administración estatal a otras administraciones que opten por mantener su situación de mutualista²⁶. Por el contrario, el resto de los funcionarios (Administración autonómica, foral y municipal) se adscriben al Régimen General de la Seguridad Social y a su Red Sanitaria (Osakidetza, en la CAE), salvo aquellos funcionarios adscritos en su día a MUNPAL²⁷.

En efecto, los seguros colectivos han pasado de representar el 19,2% del total de asegurados en el año 1996 al 34,6% en el año 2005 (ver gráfico nº 2). A este aumento no es ajena la incorporación de nuevos conceptos a las políticas empresariales en el ámbito sociolaboral, que se extienden incluso a las pequeñas y medianas empresas que suscriben cada vez más seguros colectivos, popularizando al seguro de asistencia sanitaria como una mejora social ofrecida por las empresas a sus trabajadores. En este hecho han sido determinantes los cambios en la legislación fiscal sobre la contratación de seguros por parte de empresarios autónomos y colectivos de empresas que hacen estos productos más atractivos para las empresas y empleados.

²⁴ Envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida, generalización de la medicina preventiva y aplicación de nuevas técnicas de diagnóstico.

²⁵ Boletín Económico de ICE nº 2688: artículo de Francisco Montijano Guardia (Págs. 33-43).

²⁶ Artículo 97.2.i) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (BOE nº154, de 29 de junio).

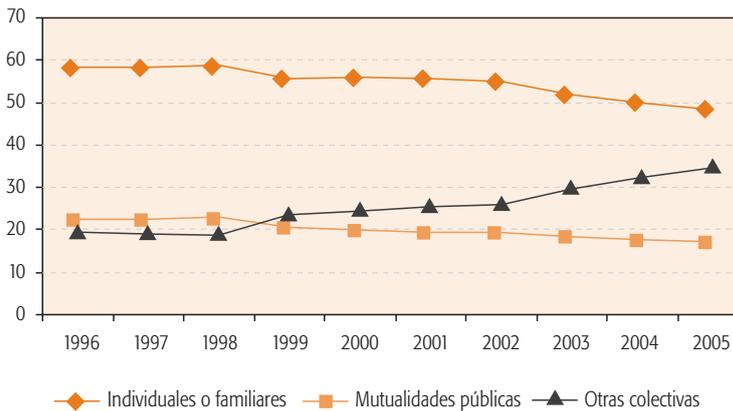
²⁷ Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local, creada por la Ley 11/1960, de 12 de mayo, y extinguida por el Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, por el que se integra en el Régimen General de la Seguridad Social el Régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios de la Administración Local (BOE nº 80, de 3 de abril).

Las Corporaciones Locales, instituciones o entidades, respecto del personal activo, que viniera recibiendo la asistencia sanitaria en la fecha de la integración con medios ajenos mediante concierto con entidades privadas, mutualidad, hermandad, concierto con medios propios de otras Corporaciones o fórmulas mixtas, pudieron continuar prestando la asistencia sanitaria con la modalidad que tuvieran en la fecha de la integración siempre que, antes del 30 de abril de 1993, previa consulta a las organizaciones sindicales más representativas, y por acuerdo expreso del Pleno de las mismas u órgano de representación similar, así lo decidieran. (Disposición transitoria 5ª, párrafo 2, del Real Decreto 480/1993).

Las reformas fiscales impulsaron las relaciones comerciales entre las aseguradoras y los grandes clientes corporativos provocando una sustitución de la decisión individual, que impulsa la contratación particular, por la decisión empresarial que determina la contratación colectiva no concertada. Evidentemente, el mercado se estrecha y obliga a la realización de negociaciones a la carta.

Gráfico nº 2

Distribución porcentual de los asegurados de la CAE por tipo de póliza

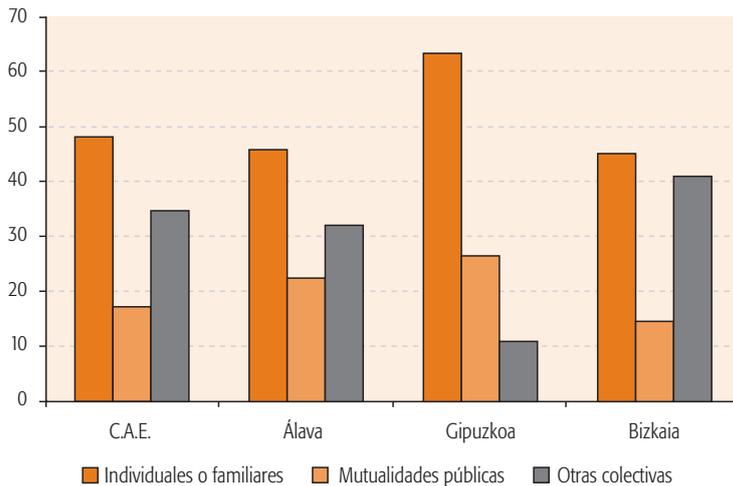


Fuente: EUSTAT 2005.

En la CAE la mayoría de los asegurados tienen contratada una póliza individual o familiar. Sin embargo, con respecto a las otras modalidades, los seguros colectivos tienen mayor peso en Bizkaia y Álava que en Gipuzkoa, donde los asegurados en mutualidades públicas superan a los de otras pólizas colectivas (ver gráfico nº 3).

Gráfico nº 3

Distribución porcentual de los asegurados por tipo de póliza



Fuente: EUSTAT 2005.

3.2.3. Volumen de primas

El cuadro nº 2 recoge los datos relativos a las comunidades y ciudades autónomas. El porcentaje que representa la CAE respecto al total de volumen de primas en el Estado es del 4,6%, situándose en la quinta posición entre las comunidades autónomas con mayor volumen de negocio en el ramo de asistencia sanitaria (por detrás de las Comunidades con mayor población: Madrid, Cataluña, Andalucía y Comunidad Valenciana) y la cuarta con la prima media por asegurado más elevada.

Así, en la CAE el volumen total de primas contratadas ascendió en 2006 a 178 millones de euros, siendo el 5% del total de asegurados en el Estado²⁸.

Cuadro nº 2
Datos del sector de asistencia sanitaria en el Estado por CCAA. Primas, prestaciones y número de asegurados

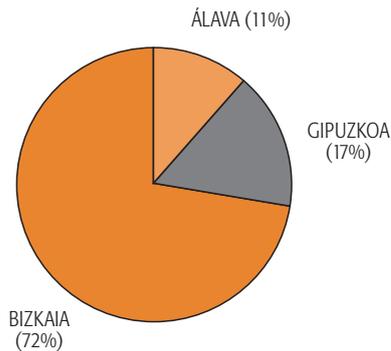
ASISTENCIA SANITARIA						
COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA	Volumen de primas (€)	% de Primas sobre el Total Nacional	Primas por Asegurado (€)	Prestaciones pagadas por asegurado (€)	Nº Asegurados: particulares	Nº Asegurados: Administración pública
ANDALUCIA	550.480.416	14,1	533,5	423,8	597.372	434.396
ARAGON	94.609.102	2,4	400,8	310,5	168.763	67.281
ASTURIAS	38.894.788	1,0	516,6	433,3	45.233	43.933
BALEARES	165.596.035	4,2	664,6	533,7	214.477	34.677
CANARIAS	114.660.620	2,9	551,9	443,9	123.799	83.962
CANTABRIA	32.989.790	0,8	456,0	442,5	52.930	29.691
CASTILLA LA MANCHA	90.895.648	2,4	558,0	413,9	94.182	78.380
CASTILLA LEON	169.598.663	4,4	537,9	435,2	156.328	158.995
CATALUÑA	811.987.030	20,8	567,5	433,0	1.259.864	170.880
COMUNIDAD VALENCIANA	355.788.646	9,1	664,6	422,9	364.200	171.115
EXTREMADURA	58.269.260	1,5	528,5	456,3	43.703	66.566
GALICIA	162.884.273	4,2	539,0	417,7	172.216	129.989
MADRID	929.358.913	24,4	579,0	454,5	1.264.151	340.859
MURCIA	82.234.857	2,1	553,5	430,9	78.481	70.087
NAVARRA	6.887.114	0,2	384,7	378,9	17.057	10.856
PAIS VASCO	178.203.938	4,5	718,3	576,7	250.115	38.932
LA RIOJA	16.058.601	0,4	416,8	369,3	25.037	13.488
CEUTA Y MELILLA	19.253.453	0,5	553,1	485,7	8.743	26.096
TOTAL	3.878.651.145	100,0	568,5	440,0	4.936.651	1.970.183

Fuente: ICEA 2006

²⁸ Fuente ICEA 2006. ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) es una asociación cuyo objetivo es estudiar e investigar materias relacionadas con el seguro.

En cuanto a la distribución del mercado asegurador en la CAE, éste se reparte de manera muy desigual entre los tres territorios. Bizkaia, con el 72% del mercado, despierta claramente como el territorio de la CAE con mayor proporción de seguros de asistencia sanitaria.

Gráfico nº 4
Reparto de Mercado Asegurador en la CAE



Fuente: EUSTAT 2005.

3.2.4. Prima media por asegurado

Según los datos de Eustat 2005, la prima media por asegurado para el conjunto de la CAE fue de 530,8 euros. Si analizamos los datos por Territorio Histórico, Gipuzkoa recoge la prima anual más alta con 545,9 euros, seguida de Bizkaia con 536,3 euros y de Álava con 474,8 euros.

3.3. Características de la oferta de seguros de asistencia sanitaria

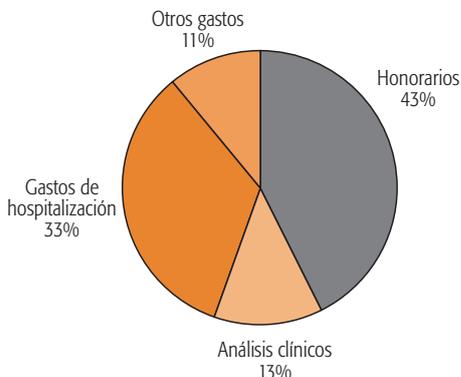
La oferta aseguradora de la CAE no ofrece diferencias sustanciales en sus rasgos básicos. Al contrario, la oferta de las entidades que operan en el sector es similar en cuanto a precios, coberturas, cuadros médicos y hospitales.

El gasto total del sector de seguro de asistencia sanitaria en la CAE ascendió a 168,7 millones de euros en 2005²⁹. Si se analiza la composición de este gasto, el pago de honorarios al personal médico y de enfermería, con un 42,5%, es el de mayor cuantía, del cual a su vez destaca el correspondiente al personal médico de atención especializada, que representa el 85,7% de esta partida.

Los gastos de hospitalización suponen el 33,2% del total y el restante 24,3% se destina a análisis clínicos y otros.

²⁹ Fuente: EUSTAT 2005.

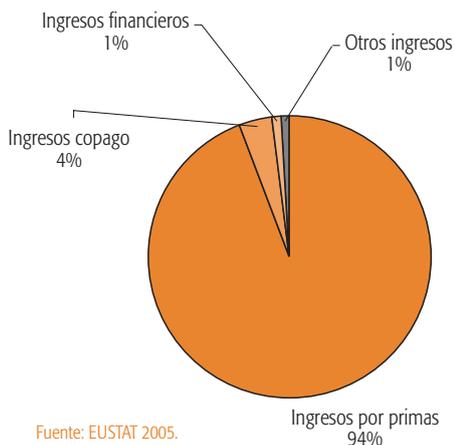
Gráfico nº 5
Distribución del gasto de la actividad de seguro de asistencia sanitaria



Fuente: EUSTAT 2005.

Por otra parte, el ingreso total en el sector de seguros de asistencia sanitaria fue de 179,7 millones de euros. Esta cifra, casi en su totalidad (94,4%), corresponde a ingresos por primas, y el resto se reparte entre un 4,6% de ingresos por copago, un 1,2% de ingresos financieros y un 0,9% de otros ingresos.

Gráfico nº 6
Distribución del ingreso de la actividad de seguro de asistencia sanitaria



Fuente: EUSTAT 2005.

La elección del seguro de asistencia sanitaria, además de por la variable precio³⁰, se realiza según diversas variables de elección entre las que destacan:

- cuadros médicos
- servicios hospitalarios.

³⁰ Xavier M. Triadó Ivern *La doble cobertura sanitaria: análisis de las preferencias y oportunidades de mercado*. El médico interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad nº 892, de 10 de enero de 2003.

Aunque en menor medida, también se tienen en cuenta otros factores como:

- Accesibilidad, que se traduce en el acceso rápido a especialistas y a pruebas diagnósticas, así como en la minimización de las barreras administrativas.
- Tradición familiar, que hace referencia al conocimiento vía experiencia (familia) y las ventajas reconocidas por la provisión privada del servicio.
- La imagen de la empresa.

Por tanto, para que un nuevo operador pueda entrar en el mercado de seguros de asistencia sanitaria es preciso que tenga acceso a servicios de asistencia sanitaria privada que puedan ofrecer a sus clientes, bien por medios propios o a través de terceros operadores.

3.3.1. Servicios médicos

Si es importante contar con un catálogo de médicos de prestigio también lo son las especialidades ofertadas por las aseguradoras. A este respecto no hay que olvidar que la inmediatez o facilidad de acceso a los especialistas³¹, sin listas de espera y, a veces, sin tener que acudir al médico de familia, constituyen una de las motivaciones principales para contratar este tipo de seguro.

En este sentido, si una nueva entidad desea configurar un catálogo de servicios sanitarios propio, es necesario que los médicos tengan libertad para prestar servicios a las compañías que deseen, sin que pueda autorizarse a la entidad aseguradora que goce de posición dominante en el mercado que entable relaciones de exclusividad con los facultativos integrados en su cuadro médico. A tal respecto, el TDC ha afirmado que: «las empresas aseguradoras en posición de dominio al imponer la exclusividad a los integrantes de sus cuadros médicos, no sólo limitan el libre ejercicio de la profesión médica (...), sino que también restringen la libre competencia, abusando de su posición dominante con vulneración del artículo 6 LDC, al obstaculizar la entrada de competidores que ven limitadas sus posibilidades de formar sus propios cuadros médicos e impedir la libre elección de los asegurados que pudieran desear cambiar de compañía aseguradora sin tener que renunciar a la asistencia de sus médicos preferidos».³²

En la CAE existen algunas compañías en las que los propios médicos son indirectamente accionistas de las mismas. En efecto, la cúspide de IMQ es la Sociedad de Médicos del Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A., que es titular de IGUALMEQUISA, quien a su vez lo es de las sociedades IMQ Seguros

³¹ No se disponen de datos homogéneos de los tres Territorios Históricos respecto al número de médicos de las distintas especialidades (EUSTAT ofrece datos agregados de facultativos y aseguradoras, apareciendo cada facultativo tantas veces como número de aseguradoras con las que trabaja). Si, por ejemplo, se recurre a la información contenida en la página web del Colegio de Médicos de Bizkaia, (<http://icombi.artematico.net>), se observa que de los 6.056 médicos colegiados 3.165 se inscriben en medicina general.

³² Resolución Expediente 497/00, Seguros Médicos Ciudad Real.

(actividad de seguros de asistencia sanitaria y de enfermedad) e IMQ Servicios (hospitales, centros médicos y demás sociedades de servicios de asistencia sanitaria no siendo actividad aseguradora). Por su parte ASISA es propiedad de Lavinia Sociedad Cooperativa constituida por 20.000 médicos.

El hecho de ser médico accionista de una empresa podría llevar a que no se presten servicios a compañías aseguradoras distintas limitando el catálogo de servicios ofertado. Esto suscita la cuestión de si existe un incentivo a la diferenciación en el trato dado a terceras aseguradoras y sus asegurados por parte de los médicos accionistas. Sin embargo, la realidad³³ demuestra que en la CAE los médicos, independientemente de sus intereses accionariales, contratan con un amplio abanico de empresas, por lo que las prácticas empresariales restrictivas del pasado han sido atajadas.³⁴

3.3.2. Servicios hospitalarios

Dado que una compañía de seguros puede prestar servicios hospitalarios mediante su participación en una entidad social que tenga tal fin y dado que el tamaño de esta participación no está limitado, el análisis de la propiedad de los hospitales resulta relevante a los efectos de analizar las posibles restricciones de la competencia.

En efecto, la concertación de los servicios hospitalarios resulta esencial para todas las compañías aseguradoras. De hecho, esta cuestión explica en buena medida las adquisiciones de centros hospitalarios y los anuncios de construcción de nuevos hospitales de los últimos años.

Los acuerdos verticales se definen en la Comunicación de la Comisión: Directrices relativas a las restricciones verticales (2000/C 291/01)³⁵ como «los acuerdos o prácticas concertadas, suscritos entre dos o más empresas que operen, a efectos del acuerdo, en planos distintos de la cadena de producción o distribución y que se refieran a las condiciones en las que las partes pueden adquirir, vender o revender determinados bienes o servicios».

Mediante la integración vertical –toma de control por parte de empresas aseguradoras de centros de atención hospitalaria–, las compañías de seguros buscan alcanzar los siguientes objetivos:

- Reducir la incertidumbre con la que ejercen, tanto en cuanto a aprovisionamientos (servicios hospitalarios) como en el lado de la demanda (asegurados).

³³ El TDC, a través de una encuesta telefónica realizada a 90 profesionales sanitarios del cuadro médico de IMQ constata que aproximadamente el 45,5% de la muestra trabaja, al menos, con otra entidad aseguradora adicional a IMQ, mientras que el 14,4% trabaja con 6 ó más entidades aseguradoras (incluida IMQ). Informe de Concentración 89/05.

³⁴ Expediente sancionador TDC 464/99, Aseguradoras Médicas Vizcaya.

³⁵ DOCE n° 291 de 13 de octubre de 2000.

- Lograr una mejor orientación de las inversiones hacia actividades en el canal que presentan una mayor rentabilidad.
- Conseguir economías de escala por la coordinación de los servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria.

Además, como consecuencia, las entidades obtienen un mayor poder de mercado (hacia la demanda, asegurados), así como un mayor poder de negociación (hacia los proveedores, médicos).

Sin embargo, esta integración puede suponer la creación de barreras de entrada, pues los competidores potenciales verían aumentar la escala de la creación de una nueva empresa, a la vez que pueden encontrar dificultades para su aprovisionamiento, en función del poder alcanzado por las organizaciones verticales existentes en el mercado.

En consecuencia, se debe asegurar el acceso en condiciones competitivas a los centros hospitalarios sin que la titularidad a través de participaciones accionariales constituya un blindaje para la compañía aseguradora propietaria y un obstáculo para el nuevo operador que quiera acceder al mercado.

La prestación de servicios hospitalarios privados y de atención médica especializada comprende una variedad de servicios y prestaciones, como pruebas de diagnóstico, derechos de quirófano, gastos de estancia y de asistencia especializada, entre otros.

La competencia en el mercado de servicios hospitalarios se produce en dos fases:

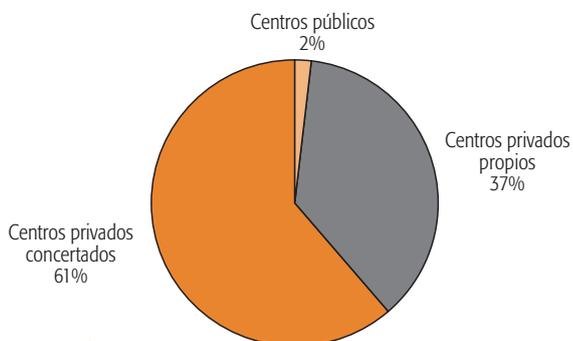
- por una parte, los hospitales compiten por formar parte del catálogo de servicios ofrecidos por las compañías de seguros (competencia por el asegurador).
- por otra parte, los hospitales compiten por atraer pacientes a su propio centro frente a otros que forman parte del catálogo de una misma aseguradora (competencia por el asegurado).

También ha de mencionarse la demanda de hospitales privados por parte de los servicios de sanidad pública que los incluyen como centros concertados o que pactan con éstos convenios específicos de asistencia hospitalaria para atender las listas de espera de determinadas patologías.

En la CAE los gastos hospitalarios suponen el 33,2% (ver gráfico número 5) de los gastos de las entidades aseguradoras, por lo que tener una relación preferencial³⁶ en uno o varios hospitales privados puede ser determinante de cara a su competitividad y posicionamiento en el mercado. En el año 2005 el 37% de los gastos de hospitalización se realizaron en centros privados controlados por las aseguradoras, mientras que el 61% de los gastos de hospitalización se realizaron en centros privados con los que tenían concertado el precio.

³⁶ Participación significativa o control.

Gráfico nº 7
Gastos de hospitalización según tipo de centro



Fuente: EUSTAT 2005.

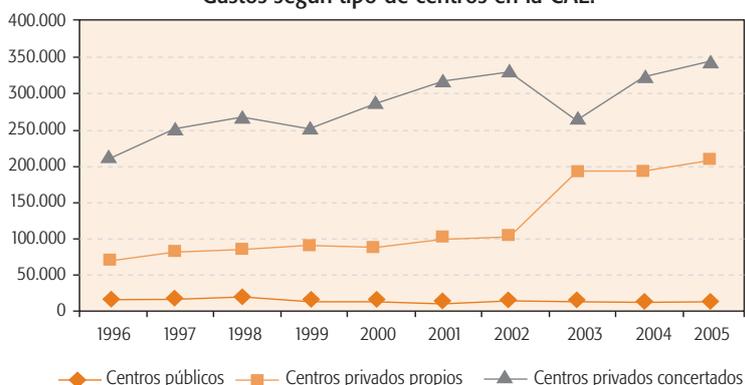
En cuanto al número de hospitales privados en la CAE³⁷, éstos suponen el 59% del total (26 de 44), mientras que si se atiende al número de camas, el 42,6% se encuentran en hospitales privados.

De los 26 hospitales privados existentes en la CAE, 14 son de ámbito general, 6 son psiquiátricos, siendo la especialidad de los 6 restantes la de geriatría, oncología, quirúrgica y de traumatología y rehabilitación.

3.3.3. El gasto en centros privados frente a concertados

El gasto, en general, ha crecido de manera paulatina en el periodo 1996-2002, habiendo crecido de manera similar el gasto en centros privados concertados y propios. Sin embargo, en el año 2003 se produce un aumento significativo del gasto en centros privados propios, que se ha mantenido hasta el año 2005.

Gráfico nº 8
Gastos según tipo de centros en la CAE.



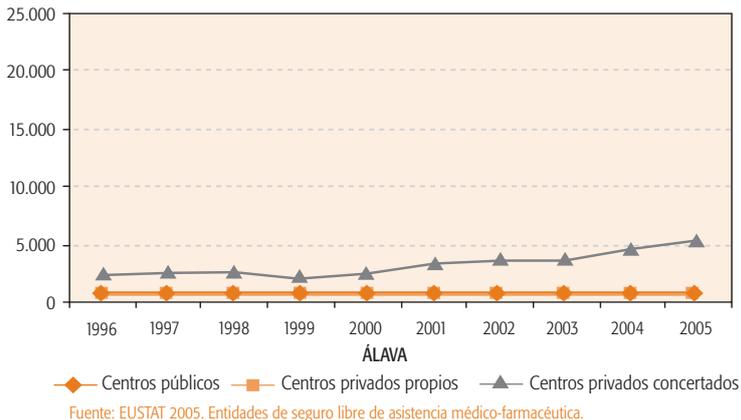
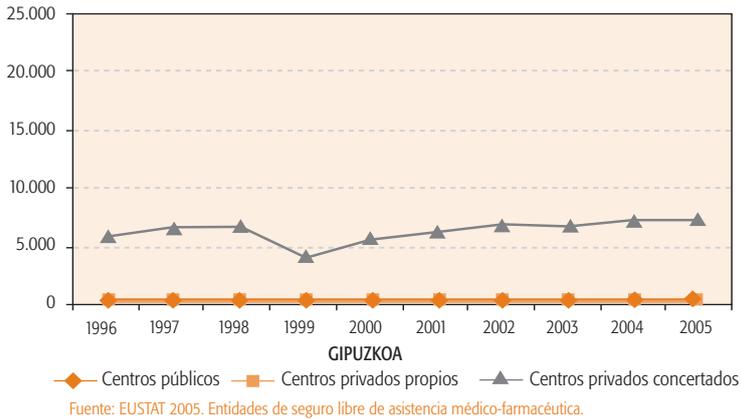
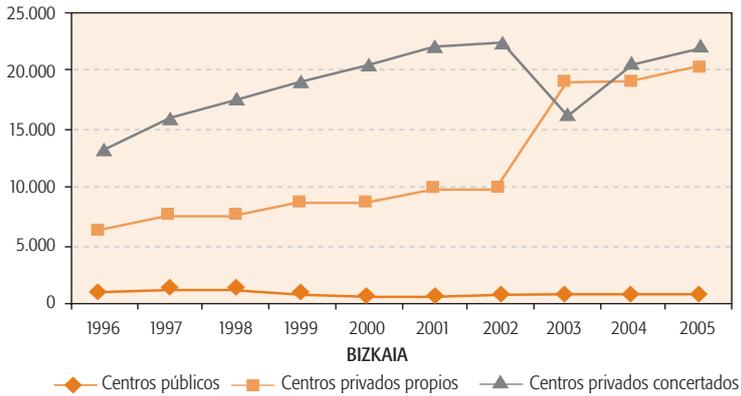
Fuente: EUSTAT 2005. Entidades de seguro libre de asistencia médico-farmacéutica.

³⁷ Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2007 (actualizado a 31 de diciembre de 2006).

No obstante, el análisis comparativo por Territorio Histórico, nos muestra que en el único territorio donde tienen incidencia los centros privados propios es en Bizkaia, no teniendo apenas relevancia en ninguno de los otros dos territorios.

Gráfico nº 9

Gastos según tipo de centro por Territorio Histórico



3.4. Mercado relevante

El análisis de la competencia de un sector económico determinado requiere de la definición del mercado relevante desde la doble perspectiva del mercado de producto y del mercado geográfico.

3.4.1. Mercado de producto

La Comunicación de la Comisión Europea relativa a la definición de mercado de referencia (97/C 372/03)³⁸ establece en su apartado 7 que «el mercado de producto de referencia comprende la totalidad de los productos y servicios que los consumidores consideren intercambiables o sustituibles en razón de sus características, su precio o el uso que se prevea hacer de ellos».

El mercado asegurador cumple una doble función: la cobertura de los riesgos que afectan a las personas o a los bienes y a sus responsabilidades, y la canalización del ahorro y la inversión, especialmente a medio y largo plazo y en materia de previsión social.

El mercado asegurador debe dividirse, cuanto menos, en los siguientes mercados³⁹:

- seguros de vida
- seguros de no vida
- reaseguros⁴⁰

Por su parte, los seguros de vida y no vida comprenden tantos ramos como riesgos cubren, por lo que se puede definir cada ramo como un mercado de producto diferenciado (ver nota 3). Así, el seguro de un ramo no es sustituible, desde el punto de vista de la demanda, por los seguros de otros ramos.

El ramo número 2 de los seguros de no vida, como ya se ha expuesto en el marco normativo, se refiere al seguro de enfermedad, comprendida la asistencia sanitaria. En él cabe diferenciar⁴¹:

³⁸ DOCE n° 372 de 9 de diciembre de 1997.

³⁹ Decisiones de la Comisión Europea al amparo del artículo 6 del Reglamento CE 4064/1989 del Consejo sobre el control de concentraciones: IV/M.759 SUN ALLIANCE/ROYAL INSURANCE, IV/M.862AXA/UAP, IV/M.985 CREDIT SUISSE/WINTERTHUR, IV/M.812 ALLIANZ VEREINTE y IV/M.1082 ALLIANZ/AGF y los casos nacionales N-068 MAPFRE/CAJA MADRID, N-141 MAPFRE/FINISTERRE, N-161 SEGUROS BILBAO/BALOISE SEGUROS, N-151 CATALANA OCCIDENTE/LEPANTO y N-03050 MAPFRE-CAJA MADRIDHOLDING/MUSINI.). Asimismo Informe del Tribunal de Defensa de la Competencia: Expediente de Concentración Económica C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS, e Informe del Servicio de Defensa de la Competencia: Expediente de control de concentraciones N-05003, REALE SEGUROS/AEGON SEGUROS.

⁴⁰ El ramo de reaseguros constituye un mercado independiente dado su objetivo de repartir el riesgo que toman los reaseguradores entre los propios aseguradores.

⁴¹ Informe del TDC en el Expediente de Concentración Económica C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS.

- el seguro de enfermedad, que garantiza el pago de una indemnización o subsidio diario en caso de enfermedad u hospitalización del asegurado para compensar la pérdida de ingresos económicos que el proceso de enfermedad pueda ocasionarle. A estos efectos, el concepto de enfermedad se entiende como toda alteración de la salud del asegurado diagnosticada por un profesional médico, quedando excluidas todas aquellas alteraciones que tengan su origen en accidentes, que sean provocadas por el propio interesado, o que se deban al mero paso del tiempo (envejecimiento).
- el seguro de asistencia sanitaria, que proporciona al asegurado, en caso de enfermedad o accidente, asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica sin que contemple una indemnización o prestación en forma de compensación económica.

En el seguro de asistencia sanitaria se contemplan dos modalidades:

1. Asistencia sanitaria concertada por el asegurador, que es prestada por una serie de facultativos médicos, hospitales y servicios médicos sin que el asegurado realice ningún desembolso (exceptuando las franquicias establecidas en su caso). El asegurador dispone de una red de centros y profesionales médicos concertados, con los que pacta una determinada retribución de honorarios. Según los casos, esta retribución podrá adoptar diferentes modalidades: sueldos, pagos por servicio prestado, cheques médicos cumplimentados por los asegurados cuando reciban el servicio, o «iguales» que asignen un determinado número de pacientes a cada facultativo.
2. Asistencia sanitaria de libre elección o seguro de reembolso de gastos en la que el asegurador se compromete a abonar los desembolsos realizados por el asegurado, previa presentación de los justificantes correspondientes. El asegurado puede acudir al médico u hospital que estime conveniente para recibir la atención médica requerida. En su caso, esta responsabilidad quedará delimitada por el tipo de coberturas y por los límites fijados en la póliza.

Todas las entidades asumen la modalidad de prestación del servicio mientras que la modalidad de reembolso de gastos es asumida por parte de ellas⁴².

Los productos y coberturas suelen incluir: medicina primaria, medicina especializada, intervenciones quirúrgicas, estancias en U.C.I., servicios a domicilio, urgencias, medios de diagnóstico, tratamientos especiales (laserterapia o diálisis), hospitalización, prótesis, pólizas dentales, ambulancias, etc. En ningún caso se contemplan los gastos farmacéuticos.

⁴² Así en el informe *Conclusiones obtenidas de las respuestas al cuestionario sobre determinados aspectos técnicos y de gestión de clientes en los seguros de salud (Julio 2007)* de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se recoge que de las 18 empresas encuestadas que han cumplimentado el cuestionario presentado, la totalidad asumen la modalidad de prestación del servicio, la mitad admiten la contratación de la modalidad de reembolso de gastos, ocho dan indemnizaciones en caso de hospitalización, dos incluyen coberturas complementarias opcionales de accidentes y decesos y ocho dan cobertura de asistencia buco-dental.

La demanda del seguro de asistencia sanitaria proviene:

- de particulares⁴³ que contratan pólizas individuales y familiares.
- de colectivos, que pueden ser básicamente de dos tipos:
 - mutualidades de empleados de Administraciones Públicas (MUFACE⁴⁴, ISFAS⁴⁵, MUGEJU⁴⁶) que mantienen conciertos con entidades aseguradoras, previa convocatoria pública⁴⁷, para ofrecer a sus mutualistas una asistencia sanitaria sustitutiva⁴⁸ de la pública. En la CAE el número de mutualistas que disfrutaban de asistencia sanitaria prestada por entidades aseguradoras en el año 2006 asciende a 38.932⁴⁹ (de un total de 289.049 asegurados en la CAE)
 - empresas, que ofrecen a sus empleados la asistencia sanitaria privada adicionalmente de forma complementaria⁵⁰ y suplementaria⁵¹ a la asistencia pública.

Así, en la CAE, se dan casos de entidades públicas en las que la asistencia sanitaria se presta tanto de forma sustitutiva como complementaria y suplementaria en función de la cualidad del funcionario público. Tal es el caso de la Administración foral y municipal en la que, tras la desaparición de la MUNPAL en el año 1993, algunas entidades optaron por prestar la asistencia sanitaria sustitutiva a los funcionarios adscritos a la MUNPAL mediante conciertos con entidades aseguradoras y ofrecer esta prestación como complementaria-suplementaria a los nuevos funcionarios que se adscribían obligatoriamente a la Red Sanitaria de la Seguridad Social.

⁴³ Incluidos aquellos seguros que se contratan a través de la modalidad denominada de seguro colectivo abierto (por ejemplo, una organización profesional negocia unas cláusulas a las cuales posteriormente se adhieren o no sus miembros).

⁴⁴ Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

⁴⁵ Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

⁴⁶ Mutualidad General Judicial.

⁴⁷ Resolución de 22 de diciembre de 2006, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publican los conciertos para la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional durante el año 2007. (BOE n°11, viernes 12 de enero de 2007).

Resolución 4B0/38167/2006, de 8 de noviembre, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se convoca la presentación de solicitudes por entidades para suscribir concierto para la asistencia sanitaria de beneficiarios del mismo durante 2007, con previsión de prórrogas para los años 2008 y 2009. Resolución de 10 de noviembre de 2006, de la Mutualidad General Judicial, por la que se convoca la presentación de solicitudes por entidades de seguro para suscribir concierto para la asistencia sanitaria en territorio nacional a beneficiarios de la misma durante el año 2007 con previsión de prórrogas para los años 2008 y 2009.

⁴⁸ Sustituye la cobertura que de otro modo ofrecería la Red Sanitaria de la Seguridad Social (Osakidetza en la CAE).

⁴⁹ Fuente: ICEA.

⁵⁰ Provee cobertura de servicios excluidos o no cubiertos plenamente por el Estado, incluyendo cobertura sufragada mediante copagos impuesta por el sistema sanitario público.

⁵¹ Provee cobertura para un acceso más rápido a la atención y una mayor capacidad de elección por parte del consumidor.

Los seguros colectivos presentan una serie de especificidades frente a los individuales:

- Su distribución se produce a través de canales específicos dirigidos al decisor, que acostumbra a ser el responsable de recursos humanos frente a la venta cliente a cliente a través de la red propia, agentes y mediadores de seguros.
- Sus precios son inferiores a las pólizas individuales puesto que se ofrecen descuentos importantes debido, entre otros, al ahorro en gastos de gestión.
- Son productos hechos a medida frente a los estándares que contrata el tomador individual.
- Pueden contener soluciones mixtas de asistencia sanitaria concertada y de reembolso de gastos.
- Los criterios técnicos de contratación son diferentes. Así, mientras en los seguros individuales las primas se diferencian en función de la edad y el sexo, en los seguros colectivos casi siempre rigen otros criterios, igualándose la tarifa para todos los asegurados independientemente de su edad y sexo.
- Es fiscalmente ventajoso, ya que a efectos del Impuesto de Sociedades computan como gasto, y reduce los beneficios empresariales, mientras que en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas⁵² no se consideran retribución en especie.

Por otro lado, los seguros colectivos de asistencia sanitaria para empleados públicos o concertados presentan características que, llegado el caso, pueden llevar a considerarlo como un mercado propio o submercado:

- La relación entre las mutualidades y las entidades aseguradoras se basa en los conciertos que ambas suscriben sobre la base de una prima fija por persona establecida por la mutualidad, independientemente del lugar de residencia del mutualista.
- El mutualista puede cambiar de entidad, sea la Red Sanitaria de la Seguridad Social, sea cualquier compañía que haya suscrito el concierto, durante el mes de enero de cada año. La demanda de estos servicios por el mutualista no se orienta por el precio, sino fundamentalmente por la calidad tanto de los servicios, como del cuadro de facultativos y de los centros hospitalarios concertados⁵³.

⁵² En la CAE la legislación vigente en materia de impuesto sobre la renta es la siguiente:

ALAVA: Norma Foral 3/2007, de 29 de enero, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; art. 17.2g) (BOTHÁ n° 18, de 12 de febrero, Suplemento).

BIZKAIA: Norma Foral 6/2006, de 29 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; art. 17.2g) (BOB n° 248, de 12 de diciembre).

GIPUZKOA: Norma Foral 10/2006, de 29 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; art. 17.2g) (BOG n° 247, de 30 de diciembre).

⁵³ El 87% de los mutualistas estatales escoge un operador privado para la gestión de la cobertura aseguradora. Pere Ibern *Políticas públicas y regulación de los seguros sanitarios* Gaceta Sanitaria en.-febr. 2005.

Pero, a los efectos de este estudio e independientemente del tipo de demandante, el seguro de asistencia sanitaria configura un mercado de producto separado por los siguientes motivos⁵⁴:

- El objeto del seguro es la cobertura de un riesgo sobre las personas, diferenciándose de aquellos seguros que cubren las contingencias sobre las cosas (daños materiales, incendio, hogar, vehículos de transporte) o sobre la actividad empresarial o ejercicio profesional (crédito, insolvencia, desempleo, pérdida de ingresos o riesgos comerciales).
- La utilidad fundamental asociada a dicho seguro es la reducción de la carga social para el asegurado, resultado de la necesidad de asistencia sanitaria y del deseo de que esta asistencia sanitaria sea privada, configurando esta asistencia una cesta de servicios suficientemente diferenciada.
- A diferencia de otros seguros sobre las personas como jubilación, invalidez, fallecimiento o enfermedad (Incapacidad Laboral Transitoria privada), la finalidad primordial de la contratación del seguro de asistencia sanitaria es la reparación del asegurado a través de la prestación de los servicios médicos, no siendo la contraprestación económica su objetivo último. Se sustituye, en definitiva, el concepto de indemnización por el de prestación de servicios.
- Las primas, calculadas con criterios actuariales, se determinan en gran medida en función de los costes de los servicios sanitarios que configuran la prestación subyacente.

Estos aspectos son lo suficientemente significativos como para considerar que el mercado relevante de producto a efectos del análisis de competencia es el mercado de seguros de asistencia sanitaria que comprende la asistencia sanitaria concertada o de libre elección independientemente de la cualidad del demandante (individual, colectivo privado o colectivo concertado) y de la naturaleza sustitutiva o complementaria respecto de la asistencia sanitaria pública.

3.4.2. Mercado geográfico

El apartado 8 de la Comunicación de la Comisión relativa a la definición de mercado de referencia (97/C 372/03)⁵⁵ establece que «el mercado geográfico de referencia comprende la zona en la que las empresas afectadas desarrollan

⁵⁴ Informe del TDC en el Expediente de Concentración Económica C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS.

⁵⁵ DOCE n° 372 de 9 de diciembre de 2007.

actividades de suministro de los productos y de prestación de los servicios de referencia, en la que las condiciones de competencia son suficientemente homogéneas y que puede distinguirse de otras zonas geográficas próximas debido, en particular a que las condiciones de competencia en ella prevalentes son sensiblemente distintas a aquéllas».

El TDC ha indicado repetidamente⁵⁶ que el mercado de los seguros de asistencia sanitaria es de ámbito provincial.

Los principales motivos por los que el alcance geográfico del mercado debe considerarse provincial son:

- La fuerza con la que en distintas provincias están implantadas las empresas de seguros de asistencia sanitaria que cubren exclusivamente el mercado provincial. El origen de dicha situación puede establecerse en los Colegios Profesionales que tradicional y legalmente han tenido un ámbito provincial.
- La demanda de los consumidores del seguro de asistencia sanitaria se orienta hacia una asistencia sanitaria cercana, con el menor coste y tiempo de desplazamiento posible.
- Las diferencias de precios de las primas de seguros entre provincias que resultan en función del coste sanitario de cada una de ellas, dependientes, en gran medida, de la oferta de facultativos, de los centros disponibles y del coste de las prestaciones.
- La presencia física provincial de las aseguradoras con delegaciones propias, agentes y corredores de seguros, como factor importante en la atención a los clientes y la captación de nuevos asegurados.
- En los seguros de asistencia sanitaria concertada (colectivos públicos), sólo las compañías que tienen presencia propia o subconcertada en todas las provincias, y por tanto, operan en todo el territorio estatal, pueden optar al concierto con las mutualidades. La elección del mutualista, sin embargo, se rige por la proximidad al lugar de residencia. Así, las compañías facilitan catálogos de servicio provinciales, una vez cubiertos los mínimos exigidos por la Mutualidad.

Con carácter residual puede existir una escasa competencia potencial tanto de médicos como de hospitales no localizados en la provincia, pero que, dada su escasa relevancia cuantitativa –salvo para algunos casos muy concretos como

⁵⁶ Resoluciones del TDC: 305/91, IMECOSA; 469/99, ASEGURADORES MÉDICOS BIZKAIA y 473/99, IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO CANTABRIA. Informe C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS.

la Clínica Universitaria de Navarra⁵⁷, por su prestigio en oncología– no cabe atribuirles una trascendencia importante.

A la vista de lo anterior, se considera que el mercado del seguro de asistencia sanitaria tiene una dimensión provincial, o de Territorio Histórico.

3.4.3. Conclusión

Por tanto el mercado relevante a considerar es el mercado de seguros de asistencia sanitaria, que comprende la asistencia sanitaria concertada o de libre elección por Territorio Histórico. Así, en la CAE se distinguen tres mercados relevantes:

1. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Álava.
2. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Bizkaia.
3. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Gipuzkoa.

3.5. Cuotas de mercado y grado de concentración

Entre los años 1981 y 1995 se produjo en el sector asegurador estatal un proceso de concentración muy fuerte, siendo especialmente acusado en el sector del seguro de asistencia sanitaria. En ese periodo el número de aseguradoras se redujo en un 22% como media en todos los ramos, y un 61% en el ramo del seguro de asistencia sanitaria⁵⁸.

En los tres mercados relevantes de la CAE conviven grandes empresas (con una fuerte representación en todos los ramos del seguro) con empresas de origen y ámbito provincial o autonómico que en la actualidad han optado por integrarse en estructuras empresariales más grandes⁵⁹ o reforzar su posición competitiva a través de acuerdos y/o implantaciones progresivas en otras provincias⁶⁰.

En el cuadro nº 3 se recoge los datos del volumen de primas devengadas a nivel del Estado. Se observa una oferta con significativos niveles de concentración: en 2006 diez entidades absorben más del 85% de primas a nivel nacional y las cinco primeras representan un 70% del volumen de negocio.

⁵⁷ Clínica que ha generado su propia entidad de seguros, ASISTENCIA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (ACUNSA), que por su parte también ha establecido convenios de colaboración con otras aseguradoras.

⁵⁸ Fuente UNESPA. UNESPA (Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras) es la Asociación Empresarial del Seguro.

⁵⁹ Integración de IQUIMESA en ADESLAS.

⁶⁰ Operación de concentración IGUALMEQUISA y ADESLAS. Apertura de oficinas en Gipuzkoa y Álava.

Cuadro nº 3
Grado de concentración de seguros de asistencia sanitaria en el Estado

Entidades clasificadas por vol. de primas devengadas brutas	2002		2003		2004		2005		2006	
	% total entid.	% total primas								
5 Primeras entidades	4,2	64,1	4,1	64,5	4,7	65,7	4,9	65,7	5,9	70,9
10 Primeras entidades	8,3	79,2	8,3	79,1	9,3	80,0	9,8	80,2	11,9	86,5
15 Primeras entidades	12,5	86,0	12,4	85,8	14,0	86,4	14,7	86,7	17,9	91,2
25 Primeras entidades	20,8	92,0	20,7	91,9	23,4	92,8	24,5	93,2	29,8	95,5
50 Primeras entidades	41,7	97,7	41,3	97,8	46,7	98,1	49,0	98,5	59,5	99,0
75 Primeras entidades	62,5	99,4	62,0	99,4	70,1	99,6	73,5	99,7	89,3	99,9

Fuente: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Ministerio de Economía y Hacienda.

En la CAE este grado de concentración se intensifica, al concentrar una entidad aseguradora el 76% de la cuota de mercado, superando el porcentaje agregado de las cinco primeras entidades del Estado. Si consideramos las cinco primeras entidades de la CAE, éstas concentran aproximadamente el 95% del mercado, cifra que en el conjunto del Estado se alcanza con las veinticinco primeras entidades.

Cuadro nº 4
Cuotas de mercado de las entidades aseguradoras de la CAE por volumen de primas (en %)

Entidad	2002	2004	2005	2006
IMQ	76,7	71	69,6	76
ADESLAS	7,7	6,9	6,9	-
SANITAS	4,4	5,9	6,7	5,9
ASISA	-	5,6	5	5,4
AEGON	-	4,7	4,5	5
DKV	3,3	3,2	3,2	3,6
ACUNSA	-	-	1	1,5
SEGUROS BILBAO	1,1	1	1	1
RESTO	6,8	1,7	2,1	1,6

Indicador Concentración	2002	2004	2005	2006
C1	76,7	71	69,6	76
C2	84,35	77,91	76,44	81,89
C3	89,53	83,81	83,12	87,28
C5	97,24	94,09	92,66	95,92

Fuente: ICEA. El mercado de seguros por provincias.

NOTA: ICEA elabora sus estadísticas mediante encuestas realizadas a las entidades aseguradoras. La participación en estas encuestas es voluntaria. Al carecer de datos relevantes respecto al ejercicio 2003, se ha optado por no incluir dicho año para preservar la mayor homogeneidad de la serie temporal.

En conclusión, y tomando como referencia los datos hasta 2005 (por un criterio de uniformidad en los tres territorios), se puede afirmar que en la CAE existe una empresa que destaca claramente sobre las restantes, IMQ.

Pero es preciso complementar este análisis de la estructura del mercado asegurador con el Índice Herfindahl-Hirschman (IHH), que calculado sobre la base de las cuotas de mercado de cada una de las empresas presentes en el mercado, da un peso proporcionalmente más importante a las cuotas de las grandes empresas.

El cuadro nº 5 recoge los datos del índice IHH para el Estado, la CAE y los tres mercados relevantes de la CAE. Podemos observar que en el Estado el IHH calculado a partir de las participaciones de mercado de las 42 entidades principales es de aproximadamente 1.300 puntos lo que se considera una concentración media.

El IHH es superior a 1.800 tanto en la CAE en su conjunto como en los tres territorios, por lo que el grado de concentración es alto, sobre todo en Bizkaia y Álava.

Cuadro nº5 Índice Herfindahl-Hirschman		
Mercado geográfico	IHH	Grado de concentración
Estado	1.297	Media
CAE	5.883	Alta
Bizkaia	7.798	Alta
Álava ⁶¹	5.617	Alta
Gipuzkoa	2.488	Alta

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ICEA 2006

Como se analizará más adelante, en los apartados referidos a los mercados relevantes de cada uno de los Territorios Históricos, estos valores tan elevados del IHH responden a las altas cuotas de mercado (más del 70%) que ostentan los principales operadores de Álava y Bizkaia, ADESLAS e IMQ respectivamente. En Gipuzkoa, con un índice IHH algo menos elevado, existen al menos cuatro empresas competidoras con cuotas cercanas al 40%, 30% y 10%.

3.6. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Álava

En Álava 36.449 personas cuentan con un seguro de asistencia sanitaria, lo que supone una tasa de penetración del producto del 12,3% de población asegurada.

⁶¹ El IHH de Álava corresponde a 2005 puesto que no se dispone del dato de la cuota de mercado de ADESLAS en 2006.

En este territorio ADESLAS posee casi el 70% del mercado, gracias a su participación en IQUIMESA⁶², aseguradora de ámbito provincial⁶³ y heredera de los tradicionales igualatorios. Esta cuota (70%) le permite liderar el mercado aunque se aprecia un descenso en el periodo 2002-2005, en el que ha disminuido su participación en 10 puntos. Junto a este predominio se van afianzando otras empresas aseguradoras como ASISA y, en especial, SANITAS.

Cuadro nº 6
Cuota de mercado de Entidades Aseguradoras
por volumen de primas en Álava (en %)

Entidad	2002	2003	2004	2005
ADESLAS	89,1	76,8	75,2	68,8
ASISA	-	12,3	11,5	7,9
DKV	3	2,9	2,1	2
SEGUROS BILBAO	2,9	2,7	4	3,8
SANITAS	4,6	4,8	6,6	9
ACUNSA	-	-	-	4,8
RESTO	0,4	0,5	0,6	3,7

Indicador de concentración				
C2	93,7	89,2	86,6	77,7
C3	96,8	93,9	93,2	85,7
C5	99,9	99,6	99,3	94,2

Fuente: ICEA. El mercado de seguros por provincias.

NOTA: ICEA elabora sus estadísticas en base a encuestas realizadas a las entidades aseguradoras. La participación en estas encuestas es voluntaria. Al carecer de datos relevantes respecto al ejercicio 2006, se ha optado por no incluir dicho año para preservar la mayor homogeneidad de la serie temporal.

Si analizamos el grado de concentración recurriendo al Índice Herfindahl-Hirschman (IHH), éste alcanza un valor de 5.617, lo que refleja, la alta cuota de mercado que dispone ADESLAS en ese territorio.

Estos datos junto con el inicio de la expansión territorial en Álava de IMQ⁶⁴, apuntan la necesidad de un seguimiento cercano de este mercado en el futuro.

⁶² Informe Expediente de Concentración Económica C98/05 Igualatorios Médicos. La cuota conjunta de las adquirentes, ADESLAS e IGUALMEQUISA, en el mercado de seguros de asistencia sanitaria en Álava asciende al 80-90%, de la que 60-70 puntos corresponden a ADESLAS, principalmente a través de IQUIMESA, y 10-20 a IMQ SEGUROS. En esta provincia es ADESLAS el líder destacado tanto en el segmento de seguros a colectivos públicos 60-70% como en el de seguros privados y a colectivos no públicos 60-70%, único en el que existe una adición de cuota significativa 20-30% por parte de IMQ SEGUROS.

⁶³ Dirección General de Seguros. Registro de Aseguradoras y Reaseguradoras.

⁶⁴ Informe Expediente de Concentración Económica C98/05 Igualatorios Médicos.

Por el lado de la oferta médica, Álava cuenta con 1.462⁶⁵ médicos colegiados. La oferta hospitalaria, por su parte, se concreta en 7⁶⁶ hospitales que contabilizan 1.388 camas. De éstos, 3 son privados, con 247 camas, lo que supone el 18% del total de camas y de las cuales el 44,5% corresponde a hospitales con finalidad asistencial general o médico-quirúrgica, sin que ninguno de estos hospitales esté participado por compañías aseguradoras.

Cuadro nº 7			
Datos sobre hospitales privados de Álava			
	NºCamas	Relación accionarial	Finalidad asistencial
MATEP (Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales)			
POLICLÍNICA SAN JOSÉ (MUTUALIA)	84	-	MÉDICO-QUIRÚRGICO
PRIVADO NO BENÉFICO			
USP CLÍNICA LA ESPERANZA	26	-	GENERAL
ORGANIZACIÓN MÉDICA DE VITORIA, S.L. (CLÍNICA ALAVA)	137	-	GERIATRÍA O LARGA ESTANCIA
Total	247		

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2007 (actualizado a 31 de diciembre de 2006) y elaboración propia

3.7. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Bizkaia

El mercado asegurador en Bizkaia cuenta con 229.574⁶⁷ asegurados, y, en consecuencia, una tasa de penetración del 20,2% de población asegurada. Esta cifra se ha mantenido estable a lo largo de los años. En ello ha tenido un papel destacado la Asociación del Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades que se constituyó como entidad profesional de médicos en 1934, prestando servicios de asistencia sanitaria a las familias de Bizkaia⁶⁸, que abonaban una cuota periódica o «igual», remunerando con posterioridad a los médicos en función de los servicios prestados. En la actualidad su ámbito de actuación es autonómico⁶⁹.

Del análisis de las cuotas de mercado de las diferentes entidades en Bizkaia, se constata que IMQ tiene la cuota más elevada, con una cuota sobre las primas del territorio del 89% en 2006. Este predominio se ha mantenido a lo largo del tiempo.

⁶⁵ Fuente: EUSTAT.

⁶⁶ Catálogo Nacional de Hospitales 2007 (actualizado a 31 de diciembre de 2006).

⁶⁷ Fuente EUSTAT.

⁶⁸ Este fenómeno se dio en torno a los grandes núcleos para paliar la carencia de la sanidad pública de la época.

⁶⁹ Dirección General de Seguros. Registro de Aseguradoras y Reaseguradoras.

Por tanto, en el caso de Bizkaia se puede señalar la existencia de una empresa destacada en el mercado de aseguramiento de asistencia sanitaria, posición a la que la operación de concentración IGUALMEQUISA-ADESLAS ha aportado nuevos matices⁷⁰.

Tras la concentración, la acumulación de poder de demanda en una única instancia de decisión pasa de estar basada en prácticas derivadas de la estrecha cooperación previa entre las adquirentes a adoptar una naturaleza estructural como consecuencia de la operación de concentración.

El acuerdo potenciará la posición destacada de ambos grupos, así como su capacidad para desarrollar actuaciones conjuntas en el futuro. Gracias a esta alianza se refuerza la estrategia de crecimiento y diversificación del IMQ, en la que amplía el ámbito territorial de sus operaciones.

Esta concentración puede tener una incidencia directa en la oferta de seguros a colectivos públicos que podrán ser subconcertados con aseguradoras de ámbito provincial con el fin de completar su presencia en todo el territorio, tal y como exigen las mutualidades concertantes. Además, los beneficiarios de estos seguros se adscribirán a una u otra aseguradora concertada en función del cuadro médico que disponga la aseguradora en su provincia de residencia, por lo que es determinante disponer de un cuadro de servicios provincial diversificado y competitivo.

Así, las empresas de seguros de asistencia sanitaria que ofertan a colectivos públicos podrán subconcertar⁷¹ con el principal operador del mercado vizcaíno, IMQ, para completar su cobertura geográfica. Pero para ello, deberán contar con el consentimiento de ADESLAS (líder del mercado nacional y accionista destacado de IMQ), pudiendo reducirse así sus posibilidades de elección.

En el cuadro nº 8 se recogen las cuotas de mercado de las principales aseguradoras de Bizkaia. Así, se observa que entre 2002 y 2006, atendiendo al volumen de negocio, IMQ ha perdido 4 puntos porcentuales de cuota. Por tanto, aunque IMQ mantiene la cuota más alta en el mercado, se aprecia un ligero aumento de la competencia en el territorio en los últimos 5 años.

⁷⁰ Informe Expediente de Concentración Económica C98/05 Igualatorios Médicos. En el ámbito provincial, ADESLAS, mediante la operación de concentración, adquiere el control conjunto del líder del mercado vizcaíno, IMQ SEGUROS, con una cuota resultante del 80-90% en el mercado de seguros de salud de este Territorio Histórico. Por segmentos, cabe señalar que ADESLAS cuenta con una cuota del 90-100% en el segmento de seguro a colectivos públicos en Bizkaia cuando dos años antes apenas alcanzaba el 50-60%. Por su parte, IMQ SEGUROS registra una cuota del 80-90% en los segmentos de seguro individual y a colectivos no públicos.

⁷¹ La única aseguradora estatal concertada con las mutualidades nacionales de trabajadores públicos que, desde 1997, ha subconcertado con IMQ el cumplimiento de las obligaciones con los beneficiarios de tales seguros residentes en Bizkaia ha sido ADESLAS.

Cuadro nº 8
Cuota de mercado de entidades aseguradoras por volumen de primas
en Bizkaia (en %)

Entidad	2002	2004	2005	2006
IMQ	92,1	87,9	87,3	88
SANITAS	4,1	5,2	5,7	5,1
AEGON	1,5	4,5	4,4	4,5
SEGUROS BILBAO	0,7	0,5	0,5	0,5
FIATC	-	0,6	0,1	-
ARESA	-	0,5	0,5	-
ASISA	-	0,4	0,5	0,4
DKV SEGUROS	-	0,2	0,2	0,2
RESTO	1,6	0,2	0,8	1,3

Indicador concentración	2002	2004	2005	2006
C2	96,1	93,1	92,9	93,2
C3	97,6	97,6	97,4	97,7
C5	98,8	98,7	98,5	98,8

Fuente: ICEA. El mercado de seguros por provincias.

NOTA: ICEA elabora sus estadísticas mediante encuestas realizadas a las entidades aseguradoras. La participación en estas encuestas es voluntaria. Al carecer de datos relevantes respecto al ejercicio 2003, se ha optado por no incluir dicho año para preservar la mayor homogeneidad de la serie temporal.

El valor del IHH en Bizkaia fue aproximadamente de 10.000 hasta finales de los 90, ya que IMQ gestionaba los asegurados de otras empresas (SANITAS, ASISA) que operaban en el territorio. A finales de los años 90, finalizaron los conciertos que estas compañías mantenían e iniciaron su andadura en solitario, convirtiéndose en empresas competidoras. Sin embargo, el valor del IHH (año 2006) de 7.798 indica un grado de concentración del mercado muy alto.

Por el lado de la oferta médica, Bizkaia cuenta con 5.834⁷² médicos colegiados. La oferta hospitalaria, por su parte, cuenta con un total de 21 hospitales que contabilizan 3.914 camas. De ellos, 12 hospitales son privados (benéficos y no benéficos) (cuadro nº 8) con un total de 698 camas, es decir, el 18% del total de camas. En cuanto a la finalidad asistencial de los hospitales, el 75% es de carácter general, es decir, destinado a la atención de pacientes afectos de patología variada y que atiende las áreas de medicina, cirugía, ginecología y obstetricia, y pediatría⁷³.

⁷² Fuente: EUSTAT

⁷³ Catálogo Nacional de Hospitales 2007 (actualizado a 31 de diciembre de 2006).
<http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

Si se analiza la propiedad de los hospitales, IMQ controla el 33% de las camas privadas de dicho territorio (el 38% si lo referimos a la finalidad asistencial general), además de participaciones en empresas⁷⁴ que ofertan diversos servicios asistenciales⁷⁵. La segunda aseguradora, según el número de camas controladas es MAPFRE, con el 11% de las camas privadas de Bizkaia y 12% de asistencia general.

Cuadro nº 9 Datos sobre hospitales privados de Bizkaia			
	NºCamas	Relación accionarial	Finalidad asistencial
PRIVADO NO BENÉFICO			
CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN, S.A.	156	IMQ ⁷⁶	GENERAL
CLÍNICA VIRGEN BLANCA, S.A.	74	IMQ ⁷⁷	GENERAL
CLÍNICA GUIMÓN, S.A.	40	-	GENERAL
CLÍNICA INDAUTXU	30	-	GENERAL
AVANCES MÉDICOS, S.A.	24	-	PSIQUIÁTRICO
SANATORIO NEUROPSIQUIÁTRICO SAN IGNACIO DE LOYOLA	35	-	PSIQUIÁTRICO
HOSPITAL S. FCO. JAVIER	75	MAPFRE ⁷⁸	GENERAL
SANATORIO BILBAÍNO	37	-	GENERAL
PRIVADO-BENÉFICO (CRUZ ROJA)			
HOSPITAL CRUZ ROJA DE BILBAO	68	-	GENERAL
OTRO PRIVADO-BENÉFICO			
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	73	-	GENERAL
MATEP (Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales)			
CLÍNICA ERCILLA (MUTUALIA)	28	-	TRAUMATOLOGÍA Y/O REHABILITACIÓN
CENTRO INTERMUTUAL DE EUSKADI	58	-	GENERAL
TOTAL BIZKAIA	698	-	

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2007 (actualizado a 31 de diciembre de 2006) y elaboración propia.

⁷⁴ El Grupo Igualmequiza, S.A., controla o participa en empresas como: Auxiliar de Servicios Médicos, S.A., Bilbo Tock, S.L., CAT XXI, S.A., Clínica Vicente San Sebastián, S.A., Clínica Virgen Blanca, S.A. Iguvida, S.A., IMQ Club Vidalis, S.A., Albia Resonancia, S.A., Centro de Scanner Vizcaya, S.A., Gestlab 98, S.L., Hemodinámica Vizcaya, S.A.

⁷⁵ Medicina Nuclear, Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Oncología y otros, que incluyen nuevos conceptos como la asistencia socio-sanitaria dirigida a personas de la tercera edad: Igurco Gestión, S.L.

⁷⁶ Fuente: Web corporativa Clínica Vicente San Sebastián, S.A. (www.clinicass.com/historia.php): «En la actualidad tras los distintos procesos de fusión que se han ido dando en las entidades financieras, la propiedad de la Clínica es del Iguatorial Médico Quirúrgico con un porcentaje del 81,61% y de la Bilbao Bizkaia Kutxa con un porcentaje del 18,39%»

⁷⁷ Fuente: Web corporativa Clínica Virgen Blanca, S.A. (<http://clivb.com/historia.php>): «En la actualidad con la adquisición en diferentes ocasiones a lo largo de los últimos años de diversos paquetes de acciones, el Iguatorial Médico Quirúrgico tiene en propiedad el 93% del accionariado».

⁷⁸ Fuente: Informe Anual 2005 Unidades y Sociedades Operativas. MAPFRE CAJA SALUD. «La adquisición (...) de la Clínica San Francisco Javier en Bilbao han constituido una oportunidad significativa para reforzar el objetivo de establecer una oferta sanitaria propia, a fin de ofrecer a los clientes una prestación de servicios encaminada a sus necesidades, y obtener una máxima rentabilidad no dependiendo de servicios externos».

3.8. Mercado de seguros de asistencia sanitaria de Gipuzkoa

En el territorio guipuzcoano, el 7,9% de la población asegurada, es decir, un total de 53.765 asegurados⁷⁹ muestra la existencia de un mercado menos maduro al que hay que sumar la relativa atomización del mismo. En efecto, se aprecia un cierto dinamismo en las cuotas del mercado guipuzcoano, que es sustancialmente más abierto que el vizcaíno, con, al menos, cuatro competidores con participaciones superiores al 8% del mercado, entre los que no destacan empresas originarias de este Territorio Histórico o herederas de los tradicionales igualatorios⁸⁰.

En la conformación de este mercado ha influido poderosamente la presencia destacada del movimiento cooperativo que ha canalizado su asistencia sanitaria a través de Lagun Aro EPSV, fenómeno que se analiza en el siguiente apartado.

Cuadro nº 10				
Cuota de mercado de Entidades Aseguradoras por volumen de primas en Gipuzkoa				
Entidad	2003	2004	2005	2006
ASISA	45,6	42	37,4	37,9
AEGON	11,3	10,5	10	9,9
DKV	27,6	28	27,5	29,2
SANITAS	7,2	10,9	12,1	8,2
ACUNSA	-	-	-	3,9
ARESA	3,8	3,4	6,3	-
SEGUROS BILBAO	2,3	1,8	1,6	1,5
FIATC	1,2	1,5	1,3	-
RESTO	1	1,9	3,8	10,7

Indicador concentración				
C2	73,2	70,0	64,9	67,1
C3	84,5	80,9	77,0	77,0
C5	95,5	94,8	93,3	89,0

Fuente: ICEA. El mercado de seguros por provincias.

NOTA: ICEA elabora sus estadísticas en base a encuestas realizadas a las entidades aseguradoras. La participación en estas encuestas es voluntaria, y se carece de datos relevantes respecto al ejercicio 2002. Se ha optado por no incluir el año 2002 para preservar la mayor homogeneidad de la serie temporal.

La atomización relativa del mercado guipuzcoano se visualiza en el valor de su índice IHH (2006) que se sitúa en 2.488.

⁷⁹ Fuente EUSTAT 2005.

⁸⁰ Igualatorio de Previsión Sanitaria S.A. de Seguros (IPRESA), única compañía guipuzcoana especializada en salud, fundada en 1946, tiene una escasa implantación. En el nacimiento de los Igualatorios en Gipuzkoa no se dieron los factores que estuvieron presentes en Bizkaia: grandes empresas o nivel de renta.

Por el lado de la oferta médica Gipuzkoa cuenta con 3.235⁸¹ médicos colegiados. La oferta hospitalaria, por su parte, es de 16⁸² hospitales que contabilizan 3.221 camas. De ellos 11 son hospitales privados, con un total de 1.603 camas, lo que representa el 50% del total de camas. A pesar de que la población de Bizkaia es un 65% superior a la de Gipuzkoa, ambos territorios tienen un número similar de hospitales privados.

En cuanto al número de camas en este tipo de hospitales, éste es más del doble en Gipuzkoa (respecto a Bizkaia), aunque si comparamos el número de camas en hospitales con finalidad asistencial general, en Gipuzkoa el número de camas desciende a 399, frente a las 611 de Bizkaia.

Cuadro nº 11			
Datos sobre hospitales privados de Gipuzkoa			
	NºCamas	Relación accionarial	Finalidad asistencial
PRIVADO NO BENÉFICO			
POLICLÍNICA GUIPUZCOA, S.A.	149	-	GENERAL
CENTRO SANITARIO VIRGEN DEL PILAR	85	-	GENERAL
HOSPITAL QUIRÓN DONOSTIA	45	-	GENERAL
CLÍNICA SANTA MARIA DE LA ASUNCIÓN, (INVIZA, S.A.)	120	-	GENERAL
SANATORIO DE USURBIL, S.L.	80	-	PSIQUIATRICO
PRIVADO-BENÉFICO IGLESIA			
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DONOSTIA	81	-	PSIQUIATRICO
HOSPITAL AITA MENNI	507	-	PSIQUIATRICO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS	305	-	PSIQUIATRICO
OTRO PRIVADO BENÉFICO			
HOSPITAL RICARDO BERMINGHAM. (FUNDACIÓN MATIA)	103	-	GERIATRIA Y/O LARGA ESTANCIA
INSTITUTO ONCOLÓGICO	79	-	ONCOLOGICO
MATEP (Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales)			
CLINICA PAKEA (MUTUALIA)	49	-	QUIRURGICO
TOTAL GIPUZKOA	1603		

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2007 (actualizado a 31 de diciembre de 2006) y elaboración propia.

⁸¹ Fuente: EUSTAT.

⁸² Catálogo Nacional de Hospitales 2007 (actualizado a 31 de diciembre de 2006).

3.9. El caso Lagun Aro Entidad de Previsión Social Voluntaria

El movimiento cooperativo, localizado principalmente en Gipuzkoa, ha influido en la configuración del sector asegurador de asistencia sanitaria en dicho Territorio Histórico y en la CAE.

El origen de Mondragón Corporación Cooperativa, MCC⁸³, se remonta a la segunda mitad de la década de los 50 del siglo pasado. Actualmente constituye un grupo empresarial integrado por 264 empresas y entidades estructuradas a su vez en tres áreas sectoriales: financiera, industrial y distribución, conjuntamente con los sectores de investigación y formación.

En 1959 se creó Lagun Aro EPSV⁸⁴, perteneciente al área financiera de MCC, con la misión de resolver el problema creado a los cooperativistas al negarles el Gobierno el derecho a afiliarse al Régimen General de la Seguridad Social, aludiendo a su condición de propietarios en contraposición a la de trabajadores por cuenta ajena. Así surgió esta entidad de previsión social voluntaria, como sistema de protección social de los socios cooperativistas y de sus familias.

En 1984, Lagun Aro EPSV es reconocida como entidad colaboradora en la gestión de la Seguridad Social en lo referente a contingencias de asistencia sanitaria e incapacidad laboral transitoria debida a enfermedad común o profesional, maternidad y accidente a favor de los socios trabajadores pertenecientes a las cooperativas de MCC.

Lagun Aro EPSV parte de un modelo sin ninguna infraestructura sanitaria propia, y, por tanto, toda su red sanitaria es concertada.

La consideración de entidad colaboradora en la gestión de la Seguridad Social se mantuvo hasta el 31 de diciembre de 2004, fecha en la que se produce la rescisión de dicho régimen de colaboración. Como consecuencia, en la actualidad, los mutualistas de Lagun Aro EPSV se encuentran inmersos, a efectos de asistencia sanitaria, en un proceso de incorporación progresiva a Osakidetza que ha finalizado en enero de 2008⁸⁵. Lagun Aro EPSV continúa prestando de forma complementaria el servicio a los socios cooperativistas con el objetivo de mantener los elementos diferenciales de la prestación, como la disponibilidad de un amplio cuadro médico y el acceso inmediato a los especialistas.

⁸³ <http://www.mcc.es>

⁸⁴ En MCC existe también la empresa Seguros Lagun Aro, S.A. que entre otros productos, comercializa seguros de asistencia sanitaria, en alianza estratégica con SANITAS.

⁸⁵ Acuerdo del Consejo del Gobierno, de 25 de enero de 2005, de concesión de una subvención a la Entidad de Previsión Social Voluntaria Lagun Aro EPSV para la gestión de la prestación de asistencia sanitaria en 2005, 2006 y 2007.

En la actualidad, este colectivo de cooperativistas, se eleva a 29.858 personas, repartidas entre 125 cooperativas⁸⁶. Se trata, pues, de una parcela de mercado al que el resto de las entidades aseguradoras tienen difícil acceso.

En definitiva, si añadiéramos el colectivo de cooperativistas cubiertos por la entidad Lagun Aro EPSV, el porcentaje de población asegurada en la CAE ascendería en más de un punto, desde el 15,1% hasta el 16,5% de la población.

3.10. Barreras de entrada

Las barreras de entrada se conceptúan como todas aquellas dificultades y costes que desalientan o directamente imposibilitan la entrada de nuevos operadores en un determinado mercado⁸⁷.

Entre estas barreras de entrada distinguimos⁸⁸:

- legales
- técnico-económicas
- derivadas de la posición consolidada que disfrutaban las empresas ya presentes en el mercado.

3.10.1. Barreras legales

Aunque existen diversas restricciones de acceso dadas por el cumplimiento de los requisitos establecidos por las leyes y por los respectivos reguladores (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y Autoridad Sanitaria competente), dichas barreras legales están dirigidas fundamentalmente a la tutela de los asegurados y beneficiarios amparados por un contrato de seguro y a la protección de los pacientes.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios permite a las comunidades autónomas complementar los requisitos mínimos establecidos con carácter general para todo el Estado. En la CAE no se ha dictado ninguna norma que establezca requisitos que desincentiven el establecimiento de centros hospitalarios.

Las normas reguladoras del sector no revisten una importancia fundamental a la hora de determinar la presión competitiva que puedan ejercer los competi-

⁸⁶ Fuente: Informe Anual 2006 de MCC. (AI 31-12-2006).

⁸⁷ Informe del TDC del Expediente de Concentración Económica C89/05 Igualatorios Médicos.

⁸⁸ Criterios establecidos en el apartado 71 de las Directrices de la Comisión sobre la evaluación de las concentraciones horizontales con arreglo al Reglamento del Consejo sobre el control de las concentraciones entre empresas (2004/C 31/03). El TDC, por su parte y en términos generales, considera que las barreras a la entrada se puede clasificar en dos tipos: económicas y legales.

dores en los mercados relevantes, dado que se consideran necesarias, adecuadas y proporcionales al fin para el cual se han establecido.

3.10.2. Barreras técnico-económicas

En el mercado de seguros de asistencia sanitaria y en el de prestación de asistencia sanitaria los volúmenes de inversión necesarios son moderados, no existiendo importantes barreras bajo la forma de gastos en publicidad, tecnologías propietarias, etc.

Por su parte, los cuadros médicos y hospitalarios constituyen una infraestructura esencial, determinante para la prestación de servicios de asistencia sanitaria, cuyo acceso puede dar lugar a una ventaja de orden técnico.

Así, en relación con los cuadros médicos, el hecho de que dos tercios de los facultativos del cuadro médico de IMQ, empresa líder en Bizkaia, sean accionistas de esta empresa (aunque de forma indirecta) podría dar lugar a dificultades en la elaboración de los catálogos de servicios del resto de las compañías aseguradoras. Sin embargo, como se ha mencionado previamente, los facultativos prestan servicios a varias compañías a la vez. Asimismo no se ha constatado la imposición de cláusulas de exclusividad a sus facultativos por parte de las empresas aseguradoras que no cuentan con posición de dominio.

En cuanto a los centros hospitalarios, el progresivo aumento de la integración vertical, mediante la toma de control de entidades propietarias de hospitales por parte de las entidades aseguradoras, podría suponer un obstáculo para los nuevos operadores que quieran acceder al mercado, que pueden ver incrementada la escala de la inversión necesaria para acceder al mercado de manera competitiva.

En este sentido, y debido a la posición en el mercado de IMQ y ADESLAS, el Consejo de Ministros acordó subordinar la aprobación de la operación de concentración económica, consistente en la adquisición del control conjunto por parte de IGUALMEQUISA y de ADESLAS sobre las sociedades IMQ, filial de la primera, e IQUIMESA, filial de ADESLAS, a la obligación de que ambas estarían obligadas solidariamente a contratar con las entidades aseguradoras que lo solicitasen, la prestación de la totalidad de los servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria en los centros sanitarios hospitalarios bajo su control, presente o futuro, en las provincias de Álava y Bizkaia, durante un periodo de cinco años⁸⁹.

⁸⁹ Orden EHA/3776/2005, de 18 de noviembre (BOE nº 289, de 3 de diciembre de 2005), por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005, por el que, conforme a lo dispuesto en la letra b) del artículo 17 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de defensa de la competencia, se decide subordinar a la observancia de condiciones la operación de concentración económica consistente en la adquisición del control conjunto por parte de Grupo Igualmequisa, S.A. y de Compañía de Seguros Adeslas, S.A. sobre las sociedades Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de seguros, filial de la primera, e Iquimesa Seguros de Salud, S.A. filial de Adeslas.

3.10.3. Barreras derivadas de la posición consolidada de que disfrutaban las empresas ya presentes en el mercado

En ocasiones puede resultar difícil acceder a un determinado mercado porque la experiencia y reputación necesarias para competir de forma efectiva no estén al alcance de los nuevos operadores.

Para llevar a cabo la valoración de la importancia de la posición competitiva de las empresas ya establecidas en el mercado, la Comisión Europea considera que deben analizarse factores como la fidelidad de los consumidores a una marca concreta, las relaciones entre proveedores y clientes, la importancia de las campañas de promoción y publicidad y otras ventajas vinculadas a una buena reputación. Las barreras de entrada también pueden plantearse en situaciones en las que las empresas presentes en el mercado ya estén inmersas en un proceso de creación de un gran exceso de capacidad o en las que los costes que tendrían que soportar los clientes para pasarse a un nuevo proveedor actúen como elemento inhibitorio de la entrada⁹⁰.

La decisión de contratar un seguro de asistencia sanitaria se posterga en tanto en cuanto se debe atender a otros gastos que también comportan riesgos personales (créditos, piso, coche, etc.) además de coincidir con un servicio atendido por la Sanidad pública. Por ello las empresas aseguradoras procuran minimizar la sensación de pago.

Por otro lado, la asistencia sanitaria presenta una menor elasticidad precio: una vez que se ha optado por contratarla se asumen las modificaciones de la prima dentro de un orden y la permanencia de los asegurados son largas (promedio diez años)⁹¹. Se constata, por tanto, una gran fidelidad de los asegurados con la póliza suscrita. De hecho, la mayor parte de las bajas en las entidades aseguradoras están basadas en motivos económicos⁹², por falta de capacidad para asumir ese gasto.

Entre los factores que desincentivan el cambio de entidad aseguradora destacan los siguientes:

- El periodo de carencia inicial.
- La tradición familiar.
- La realización de un cuestionario de salud y la posibilidad de tener que aportar informes médicos.

⁹⁰ Directrices de la Comisión sobre la evaluación de las concentraciones horizontales, Apdo. 71.

⁹¹ Xavier M. Triadó Ivern «La doble cobertura sanitaria: análisis de las preferencias y oportunidades de mercado». El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad n.º 892, de 10 de enero de 2003.

⁹² «Conclusiones obtenidas de las respuestas al cuestionario sobre determinados aspectos técnicos y de gestión de clientes en los seguros de salud». Dirección General de Seguros y Fondos De Pensiones. Ministerio de Economía y Hacienda. 2007.

- La incertidumbre en la elección del nuevo seguro con la posible pérdida de los privilegios que disfrutaba, en caso de decidir volver a la antigua compañía.
- La información asimétrica, es decir, la variedad de servicios ofertados y la complejidad de su terminología, que dificulta la comparación de las diferentes pólizas.

La fidelidad de los asegurados a su entidad aseguradora provoca que la entrada al mercado de un nuevo operador deba realizarse principalmente a través de la captación de clientes que no tengan suscrito un seguro médico. Esto no es tarea sencilla, ya que según los datos estadísticos el número de asegurados se mantiene constante a lo largo del tiempo en la CAE -alrededor del 15% de la población está asegurada en el periodo 1996-2005.

En este sentido, la posición consolidada de IMQ en el mercado de Bizkaia, con un 88% de la cuota de mercado, supone una barrera de entrada para el resto de las entidades aseguradoras, máxime cuando detenta esta situación privilegiada desde su creación en 1934. Lo mismo sucede en el caso de ADESLAS en Álava, que es la principal operadora en el mercado, a gran distancia de las demás entidades.

3.11. Análisis de posición de dominio

El análisis de la posición de dominio es una pieza fundamental en materia de competencia, puesto que constituye un requisito previo para establecer la existencia de abuso. En efecto, cuando una empresa ocupa una posición dominante en un mercado, la estructura de la competencia en el mismo está ya debilitada, por lo que cualquier posible restricción adicional de competencia producida por el comportamiento de esa empresa constituiría una explotación abusiva de su posición de dominio. Es decir, las condiciones aplicables en una situación normal de mercado competitivo no pueden admitirse sin reservas en el caso de un mercado en el que, precisamente por el hecho de que uno de los operadores ostenta una posición dominante, la competencia se encuentra ya restringida. La empresa en dicha posición tiene la responsabilidad particular de no perjudicar una competencia efectiva y no distorsionarla.⁹³

El Tribunal de Justicia Europeo (en adelante, TJE), en la Sentencia *United Brands*, de 14 de febrero de 1978, dice textualmente en el Considerando 65 lo siguiente:

«La posición de dominio afecta a una posición de potencia económica detentada por una empresa a la que le da el poder de obstaculizar el mantenimiento de una competencia efectiva en el mercado en cuestión, al proporcionarle la posi-

⁹³ Resolución del TDC de 29 de julio de 1999 (Expte. 438/98, INTERFLORA). Sentencias de TJE de 9 de noviembre de 1983, MICHELIN/Comisión, Asunto 322/81 ó de 1 de abril de 1993, BPB INDUSTRIES y BRITISH GYPSUM/Comisión, Asunto T-65/89).

bilidad de comportamientos independientes en una medida apreciable respecto de sus competidores, de sus clientes y, finalmente, de los consumidores».

Esta doctrina del TJE fue incorporada por la Comisión Europea⁹⁴ que define la posición dominante como aquella que permite al que la ostenta comportarse con relativa independencia respecto de sus competidores, de sus clientes y, en último término, de sus consumidores.

Este concepto se encuentra también presente en la interpretación que sobre la posición de dominio realiza el TDC⁹⁵, que establece que una empresa disfruta de posición de dominio en un mercado cuando tiene en éste, poder económico e independencia de comportamiento suficientes como para poder actuar sin tomar en consideración las posibles reacciones de los competidores o los consumidores y, de esta manera, es capaz de modificar en su provecho el precio u otra característica del producto.

Cabe señalar, por tanto, que el que una empresa tenga una cuota elevada del mercado no permite concluir que ostente un control automático del mismo, sino que, en todo caso, habrá que apreciarlo junto con otros factores. La mencionada Sentencia United Brands añade que la investigación acerca de si una empresa está en posición de dominio debe hacerse examinando su estructura y la situación competencial existente.

Por lo que se refiere a los factores de estructura de la empresa, considera como tales: recursos y métodos de producción, métodos de presentación, transporte y venta, tecnología e integración vertical. Y, en lo relativo a los factores de situación competencial en el mercado, señala que hay que tener en cuenta los siguientes: número y fuerza de los competidores, cuotas de mercado y volúmenes de venta, precios y barreras de entrada.

En la CAE las elevadas cuotas de mercado detentadas por IMQ en Bizkaia y ADESLAS en Álava nos exige averiguar si efectivamente ostentan una posición dominante en el mercado. Como ha quedado expuesto la cuota de mercado de una empresa no revela de forma precisa el poder de mercado que la misma tiene en ese mercado. La doctrina considera que, al menos, el análisis de las cuotas de mercado debe ser dinámico, teniendo en cuenta la evolución histórica de las mismas, tanto por lo que afecta a la empresa supuestamente dominante como a sus competidoras⁹⁶.

En este sentido, si bien IMQ y ADESLAS mantienen altas las cuotas de mercado a lo largo del periodo analizado, ambas han perdido posiciones en el

⁹⁴ Comunicación de 9 de diciembre de 1997 (97/C 372/03), punto 10.

⁹⁵ Resolución 362/99, BACARDÍ, de 30 de septiembre.

⁹⁶ El abuso de la posición de dominio. Santiago Martínez Lage y Amadeo Petitbó Juan (directores). Fundación Rafael del Pino. 1ª Ed. 2006. Ponencia de Cani Fernández «Cuota de mercado y poder de mercado».

mercado desde el año 2002, aunque, sobre todo en el caso de IMQ, no se puede hablar de que esa pérdida sea significativa, por lo que se puede observar un primer indicio de la existencia de posición de dominio.

Por lo que se refiere a los factores de estructura de la empresa, los medios de producción necesarios para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria son el cuadro médico y los servicios de uno o varios hospitales.

En cuanto al acceso a los cuadros médicos, se constata que los médicos, independientemente de sus intereses accionariales, conciertan con un amplio abanico de empresas, y que no existen cláusulas de exclusividad. En el caso de IMQ estas cláusulas se eliminaron con la modificación de los Estatutos de la Asociación de IMQ Médicos, de fecha 11 de noviembre de 1998⁹⁷.

Por otro lado, si se atiende a la propiedad de los hospitales, aunque IMQ controla el 33% de las camas privadas de Bizkaia, está obligado a contratar con las entidades aseguradoras que soliciten la prestación de servicios de asistencia sanitaria en los centros médicos bajo su control⁹⁸. Además, amplía su oferta de centros hospitalarios concertando con hospitales controlados por otras compañías competidoras.

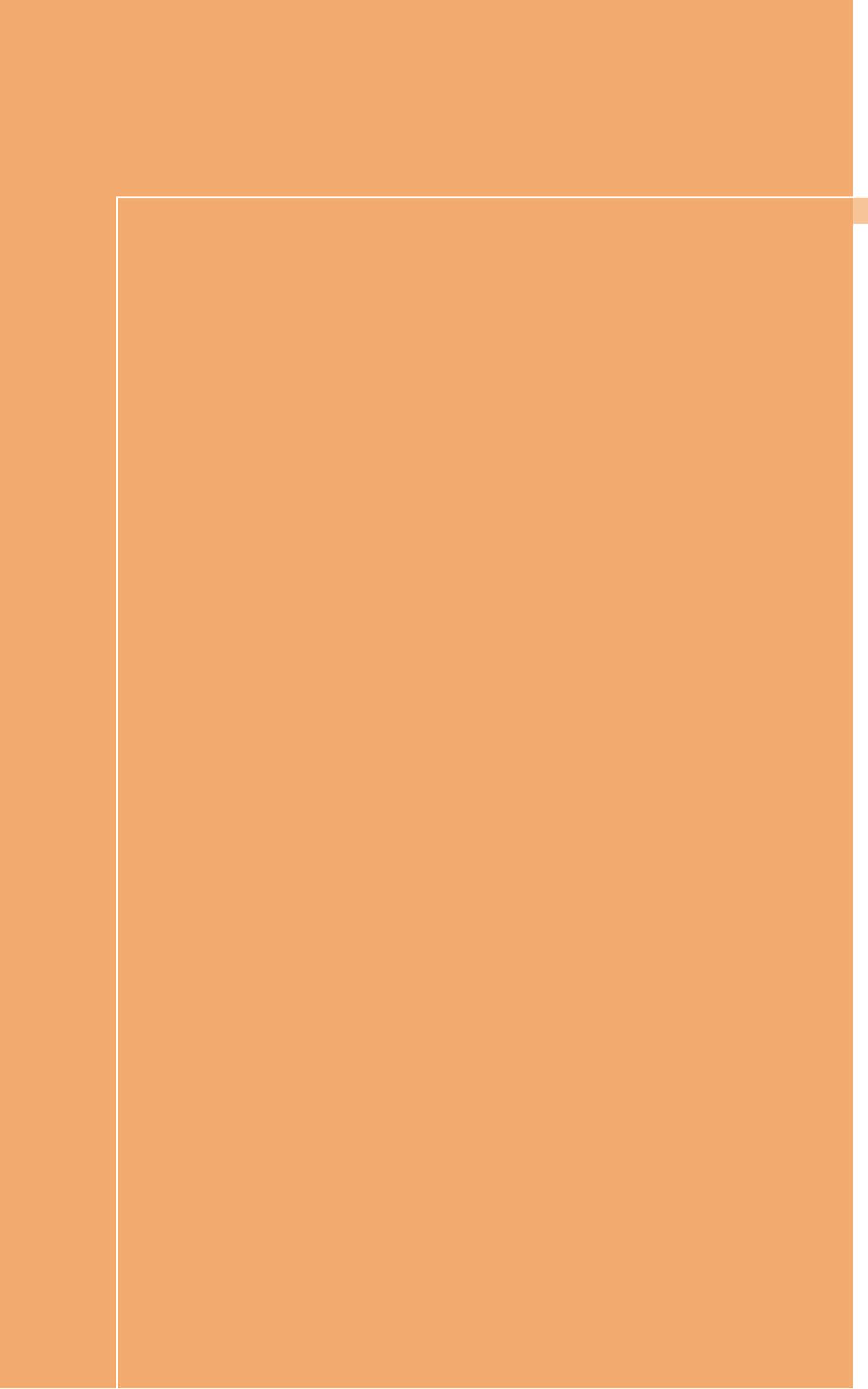
Para finalizar, revisten especial importancia las eventuales barreras de entrada al mercado. Así en el epígrafe anterior ya se ha constatado que existen barreras por la posición consolidada de las empresas ya establecidas en el mercado. Por tanto, junto a una elevada cuota de mercado mantenida a lo largo del tiempo, se observa un segundo factor de existencia de posición de dominio.

En conclusión, las altas cuotas de mercado, su escasa evolución, así como la existencia de barreras de entrada por la posición consolidada de las empresas ya establecidas en el mercado, determinan que ambas entidades, ADESLAS e IMQ, disponen de una independencia relativa suficiente como para actuar sin tomar en consideración las posibles reacciones de competidores y clientes, detentando, por ello, una posición de dominio en los mercados de Álava y Bizkaia respectivamente.

⁹⁷ Expediente sancionador TDC 464/99, Aseguradoras Médicas Vizcaya.

⁹⁸ Orden EHA/3776/2005, de 18 de noviembre (BOE nº 289, de 3 de diciembre de 2005), por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005, por el que, conforme a lo dispuesto en la letra b) del artículo 17 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de defensa de la competencia, se decide subordinar a la observancia de condiciones la operación de concentración económica consistente en la adquisición del control conjunto por parte de Grupo Igualmequiza, S.A. y de Compañía de Seguros Adeslas, S.A. sobre las sociedades Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de seguros, filial de la primera, e Iquimesa Seguros de Salud, S.A. filial de Adeslas.

CONCLUSIONES



4. CONCLUSIONES

1. En la CAE hay tres mercados relevantes de seguros de asistencia sanitaria que coinciden en su extensión con los Territorios Históricos: Álava, Bizkaia y Gipuzkoa.
2. En el periodo 1996-2005 estos tres mercados, que apenas han crecido en el número de asegurados, presentan índices de penetración bien diferenciados: desde un 7'9% en Gipuzkoa a un 20'2% en Bizkaia, pasando por un 12'3% en Álava, lo que, trasladado al conjunto de la CAE, alcanza a un 15% de la población. Las primas recaudadas, por su parte, se han incrementado en un 56,8%.

Por otra parte, destaca el trasvase de asegurados de pólizas individuales a colectivas privadas, hecho en el que el cambio en el tratamiento fiscal ha sido determinante.

3. A pesar de que la oferta de las empresas presenta similitudes (precio, cobertura, cuadro médico, asistencia hospitalaria), si nos atenemos al grado de concentración, los tres mercados relevantes presentan características diferenciadas que dan lugar a dos grupos⁹⁹:
 - Álava y Bizkaia, en las que la empresa líder ostenta, respectivamente, cuotas de mercado en torno al 69% (año 2005) y 88% (año 2006) del mercado por volumen de primas. Si recurrimos al índice IHH, arroja valores superiores a 5.500, lo que denota un alto nivel de concentración. En efecto, ADESLAS e IMQ gozan de posición de dominio en los mercados de Álava y Bizkaia respectivamente.
 - Gipuzkoa, mercado en el que, en 2006, la empresa líder alcanza el 38% de la cuota de mercado por volumen de primas en un mercado repartido, que se refleja en el valor del Índice IHH: 2.488, (que supera ligeramente el índice IHH: 1800 a partir del que se considera alto).
4. Los factores básicos en la constitución de la oferta y determinantes para la atracción de la demanda¹⁰⁰ del seguro de asistencia sanitaria son además del precio, los cuadros médicos y los servicios hospitalarios.

⁹⁹ En cuya conformación ha influido poderosamente la trayectoria o la fuerza con la que se implantaron los igualatorios, de ámbito provincial.

¹⁰⁰ Y cuya limitación (restricción o exclusividad) puede obstaculizar el acceso al mercado de otras compañías competidoras.

En la CAE existen algunas compañías como IMQ o ASISA en las que los propios médicos son indirectamente accionistas de las mismas. Aunque esta configuración podría suscitar dudas sobre el trato dado por los médicos accionistas a terceras aseguradoras, no se han detectado conductas restrictivas de la competencia. Al contrario, la realidad demuestra que los médicos, al margen de sus intereses accionariales, prestan servicios a un amplio abanico de empresas.

En cuanto a los servicios hospitalarios, se están registrando operaciones de concentración vertical, con una mayor presencia de aseguradoras que controlan hospitales, y operaciones de concentración horizontal, tanto entre aseguradoras como mediante la constitución de cadenas hospitalarias.

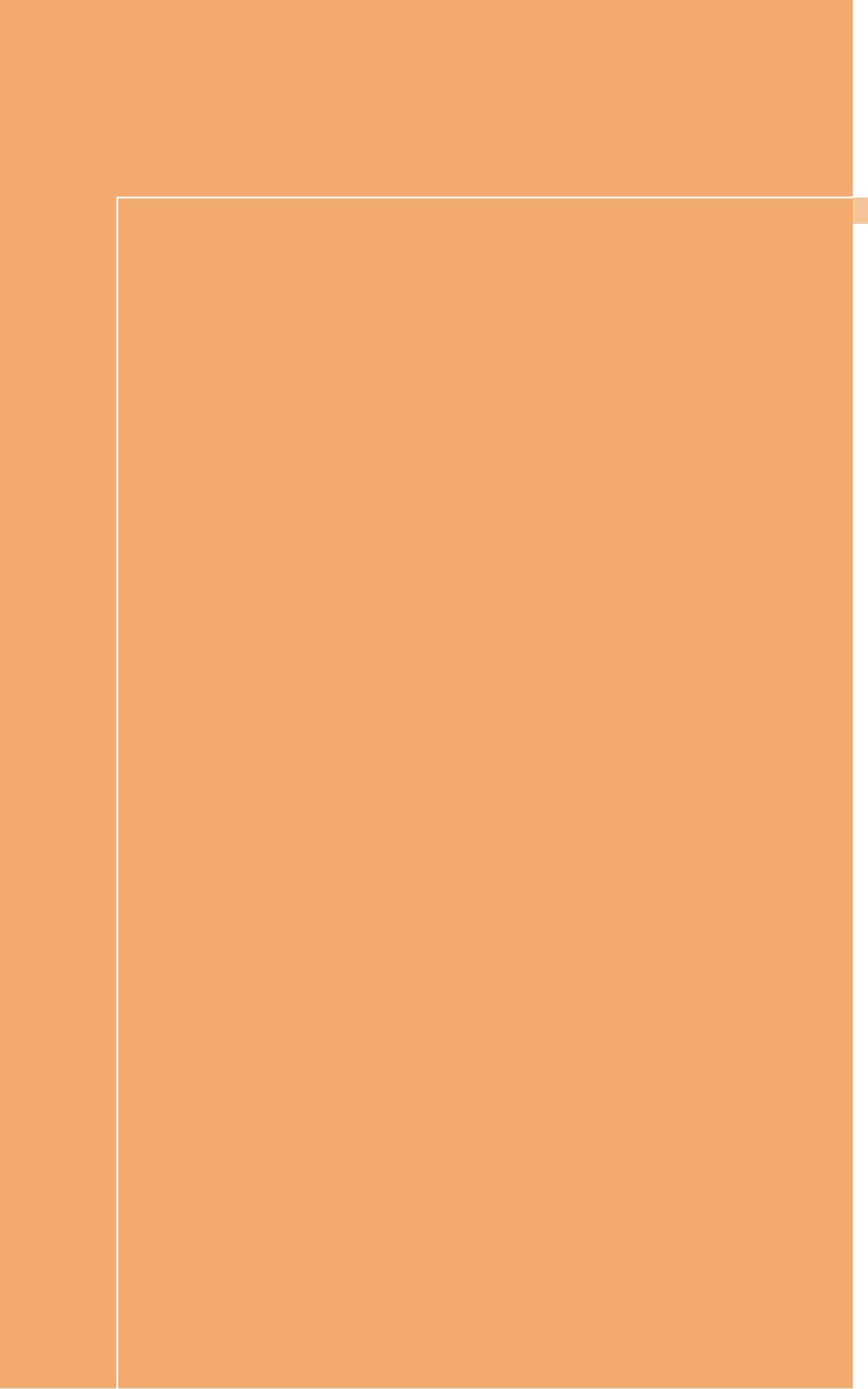
Hay libertad de concertación por parte de las aseguradoras y de los centros hospitalarios privados, de tal manera que la mayoría de las compañías aseguradoras mantienen acuerdos con varios hospitales.

5. No se han detectado barreras de entrada de tipo técnico-económico en el mercado de seguros de asistencia sanitaria ya que los volúmenes de inversión necesarios para iniciar la actividad son moderados, no existiendo importantes barreras bajo la forma de gastos en publicidad, tecnologías propietarias, etc.

Las barreras legales están dirigidas fundamentalmente a la tutela de los asegurados y beneficiarios amparados por un contrato de seguro y a la protección de los pacientes, por tanto se consideran necesarias, adecuadas y proporcionales al fin para el cual se han establecido.

Sí se han detectado barreras de entrada derivadas de la posición consolidada de que disfrutaban algunas empresas en el mercado de Bizkaia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANI FERNÁNDEZ (2006) «Cuota de mercado y poder de mercado» *Martínez Lage, S. y Petitbó Juan, A. (directores). «El abuso de la posición de dominio». Fundación Rafael del Pino.*

CNC, Comisión Nacional de la Competencia (antes TDC, Tribunal de Defensa de la Competencia).

COMISIÓN EUROPEA. Dirección General de la Competencia.

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES. Ministerio de Economía y Hacienda.

EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística. (Estadística de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica).

IBERN, P. (2005) «Políticas públicas y regulación de los seguros sanitarios». *Gaceta Sanitaria.*

ICEA, Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MONTIJANO GUARDIA, F. Boletín Económico de ICE nº 2688

TRIADÓ IVERN, X.M. (2003) «La doble cobertura sanitaria: análisis de las preferencias y oportunidades de mercado». *El médico interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad nº 892.*

UNESPA, Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

