

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

INFORME

EXPEDIENTE DE CONCENTRACIÓN ECONÓMICA C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS

EMPRESAS NOTIFICANTES: GRUPO IGUALMEQUISA, S. A. y COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S. A.

OBJETO: ADQUISICIÓN DEL CONTROL CONJUNTO DE LAS FILIALES, IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS E IQIMESA SEGUROS DE SALUD, S. A.

1. ANTECEDENTES	3
1.1. Remisión al Tribunal	3
1.2. Recepción del expediente y actuaciones del Tribunal	4
1.3. Personación y confidencialidad	5
2. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN	6
3. APLICACIÓN DE LA LEY DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA	9
4. PARTES INTERVINIENTES EN LA OPERACIÓN	9
4.1. EMPRESAS ADQUIRENTES	9
4.1.1. GRUPO IGUALMEQUISA, S.A. (IGUALMEQUISA)	9
4.1.2. COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. (ADESLAS).....	13
4.2. EMPRESAS ADQUIRIDAS	16
4.2.1. IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO S.A. DE SEGUROS (IMQ SEGUROS)	16
4.2.2. IQUIMESA SEGUROS DE SALUD, S.A. (IQUIMESA SEGUROS)	17
5. INFORMACION DE TERCEROS Y ALEGACIONES	17
5.1. Información de terceras partes	17
5.1.1. Información de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones	17
5.1.2. Información de ISFAS	18
5.1.3. Información de MUGEJU	18
5.1.4. Información de UNESPA.....	19
5.1.5. Información del CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS TITULADOS	19
5.1.6. Información de ARESA, SEGUROS GENERALES, S.A.....	19
5.1.7. Información de AXA AURORA IBERICA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	20
5.1.8. Información de DKV SEGUROS Y REASEGUROS S.A. ESPAÑOLA...20	
5.1.9. Información de MAPFRE CAJA SALUD DE SEGUROS y REASEGUROS, S.A.	21
5.1.10. Información de SEGURCAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	22
5.2. Alegaciones de terceras partes	22
5.2.1. Alegaciones del Departamento de Hacienda y Administración Pública del Gobierno Vasco.....	22
5.2.2. Alegaciones de SANITAS	24
5.3. Alegaciones del notificante	25
5.3.1. Alegaciones referentes al Informe del Servicio.....	25

5.3.3. Alegaciones referentes a las respuestas a la Nota Sucinta.....	27
5.3.4. Alegaciones finales.....	28
6. MERCADOS RELEVANTES	29
6.1. Mercado de producto o servicio	31
6.1.1. Servicios de seguro privado de asistencia sanitaria.....	35
6.1.2. Servicios de asistencia sanitaria privada	42
6.2. Mercado geográfico	46
6.2.1. Servicios de seguro de asistencia sanitaria	46
6.2.2. Servicios de asistencia sanitaria privada	48
7. ESTRUCTURA DE LOS MERCADOS Y CUOTAS DE MERCADO.....	50
7.1. Seguro privado de asistencia sanitaria.....	50
7.1.1. Seguro de asistencia sanitaria en Vizcaya	56
a. Seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección	58
b. Seguro de asistencia sanitaria concertado.....	59
7.1.2. Seguro de asistencia sanitaria en Álava.....	61
a. Seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección	63
b. Seguro de asistencia sanitaria concertado.....	63
7.2. Servicio de asistencia sanitaria.....	65
7.2.1. Servicio de asistencia sanitaria como prestación al seguro de asistencia sanitaria de libre elección en Vizcaya.....	68
7.2.2. Servicio de asistencia sanitaria como prestación al seguro de asistencia sanitaria concertado en Vizcaya.....	71
8. BARRERAS DE ENTRADA.....	73
8.1. Barreras legales	73
8.1.1. Barreras legales a la competencia seguros de asistencia sanitaria	73
8.1.2. Barreras legales a la competencia asistencia sanitaria privada	76
8.2. Barreras económicas.....	77
8.2.1. Reforzamiento de IGUALMEQUISA por la entrada de ADESLAS en el capital.....	77
8.2.2. Participación de los médicos en IMQ MÉDICOS.....	78
9. RELACIONES PREVIAS DE ADESLAS CON IGUALMEQUISA	80
10. COMPETENCIA EFECTIVA EN EL MERCADO DEL SEGURO CONCERTADO.....	82
11. EFECTOS SOBRE LA COMPETENCIA DERIVADOS DE LA OPERACIÓN	85
12. CONCLUSIONES	87
DICTAMEN.....	89

1. ANTECEDENTES

1.1. Remisión al Tribunal

El día 28 de julio de 2005 tuvo entrada en el Tribunal de Defensa de la Competencia (en adelante, el Tribunal) el expediente relativo a la operación de concentración económica N-05053 IGUALMEQUISA / ADESLAS / IMQ SEGUROS / IQUIMESA SEGUROS. La Dirección General de Defensa de la Competencia (el Servicio) remitió este expediente al Tribunal por orden del Sr. Vicepresidente Segundo del Gobierno y Ministro de Economía y Hacienda, con objeto de que, siguiendo las disposiciones del artículo 15.bis.1 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia¹, (en adelante, LDC) emita el preceptivo Informe.

Esta operación fue notificada al Servicio con fecha 20 de junio de 2005 conforme al artículo 15.1 de la LDC al superar los umbrales establecidos en el artículo 14.1 a) y b).

Con fecha 29 de junio de 2005 el Servicio requirió información complementaria que las partes remitieron con fecha 11 de julio de 2005. Atendiendo a lo anterior, la fecha límite para remitir el expediente al Tribunal resultaba ser el 1 de agosto de 2005 inclusive. Transcurrida dicha fecha, la operación notificada hubiese sido considerada tácitamente autorizada.

De conformidad con el art. 15.bis LDC, el Sr. Vicepresidente Segundo del Gobierno y Ministro de Economía y Hacienda remitió al Tribunal, para su informe, el citado proyecto de concentración económica al considerar que no se podía descartar que la operación notificada pudiera obstaculizar el mantenimiento de una competencia efectiva en el mercado.

El Tribunal ha de dictaminar al respecto, previa audiencia, en su caso, de los interesados. Para ello elabora este Informe en cumplimiento del art. 16 LDC analizando si el proyecto de operación obstaculiza el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado y, en su caso, si aporta alguna mejora en los términos previstos en el último párrafo del art. 16.1 LDC.

El Tribunal podrá solicitar así mismo aquella información que estime necesaria de cualquier persona natural o jurídica, en los términos previstos en el art. 29 LDC. El

¹ Vid. Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, (BOE 18-07-1989) www.tdcompetencia.es/normativa.asp#

Tribunal dispone de un plazo de dos meses para remitir su dictamen al Ministro de Economía y Hacienda para que lo eleve al Gobierno.

1.2. Recepción del expediente y actuaciones del Tribunal

El Tribunal ha referenciado el expediente como C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS y, de conformidad con lo establecido por el art. 14.1 del Real Decreto 1443/2001, de 21 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, en lo referente al control de las concentraciones económicas², (en adelante, RD 1443/2001) se ha designado Vocal ponente al Excmo. Sr. D. Julio Pascual y Vicente actuando como Secretario Técnico de la ponencia el Subdirector General de Informes, Ilmo. Sr. D. Antonio Maudes Gutiérrez.

El plazo del que dispone el Tribunal para elaborar su dictamen es de dos meses a contar desde el 28 de julio de 2005.

Con objeto de que los diferentes operadores económicos que pudieran verse afectados por la operación de concentración tuviesen la oportunidad de presentar sus alegaciones ante el Tribunal, se elaboró una Nota sucinta sobre los extremos fundamentales del expediente, de acuerdo con el art. 14.2 del RD 1443/2001. Dicha Nota fue puesta en conocimiento de los notificantes para que pudieran manifestar por escrito los extremos de la información contenida en la Nota que, en su opinión, debían mantenerse confidenciales.

Una vez declarada su conformidad con la misma, ésta fue remitida a competidores, clientes, proveedores, organismos públicos potencialmente interesados, asociaciones de consumidores y usuarios y asociaciones del sector que la Comisión consideró que podrían resultar afectadas, dándoles la oportunidad de exponer su criterio acerca de los posibles efectos sobre la competencia derivados de la operación de concentración.

Con fecha 29 de julio de 2005 el Tribunal envió a ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) una solicitud de información referente a los datos de seguros de salud (nueva producción y volumen de negocio) por comunidades y provincias de los años 2002, 2003, 2004 a disposición de dicha Asociación.

² Vid. Real Decreto 1443/2001, de 21 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, en lo referente al control de las concentraciones económicas, (BOE 18-01-2002) www.tdcompetencia.es/normativa.asp#

Con fecha 8 de agosto de 2005 el Tribunal envió una primera solicitud de información complementaria a IGUALMEQUISA y ADESLAS que las partes remitieron con fecha 10 de agosto de 2005. Con fecha 8 de septiembre de 2005 el Tribunal requirió de los Notificantes información adicional que fue recibida el 15 de septiembre de 2005

Con fecha 29 de agosto de 2005 se solicitó a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), el envío a este Tribunal de información actualizada relativa a la distribución del colectivo de mutualistas por entidades concertadas (incluyendo Seguridad Social), distinguiendo entre titulares y beneficiarios, para diversas demarcaciones territoriales.

Con fecha 15 de septiembre de 2005 se solicitó a la Tesorería General de la Seguridad Social diversas informaciones referentes al pago que las mutualidades de funcionarios abonan por las prestaciones que se conciertan con la Seguridad Social.

1.3. Personación y confidencialidad

El Departamento de Hacienda y Administración Pública del Gobierno Vasco solicitó por fax del 4 de agosto de 2005 ser declarada parte interesada en el expediente de concentración C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS.

Por escrito del 17 de agosto de 2005 la empresa SANITAS S.A. DE SEGUROS solicitó ser declarada parte interesada en el expediente de concentración C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS.

En escrito de fecha 5 de agosto de 2005, en virtud de lo dispuesto en el art. 53 de la LDC y del art. 15.1 del RD 1443/2001 el Tribunal se dirigió a los notificantes con el fin de que éstos pudieran solicitar la confidencialidad de aquellas informaciones que estimasen oportunas.

Con fecha 12 de agosto de 2005 los notificantes presentaron ante el Tribunal, por motivo de secreto comercial, solicitud de confidencialidad sobre diversos extremos de la Notificación y de la información adicional disponible.

El Tribunal resolvió mediante Auto de Confidencialidad de 5 de septiembre de 2005, de acuerdo con el artículo 53 de la LDC, estimar parcialmente la necesidad de mantener confidencial ciertos apartados de la Notificación y de la información adicional disponible solicitados por los Notificantes.

Así mismo, el Tribunal resolvió mediante sendos Autos sobre Personación de 5 de septiembre de 2005 considerar al Departamento de Hacienda y Administración Pública del Gobierno Vasco y a SANITAS S.A. DE SEGUROS como partes interesadas en este expediente.

2. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN

La operación de concentración notificada consiste en la adquisición del control conjunto por parte de IGUALMEQUISA y ADESLAS sobre las sociedades IMQ SEGUROS, filial de la primera, e IQUIMESA SEGUROS, filial de ADESLAS.

La modificación de la estructura de control y de las relaciones entre IGUALMEQUISA y ADESLAS dentro de IMQ SEGUROS se articulan, respectivamente, mediante un Convenio de Toma de Participación (el Convenio), de fecha [CONFIDENCIAL] 2004 y un Acuerdo entre Accionistas, que regulará las relaciones entre las empresas matrices dentro de la Sociedad participada, estableciendo las bases del gobierno, la administración y la gestión en la misma.

Los elementos fundamentales de la operación analizada son los siguientes:

- IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ), empresa participada al 100% por IGUALMEQUISA, se escinde³ totalmente de forma previa a su disolución y liquidación en dos entidades con personalidad jurídica propia: IMQ SEGUROS, que asume la actividad aseguradora de IMQ y es objeto de la presente operación de concentración e IMQ SERVICIOS que se encargará dentro del Grupo IGUALMEQUISA de la actividad relacionada con la prestación de servicios sanitarios o de otra especie.
- En cumplimiento del Convenio, IMQ SEGUROS procederá a una ampliación de capital que suscribirá exclusivamente ADESLAS. Adicionalmente, ADESLAS adquirirá de IGUALMEQUISA un porcentaje de su participación en IMQ SEGUROS. Como resultado de ambas operaciones, ADESLAS pasará a controlar el 25% del capital social de IMQ SEGUROS.
- Así mismo, ADESLAS dispondrá de dos opciones de compra [CONFIDENCIAL] IMQ SEGUROS.

³ La autorización de la escisión de la entidad Igualatorio Médico Quirúrgico, Sociedad Anónima de Seguros y la autorización para el ejercicio de la actividad aseguradora a la entidad Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros han sido concedidas por la Dirección General de Seguros y Planes de Pensiones, ORDEN EHA/2819/2005, de 5 de julio de 2005 (BOE 13-09-2005).

- ADESLAS escinde parcialmente su filial, IQUIMESA SEGUROS, separando las actividades de asistencia hospitalaria que son asignadas a IQUIMESA SERVICIOS SANITARIOS, S.L., bajo control exclusivo de ADESLAS.
- ADESLAS aportará como contravalor del capital suscrito en IMQ SEGUROS el 100% de su participación en IQUIMESA SEGUROS, una vez escindida, [CONFIDENCIAL].
- Finalmente, el Acuerdo entre Accionistas de IMQ SEGUROS dispone mayorías reforzadas [CONFIDENCIAL]. Dichas disposiciones permitirían a ADESLAS adquirir la capacidad de veto de las decisiones estratégicas en IMQ SEGUROS tomadas por IGUALMEQUISA y, por tanto, de ejercer una influencia decisiva sobre ésta.

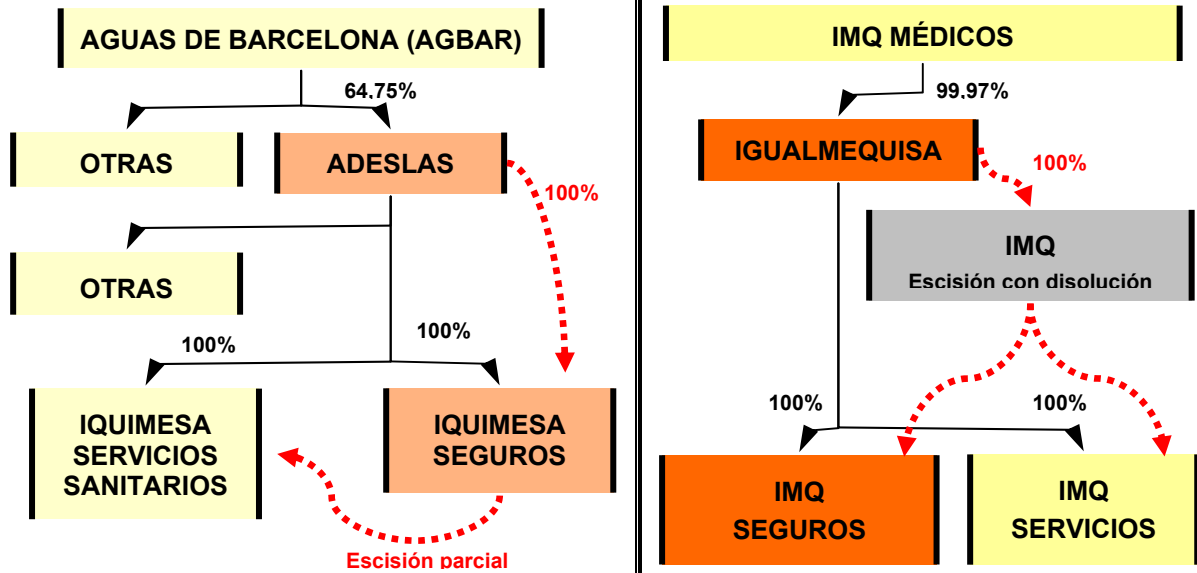
En definitiva, tanto IMQ SEGUROS, como IQUIMESA SEGUROS, (al haber sido aportado el 100% de su capital social a IMQ SEGUROS como contraprestación parcial por ADESLAS) estarán bajo el control conjunto de IGUALMEQUISA y ADESLAS, pasando las adquirentes a asumir el control conjunto sobre el negocio de seguros que cada una controlaba en exclusiva a través de las dos filiales adquiridas.

Sin embargo, tanto ADESLAS como IGUALMEQUISA retienen el control exclusivo sobre sus respectivos negocios de asistencia sanitaria.

El Convenio de [CONFIDENCIAL] 2004 indica que la ejecución de la operación está sujeta a las preceptivas autorizaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, (DGSFP) y de las autoridades nacionales de competencia.

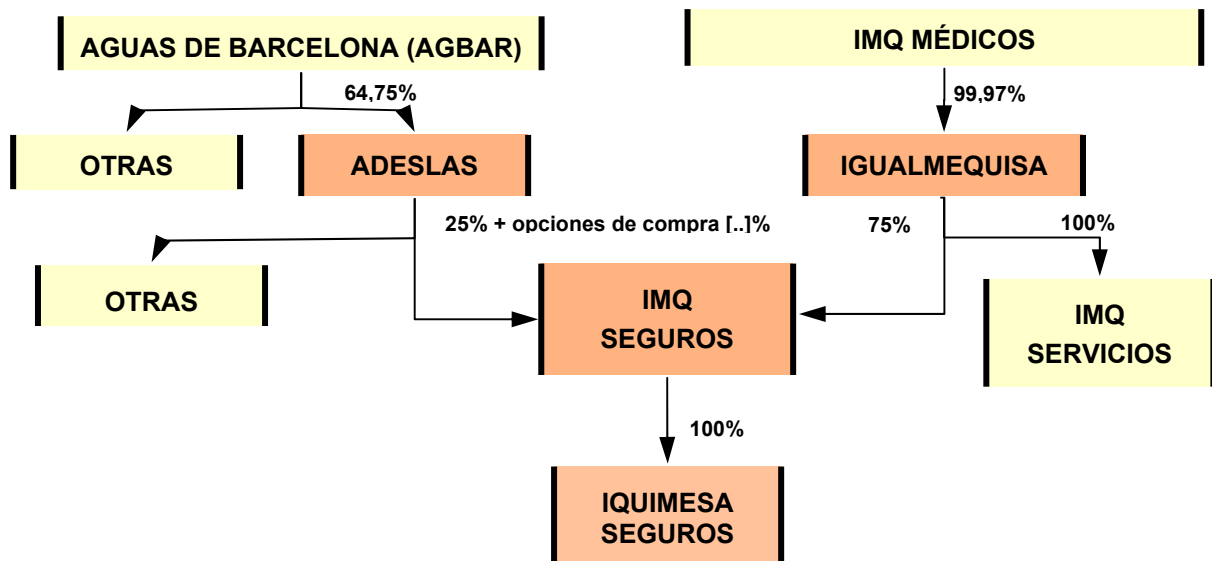
La representación gráfica de la operación y los cambios en la estructura accionarial pueden analizarse en los siguientes esquemas:

**Gráfico 1:
RELACIONES DE CONTROL GRUPOS EMPRESARIALES ANTES DE LA OPERACIÓN**



Nota: ■ Empresas partícipes operación de concentración.
- - - - -> Operaciones de escisión previas a la operación

**Gráfico 2:
RELACIONES DE CONTROL GRUPOS EMPRESARIALES DESPUÉS DE LA OPERACIÓN**



Nota: ■ Empresas partícipes operación de concentración.

3. APLICACIÓN DE LA LEY DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

A la vista de los datos aportados por los notificantes, en opinión de este Tribunal y de forma coincidente con el Servicio, la operación no entra en el ámbito de aplicación del Reglamento (CE) nº 139/2004⁴, de 20 de enero de 2004, sobre el control de las concentraciones entre empresas, al no alcanzarse los umbrales previstos en los apartados 2 y 3 de su artículo 1, por lo que la operación no tendría dimensión comunitaria.

La operación de concentración cumple, sin embargo, los requisitos previstos por la LDC⁵, para su notificación, al superarse los umbrales establecidos en las letras a) y b) del apartado 1 del artículo 14.

A esta operación le es de aplicación, por tanto, lo previsto en la Ley 16/1989, de Defensa de la Competencia (LDC) y el Real Decreto 1443/2001, de 21 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley en lo referente al control de las concentraciones económicas (RD 1443/2001).

4. PARTES INTERVINIENTES EN LA OPERACIÓN

4.1. EMPRESAS ADQUIRENTES

4.1.1. GRUPO IGUALMEQUISA, S.A. (IGUALMEQUISA)

GRUPO IGUALMEQUISA S.A. (en adelante, IGUALMEQUISA) es una sociedad constituida el 8 de agosto de 2003. Su principal objeto social es la tenencia y administración de valores de sus empresas filiales, subsidiarias y participadas.

IGUALMEQUISA es titular de las acciones de las dos sociedades en que se decidió escindir totalmente, con disolución y liquidación, el IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS (IMQ):

- IMQ SEGUROS⁶, a la que se asignará la actividad de seguros de asistencia sanitaria y de enfermedad en la provincia de Vizcaya y zonas limítrofes y es

⁴ Reglamento (CE) nº 139/2004 del Consejo, de 20 de enero, sobre el control de las concentraciones entre empresas DOUE L 24, 29.01.2004, Págs. 1-22.

<http://europa.eu.int/comm/competition/mergers/legislation/regulation/#implementing>

⁵ Vid. Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, (BOE 18-07-1989) www.tdcompetencia.es/normativa.asp#

⁶ IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS

- objeto de la presente operación de concentración e
- IMQ SERVICIOS⁷ a la que se aportarán las clínicas, centros médicos y demás sociedades de servicios de asistencia sanitaria, no siendo entidad aseguradora.

IGUALMEQUISA controla la séptima aseguradora médica del Estado por volumen de primas y es la principal empresa en dicho ramo en la provincia de Vizcaya. De hecho, el notificante indica en su página de Internet que “su índice de penetración, de un 20%, supera al de cualquier otra compañía nacional, ya que, uno de cada cinco vizcaínos es asegurado del IMQ⁸”.

A su vez, IGUALMEQUISA está controlada por SOCIEDAD DE MÉDICOS DEL IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. (en adelante, IMQ MÉDICOS)⁹.

Los socios de IMQ MÉDICOS, de acuerdo con sus estatutos¹⁰, son fundamentalmente los médicos pertenecientes al cuadro médico de IMQ o de sus sociedades sucesoras con participación en el capital social (denominados *accionistas médicos en activo*) y aquéllos que habiendo tenido la condición anterior han dejado de prestar sus servicios a IMQ (*accionistas médicos pasivos*).

En definitiva, el Grupo IGUALMEQUISA está controlado por una sociedad (IMQ MÉDICOS) cuyos accionistas son, esencialmente, un porcentaje elevado de los médicos que forman o han formado parte del cuadro médico de IMQ.

Así mismo, debe destacarse que el Grupo IGUALMEQUISA controla las siguientes sociedades:

- Auxiliar de Servicios Médicos, S.A.

⁷ SOCIEDAD DE SERVICIOS DEL IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO S.A.

⁸ Vid. Página Internet de IMQ: www.imq.es

⁹ Con anterioridad a la constitución de IMQ MÉDICOS en el año 2003, la propietaria del IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS, (IMQ) era la ASOCIACIÓN IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO Y DE ESPECIALIDADES, asociación profesional constituida conforme a la Ley 19/1977.

La Asociación se creó en 1934, prestando servicios de asistencia sanitaria a las familias de Vizcaya, que abonaban una cuota periódica o iguala, remunerando con posterioridad a los médicos en función de los servicios prestados.

En 1959, en cumplimiento de la Ley de Ordenación del Seguro Privado de 1954, que exigía la constitución en sociedad anónima a todas las entidades que desarrollaran la actividad de asistencia sanitaria se creó el IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A.U. DE SEGUROS.

Vid. Resolución del TDC Expediente 464/99, Aseguradoras Médicas Vizcaya. www.tdcompetencia.es

¹⁰ Vid. Estatutos Sociedad de Médicos del Igualatorio Médico Quirúrgico S.A., artículo 7, “Representación de las acciones”.

- 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.

El Grupo IGUALMEQUISA también participa en el capital de las siguientes empresas:

- Albia Resonancia, S.A.
- Centro de Scanner Vizcaya, S.A.
- Gestlab 98, S.L.
- Hemodinámica Vizcaya, S.A.

Las actividades desarrolladas por IGUALMEQUISA durante el año 2004 fueron las siguientes:

- Prestación de servicios de seguro de asistencia sanitaria.
- Prestación de servicios de asistencia sanitaria.

a. Prestación de servicios de seguro de asistencia sanitaria privada

IGUALMEQUISA presta servicios de seguro de asistencia sanitaria privada a través de su filial, IMQ, exclusivamente en la provincia de Vizcaya y zonas colindantes, principalmente Castro-Urdiales (Cantabria), Medina de Pomar (Burgos), Llodio (Álava) y Éibar (Guipúzcoa)¹¹.

De forma previa a la operación de concentración y con carácter general, IMQ ha sido tradicionalmente y es en la actualidad, la entidad colaboradora de ADESLAS en Vizcaya:

- Es la entidad subconcertada de ADESLAS en Vizcaya para las mutualidades de ámbito nacional (MUFACE, MUGEJU e ISFAS)¹².

¹¹ Los notificantes indican que, de hecho, dicha actividad es actividad vizcaína, no teniendo IMQ SEGUROS presencia empresarial en otras provincias.

¹² La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, MUFACE, creada en 1976, es un Organismo Público de la Administración del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Administraciones Públicas a través de la Secretaría de Estado para la Administración Pública que gestiona el Régimen Especial obligatorio de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

- El cuadro médico de IMQ SEGUROS es el que oferta ADESLAS a sus asegurados para sus necesidades sanitarias en la provincia de Vizcaya.
- Aparte de ADESLAS, IMQ SEGUROS no tiene convenios de carácter horizontal con ninguna otra compañía de seguros.

La actividad de seguros de asistencia sanitaria y de enfermedad en la provincia de Vizcaya y zonas limítrofes quedará asignada tras la escisión total de IMQ a IMQ SEGUROS, sociedad objeto de la presente operación de concentración.

b. Prestación de servicios de asistencia sanitaria privada

IGUALMEQUISA actúa además en el sector de la prestación de servicios de asistencia sanitaria privada a través de su filial IMQ.

Como oferente de servicios de asistencia sanitaria privada, IMQ está presente sólo en Vizcaya, donde cuenta con dos centros sanitarios: Clínica Vicente San Sebastián y Clínica Virgen Blanca.

Como demandante, IMQ requiere de servicios de atención médica y hospitalaria para las prestaciones derivadas de la cobertura de sus pólizas de seguro de asistencia sanitaria. A tal efecto, contrata el arrendamiento de servicios de profesionales de la medicina privada que incorpora al catálogo de servicios provinciales de la compañía y concierta con centros hospitalarios privados la asistencia sanitaria.

IMQ representa más de un 60% de la facturación de la asistencia hospitalaria privada en Vizcaya.

La Mutualidad General Judicial, MUGEJU, creada en 1978, es un Organismo Público de la Administración del Estado con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Justicia a través de la Secretaría de Estado de Justicia que gestiona el Régimen Especial obligatorio de Seguridad Social de los Funcionarios de la Administración de Justicia.

El Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ISFAS, creado en 1978, es un Organismo Público de la Administración del Estado con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Defensa a través de la Subsecretaría de Defensa que gestiona el Régimen Especial obligatorio de Seguridad Social del personal encuadrado en las Fuerzas Armadas.

El contenido de los tres organismos es la gestión del Mutualismo Administrativo y específicamente tienen encomendado garantizar a los respectivos afiliados y beneficiarios una adecuada prestación que cubra su posible necesidad de Asistencia Sanitaria.

c. Volumen de ventas

El volumen de ventas de IGUALMEQUISA¹³ en los tres últimos ejercicios económicos, conforme al Art. 3 del RD 1443/2001, es el siguiente:

Cuadro nº 1	VOLUMEN DE VENTAS GRUPO IGUALMEQUISA (millones de euros)		
	2002	2003	2004
MUNDIAL	118,97	131,00	141,54
UNIÓN EUROPEA	118,97	131,00	141,54
ESPAÑA	118,97	131,00	141,54

Fuente: Notificación.

NOTA: Se incluyen los ingresos derivados de las inversiones financieras y los ingresos de las empresas del grupo.

4.1.2. COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. (ADESLAS)

ADESLAS es una compañía aseguradora que opera en todo el territorio nacional, fundamentalmente, en el ámbito de los seguros de salud¹⁴. Está controlada por AGUAS DE BARCELONA, S.A. (AGBAR), que mantiene una participación del 64,75% en su capital social.

A su vez, AGBAR es una sociedad cotizada en Bolsa, cabecera de un grupo de sociedades que desarrollan actividades en diversos sectores, siendo los más relevantes, al margen de los seguros y la asistencia sanitaria, los de aguas y saneamiento, residuos, construcción e inspección y certificación.

De acuerdo con su Memoria Anual de 2004, ADESLAS es la primera aseguradora sanitaria de España. Cuenta con una cartera de cerca de 2,3 millones de asegurados a los que ofrece seguros de asistencia sanitaria, de asistencia dental y de accidentes.

a. Prestación de servicios de seguro de asistencia sanitaria privada

ADESLAS presta sus servicios de aseguramiento a clientes individuales, colectivos no públicos (trabajadores de una empresa, por ejemplo) y colectivos públicos

¹³ IMQ MÉDICOS, titular del 99,97% de las acciones de IGUALMEQUISA, no obtiene ingresos diferentes de los derivados de las actividades de las empresas del Grupo, por lo si se considerase a esa primera sociedad se obtendría el mismo volumen de ventas a los efectos del R.D. 1443/2001.

¹⁴ ADESLAS tiene por objeto social principal la práctica, en todo el territorio nacional, de operaciones de seguro privado comprendidas en los ramos de enfermedad, accidentes, asistencia y decesos

(funcionarios de una determinada administración y sus familiares) en todo el territorio nacional.

En el caso de las mutualidades nacionales de trabajadores públicos¹⁵ (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), ADESLAS presta sus servicios directamente en las provincias en que está presente y mediante convenios de reaseguro o subconcertos con otras compañías en Asturias, Cantabria, Ciudad Real, Guipúzcoa, Navarra y Vizcaya, en esta última a través de IMQ SEGUROS¹⁶.

En la provincia de Álava, ADESLAS presta sus servicios de seguro de asistencia sanitaria a través de IQUIMESA SEGUROS, empresa filial de ADESLAS cuyo ámbito de actuación comprende el territorio del País Vasco, si bien hasta ahora el negocio se ha generado principalmente en dicha provincia.

En la provincia de Vizcaya, ADESLAS e IMQ han mantenido tradicionalmente una estrecha relación, mediante distintos acuerdos de colaboración, reaseguro, coaseguro y subconcerto que se analizan en el apartado 9 del presente informe.

Finalmente, ADESLAS tiene participaciones directas o indirectas en varias sociedades aseguradoras, formando parte del Grupo ADESLAS a 31 de diciembre de 2004 las aseguradoras IQUIMESA SEGUROS, domiciliada en Vitoria, objeto de la operación notificada y LA NUEVA UNION DE SEGUROS S.A., domiciliada en Vigo.

b. Prestación de servicios de asistencia sanitaria privada

ADESLAS actúa también en el sector de la prestación de servicios de asistencia sanitaria privada directamente y a través de filiales.

Como oferente de servicios de asistencia sanitaria privada, ADESLAS está presente en 20 provincias del territorio nacional, donde cuenta con ocho hospitales propios, veinticinco policlínicos y cuatro clínicas dentales.

¹⁵ De hecho, ADESLAS indica que su nacimiento hace más de 30 años estuvo motivado por la prestación de asistencia sanitaria a los colectivos de funcionarios del Estado. En la actualidad, la compañía es el resultado de la agregación de numerosas compañías pequeñas e igualatorias provinciales y regionales.

¹⁶ Desde que ADESLAS se constituyó en sociedad anónima mercantil en 1984, viene manteniendo con IMQ SEGUROS relaciones de subconcertación del negocio procedente de las mutualidades nacionales de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), y de colaboración en materia de cobertura asistencial de desplazados ocasionales.

Cuadro nº 2		
CENTROS ADESLAS – SEPTIEMBRE 2005 (UNIDADES)		
TIPO CENTRO	PROVINCIA	NÚMERO DE CENTROS
CENTRO DENTAL		4
	Barcelona	1
	Madrid	3
CENTRO MÉDICO		25
	Alicante	2
	Almería	1
	Barcelona	3
	Castellón	1
	Granada	1
	Jaén	3
	La Coruña	1
	León	1
	Lugo	1
	Málaga	2
	Murcia	1
	Pontevedra	2
	Salamanca	1
	Sevilla	1
	Tarragona	1
	Tenerife	1
	Vitoria	1
	Zaragoza	1
HOSPITAL		8
	Alicante	1
	Almería	1
	Granada	1
	Lérida	1
	Madrid	1
	Málaga	1
	Pontevedra	1
	Zamora	1
TOTAL		37

Fuente: Notificantes y elaboración propia.

Como demandante, ADESLAS requiere de servicios de atención médica y hospitalaria para las prestaciones derivadas de la cobertura de sus pólizas de seguro de asistencia sanitaria. A tal efecto, contrata el arrendamiento de servicios de profesionales de la medicina privada que incorpora al catálogo de servicios de la compañía y concierta con centros hospitalarios privados la asistencia sanitaria¹⁷.

¹⁷ ADESLAS indica en su página de Internet que para la prestación de sus servicios cuenta con “un cuadro médico de 33.000 profesionales sanitarios de todas las especialidades y más de 1.100 centros de atención médico-asistencial, así como 214 puntos de atención al público”. www.adeslas.es

c. Volumen de ventas

El volumen de ventas del Grupo AGBAR en los tres últimos ejercicios económicos, conforme al Art. 3 del RD 1443/2001, es el siguiente:

Cuadro nº 3			
VOLUMEN DE VENTAS GRUPO AGBAR (millones de euros)			
	2002	2003	2004
MUNDIAL	2.555,66	2.676,54	2.499,32
Pro-memoria: ADESLAS MUNDIAL	611,67	733,34	829,88
UNIÓN EUROPEA	2.316,86	2.479,87	2.256,15
Pro-memoria: ADESLAS U.E.	611,67	733,34	829,88
ESPAÑA	2.280,94	2.448,57	2.237,75
Pro-memoria: ADESLAS ESPAÑA	611,67	733,34	829,88

NOTA: El volumen de ventas de ADESLAS se refieren a las primas consolidadas del grupo imputadas al ejercicio, incluidas las cesiones en reaseguro según consta en sus respectivas Memorias anuales.

Fuente: Notificación y elaboración propia.

4.2. EMPRESAS ADQUIRIDAS

4.2.1. IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO S.A. DE SEGUROS (IMQ SEGUROS)

IMQ SEGUROS es una de las dos¹⁸ sociedades resultantes de la escisión total con disolución y liquidación de IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. (IMQ).

Con la escisión se asignará a IMQ SEGUROS la actividad de seguros privados de asistencia sanitaria y de enfermedad en la provincia de Vizcaya y zonas limítrofes.

El Tribunal debe subrayar que el [60-70%] de los facultativos en activo del cuadro médico de IMQ SEGUROS son, a su vez, socios de IMQ MÉDICOS. Dichos *accionistas médicos en activo* representan el [60-70%] del capital social de IMQ MÉDICOS, empresa que controla, por su parte, el 99,97% de IGUALMEQUISA y, por tanto, a través de ésta, los *accionistas médicos en activo* son propietarios indirectos de la compañía aseguradora que se pone en participación con ADESLAS.

¹⁸ La otra sociedad resultante de la escisión total con disolución y liquidación de IMQ es IMQ SERVICIOS a la que se aportarán las clínicas, centros médicos y demás sociedades de servicios de asistencia sanitaria, no formando parte de la presente operación de concentración y manteniendo IGUALMEQUISA el control sobre dicha empresa.

Los ingresos por primas de IMQ ascendieron en 2004 a 114,5 millones de euros. A 31 de diciembre del 2004 contaba con [200.000-250.000] asegurados, de los cuales el [85-95]% [CONFIDENCIAL] correspondían a asistencia sanitaria.

4.2.2. IQUIMESA SEGUROS DE SALUD, S.A. (IQUIMESA SEGUROS)

IQUIMESA SEGUROS es una sociedad perteneciente a ADESLAS que, como consecuencia de la operación, será aportada a IMQ SEGUROS.

IQUIMESA SEGUROS, con anterioridad a la operación de concentración, se escindirá parcialmente, separando las actividades de asistencia hospitalaria, incluida la propiedad del Centro Médico América, siendo éstos asignados a IQUIMESA SERVICIOS SANITARIOS, S.L., que seguirá bajo control exclusivo de ADESLAS.

De esta forma queda en IQUIMESA SEGUROS, exclusivamente, la actividad de seguros privados de asistencia sanitaria.

Su ámbito de actuación comprende el territorio del País Vasco, si bien hasta ahora el negocio se ha generado principalmente en la provincia de Álava.

En el ejercicio 2004, obtuvo unos ingresos por primas de seguro de 11,1 millones de euros, computados en los volúmenes de ventas de AGBAR y de ADESLAS y contaba con [10.000-60.000] asegurados en asistencia sanitaria.

5. INFORMACION DE TERCEROS Y ALEGACIONES

5.1. Información de terceras partes

5.1.1. Información de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

En respuesta a la Nota Sucinta, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones confirma al Tribunal de Defensa de la Competencia la constitución de Igualatorio Médico, S.A. de Seguros y Reaseguros (IMQ SEGUROS), una nueva entidad aseguradora, autorizada para realizar actividad aseguradora privada, en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en todas las modalidades del ramo de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria), ramo número 2 de la clasificación establecida en el art. 6.1.a) del Texto Refundido de la Ley de Ordenación

y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2.004, de 29 de octubre, otorgando la cobertura de accidentes como riesgo accesorio del ramo de enfermedad.

En referencia a la concentración analizada, la DGSFP indica que “independientemente de aquellas cuestiones que podrían afectar a la competencia y que son ajenas a este organismo, no cabe formular objeción alguna a la citada operación”. Indicando adicionalmente que “la operación de concentración examinada supondría, en última instancia, *institucionalizar* una relación mantenida durante más de veinte años, transformando en relación accionarial lo que hasta el momento había constituido una mera relación de colaboración entre ambas entidades. Ello implicaría, en opinión de la DGSFP, “una agilización en las operaciones de reaseguro y de coaseguro concertadas, consecuencia del aprovechamiento de las sinergias generadas, facilitando la operativa de ambas entidades en el mercado asegurador de Vizcaya”.

5.1.2. Información de ISFAS

En su contestación a la Nota Sucinta remitida por el Tribunal, el INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISFAS) no formula objeción alguna al proceso de concentración analizado indicando que:

- Dicha operación no afecta al contenido del Concierto suscrito por ISFAS con ADESLAS, (entre otras entidades de seguro), para la asistencia sanitaria del colectivo de beneficiarios del ISFAS.
- ADESLAS mantendrá el control exclusivo sobre su negocio de asistencia sanitaria, lo cual garantiza que la oferta de servicios de ADESLAS continúa siendo adecuada y cubre suficientemente las necesidades de los afiliados de ISFAS.

Adicionalmente, ISFAS ha aportado información solicitada por el Tribunal relativa a las entidades de seguro concertadas con el ISFAS de mayor implantación en el territorio del País Vasco.

5.1.3. Información de MUGEJU

Como respuesta a la Nota Sucinta enviada, la MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL (MUGEJU) informa al Tribunal que MUGEJU mantiene suscrito Concierto de Asistencia Sanitaria con Entidades Médicas de seguro al objeto de facilitar asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUGEJU.

Las Entidades concertadas, entre las que se encuentra ADESLAS, deben asumir el clausulado del mismo, obligándose a prestar asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, bien con medios propios o con medios concertados (Cláusula 1.1 del Concierto).

MUGEJU indica que “partiendo de esta premisa de obligación de cobertura, y de relación exclusiva de MUGEJU con cada Entidad que suscribe el concierto, el expediente de concentración que se plantea no debería tener incidencia sobre la gestión asistencial de MUGEJU”, ya que “los beneficiarios deben seguir teniendo la cobertura asistencial asegurada por la Entidad a la que estén adscritos y si la estructura jurídica o económica de la misma, o de sus medios concertados, varía, no debe quedar afectada la obligación asumida ante MUGEJU”.

5.1.4. Información de UNESPA

En respuesta a la Nota sucinta, la UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS (UNESPA), indicó exclusivamente que no tiene alegaciones que formular en el expediente C89/05 IGUALATORIOS MÉDICOS.

5.1.5. Información del CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS TITULADOS

En contestación a la Nota sucinta remitida por el Tribunal, el Consejo General de los Colegios de Mediadores de Seguros Titulados indica que “no se encuentra afectado particularmente por esta operación”.

Así mismo, el Consejo General indica haber recabado información de los Colegios de Mediadores de Seguros Titulados de Vizcaya y Álava, los cuales manifiestan que la operación analizada no obstaculiza, en su opinión, el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado.

5.1.6. Información de ARESA, SEGUROS GENERALES, S.A.

Como respuesta a la Nota sucinta, ARESA señala que, en términos generales, la actividad del Seguro de Asistencia Sanitaria ha estado tradicionalmente muy dividida entre un número de Entidades (Compañías de Seguros y Entidades de Previsión Social) muy superior al razonable.

ARESA considera que el proceso de concentración de dichas entidades debe, en principio, considerarse acertado y es favorable para la economía nacional y para el

desempeño de la propia actividad, ya que sin concentraciones no se podrán alcanzar las necesarias economías de escala.

ARESA concluye indicando que “dado el elevado número de entidades que actúa hoy en el Ramo del Seguro de Enfermedad, en la modalidad de Asistencia Sanitaria, no existe riesgo de que se produzcan efectos contrarios a una correcta competencia; en las zonas territoriales a que afecta esta operación se podrán mantener, según nuestro criterio, servicios alternativos con facilidad”.

5.1.7. Información de AXA AURORA IBERICA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS

Como respuesta a la Nota Sucinta enviada por el Tribunal, AXA AURORA IBERICA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (AXA) facilita la siguiente información:

“De acuerdo a la información de que disponemos sobre el proyecto de concentración económica de referencia, nuestra Compañía no observa que existan factores que puedan obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado en el que operan las sociedades intervinientes, ya que el resultado de la operación producirá un cambio o reparto en el control de sus respectivas filiales operativas en un ámbito geográfico limitado a una parte del territorio nacional y en un ramo de actividad muy específico”.

5.1.8. Información de DKV SEGUROS Y REASEGUROS S.A. ESPAÑOLA

En su contestación a la Nota Sucinta del Tribunal, DKV SEGUROS indica que “sin perjuicio de que ésta entidad no dispone de la información completa del número de entidades y asegurados ajenos al control del Grupo Asegurador ADESLAS y Sociedades participadas/vinculadas y/o dependientes, es obvio que la adquisición/concentración de las sociedades de seguros existentes que operan en el mismo ramo –enfermedad-, así como a la posible propiedad del Centro Hospitalario Privado existente en Vitoria, conforma ya un conglomerado empresarial que, no solamente supondría la concentración en casi un solo operador de la expresada actividad sectorial, sino que de “facto” resulta un monopolio asegurador concurrente posiblemente con la actividad asistencial-hospitalaria, que dejaría en manos del operador único la capacidad de regulación de precios”.

Adicionalmente, DKV indica que

- Actualmente los facultativos sólo suscriben contrato de prestación de servicios con ADESLAS o sus participadas.

- La misma situación monopolística por parte de ADESLAS que existe en Álava existe en Vizcaya, a través del acuerdo al que se alcanzó con el Igualatorio de Bilbao en el año 2004.

DKV concluye indicando que “entendemos que procede que ADESLAS se desprenda del porcentaje de negocio asegurador (y asistencial-hospitalario), que se determine”.

5.1.9. Información de MAPFRE CAJA SALUD DE SEGUROS y REASEGUROS, S.A.

En escrito de respuesta a la Nota Sucinta del Tribunal, MAPFRE - CAJA SALUD indica que la operación afectará a los seguros de enfermedad o seguros de salud, fundamentalmente, en su modalidad de asistencia sanitaria, consistiendo la prestación de la aseguradora en la organización de los medios materiales para que la provisión de servicios de salud sea posible.

Así mismo, MAPFRE - CAJA SALUD considera que el mercado geográfico tiene ámbito provincial, exponiendo que dicha “cuestión viene marcada por la propia legislación de seguros que puede exigir, en relación con el capital social de las mismas, un ámbito de actuación limitado a una zona geográfica”.

MAPFRE - CAJA SALUD aporta información referente a diversas estadísticas del sector de seguros e información interna sobre costes, indicando que:

- La posición del resto de los operadores económicos se verá muy debilitada con respecto a la ya difícil situación actual.
- Debe de valorarse el hecho de que ADESLAS e IGUALMEQUISA renuncian a la competencia directa en ambas provincias.
- Ya en la actualidad las compañías aseguradoras distintas de los Notificantes no disponen de capacidad para la concertación de servicios médicos, asistenciales y camas hospitalarias a precios competitivos que no supongan unas diferencias sustanciales con los baremos que se aplican en otras provincias, lo cual se verá incrementado tras el proceso de concentración. (Se subraya la estrecha relación existente entre la compañía aseguradora o igualatorio y el prestatario del servicio en los seguros de asistencia sanitaria).
- La operación no supondrá una mejora para el conjunto de asegurados de Vizcaya y Álava, así como para los médicos y clínicas que actualmente colaboran con todas las Compañías Aseguradoras de dichas zonas geográficas.

Por último, se señala que, en su opinión, la inexistencia de sustituibilidad de la oferta, unido a la presencia de barreras de entrada legales (normativa de seguros) y económicas

(naturaleza de la prestación), contribuirán a reforzar la posición de dominio de los Notificantes en caso de producirse la operación de concentración.

5.1.10. Información de SEGURCAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS

En respuesta a la Nota sucinta del Tribunal, SEGURCAIXA indica que “a criterio de esta Entidad basado en su conocimiento del sector asegurador nacional, la operación descrita en la Nota remitida es neutra para el mercado asegurador de referencia”.

SEGURCAIXA argumenta dicha valoración indicando que, en su opinión:

- La operación no supone ninguna novedad con respecto a la situación preexistente de colaboración entre IMQ y ADESLAS, conocida sobradamente por todos los operadores del mercado.
- La operación notificada no altera de ninguna forma la situación actual del mercado por lo que se considera que no obstaculiza el mantenimiento de una competencia efectiva en el mercado de referencia.

Así mismo, SEGURCAIXA considera que la operación de concentración analizada aporta a los consumidores y usuarios “los beneficios que viene suponiendo la colaboración de dos entidades aseguradoras especializadas en seguros de salud”.

5.2. Alegaciones de terceras partes

5.2.1. Alegaciones del Departamento de Hacienda y Administración Pública del Gobierno Vasco

Con fecha 16 de septiembre de 2005, el Tribunal recibió un escrito mediante el cual el Departamento de Hacienda y Administración Pública del Gobierno Vasco (en adelante, GOBIERNO VASCO) hace constar su posición respecto a la concentración objeto de este Informe.

De esta manera, el GOBIERNO VASCO, tras manifestar la dificultad que supone encuadrar el sector afectado dentro de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas, por poseer una doble vertiente médico-asistencial y aseguradora, detalla las principales magnitudes que, a su juicio, resultan relevantes, tal como se encuentran recogidas en la “Estadística de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica” elaborada por EUSTAT. Así, su escrito incluye datos (referidos a la Comunidad Autónoma Vasca en su conjunto y a las provincias que la componen individualizadamente) sobre el número de entidades, número de pólizas, personal asegurado, facturación, recursos de personal y actividad asistencial.

Posteriormente, el GOBIERNO VASCO destaca una serie de aspectos relativos a la operación:

- La concentración se fundamenta en virtud de una decisión estratégica de los Notificantes, en un marco de diversificación de productos, servicios y mercados, al enfrentarse éstas a un mercado maduro, con poco crecimiento que dificulta la capitalización de la empresa agravada por la política de retirada de beneficios generados por sus socios.
- La entrada de Adeslas en IMQ seguros vendría, así, a configurarse como una forma de aumentar la capacidad financiera, de generar sinergias y de mejorar el servicio, mediante una operación en varias fases de cruce de participaciones.

Por tanto, el GOBIERNO VASCO estima que la operación podría conllevar los siguientes efectos en los mercados afectados:

- La existencia en el sector de compañías solventes, adecuadamente capitalizadas y bien implantadas, permitiría la generación de economías de escala y se traduce en una gran confianza por parte de los consumidores.
- La entrada de ADESLAS en el capital y control de IMQ SEGUROS supondría un fortalecimiento financiero de ésta y la previsible aportación de sinergias, provocando ello una mayor fortaleza de las compañías y una mayor garantía a sus clientes.
- Desde el punto de vista económico, el poder de mercado depende de cómo se comporten las empresas al establecer los precios, lo que, en opinión de la alegante, no debe achacarse exclusivamente a la cuota de mercado que tengan.

Finalmente, el GOBIERNO VASCO entiende que la mera alusión a las cuotas de mercado de las Partes en los mercados afectados no resulta argumento suficiente para suponer un encarecimiento o una disminución de las primas de seguro de cara a los consumidores de la CAE. En alusión al mercado relevante, el documento aportado estima que:

- Desde la perspectiva del mercado horizontal, la gama de productos y servicios ofrecida no queda afectada, en la medida en que será la propia demanda de los asegurados la que en gran medida vaya condicionando la oferta de los mismos y su evolución futura.
- Desde un punto de vista de mercado vertical, son los factores de producción, en este caso las instalaciones y los profesionales médicos, los que han de ser tenidos en consideración, siendo relevante a estos efectos que una elevada proporción de los facultativos presta servicios a más de una compañía aseguradora.

- Dados los esquema de colaboración, asistencia y coaseguro que marcan el funcionamiento de IMQ y Adeslas, no se vislumbra una incidencia directa de la operación en el colectivo de clientes y beneficiarios de los servicios de estas dos entidades en la CAE.
- A tenor de las características del sector del seguro de asistencia sanitaria, el hecho de que la posición dominante de las compañías objeto de la operación pudiese, eventualmente, dificultar la mayor penetración de la competencia, no resultaría directamente imputable a la operación propiamente dicha.

Por todo ello, el GOBIERNO VASCO concluye que la operación no incide de manera determinante en las posibilidades de elección de los consumidores ni en las condiciones de oferta y demanda en el mercado de la Comunidad Autónoma vasca.

5.2.2. Alegaciones de SANITAS

Como respuesta a la Nota Sucinta enviada por el Tribunal, SANITAS, S.A. DE SEGUROS facilita la siguiente información:

- SANITAS considera que, geográficamente, el mercado relevante tiene ámbito provincial, circunscribiéndose, en este caso a las provincias de Vizcaya y Álava.
- El mercado relevante de producto incluiría, en opinión de SANITAS, los servicios de asistencia médica y sanitaria, contratados mediante el seguro voluntario de carácter privado, prestados por entidades aseguradoras, siendo necesaria la contratación de un cuadro médico de medicina general y especializada y los servicios de uno o varios centros sanitarios para la cobertura del riesgo de asistencia sanitaria en la actividad médico-quirúrgica o de internamiento.

Por otro lado, SANITAS indica que:

- Es fundamental, para las entidades aseguradoras que operan en el ramo de enfermedad, la provisión médica y hospitalaria concertada.
- IMQ SEGUROS, S.A. cuenta con la provisión sanitaria privada más importante de Vizcaya a través de su sociedad IMQ Servicios (Clínica Vicente San Sebastián y Clínica Virgen Blanca) además de prestar servicios asistenciales (Medicina Nuclear, Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Oncología y otros) de los que no dispone ningún otro centro sanitario privado en esta provincia, y cuya concertación resulta esencial para otras compañías aseguradoras privadas en dicho mercado.
- La provisión asistencial propia de IMQ y su capacidad para negociar acuerdos más ventajosos que sus competidores con el resto de centros y profesionales, en base a su gran volumen de asegurados, hacen previsible que sus productos aseguradores, cuenten con un cuadro asistencial similar o superior al de sus competidores por un coste inferior.

- Esta situación también redundará en el cálculo de la prima de seguro, que constituye el precio del seguro, donde IMQ con un gasto más controlado y un volumen de asegurados muy superior, podrá provisionar y calcular la prima de sus pólizas a un precio sensiblemente inferior a sus competidores.

Como conclusión, SANITAS estima que:

- La situación en esta zona geográfica de la provisión sanitaria asistencial, unida a la indiscutible hegemonía del Grupo IMQ respecto a sus competidores, que podría agravarse de llevarse a cabo la proyectada operación de concentración objeto de estas alegaciones representan barreras para la entrada de nuevos competidores en este mercado e incluso para la permanencia de los competidores existentes actualmente.
- El Grupo IMQ, como resultado de la concentración económica prevista, ocupará una posición de absoluto dominio en los mercados relevantes de Vizcaya y Álava, que podría tener consecuencias perjudiciales para la competencia y por tanto para los consumidores, sobre todo en lo que se refiere a la prestación de la asistencia sanitaria general y especializada.

5.3. Alegaciones del notificante

En escritos del 8 de agosto, de 1 de septiembre y de 20 de septiembre de 2005, IGUALMEQUISA y ADESLAS realizan diversas alegaciones referentes a la operación de concentración que son resumidas a continuación.

5.3.1. Alegaciones referentes al Informe del Servicio

En su escrito de alegaciones de 8 de agosto de 2005, los representantes legales de los Notificantes exponen las siguientes opiniones referentes al Informe del Servicio:

- En lo que concierne a la posición de los Notificantes en los mercados geográficos relevantes, se indica:
 - La incorrección de las cifras relativas a Vizcaya consideradas en el seguro colectivo público (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). El incremento en este segmento en el período 2002-2004 sin duda deriva de un error en los datos de ICEA¹⁹ que sirven de base para el cálculo. Dichos datos son correctos

¹⁹ Debido a que el número de asegurados de seguro público colectivo de IMQ SEGUROS / ADESLAS en Vizcaya se mantiene prácticamente constante en los años 2002-2004 [~20.000] asegurados y que los competidores que operan en el mercado vizcaíno en este segmento permanecen presentes, puede concluirse que el incremento en cuota de 45 puntos se debe a un error de los datos. No es, en definitiva, correcto que en año 2003 los asegurados concertados en Vizcaya se hayan reducido a

en lo que respecta al año 2004 (en cuanto se refiere al número de asegurados totales) pero no en los años anteriores.

- Por otro lado, según los Notificantes, la posición de IMQ SEGUROS, de culminarse la concentración, “no significa modificación alguna de la situación existente hasta la fecha desde hace muchos años”, respondiendo la lógica económica de la operación a razones de consolidación de la relación de colaboración entre las Partes, ya existente en todo caso.

— Respecto al mercado hospitalario:

- Los notificantes consideran artificiosa la distinción dentro de este mercado entre el área de Bilbao y el resto de la provincia de Vizcaya, a efectos de calcular el porcentaje de camas hospitalarias bajo el control de IMQ SERVICIOS.
- Así mismo argumentan que la operación no produce efecto alguno en dicho mercado, ya que, en su opinión, resulta irrelevante a efectos de competencia el porcentaje de control de que la filial de IGUALMEQUISA, IMQ SEGUROS, disfrute sobre ciertas clínicas privadas, toda vez que todos los operadores en el mercado de seguros tienen acceso a todos los operadores del mercado de servicios hospitalarios.
- Adicionalmente, IMQ SEGUROS opera de manera indistinta con todos los proveedores de dichos servicios, debido a que en las pólizas de seguro se prevé la libertad de elección de facultativo y centro.

— En lo que se refiere a la composición del cuadro médico:

- Los Notificantes consideran que no es relevante el hecho de que los facultativos integrantes del cuadro médico de IMQ SERVICIOS sean al tiempo accionistas indirectos de esta compañía a la hora de plantear un cambio en la conducta de los facultativos hacia los asegurados por otras compañías.
- Se indica adicionalmente que la relación de estrecha colaboración entre ADESLAS e IGUALMEQUISA viene sucediendo desde hace mucho tiempo, con lo cual no habría lugar a un cambio de conducta en este momento, la cual, por otra parte, sería incompatible tanto con la lógica económica de los mencionados accionistas como con los códigos deontológicos de la profesión.

— Por último, en lo que concierne a las relaciones de IMQ SEGUROS con otras aseguradoras:

- Los Notificantes indican que IMQ SEGUROS no debe contar con el consentimiento de ADESLAS para contratar subconciertos con otros

menos de la mitad, pasando de 61.470 personas a 27.514. La segunda cifra parece, según los Notificantes, la correcta.

operadores de seguros de asistencia sanitaria, señalando que dicha posibilidad carecería de racionalidad económica, e incluso en su caso, sería perfectamente posible para IMQ SEGUROS subconcertar con independencia de la voluntad de ADESLAS, a tenor de las estipulaciones contenidas en el Convenio de Toma de Participación.

- ADESLAS tampoco encontraría justificación económica en oponerse a un incremento de lo que tras la concentración constituirá parte de su propio objeto de negocio (prestación de servicios hospitalarios) en el mercado geográfico de referencia.

5.3.2. Alegaciones referentes a las respuestas a la Nota Sucinta

En su escrito de alegaciones de 1 de septiembre de 2005, los representantes legales de los Notificantes exponen las siguientes opiniones referentes a las consideraciones de MAPFRE, SANITAS y DKV SEGUROS, quienes plantearon ciertas objeciones a la operación en cuestión en su respuesta a la Nota Sucinta enviada por el Tribunal:

- La operación no refuerza el poder de mercado de sus participantes, siendo neutral frente a terceros al no modificarse, en su opinión, la situación de mercado existente con anterioridad a su ejecución ni la posición en los mercados relevantes o verticales relacionados de las compañías afectadas por la misma.
- Se alega que la posición de dominio que pudiesen ostentar los Notificantes no constituye, en sí, acto ilícito²⁰, y que dicha situación no se correspondería con una posición de monopolio de las mismas; ni, en su opinión, existe riesgo de ser así en el futuro, puesto que otras compañías competidoras han conseguido penetrar en los mercados afectados, a pesar de la relativa madurez de los mismos. Esta cuestión resultaría distinta, según los Notificantes, de la dificultad de los nuevos competidores para modificar la fidelidad que el cliente manifiesta hacia los operadores ya establecidos.
- Los Notificantes inciden, finalmente, en las diferentes opiniones expresadas por los competidores en los mercados afectados, indicando que dicha disparidad revela la existencia de una dinámica competitiva cumpliéndose, en todo caso, el requisito de que nuevos agentes puedan potencialmente implantarse en el mercado y concurrir a la oferta.

²⁰ En este punto, el Tribunal debe indicar que la segunda fase del proceso de control de concentraciones tiene por objeto emitir un informe no vinculante, a remitir al Ministro de Economía y Hacienda para su elevación al Gobierno, apreciando si un proyecto u operación de concentración puede obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado, basando el análisis en sus efectos restrictivos, previsibles o constatados. En este procedimiento no se determina la licitud o ilicitud de posibles prácticas restrictivas a la competencia.

Por otro lado, se desarrollan diversas consideraciones relativas a la provisión sanitaria, cuestión de particular importancia para las empresas que contestaron a la Nota Sucinta objetando a la operación:

- Los Notificantes opinan que no es cierto que la operación restrinja la capacidad de la demanda de servicios sanitarios de contratar competitivamente dichos servicios, no resultando la envergadura de los cuadros médicos de los distintos operadores razón para argumentar dicha restricción, ya que la oferta de servicios guarda relación con la cantidad de destinatarios. Por añadidura, la aludida situación, de producirse, no guardaría relación con la presente operación.
- Los Notificantes consideran que existe una contradicción en el argumento de las empresas objetantes cuando afirma que IMQ seguros impone condiciones contractuales desventajosas para los médicos (en tal caso, indican, los operadores verían incrementada sus posibilidades de contratación con los facultativos), y al mismo tiempo sostener que los competidores no pueden contratar servicios médicos a precios competitivos.
- No existe barrera alguna a la provisión de servicios sanitarios, ya que:
 - Todos los operadores tienen contacto con todas y cada una de las clínicas en Vizcaya, como muestran documentos de las propias empresas objetantes.
 - Un porcentaje muy elevado de los facultativos pertenecientes al cuadro de IMQ SEGUROS, incluso siendo accionistas indirectos de dicha compañía, también pertenecen simultáneamente a los cuadros de otras operadoras, particularmente médicos especialistas.
 - Los precios de los servicios médicos, más caros en las provincias de Vizcaya y Álava, vendrían justificados por la diferencia en el nivel de vida de las distintas provincias y por tanto con los honorarios que los facultativos reciben de las distintas operadoras, como IMQ SEGUROS que, por añadidura, es la empresa con el coste operativo más alto del sector.

Tenidas en cuenta las mencionadas afirmaciones, los Notificantes concluyen que no existe actuación contractual alguna entre ellas que limite, dificulte o impida la competencia efectiva, y en particular la posibilidad de contratación de servicios médicos por terceros operadores.

5.3.3. Alegaciones finales

En sus alegaciones finales, los Notificantes destacan el resultado del traslado de la nota sucinta a todos aquellos a quienes el TDC consideró posibles afectados: La mayor parte de los notificados no dio respuesta alguna; y, dentro de quienes sí la dieron, todos excepto tres entendieron bien que la operación no les afectaba, bien que consideraban positiva la Operación. Los Notificantes destacan a la compañía AXA, la

aseguradora de mayor implantación en la provincia de Vizcaya, la competidora, ARESA y, especialmente, a USP EUROPE -relevante compañía en el sector hospitalario-.

Adicionalmente, los Notificantes subrayan el parecer favorable a la operación de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, expresado a través del Departamento de Economía y Administración Pública.

Los notificantes solicitan, finalmente, remitirse y reiterar las alegaciones aducidas durante la tramitación del expediente ante el Tribunal y, en concreto, las formuladas el 8 de agosto de 2005 y el 1 de septiembre de 2005, recogidas previamente en este Informe.

6. MERCADOS RELEVANTES

La definición del mercado relevante, desde la doble perspectiva del producto y área geográfica, tiene un significado esencial en el control de concentraciones.

Para conocer si una operación de concentración puede obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva resulta necesario calcular el poder de mercado de las empresas participantes en la concentración y de la empresa o empresas resultantes en aquellos mercados donde desarrollan su actividad.

La definición del mercado o los mercados relevantes permiten al Tribunal, y en general a las autoridades de defensa de la competencia, identificar a los competidores de las empresas partícipes en la operación. De este modo, se puede analizar el poder de mercado determinando las posibles restricciones que los competidores imponen al comportamiento autónomo de las empresas notificantes, limitando, en definitiva, su capacidad de actuar con independencia de las presiones de la competencia efectiva.

Además, en los casos de empresas en participación, el Tribunal debe analizar especialmente los posibles efectos restrictivos de la competencia derivados de la presencia de la empresa participada y de las empresas matrices en un mismo mercado o en mercados ascendentes, descendentes o próximos²¹.

En los análisis de concentraciones, una primera aproximación a la determinación del poder de mercado se realiza, tradicionalmente, analizando las cuotas de participación en los mercados relevantes tanto en cantidades como en valor, es decir, tanto en unidades físicas como en volumen de facturación de las empresas.

²¹ Vid art. 16.2 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de defensa de la competencia.

La relativa madurez del sector de seguros de asistencia sanitaria en España, las necesidades regulatorias e informacionales de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda (DGSFP), junto con el esfuerzo estadístico del propio sector, a través de la asociación Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA), facilitan la existencia de bases de datos sobre la actividad aseguradora con información relevante y detallada.

En el presente informe, dicha disponibilidad permitirá realizar el análisis con indicadores cuantitativos homogéneos, tanto en valor (volumen de negocio²², nueva producción) como en volumen (número de pólizas, número de asegurados). Adicionalmente, el Tribunal acudirá cuando sea necesario a indicadores cualitativos o a encuestas que puedan mejorar el conocimiento y percepción del sector.

Este análisis se verá complementado, en lo que se refiere al estudio del mercado descendente de servicios privados de asistencia sanitaria, con el cálculo de las cuotas empresariales medidas en términos físicos, considerando las camas y número de hospitales privados propiedad de cada grupo. En este mercado, la información estadística está disponible con gran detalle y nivel de desagregación gracias al Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo y los datos aportados en la propia notificación. Así mismo, se atenderá a distintos indicadores de actividad de los profesionales de la medicina.

La utilización de magnitudes físicas o monetarias podría conducir, en la presente operación de concentración, a conclusiones significativamente distintas: un mismo número de pólizas puede corresponderse a volúmenes de primas muy diferentes, entre otros motivos, debido al número medio de beneficiarios por póliza, generalmente relacionado con el carácter individual o colectivo de las mismas y a las diferentes primas medias por asegurado²³. En consecuencia, y debido a que las implicaciones de los análisis en volumen y en valor pueden ser divergentes, se prestará mayor atención a las fuentes estadísticas en valor (primas). No obstante, allí donde el

²² En lo que respecta a esta operación de concentración se entenderá por “volumen de negocio” o “primas” las Primas Emitidas Netas de Anulaciones de seguro directo el último día de cada año natural según se define en el Plan de Contabilidad de las Entidades Aseguradoras aprobado por el R.D. 2014/1997.

²³ Las diferentes primas medias entre entidades aseguradoras vienen explicadas, entre otros factores, por la distribución entre los asegurados de las modalidades de pólizas, sexo, edades o provincias de residencia.

análisis en volumen sea necesario o más correcto²⁴, el Tribunal realizará los cálculos de las cuotas en esos términos.

Por otro lado, el Tribunal considera necesario subrayar que el cálculo de las cuotas tiene un carácter instrumental, siendo el objetivo de este ejercicio la estimación del poder de mercado de la empresa o empresas participantes en la operación de concentración para, posteriormente, apreciar si el proyecto u operación de concentración puede obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado²⁵.

6.1. Mercado de producto o servicio

A los efectos de este informe, puede considerarse que el sector del seguro comprende el conjunto de actividades económicas relacionadas directamente con la actividad aseguradora, por medio de la cual se transforma total o parcialmente un suceso aleatorio o incierto (riesgo asegurado), mediante el pago de una prima, en una indemnización cierta, determinada o determinable, previamente pactada.

Con carácter general, el seguro tiene dos funciones económicas fundamentales:

- la transformación por parte de las entidades de seguros de los riesgos individuales en riesgos colectivos con lo que se logra la protección de los asegurados frente al riesgo por medio del pago de una prima.
- la canalización del ahorro hacia la inversión a través del empleo de las reservas, técnicas y patrimoniales, con que cuentan las compañías aseguradoras.

El presente análisis no considera la totalidad de los seguros existentes en la economía española sino que se centra, con una única excepción²⁶, en el seguro privado. En este caso, se excluye casi totalmente del estudio la función aseguradora del sector público al considerarse que, generalmente, dicha presencia responde a la existencia de un fallo de mercado, no existiendo competencia en ese terreno específico con el sector privado²⁷.

²⁴ Por ejemplo, en el análisis de las mutualidades, debido a que la naturaleza capitativa del pago no distorsiona los cálculos en volumen, el Tribunal realizará su estudio atendiendo al número de titulares y beneficiarios.

²⁵ *Vid* art. 16.1 Ley 16/1989, de 17 de julio, de defensa de la competencia.

²⁶ Dicha excepción es el papel del Instituto Nacional de la Seguridad Social y otras entidades de medicina pública en la cobertura y prestación de asistencia sanitaria a los colectivos de funcionarios a través de las mutualidades MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

²⁷ Teóricamente, sin incorporar valoraciones de política social, podrían indicarse diversos fallos de mercado que conceden “a priori” racionalidad económica a la presencia del sector público en la actividad aseguradora, como podrían ser, a modo de ejemplo, la incompletitud de los mercados (puede

En el sector del seguro en España, la existencia de grandes empresas con una fuerte representación en todos los ramos del seguro y la creciente presencia de entidades aseguradoras dependientes de grupos bancarios es compatible con una elevada y tradicional atomización del sector²⁸.

Así mismo, aunque el sector de seguros es uno de los más armonizados del derecho comunitario europeo a través del sistema de directivas, todavía subsisten peculiaridades nacionales que impiden considerar un mercado geográfico europeo, con las consiguientes consecuencias negativas en los niveles de competencia efectiva y sus múltiples repercusiones para los consumidores como una menor variedad de pólizas o el pago de primas más elevadas.

El seguro privado en España está sometido a control público específico de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), a través de una legislación reguladora integrada por normas de Derecho privado y de Derecho público que está caracterizada, en esta última vertiente, por su misión tutelar en favor de los asegurados y beneficiarios amparados por un contrato de seguro²⁹.

argumentarse que sin la cobertura de ciertos riesgos extraordinarios a través del Consorcio de Compensación de Seguros, dichas pólizas no estarían disponibles en el mercado. *vid.* BROWN, J. *et al. Federal Terrorism Risk Insurance*. National Bureau of Economic Research www.nber.org) o diversos problemas de inconsistencia temporal (por ejemplo, el denominado *dilema del Samaritano*: sin la obligatoriedad del pago de las cotizaciones a la Seguridad Social podría ser económicamente racional para distintos agentes no realizar el pago, ya que la denegación, por ejemplo, de asistencia sanitaria a una persona necesitada no sería socialmente aceptable una vez ocurrido el suceso *vid.* HINDRIKS, J. *Public versus Private Insurance with Non-Expected Utility: A Political Economy Argument*. Queen Mary, University of London ideas.repec.org/p/qmw/qmwecw/wp439.html).

Por otro lado, no todos los fallos de mercado requieren que el sector público actúe necesariamente como asegurador: el hecho de que a causa de la existencia de asimetrías informacionales (selección adversa, riesgo moral) diversos individuos puedan no tener acceso, por ejemplo, al seguro de automóvil debido a que recibirían precios actuarialmente injustos, es corregido en la práctica totalidad de los países a través de la obligatoriedad de cierto seguro mínimo combinado con la promoción por el Estado de diversos *pools* para asegurar a individuos de alto riesgo.

No obstante, debe indicarse que a lo largo del tiempo la línea divisoria que separa la necesidad de actividad aseguradora pública, privada o mixta ha sido (y sigue siendo) polémica y cambiante.

²⁸ El número de compañías autorizadas por la DGSFP en cualquiera de los ramos de vida o no vida se elevaba en 1984 a 584 entidades, descendiendo en 1996 hasta las 374. A partir de 1997, existe una ralentización hasta originar una inversión de dicha tendencia, debido principalmente a dos factores: la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados que obligó a la especialización del ramo de vida mediante la creación de una sociedad específica y, en segundo lugar, por la entrada de grupos bancarios en el sector. En septiembre de 2005 el número de entidades aseguradoras activas autorizadas por la DGSFP se eleva a 742. www.dgsfp.mineco.es

²⁹ Dicha misión tutelar ha sido la finalidad primordial de la legislación reguladora del sector desde la Ley de 14 de mayo de 1908, que inició en España la ordenación del seguro privado. Debe también subrayarse que la normativa recoge simultáneamente otros objetivos. En este sentido, la Ley 33/1984, de 2 de agosto, declaró “fomentar la concentración de entidades aseguradoras y, consiguientemente, la

Dentro del sector del seguro, la Comisión Europea en distintas decisiones³⁰ ha distinguido tres mercados: vida, no vida y reaseguros. Tal diferenciación, como indica el Servicio, coincide con la práctica nacional en diferentes expedientes de concentración³¹.

Los seguros de vida y no vida pueden subdividirse, a su vez, en tantos ramos como riesgos cubren. Dicha división conceptual se ve reflejada en el artículo 6 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 privados³² (en adelante, RDL 6/2004) que clasifica los seguros generales o seguro directo distinto del seguro de vida en 19 ramos³³. El ramo número 2 se refiere al seguro de enfermedad, indicando el legislador que dicho ramo comprende la asistencia sanitaria³⁴.

reestructuración del sector, para dar paso a grupos y entidades aseguradoras más competitivos, nacional e internacionalmente, y con menores costes de gestión". El esquema básico de principios rectores y líneas directrices, de la Ley 33/1984 se mantienen en reformas posteriores, específicamente, en la Ley 30/1995 y, obviamente, en el RDL 6/2004 por el que se aprueba el texto refundido.

³⁰ Entre los precedentes de la Comisión Europea pueden indicarse los casos IV/M.759 SUNALLIANCE/REOYAL INSURANCE; IV/M.812 ALLIANZ / VEREINTE; IV/M.862 AXA/UAP; IV/M.985 CREDIT SUISSE / WINTERTHUR; IV/M.1062 ALLIANZ / AG; IV/M.1142 COMMERCIAL UNION / GENERAL ACCIDENT; IV/M.1172 FORTIS AG / GENERALE BANK; COMP/M.2676 SAMPO / VARMA/ IF HOLDING / JV; COMP/M.3254 –VIDACAIXA / SWISSLIFE ESPAÑA ; COMP/M.3265 VIDACAIXA / SCH PREVISIÓN y COMP/M.3384 - AEGON / CAM / JV MEDITERRANEO VIDA.

³¹ Hasta la presente operación los precedentes nacionales en control de concentraciones se encuentran todos en el Servicio: N-068 MAPFRE / CAJA MADRID, N-141 MAPFRE / FINISTERRE, N-151 CATALANA OCCIDENTE / LEPANTO, N-161 SEGUROS BILBAO / BALOISE SEGUROS, N-03050 MAPFRE / CAJA MADRID HOLDING / MUSINI, N-03069 SEGUROS CATALANA OCCIDENTE / SEGUROS BILBAO, N-04009 AXA AURORA / HILO DIRECT SEGUROS, N-04064 ADESLAS / GESTIÓN SANITARIA GALLEGA, N-05003 REALE SEGUROS / AEGON SEGUROS y N-05010 CAPIO / SANIGEST. Existen diversos precedentes en el Tribunal en materia de Expedientes sancionadores: 305/91 IGUALATORIO MEDICO COLEGIAL, 305/91bis IGUALATORIO MEDICO COLEGIAL, 423/98 ASISA, 464/99 ASEGURADORAS MÉDICAS VIZCAYA, 473/99 IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO CANTABRIA, r 351/99 UNESPA, r 419/00 IMECO/CAJA SALUD, r 521/02 HOSPITAL MADRID/ASISA, r 549/02 ASISA y R 92/94 ASISA

³² 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 (BOE 5-11-2004).

³³ Los 19 ramos son: 1) Accidentes, 2) Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria), 3) Vehículos terrestres, 4) Vehículos ferroviarios, 5) Vehículos aéreos, 6) Vehículos marítimos, lacustres y fluviales, 7) Mercancías transportadas, 8). Incendio y elementos naturales, 9) Otros daños a los bienes, 10) Responsabilidad civil en vehículos terrestres automóbiles, 11) Responsabilidad civil en vehículos aéreos, 12) Responsabilidad civil en vehículos marítimos, lacustres y fluviales, 13) Responsabilidad civil en general, 14) Crédito, 15) Caución, 16) Pérdidas pecuniarias diversas, 17) Defensa jurídica, 18) Asistencia y 19) Decesos.

³⁴ El artículo 6.a.2 del Real Decreto Legislativo 6/2004 indica que las prestaciones en este ramo pueden realizarse a tanto alzado, de reparación y mixta de ambos.

El Tribunal ha indicado en otras ocasiones³⁵, de forma coincidente con la Comisión europea, la procedencia de segmentar un concepto general, en este caso el seguro directo distinto del de vida, en tantas categorías como las mencionadas en una disposición normativa que regule el sector.

Debe recordarse, no obstante, que para la correcta delimitación del mercado de producto o servicio a efectos de defensa de la competencia, el criterio generalmente adoptado por las autoridades de competencia, y específicamente, por este Tribunal, es el análisis de la sustituibilidad de la demanda a partir del tipo de servicio que venden las empresas afectadas, complementando en su caso este análisis con la posibilidad de sustituibilidad de la oferta y la competencia potencial³⁶.

En el caso actual, y con independencia de que en otras concentraciones puedan analizarse más detalladamente la relación entre distintos ramos y mercados, se considerará que el seguro de asistencia sanitaria (comprendido dentro del ramo de seguro de enfermedad) cubre un riesgo específico y distinto, teniendo características, primas y utilidades diferenciadas, que limitan su sustitución desde el punto de vista de la demanda en medida suficiente para configurar un mercado de producto separado.

Por otro lado, en los casos de empresas en participación, el Tribunal debe analizar especialmente los posibles efectos restrictivos de la competencia derivados de la presencia de las empresas participadas y de las empresas matrices en un mismo mercado o en mercados ascendentes, descendentes o próximos³⁷.

En la presente operación, aunque las sociedades sobre las que se adquiere el control conjunto (IMQ SEGUROS e IQUIMESA SEGUROS) operan exclusivamente en el sector del seguro de asistencia sanitaria, sus empresas matrices (IGUALMEQUISA y ADESLAS) están activas en el sector de servicios de asistencia sanitaria (servicios hospitalarios privados y de atención médica especializada).

Atendiendo a los productos y servicios que los consumidores típicos pueden considerar como sustitutivos debido a las características intrínsecas de éstos, sus precios y sus usos habituales, se puede indicar que la prestación del servicio privado de asistencia sanitaria configura un mercado de servicio separado, verticalmente

³⁵ Vid. Entre otros, expediente de Concentración C88/05 SHELL ESPAÑA / CEPSA, en el que, analizando diversos servicios aeroportuarios, se segmenta el concepto general de servicios de asistencia en tierra atendiendo a las categorías mencionadas en la Directiva 96/67/CE. www.tdcompetencia.es.

³⁶ Vid. Comunicación de la Comisión europea sobre la definición del mercado relevante en referencia a la legislación de competencia comunitaria, DO OJ C 372 de 9.12.1997.

³⁷ Vid art. 16.2 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de defensa de la competencia.

relacionado con el mercado de seguro de asistencia sanitaria, de tal forma que su análisis es relevante a los efectos de la presente operación de concentración.

6.1.1. Servicios de seguro privado de asistencia sanitaria

Al clasificar los ramos de seguro directo el RDL 6/2004 diferencia, en primer lugar, entre seguros de vida y seguros no vida, atendiendo a la naturaleza del riesgo.

Dentro de los seguros no vida, el RDL 6/2004 distingue 19 ramos distintos³⁸, refiriéndose el ramo número 2 a los seguros de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria).

En este sentido, debe diferenciarse dentro del ramo “Seguros de enfermedad” entre:

- Seguro de enfermedad³⁹: que garantiza el pago de una indemnización o subsidio diario en caso de enfermedad y/u hospitalización del asegurado para compensar la pérdida de ingresos económicos que el proceso de enfermedad pueda ocasionarle, y
- Seguro privado de asistencia sanitaria y seguro de reembolso de gastos: que proporcionan al asegurado y sus beneficiarios, en caso de enfermedad o accidente, asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica, bien sea en centros concertados por la entidad aseguradora sin que el asegurado realice ningún desembolso (modalidad de asistencia sanitaria), bien sea mediante libre elección por el asegurado, en cuyo caso se reembolsa total o parcialmente el coste de los servicios médicos en que se incurra (modalidad de reembolso de gastos). Cabe señalar también la existencia de la modalidad de seguro dental.

El Tribunal considera que el seguro de asistencia sanitaria (comprendido dentro del ramo de seguro de enfermedad) configura un mercado de producto separado por los siguientes motivos:

- El objeto del seguro es la cobertura de un riesgo sobre las personas, diferenciándose subjetivamente de otros servicios presentes en la economía y, en especial, 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).

³⁸ *Vid. supra.*

³⁹ También denominada en el sector “ILT privada” (Incapacidad Laboral Transitoria privada).

- La utilidad fundamental asociada a dicho seguro es la reducción de la carga social para el asegurado⁴⁰ resultado de la necesidad de asistencia sanitaria y del deseo de que ésta asistencia sanitaria sea privada⁴¹, configurando esta asistencia una “cesta de servicios” suficientemente diferenciada.
- A diferencia de otros seguros sobre las personas como jubilación, invalidez, fallecimiento o enfermedad (ILT 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 último⁴². Se sustituye, en definitiva, el concepto de indemnización por el de prestación de servicios⁴³.
- 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.

En conclusión, en lo que concierne a la presente operación de concentración, el Tribunal estima que el seguro de asistencia sanitaria, tanto en su modalidad de asistencia sanitaria como de reembolso de gastos, configura un mercado separado⁴⁴, no siendo necesario a los efectos de esta concentración analizar con mayor detenimiento la modalidad de seguro dental⁴⁵.

⁴⁰ La función de reducción de la carga social para el asegurado derivado del siniestro es asimismo una característica diferenciadora desde el punto de vista de la demanda: en este seguro no prevalece como función económica fundamental la capitalización de unos posibles pagos; el facilitar el ahorro o la inversión; obtener seguridad y garantías crediticias o reducir los riesgos en el desarrollo del negocio, como sí lo hacen en otros ramos de los seguros generales o en el seguro de vida.

⁴¹ En España, al igual que en numerosos países europeos y a diferencia, por ejemplo, de Estados Unidos, la universalidad de la asistencia sanitaria pública confiere a la asistencia sanitaria privada un doble carácter de voluntario y complementario. Dichos rasgos fundamentales del sistema sanitario tienen importantes implicaciones sobre la demanda del seguro de asistencia sanitaria.

⁴² En la modalidad de seguro de reembolso de gastos, la contraprestación económica sería un objetivo mediato, el objetivo último sigue siendo la prestación de servicios médicos, en este caso sin la restricción de acudir obligatoriamente a los profesionales del cuadro médico concertado por la entidad aseguradora.

⁴³ La prestación de la aseguradora consiste en la organización de los medios materiales para que la provisión de servicios de salud sea posible y, por ende, garantizar la disponibilidad de los profesionales o centros sanitarios cuyo coste asume. *Vid. SÁNCHEZ CALERO, F.: Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones, 2ª ed. revisada y puesta al día, Cizur Menor, Aranzadi, 2001, p. 2013.*

⁴⁴ El seguro de enfermedad de finalidad indemnizatoria no formaría parte en esta operación de concentración del mercado de producto. Sin embargo, en la práctica, su escaso volumen en comparación con el seguro de asistencia sanitaria no distorsionaría significativamente los diferentes indicadores, aunque ha sido posible excluirlo de la mayoría de las estadísticas del ramo.

⁴⁵ Los datos estadísticos de asistencia sanitaria de ICEA incluyen 1) acto médico 2) pago capitativo y 3) seguro dental. Este último no se ha extraído en algunas ocasiones de las estadísticas a nivel empresa aunque, con independencia de la delimitación del mercado, los resultados no quedan significativamente distorsionados al representar el seguro dental tan solo el 1,5% de las primas y ser, la práctica totalidad, seguros correspondientes a modalidades de acto médico (97%)

Por otro lado, la demanda de los seguros de asistencia sanitaria puede provenir bien de los particulares que contratan pólizas individuales o familiares, o bien de colectivos, que pueden ser a su vez públicos o privados.

El Tribunal considera que, en atención a la procedencia y características de los demandantes, así como por el mecanismo de formación de los precios y los canales de distribución, será necesario, antes de concluir la delimitación del mercado de producto, analizar con mayor detenimiento los siguientes segmentos de la demanda de los seguros privados de asistencia sanitaria⁴⁶:

- Seguros de asistencia sanitaria individual.
- Seguros de asistencia sanitaria colectivos no públicos.
- Seguros de asistencia sanitaria colectivos públicos.

a. Seguros de asistencia sanitaria individuales

Los seguros privados de asistencia sanitaria individuales presentan una serie de especificidades frente a los colectivos no públicos:

- Los demandantes son individuos que desean una reducción de la carga social que representaría para ellos la contingencia de necesitar asistencia sanitaria, deseando que ésta asistencia sanitaria sea privada.
- La distribución de los seguros individuales se produce a través de canales específicos⁴⁷ y sus precios también difieren de los de las pólizas colectivas (los precios suelen ser superiores debido a la mayor siniestralidad prevista y los mayores gastos unitarios de gestión).
- Son productos estandarizados en los que el margen de negociación del individuo es escaso o inexistente, formalizándose jurídicamente a través de contratos de adhesión.
- El trato fiscal difiere del aplicable a los seguros de asistencia sanitaria contratados por empresas (colectivos no públicos). Adicionalmente, puede argumentarse que en la actualidad no es un factor fundamental que condicione este segmento de la demanda⁴⁸.

⁴⁶ Los notificantes consideran que dichos segmentos configuran mercados de producto diferenciados.

⁴⁷ Internet como canal de ventas, siendo aún cuantitativamente poco relevante, se destaca en este segmento de la demanda.

⁴⁸ La actual legislación fiscal considera gasto deducible de los rendimientos de actividades económicas en estimación directa (autónomos) las primas de seguros de enfermedad satisfechas por el contribuyente en la parte correspondiente a su propia cobertura y la de su cónyuge e hijos menores de 25 años que convivan con él, con el límite máximo de 500 euros anuales por persona. *Vid.* artículo 28.5 del Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas).

b. Seguros de asistencia sanitaria colectivos no públicos

Los seguros privados de asistencia sanitaria destinados a colectivos no públicos presentan una serie de especificidades frente a los individuales:

- Los demandantes inmediatos suelen ser grandes empresas, que ofrecen como opción a sus empleados la asistencia privada adicionalmente al seguro obligatorio⁴⁹.
- La distribución de los seguros colectivos se produce a través de canales específicos y sus precios también difieren de los de las pólizas individuales (se ofrecen descuentos importantes debido a la menor siniestralidad prevista y al ahorro en gastos de gestión).
- Son productos hechos a medida y pueden comprender soluciones mixtas de asistencia sanitaria concertada y de reembolso de gastos.
- El tratamiento fiscal diferenciado y la posibilidad de deducción de las primas en el impuesto sobre sociedades influyen, en la actualidad, especialmente en esta demanda⁵⁰.

Sin embargo, aún considerando las diferencias anteriormente señaladas, en opinión de este Tribunal la existencia de dos segmentos privados de la demanda se corresponde en mayor medida con el mecanismo habitual de la discriminación de precios⁵¹ que con la existencia de mercados separados⁵². Es decir, las compañías

⁴⁹ También en este caso los demandantes últimos son los individuos que desean una reducción de la carga social que representaría para ellos la contingencia de necesitar asistencia sanitaria, deseando que ésta asistencia sanitaria sea privada

⁵⁰ El tratamiento fiscal de los seguros de asistencia sanitaria destinados a colectivos no públicos (principalmente grandes empresas) se regula por el artículo 44 del Reglamento del IRPF, R.D. 1775/2004, de 30 de julio, indicando que "no tendrán la consideración de rendimientos de trabajo en especie, de acuerdo con lo previsto en el artículo 46.2.f de la ley del impuesto, las primas o cuotas satisfechas por las empresas a entidades aseguradoras para la cobertura de enfermedad", cuando la cobertura alcance al propio trabajador, pudiendo (además incluir a su cónyuge y/o descendientes) y el importe de las primas no exceda de 500 euros anuales por beneficiario (las primas en exceso tributan como retribución en especie).

Las ventajas tributarias para la empresa son: 1) el gasto es fiscalmente deducible 2) no existe ingreso a cuenta y 3) no existe Contribución Social para el empresario.

La ventaja para el empleado reside en que el seguro de salud así contratado se considera una renta no imputable, estando exenta del pago de impuestos hasta los 500 euros por beneficiario y tributando por el exceso como retribución en especie.

⁵¹ En su sentido económico, no refiriéndose el Tribunal en este párrafo al sentido jurídico de "aplicación, en las relaciones comerciales o de servicio, de condiciones desiguales para prestaciones equivalentes" recogido en la Ley 16/1989

⁵² En Teoría Económica, para que esta discriminación de precios sea posible es necesario que los consumidores sean diferenciables individualmente o en grupos, que sea imposible revender el servicio

aseguradoras, en un ambiente de información asimétrica⁵³ y ante la imposibilidad de los demandantes de revender el producto, segmentan el mercado de un mismo servicio (seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección⁵⁴) para optimizar sus beneficios y adaptarse a las peculiaridades de los demandantes⁵⁵.

Adicionalmente, a diferencia de lo que ocurre en el segmento de seguro privado de asistencia sanitaria destinado a colectivos públicos, que sí se encuentra incluido en un mercado separado; la identidad de las empresas por el lado de la oferta en ambos segmentos privados es prácticamente la misma: las aseguradoras que trabajan en el segmento de colectivos no públicos también están activas en el de seguros privados individuales. Su hipotética consideración como mercados separados no aportaría una ventaja adicional en la identificación de los competidores capaces de restringir el comportamiento de los notificantes y de evitar que éstos actúen con independencia de las presiones de una competencia efectiva; identificación que constituye el objetivo fundamental de la delimitación de mercados⁵⁶.

Finalmente, otras dos características esenciales, comunes en los segmentos privados y que afectan al lado de la demanda son:

- La posibilidad con que cuentan los individuos de no contratar con ninguna entidad⁵⁷ y
- La influencia de la prima (como precio del seguro) en la demanda de los individuos⁵⁸.

entre los grupos y que las elasticidades precio de los diversos grupos sean distintos. Todas estas condiciones se dan en el caso presente.

⁵³ En particular, la problemática derivada de la selección adversa (asimetría informacional previa a la conclusión del contrato de seguro de asistencia sanitaria) se reduce significativamente en las pólizas de colectivos cerrados (al limitar la autoselección) en comparación con las pólizas individuales o las destinadas a colectivos abiertos.

⁵⁴ El Tribunal empleará esta denominación para referirse al seguro privado de asistencia sanitaria no destinado a colectivos públicos, diferenciándole del seguro privado de asistencia sanitaria concertado o destinado a colectivos públicos

⁵⁵ Debe tenerse además en cuenta que los seguros individuales, con frecuencia, se contratan a través de la modalidad denominada de seguro colectivo abierto, (por ejemplo, una organización profesional negocia unas cláusulas a las cuáles posteriormente se adhieren o no sus miembros).

⁵⁶ *Vid.* Comunicación de la Comisión europea sobre la definición del mercado relevante en referencia a la legislación de competencia comunitaria, DO OJ C 372 de 9.12.1997

⁵⁷ En los seguros concertados la cotización, lo mismo que la afiliación, es obligatoria para los mutualistas, de modo que las opciones del titular se restringen a elegir o cambiar, libremente y sin coste, la entidad (pública o privada) prestadora del servicio, pero no tiene posibilidad de optar por “no contratar”.

⁵⁸ El precio, sin embargo, no es una variable que determine la demanda de los mutualistas respecto a la entidad elegida ni a la cantidad de seguro contratada. La cantidad de seguro está dada en este mercado a nivel asegurado (es la cantidad concertada) mientras que entre las variables que influyen en la demanda de los individuos (cercanía u otra variable de conveniencia, calidad percibida de los

En conclusión, atendiendo a la situación actual del mercado, el Tribunal no considera necesario en este caso definir el segmento de los seguros de asistencia sanitaria colectivos no públicos como un mercado de producto diferenciado de los seguros individuales, reconociendo que en ocasiones puede ser necesario reducir el nivel del análisis para considerar las especificidades de esta modalidad de contratación.

El Tribunal estima que ambos segmentos de la demanda, seguros individuales y seguros destinados a colectivos no públicos, pueden englobarse en un mismo mercado con la denominación de “seguros privados de asistencia sanitaria de libre elección”.

c. Seguros de asistencia sanitaria colectivos públicos

Las mutualidades de empleados de administraciones públicas de ámbito nacional: MUFACE, ISFAS y MUGEJU⁵⁹ mantienen conciertos con entidades de seguro privado para ofrecer a sus mutualistas esta alternativa dentro del seguro obligatorio.

Los seguros privados de asistencia sanitaria para colectivos públicos reúnen características de un mercado propio:

- La relación entre las mutualidades y las aseguradoras se basa en los conciertos⁶⁰ que ambas suscriben sobre la base de una prima fija por persona establecida por la mutualidad, independientemente del lugar de residencia del mutualista.
- Cualquier compañía de seguros puede solicitar su adhesión al concierto siempre que cumpla los requisitos establecidos en las Resoluciones en vigor publicadas en el B.O.E., que básicamente se refieren a la autorización como entidad de seguros en la modalidad de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional y a la disponibilidad de delegaciones propias o subconciertos con otras entidades en todas las provincias⁶¹.

servicios, etc.) no se incluye el precio ya que éste también está dado para los mutualistas (en 2005, el precio para el mutualista obligatorio equivale al 1,69% de su haber regulador).

⁵⁹ Vid. Nota pie de página [nº 13](#)

⁶⁰ Pueden citarse los conciertos con la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), suscritos con nueve compañías de seguros, según Resolución de 3 de noviembre de 2003 (BOE de 9-12-2003), cuyo objeto es facilitar la prestación de esta asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE, conforme a lo establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (R.D.L. 4/2000, de 23 de junio) e incluirá cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y abarcará todo el territorio nacional.

⁶¹ En el año 2005, además del Concierto con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería de la Seguridad Social, existen conciertos con 9 entidades privadas: ADESLAS, AEGÓN, ASISA,

- Los conciertos se establecen por un año con posibilidad de prórroga en los dos años sucesivos.
- La cotización, lo mismo que la afiliación, es obligatoria para los mutualistas.
- El mutualista puede, durante el primer mes de cada año, cambiar de entidad libremente y sin coste, sea el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o sea una de las compañías privadas concertadas.
- La demanda de estos servicios por el mutualista no se orienta por el precio⁶², sino fundamentalmente por la proximidad y por la calidad percibida de los servicios, tanto del cuadro de facultativos como de los centros hospitalarios concertados.

Las anteriores características tienen, en opinión del Tribunal una importante implicación para la delimitación del mercado de servicios en la presente operación: a diferencia de lo que ocurre en el mercado de los seguros de asistencia sanitaria de libre elección, en el cual la sanidad pública puede considerarse un condicionante de la demanda, o bien un factor limitador del poder de mercado, pero no un competidor propiamente dicho; en el mercado del seguro de asistencia sanitaria concertado la sanidad pública sí debe ser considerada un competidor⁶³ más⁶⁴.

En conclusión, el Tribunal determina que el seguro de asistencia sanitaria destinado a colectivos públicos (seguro de asistencia sanitaria concertado) comprende el seguro de asistencia sanitaria de las entidades privadas concertadas, así como el seguro de

CASER, DKV SEGUROS, GROUPAMA, IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO COLEGIAL DE SANTANDER, LA EQUITATIVA DE MADRID y MAPFRE CAJA SALUD. Nótese que SANITAS no está presente en el mercado de seguros de asistencia sanitaria concertada.

⁶² Con independencia de la entidad concertada elegida, el coste para el funcionario es exactamente el mismo: para el año 2005 las cuotas mensuales de cotización de los funcionarios a MUFACE, ISFAS y MUGEJU corresponden al 1,69% del haber regulador que en cada momento esté establecido a efectos de cotización de Derechos Pasivos. *Vid* Resolución de 28 de diciembre de 2004, de la Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos.

⁶³ Desde otro punto de vista, Tribunal no encuentra motivos de demanda que conduzcan a excluir de los mercados de seguro y de asistencia sanitaria concertados por las mutualidades a la Seguridad Social, un agente económico que facilita las mismas prestaciones y al mismo coste para los funcionarios que las aseguradoras privadas concertadas, aunque atendiendo a la oferta las motivaciones de la sanidad pública y de las aseguradoras privadas puedan ser diferentes. De hecho, en septiembre de 2005 el 15,81% de los mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU estaban adscritos a la Sanidad Pública (Seguridad Social o Sanidad Militar), dándose incluso el caso de Comunidades Autónomas como Navarra (41,91% de los mutualistas) o Asturias (37,44%) donde la Seguridad Social es la primera entidad concertada por número de titulares y beneficiarios.

⁶⁴ La normativa puede interpretarse en el sentido de que incluso debería ser un competidor privilegiado: el artículo 17 del Real Decreto 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado de 1975 especifica que los conciertos se establecerán "preferentemente con instituciones de la Seguridad Social".

asistencia sanitaria público⁶⁵ concertado por las mutualidades nacionales MUFACE, ISFAS y MUGEJU y se corresponde a un mercado de producto diferenciado de los seguros de asistencia sanitaria de libre elección.

6.1.2. Servicios de asistencia sanitaria privada

Atendiendo a las actividades de las empresas matrices (IGUALMEQUISA y ADESLAS), el Tribunal, coincidiendo con el Servicio, aprecia que el mercado de servicios hospitalarios privados y de atención médica especializada (también denominado de servicios de asistencia sanitaria privada) se configura como un mercado de servicios relacionado verticalmente con el del seguro de asistencia sanitaria y afectado por la presente operación de concentración.

Los servicios de asistencia sanitaria privada comprenden una cesta de servicios y prestaciones, como pruebas de diagnóstico, derechos de quirófano, gastos de estancia y de asistencia especializada, entre otros, suficientemente diferenciados desde el punto de vista de la demanda como para configurar un mercado separado.

En España los servicios de asistencia sanitaria privada están íntimamente relacionados con las prestaciones de las aseguradoras de asistencia sanitaria⁶⁶, las cuales, para el cumplimiento de las estipulaciones de sus contratos de seguro, organizan los medios materiales (propios o ajenos) que proporcionan los servicios de salud, garantizando la disponibilidad de profesionales y centros sanitarios y asumiendo los costes originados⁶⁷.

El Tribunal estima, de forma coincidente con el Servicio, que, en general, la competencia en el mercado de servicios privados de asistencia sanitaria se produce en dos niveles: por una parte, los hospitales y/o los profesionales sanitarios que ejercen en el sector privado⁶⁸, compiten por formar parte del catálogo de servicios

⁶⁵ Que en este caso no es obligatorio, sino resultado de la libre elección de los funcionarios mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

⁶⁶ En España, la amplia mayoría de los pacientes en los hospitales privados acuden con algún tipo de seguro, bien de asistencia sanitaria o de reembolso de gastos.

⁶⁷ UNESPA indica que las pólizas de asistencia sanitaria con cobertura total de servicios suelen prestar las siguientes garantías: Medicina general domiciliaria y en consultorio, puericultura y pediatría para menores de once años; Cirugía general, cirugía del aparato locomotor, ginecología, obstetricia, aparato circulatorio y respiratorio, aparato digestivo; Neuropsiquiatría, oftalmología, otorrinolaringología, odontología; Partos; Asistentes sanitarios en domicilio; Servicio de urgencia; Análisis clínicos, toda clase de exploraciones radiológicas con fines de diagnóstico. Transfusiones, electroterapia, anestesiología y Sanatorio quirúrgico y alta cirugía especializada. *Vid.* www.unespa.es. Puede considerarse que dichas prestaciones configuran la “cesta de servicios y prestaciones” referida.

⁶⁸ En una encuesta telefónica llevada a cabo por el Tribunal de Defensa de la Competencia entre los médicos del catálogo de servicios de IMQ, distintos centros de atención médica remitieron directamente

ofrecidos por las compañías de seguros (competencia por el asegurador)⁶⁹ y, en segundo lugar, los hospitales y/o los profesionales sanitarios privados compiten por atraer pacientes a su propio centro o consulta frente a otros que forman parte del mismo catálogo de la aseguradora (competencia por el asegurado).

El Tribunal considera fundamental remarcar que la ausencia de cláusulas de exclusividad o de efecto equivalente entre las aseguradoras y los prestadores de asistencia sanitaria (hospitales y facultativos) es un elemento fundamental para la existencia de una competencia efectiva en este mercado a través de los siguientes mecanismos:

- Competencia por el asegurador: cuando la competencia no es “excluyente”, en el sentido de que no existen cláusulas de exclusividad o de efecto equivalente que impidan que los centros hospitalarios y los profesionales sanitarios concierten sus servicios con diversas aseguradoras simultáneamente, la relación de los prestadores del servicio sanitario puede darse (y de hecho se da) con varias aseguradoras.
- Competencia por el asegurado: la no exclusividad en la competencia por el asegurador (hospital y profesionales sanitarios) puede considerarse una condición necesaria para que la competencia por el asegurado pueda trascender los límites del propio catálogo de cada aseguradora. La multiplicidad de vínculos jurídicos creados en competencia entre aseguradoras, hospitales y médicos, sin exclusividad, debería permitir que, gracias al solapamiento de catálogos, el ámbito en el que finalmente se desarrolle la competencia efectiva se amplíe hasta llegar a coincidir para cada prestador de servicio sanitario con el mercado geográfico.

En España, los centros hospitalarios están catalogados por categorías⁷⁰, indicándose por este Tribunal que los hospitales generales pueden competir con los centros

al propio médico para responder a la cuestión de las empresas aseguradoras con las que trabajaba o si estaría interesado en trabajar con empresas aseguradoras adicionales.

⁶⁹ Los poderes de negociación de los hospitales privados suelen ser muy superiores a los de los profesionales individuales de la medicina privada frente a las aseguradoras. En este último caso, la elección suele estar restringida a aceptar o no las condiciones de la aseguradora o aseguradoras concertadas.

⁷⁰ El Anexo II del R.D. 1277/2003, de 10 de octubre sobre bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios establece el catálogo de centros distinguiendo hospitales generales, hospitales especializados dedicados fundamentalmente a determinadas patologías o pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental. Por su parte, el Catálogo Nacional de Hospitales, 2004, clasifica los hospitales, atendiendo a su finalidad asistencial en las siguientes 15 categorías: General, Quirúrgico, Maternal, Infantil, Materno-infantil, Psiquiátrico, Enfermedades del tórax, Oncológico, Oftálmico u O.R.L., Traumatológico y/o Rehabilitación, Rehabilitación psico-física, Médico-quirúrgico, Geriatría y/o Larga estancia, Otros monográficos y Leprológico o dermatológico

especializados siempre que su gama de servicios comprenda dicha especialidad⁷¹. Adicionalmente, los múltiples nexos de competencia que se establecen entre los hospitales generales y los especializados, permiten al Tribunal considerar que, siempre que en el área geográfica relevante existan hospitales generales, las fuerzas de la competencia vinculan a los hospitales generales con los especializados, e indirectamente a éstos entre sí, permitiendo considerar globalmente la oferta de todos los centros hospitalarios (públicos y/o privados) al delimitar el mercado de servicio, sin necesidad de establecer distinciones más detalladas en la presente operación de concentración.

Por otro lado, debe subrayarse que las especificidades de los mercados de seguros de asistencia sanitaria de libre elección y concertados influyen determinadamente, “aguas abajo”, en la delimitación de los mercados de prestación de asistencia sanitaria.

El Tribunal diferenciará en la presente operación de concentración dos mercados de servicios de asistencia sanitaria:

1. Por un lado, el mercado de servicios de asistencia sanitaria de libre elección, constituido, por el lado de la oferta, por los centros hospitalarios privados y los facultativos médicos privados y por el lado de la demanda, fundamentalmente, por los titulares y beneficiarios de las pólizas de seguros contratadas con aseguradoras privadas⁷². Este mercado se configura como un mercado de servicios relacionado verticalmente con el del seguro de asistencia sanitaria de libre elección y está afectado por la presente operación de concentración.

⁷¹ Las autoridades de competencia de EE.UU. han aceptado en ocasiones que los hospitales generales compiten con determinados centros especializados si su gama de servicios comprende dicha especialidad. *Vid.* Federal Trade Commission: *Overview of FTC Antitrust Actions in Health Care Services and Products*. www.ftc.gov.

⁷² En esta materia, las peculiaridades de las organizaciones sanitarias nacionales obligan a analizar con especial precaución los precedentes de las autoridades de competencia de otros países. Así por ejemplo, los precedentes franceses, uno de los países con un sistema sanitario más similar al nuestro, no consideran necesario diferenciar entre oferta privada (benéfica o no benéfica) y pública, estimando que todos los establecimientos ofertan en un mismo mercado, “le patient choisit son établissement de santé sans considération économique dans la mesure où sa prise en charge est effectuée sur le mode du tiers payant. Ce libre choix du patient, consacré par l’article L. 1110-8 du code de la santé publique dans sa nouvelle partie législative, est encore renforcé par le recours croissant de nombre de personnes à des assurances complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance, assurances) : 87 % des assurés sociaux souscrivent à un complément de garanties en 2000”, “dès lors, il est admis que, bien que de statuts juridiques différents, il n’y a pas lieu de segmenter le marché de l’offre de soins hospitalier, avec ou sans hébergement, selon que les établissements de santé sont publics, privés à but non lucratif ou privés à but lucratif”. *Vid.* entre otras, Cartas del Ministro francés de Economía, Finanzas e Industria de 24 de febrero de 2005 - GENERALE DE SANTE / CLINIQUES CHICHE C2005-14, 21 de octubre 2003 - CAPIO SANTE / CLINIQUE DES CEDRES C2003-241, y del 18 de septiembre 2002 - MEDI-PARTENAIRES / HOPITAL C. BERNARD+LA CHENEAU C2002-75

2. Por otro lado, el mercado de servicios de asistencia sanitaria concertados, constituido, por el lado de la oferta, por los centros hospitalarios y los facultativos médicos privados y públicos concertados por las mutualidades y, por el lado de la demanda, por los titulares y beneficiarios de las pólizas de seguros concertadas con aseguradoras privadas y con el INSS por las mutualidades de funcionarios MUFACE, ISFAS y MUGEJU. Este mercado se configura como un mercado de servicios relacionado verticalmente con el del seguro de asistencia sanitaria concertado y está afectado por la presente operación de concentración.

Adicionalmente, debe indicarse que para el cálculo de las cuotas el Tribunal empleará como variable *proxy* el número total de camas hospitalarias en cada mercado relevante⁷³ por los siguientes motivos:

1. La información del número de camas es una variable representativa de la oferta, es homogénea para la totalidad del territorio nacional y está disponible de una fuente de información pública y fiable: el Catálogo Nacional de Hospitales. Los datos sobre facturación no cumplen estos requisitos.
2. El cálculo de las cuotas atendiendo al número de camas permite además incorporar, con relativa sencillez y en términos homogéneos, la oferta sanitaria pública cuando se consideren las prestaciones de asistencia sanitaria a los asegurados de las mutualidades de MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

Por último el Tribunal recuerda que, si bien las sociedades sobre las que se adquiere control conjunto (IMQ SEGUROS e IQUIMESA) operan exclusivamente en el ámbito de los seguros, el hecho de que las empresas adquirentes (ADESLAS e

⁷³ La delimitación resultante de los mercados y la variable empleada para el análisis (camas) tienen tres ventajas secundarias pero de gran relevancia práctica:

- a) Permiten al Tribunal realizar el análisis de competencia con independencia de la demanda de hospitales privados por parte de los servicios de salud 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. Este aspecto podría, sin embargo, tener relevancia en concentraciones futuras.
- b) Por otro lado, la delimitación del mercado dada es coherente y da cabida a los convenios firmados entre las Mutualidades y diversas Comunidades Autónomas para la prestación en zonas rurales de determinados servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a entidades privadas concertadas. Estos convenios permiten a las entidades de seguro privadas cumplir su obligación de prestar asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, adquiriendo los servicios sanitarios públicos en aquellas zonas rurales donde no existen medios privados.
- c) Finalmente, la incipiente aparición en España de hospitales públicos gestionados por empresas privadas (Por ejemplo, el Hospital La Ribera de Adeslas, Organización Integrada de Servicios Sanitarios que presta bajo concesión administrativa la Atención Primaria y Especializada públicas del Área de Salud 10 de la Comunidad Valenciana) no afecta a la anterior delimitación de los mercados ni a los cálculos de cuotas.

IGUALMEQUISA) operen en este mercado verticalmente relacionado hace que su análisis sea relevante a los efectos de la operación notificada.

6.2. Mercado geográfico

La definición de mercado geográfico está íntimamente relacionada con el concepto económico de sustituibilidad partiendo de una doble predicción: cuál va a ser el comportamiento de los oferentes territorialmente próximos ante un hipotético incremento de los precios en el territorio en el que actúan las empresas participantes en la concentración y, simultáneamente, cuál va a ser el comportamiento de los demandantes ante esa potencial subida de precios.

6.2.1. Servicios de seguro de asistencia sanitaria

El Tribunal coincide con la Comisión europea en señalar que, mientras el mercado del reaseguro tiene dimensión global, los mercados de seguros de vida y no vida tienen, por lo general, un ámbito nacional debido a la necesidad de canales de distribución adecuados y estructuras de mercado establecidas así como a otros factores a tener en cuenta como son las restricciones fiscales y los sistemas de regulación divergentes⁷⁴.

La Comisión ha indicado así mismo que la consolidación de la libre prestación de servicios en la Unión Europea y la armonización de legislaciones en los Estados miembros podría dar lugar, en su caso, a una definición de mercado más amplia⁷⁵.

Sin embargo, con independencia del ámbito nacional que con carácter general tienen los seguros de no vida, el Tribunal ha indicado repetidamente en diversos expedientes de conductas restrictivas de la competencia⁷⁶ que los seguros privados de asistencia sanitaria configuran un mercado de ámbito provincial.

Con esta delimitación geográfica han coincidido igualmente el Servicio, los notificantes y las distintas empresas que han informado al Tribunal en respuesta a la Nota Sucinta.

⁷⁴ Vid. Casos de la Comisión IV/M.759 . SUN ALLIANCE / ROYAL INSURANCE; COMP/M.1453 . AXA / GRE; IV/M.1499 . SWISS LIFE / LLOYD CONTINENTAL; COMP M.2400 DEXIA / ARTESIA y COMP M.2491 SAMPO / STOREBRAND.

⁷⁵ Vid. *supra*.

⁷⁶ Vid. entre otras, resoluciones del Tribunal: 305/91, IMECOSA; 464/99, ASEGURADORES MÉDICOS VIZCAYA y 473/99, IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO CANTABRIA. www.tdcompetencia.es

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 empresas privadas de seguros de asistencia médica que cubren exclusivamente el mercado provincial. El origen de dicha situación puede establecerse en los Colegios Profesionales que tradicional y reglamentariamente 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 posible⁷⁷.
- Las diferencias de los precios de las primas entre provincias en función del coste sanitario de cada una de ellas (dependiente 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 el mercado de 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 nacional, pueden optar al concierto con las mutualidades. La elección del mutualista, sin embargo, se orienta por la proximidad al lugar de residencia. Así, las compañías facilitan catálogos de servicio provinciales⁷⁸.

El Tribunal desea subrayar que la delimitación del mercado geográfico al ámbito provincial muestra, en definitiva, la íntima relación entre el seguro de asistencia

⁷⁷ Debe notarse que el comportamiento competitivo de las aseguradoras de asistencia sanitaria no viene limitado por la disposición de los pacientes a recorrer una distancia determinada, sino por la capacidad de otras aseguradoras de ofertar catálogos de servicios que presten a sus asegurados los servicios que éstos demandan. Vid. Charles River Associates, *Competition in Health Insurance and Physician Markets: A Review of "Competition in Health Insurance: A Comprehensive Study of US Markets" by the American Medical Association.*, www.ftc.gov/os/comments/healthcarecomments

⁷⁸ El clausulado de los conciertos entre las mutualidades y las entidades aseguradoras privadas indican que "los beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y Centro de entre los que figuran en los Catálogos de Servicios de la Entidad en todo el territorio nacional". No obstante, dicha cláusula parece más orientada a la correcta cobertura de los desplazamientos eventuales. De hecho, los titulares adscritos a las mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) tienen la posibilidad de cambiar a otra de las entidades concertadas con carácter extraordinario (en cualquier momento del año distinto de enero) "cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia". Vid. 1) *Concierto para 2005 de Asistencia Sanitaria para Beneficiarios de MUGEJU*; 2) *Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con Entidades de Seguro para la Asistencia Sanitaria de Beneficiarios de la Mutualidad para el Año 2005* y 3) *Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con Entidades de Seguro Para la Asistencia Sanitaria de Beneficiarios del ISFAS, con las modificaciones introducidas en el documento de prórroga para 2004*.

sanitaria (que, *a priori*, como otros ramos de los seguros generales podría ser nacional) y la prestación de dicha asistencia (de carácter provincial) aunque los elementos que limiten la capacidad de los agentes económicos de comportarse con independencia de competidores, clientes y proveedores sean diferentes en ambos mercados.

Por otro lado, el Tribunal considera que en la presente concentración concurren elementos de dinámica competitiva que operan a nivel nacional y que deben tenerse en cuenta en el análisis, ya que a la hora de determinar la presencia en determinadas provincias en el mercado de libre elección o al decidir si concertar o no con las mutualidades en el mercado de seguro de asistencia sanitaria a colectivos públicos, los competidores pueden y suelen definir sus estrategias en este nivel.

En consecuencia, el Tribunal concluye que el mercado geográficamente relevante a los efectos del análisis de la presente operación de concentración en los seguro de asistencia sanitaria tiene naturaleza provincial: las provincias de Vizcaya y de Álava en las que, de un modo u otro, operan las partes de la operación.

6.2.2. Servicios de asistencia sanitaria privada

El Tribunal considera que el ámbito geográfico relevante del mercado de asistencia sanitaria privada es, en la actualidad⁷⁹, provincial⁸⁰, debido a las siguientes razones:

- Las preferencias de los consumidores se orientan hacia una asistencia sanitaria cercana, con el menor coste y tiempo de desplazamiento posible⁸¹.

⁷⁹ El artículo 56.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, introduce las Áreas de Salud como “estructuras fundamentales del sistema sanitario”, mientras que el artículo 56.4 indica que “Las áreas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan”. En la presente operación de concentración, las tres Áreas de Salud del País Vasco coinciden con cada una de las provincias: Álava, Guipúzcoa y Vizcaya.

⁸⁰ El Tribunal en el expediente 464/99, Aseguradoras Médicas de Vizcaya, referente a una denuncia contra IGUALMEQUISA, delimitó en esa ocasión el ámbito geográfico a la provincia, señalando que “se circunscribe a la provincia de Vizcaya, territorio en el que opera el Iguatorio, donde se encuentran los cuadros médicos y en el que pretenden instalarse los denunciantes.”

⁸¹ El beneficiario de un seguro privado suele tener libertad de elegir dentro del catálogo de centros concertados por la compañía, por lo que existiría cierta sustituibilidad, en el mercado de asistencia sanitaria, entre áreas próximas o incluso más amplias si se trata de patologías puntuales que deben ser atendidas en centros alejados. El Tribunal estima, como ha indicado el Servicio en otras concentraciones, (N-04064 ADESLAS / GESTIÓN SANITARIA GALLEGA) que al considerar la competencia “por el asegurador” entre centros hospitalarios, tal sustituibilidad no es relevante en el

- Las diferencias de precios de la asistencia sanitaria entre las diversas provincias (dependiente en gran medida de la oferta de facultativos, de los centros disponibles y del coste de las prestaciones).
- En el mercado de la asistencia sanitaria concertada (colectivos públicos), la elección del mutualista, no afectada por el precio, se orienta por la proximidad al lugar de residencia, como muestran los catálogos de servicio provinciales que recogen la oferta de asistencia sanitaria de cada aseguradora.

mercado de seguro de asistencia sanitaria: las aseguradoras deben alcanzar el nivel de cobertura requerido por su política de captación de clientes o por las mutualidades en función de los núcleos de población, no siendo sustituibles unas áreas por otras. En el mercado de asistencia sanitaria, por el contrario, dicha sustituibilidad aunque marginal, debe tenerse en cuenta al valorar el poder de mercado, especialmente en lo que se refiere a la disponibilidad a nivel provincial de equipos de alta tecnología.

7. ESTRUCTURA DE LOS MERCADOS Y CUOTAS DE MERCADO

7.1. Seguro privado de asistencia sanitaria.

En España tienen autorización de la DGSFP para operar y están activas en el ramo de enfermedad 136 entidades aseguradoras⁸².

El volumen de primas de los seguros privados de asistencia sanitaria en España creció durante el ejercicio 2004 un 9,6% superando los 3.800 millones de euros, correspondiendo un 90,8% a la modalidad asistencia sanitaria y un 9,2% a la modalidad de reembolso. El volumen de primas del seguro privado de asistencia sanitaria representa el 14,81% del total de primas de los seguros generales durante ese mismo ejercicio, situándose en tercer lugar por detrás del ramo de automóvil. y prácticamente a la par con multirriesgos. El número de asegurados en España se aproxima en la actualidad a los 7,5 millones, distribuyéndose entre las modalidades de asistencia sanitaria y reembolso en similares proporciones que las primas (90,6% y 9,4% respectivamente)⁸³.

La oferta se caracteriza por la elevada atomización del sector⁸⁴, compatible con unos significativos niveles de concentración: en 2004 diez entidades absorben el 80,9% de las primas a nivel nacional y las tres primeras (ADESLAS, SANITAS y ASISA) representan un 54,6% del volumen de negocio⁸⁵.

⁸² Según el registro público de entidades aseguradoras de la DGSFP a fecha septiembre 2005, www.dgsfp.mineco.es

⁸³ Debe indicarse que en ejercicio 2004 ICEA estima que existen 685.703 personas con una póliza independiente de seguro dental.

⁸⁴ El nivel de concentración del ramo de enfermedad, medido por diversos índices, es relativamente reducido en comparación con otros ramos de los seguros generales. *Vid.* MONTIJANO, F. *Un análisis del grado de concentración y la demanda de seguros en la década de los noventa*. BICE. nº 2688. (2001). www.revistasice.com.

⁸⁵ Las principales fuentes estadísticas del sector recogen datos de aproximadamente 50 grupos aseguradores privados de asistencia sanitaria. Según estimaciones del ICEA, dicha muestra representa más del 95% de las primas totales de salud en los diversos ejercicios.

Cuadro nº 4

PRINCIPALES ASEGURADORAS PRIVADAS DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS EN ESPAÑA – 2002-2004 ⁸⁶

Nº ENTIDAD	2002			2003			2004		
	PRIMAS (€)	% PRIMAS	RANK.	PRIMAS (€)	% PRIMAS	RANK.	PRIMAS (€)	% PRIMAS	ACUM.
1 ADESLAS	609.404.310	19,87%	1	714.895.273	20,91%	1	812.990.677	21,37%	21,37%
2 Sanitas	516.498.556	16,84%	3	573.853.611	16,79%	3	651.671.963	17,13%	38,49%
3 Asisa	556.731.351	18,15%	2	588.169.445	17,21%	2	613.138.265	16,11%	54,61%
4 Mapfre Caja Salud	214.155.066	6,98%	4	243.539.884	7,12%	4	279.816.034	7,35%	61,96%
5 DKV Seguros	134.998.349	4,40%	5	150.571.848	4,40%	5	170.945.266	4,49%	66,45%
6 Asistencia Sanitaria Colegial	128.974.559	4,21%	6	134.651.686	3,94%	6	139.603.394	3,67%	70,12%
7 IGUALMEQUISA	97.214.799	3,17%	8	105.625.817	3,09%	7	114.087.650	3,00%	73,12%
8 Aresa	99.548.534	3,25%	7	105.124.354	3,08%	8	110.171.596	2,90%	76,01%
9 Caser	89.706.703	2,92%	9	94.538.101	2,77%	9	101.607.398	2,67%	78,68%
10 Fiatc	67.908.113	2,21%	10	76.591.838	2,24%	10	82.011.582	2,16%	80,84%
11 Quinta de Salut L'Aliança	67.587.039	2,20%	11	70.051.273	2,05%	11	72.745.784	1,91%	82,75%
12 Aegon Salud	54.923.049	1,79%	12	57.483.015	1,68%	12	61.823.330	1,62%	84,38%
13 Winterthur Salud	45.861.863	1,50%	14	51.861.077	1,52%	13	55.259.861	1,45%	85,83%
14 Agrupación Mutua	48.377.299	1,58%	13	50.734.931	1,48%	14	53.131.760	1,40%	87,23%
15 Mutua General de Catalunya	38.287.733	1,25%	15	42.289.691	1,24%	15	47.000.570	1,24%	88,46%
-- Resto de Entidades	296.801.983	9,68%	--	358.553.528	10,49%	--	439.092.740	11,54%	100,00%
TOTAL	3.066.979.307	100,00%		3.418.535.372	100,00%		3.805.097.870	100,00%	
PROMEMORIA	IHH Pre.		1.147,0	IHH Pre.		1.150,8	IHH Pre.		1.144,5
	C2 Pre.		38,0	C2 Pre.		38,1	C2 Pre.		38,5
	C3 Pre.		54,9	C3 Pre.		54,9	C3 Pre.		54,6
	IHH' Post.		1.272,9	IHH' Post.		1.280,0	IHH' Post.		1.272,6
	C2' Post.		41,2	C2' Post.		41,2	C2' Post.		41,5
	C3' Post.		58,0	C3' Post.		58,0	C3' Post.		57,6
	ΔIHH		126,0	ΔIHH		129,2	ΔIHH		128,1
	ΔC2		3,2	ΔC2		3,1	ΔC2		3,0
	ΔC3		3,2	ΔC3		3,1	ΔC3		3,0

Fuente: ICEA y elaboración propia. NOTA: Los indicadores de concentración de 2002-2003 contemplan las hipótesis de que la operación hubiese tenido lugar en dichos años.

⁸⁶ Vid. ICEA: *El Seguro de Salud*, varios años. El informe de ICEA con estadísticas del 2004 (junio 2005) basa sus estimaciones en una muestra de 47 entidades aseguradoras que representan alrededor del 97,2% de las primas totales de Salud.

ADESLAS es el primer asegurador nacional de asistencia sanitaria y reembolso de gastos por volumen de negocio con una cuota en el año 2004 del 21,4%. Este mismo ejercicio, IGUALMEQUISA es la séptima entidad aseguradora con una cuota del 3,0%. De acuerdo con estos datos, la cuota conjunta nacional de ADESLAS e IGUALMEQUISA sobre el total de seguros de asistencia sanitaria alcanzaría tras la concentración el 24,4%. SANITAS y ASISA quedarían, respectivamente, a 8,3 y 7,2 puntos de distancia, mientras que el Índice Herfindahl-Hirschman⁸⁷ (IHH) se incrementaría hasta 1.272,6 con un delta de 128,1, no indicando un especial problema de reforzamiento de la posición en el mercado⁸⁸.

Desde diciembre de 2002 hasta diciembre de 2004 el volumen de primas del conjunto de entidades aseguradoras privadas de asistencia sanitaria (en sus modalidades de asistencia sanitaria y reembolso de gastos) ha crecido acumuladamente un 24,1% en términos nominales, registrando cada año tasas de crecimiento superiores a las del PIB nominal. En términos reales (corrigiendo por la inflación y la tasa de variación de la póliza media) se puede indicar que el seguro de asistencia sanitaria presenta las características de un bien normal, con una elasticidad renta ligeramente superior a la unidad, de manera que el consumidor medio tiende a dedicar un porcentaje ligeramente superior de sus recursos a este tipo de seguro a medida que su renta real crece⁸⁹.

Los ingresos por este concepto de los notificantes experimentaron entre 2002 y 2004 un crecimiento del 33,4% en el caso de ADESLAS y del 17,4% en el de IGUALMEQUISA. De esta forma, la cuota nacional de ADESLAS se incrementa, mientras que IGUALMEQUISA crece menos que el ramo, con lo que su participación retrocede. Las variaciones en las primeras 15 posiciones del *ranking* de entidades aseguradoras son la excepción durante este período, indicando un moderado grado de madurez por el lado de la oferta⁹⁰.

⁸⁷ El índice Herfindahl-Hirschman es un indicador del grado de concentración global de un mercado y se define como la suma de los cuadrados de las cuotas de las empresas competidoras. En la práctica estadounidense, las concentraciones con IHH superiores a 1.800 y variaciones del IHH ("deltas") superiores a 100 merecen especial atención. En derecho comunitario, es improbable que la Comisión encuentre problemas de competencia horizontal en una concentración que dé lugar a un IHH de entre 1000 y 2000 y a un delta inferior a 250, o en una concentración que arroje un IHH superior a 2000 y un delta inferior a 150, salvo que se den circunstancias especiales.

⁸⁸ Vid. *Directrices sobre la evaluación de las concentraciones horizontales con arreglo al Reglamento del Consejo sobre el control de las concentraciones entre empresas*, Comunicación de la Comisión 2004/C 31/03, (DOUE 5-2-2004).

⁸⁹ Para calcular esta rudimentaria aproximación de la elasticidad renta se ha ampliado el período temporal considerado hasta enero del 2001. Los datos del PIB y de la inflación son del INE www.ine.es.

⁹⁰ De hecho, entre el año 2002 y el año 2004 sólo 3 de las 15 primeras aseguradoras privadas de asistencia sanitaria han alterado su posición en el *ranking* y, en todos los casos, en una sola posición..

Desde el año 2002 el número total de asegurados de ADESLAS ha crecido un 18,7% hasta [<2.500.000] asegurados. Por su parte, el número de asegurados de IGUALMEQUISA ha crecido en igual periodo un 3,3%, alcanzando la cifra de [>100.000]. El número total de asegurados en España se ha incrementado desde [~6.5M] hasta [~7.5M] asegurados (9,94%). La cuota conjunta tras la operación de concentración se elevaría hasta el 33,49% del total de los asegurados nacionales.

Cuadro nº 5						
NÚMERO DE ASEGURADOS ADESLAS E IGUALMEQUISA EN ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS – TOTAL NACIONAL – 2002–2004						
ENTIDAD	2002		2003		2004	
	Nº ASEGUR.	%	Nº ASEGUR.	%	Nº ASEGUR.	%
ADESLAS + IGUALMEQUISA	[...]	31,39%	[...]	31,52%	[...]	33,49%
ADESLAS	[...]	28,30%	[...]	28,58%	[...]	30,58%
IGUALMEQUISA	[...]	3,10%	[...]	2,94%	[...]	2,91%
RESTO DE ENTIDADES	[...]	68,61%	[...]	68,48%	[...]	66,51%
TOTAL	[6.500.000]	100,00%	[7.000.000]	100,00%	[7.500.000]	100,00%

Fuente: ICEA y elaboración propia a partir de la Notificación

En lo que respecta a los distintos mercados de seguro de asistencia sanitaria: libre elección y concertado, en los cuadros 6 y 7 se analiza, por un lado, la estructura del sector atendiendo a las cifras de seguros privados (primas y asegurados) y dentro del mercado de libre elección, se diferencia a efectos informativos entre el segmento individual y el de colectivos no públicos. Por otro lado, se analiza la participación en valor de ADESLAS e IGUALMEQUISA en dichos mercados y segmentos.

En el año 2004 el 69,03% de los asegurados en España con una póliza de asistencia sanitaria (asistencia sanitaria y reembolso de gastos) pertenecían al mercado de seguro de asistencia sanitaria de libre elección (el 45,90% tienen suscritas pólizas individuales, mientras que el 23,13% del total se encuadra en otros seguros colectivos). El restante 30,97% de los asegurados por entidades privadas pertenece a las mutualidades de las Administraciones Públicas (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), formando parte del mercado de asistencia sanitaria concertada⁹¹.

La cuota nacional de ADESLAS, atendiendo a las primas, es del 17,51% en seguros de libre elección⁹² (IMQ 4,07%,) y del 36,29% en seguros de asistencia sanitaria concertados con las mutualidades (IMQ 1,5% [CONFIDENCIAL]).

⁹¹ Los porcentajes que resultan al calcular las cuotas atendiendo a las primas en lugar de los asegurados son muy similares para cada uno de los mercados y segmentos.

⁹² Con cuotas del 15,74% en seguros individuales y 31,53% en seguros de otros colectivos.

Cuadro nº 6												
SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS POR SEGMENTOS – TOTAL NACIONAL – 2002–2004												
MODALIDADES	2002				2003				2004			
	PRIMAS (€)	% TOTAL	ASEGUR.	% TOTAL	PRIMAS (€)	% TOTAL	ASEGUR.	% TOTAL	PRIMAS (€)	% TOTAL	ASEGUR.	% TOTAL
1. SEGUROS LIBRE ELECCION	1.822.159.150	67,03%	4.077.490	66,46%	2.045.640.550	67,71%	4.361.959	67,69%	2.392.898.047	68,89%	4.639.233	69,03%
Individuales	1.450.803.838	53,37%	2.936.406	47,86%	1.657.312.367	54,86%	3.081.729	47,82%	1.880.369.579	54,14%	3.084.722	45,90%
Colectivos no públicos	371.355.312	13,66%	1.141.084	18,60%	388.328.183	12,85%	1.280.230	19,87%	512.528.468	14,76%	1.554.511	23,13%
2. SEGUROS CONCERTADOS (*)	896.114.120	32,97%	2.057.414	33,54%	975.557.941	32,29%	2.081.868	32,31%	1.080.448.387	31,11%	2.081.590	30,97%
MUFACE	598.495.085	22,02%	1.365.318	22,25%	653.810.941	21,64%	1.372.596	21,30%	723.074.460	20,82%	1.374.500	20,45%
ISFAS	266.216.073	9,79%	617.943	10,07%	287.067.552	9,50%	633.897	9,84%	317.640.001	9,15%	629.749	9,37%
MUGEJU	31.402.962	1,16%	74.153	1,21%	34.679.449	1,15%	75.375	1,17%	39.733.926	1,14%	77.341	1,15%
TOTAL⁹³	2.718.273.270	100,00%	6.134.904	100,00%	3.021.198.491	100,00%	6.443.827	100,00%	3.473.346.434	100,00%	6.720.823	100,00%

Fuente: ICEA y elaboración propia.

(*) En los seguros de asistencia sanitaria concertados sólo se incluyen en esta tabla las estadísticas referentes a las entidades concertadas privadas. El análisis de los mercados relevantes en Vizcaya y Álava requerirá incluir en la asistencia sanitaria de colectivos públicos a la Sanidad pública (Seguridad Social y/o Sanidad Militar) como entidad igualmente concertada. Adicionalmente, se realizará un análisis en volumen (asegurados), no en valor (primas) por la mayor disponibilidad y precisión de la información referente a asegurados y porque no existen prácticamente distorsiones entre valor y volumen debido a la naturaleza capitativa del pago de las mutualidad a las entidades concertadas, incluida la Seguridad Social.

⁹³ Las cifras de primas y asegurados no coinciden con las que se facilitan en otras tablas del informe por dos motivos: 1) El número de empresas aseguradoras que responde a ICEA con este nivel de detalle es menor y 2) No se ha incluido en el cuadro 6 el volumen de primas y los asegurados de seguro dental, modalidad sobre la cual el Tribunal no se pronuncia en la presente operación de concentración.

Cuadro nº 7

PRIMAS SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS POR SEGMENTOS – CUOTAS DE ADESLAS E IGUALMEQUISA – 2002-2004

	2002		2003		2004	
	PRIMAS (Millones de €)	CUOTA (%)	PRIMAS (Millones de €)	CUOTA (%)	PRIMAS (Millones de €)	CUOTA (%)
1. SEGUROS LIBRE ELECCION	[...]	100,00%	[...]	100,00%	[...]	100,00%
ADESLAS+IGUALMEQUISA	[...]	20,56%	[...]	22,20%	[...]	21,58%
ADESLAS	[...]	15,96%	[...]	17,79%	[...]	17,51%
IGUALMEQUISA	[...]	4,60%	[...]	4,41%	[...]	4,07%
1.1. SEGUROS INDIVIDUALES	[...]	100,00%	[...]	100,00%	[...]	100,00%
ADESLAS+IGUALMEQUISA	[...]	19,11%	[...]	19,75%	[...]	18,87%
ADESLAS	[...]	15,36%	[...]	16,34%	[...]	15,74%
IGUALMEQUISA	[...]	3,75%	[...]	3,42%	[...]	3,13%
1.2. OTROS COLECTIVOS	[...]	100,00%	[...]	100,00%	[...]	100,00%
ADESLAS+IGUALMEQUISA	[...]	26,23%	[...]	32,65%	[...]	31,53%
ADESLAS	[...]	18,31%	[...]	24,00%	[...]	24,00%
IGUALMEQUISA	[...]	7,92%	[...]	8,65%	[...]	7,53%
2. SEGUROS CONCERTADOS	[...]	100,00%	[...]	100,00%	[...]	100,00%
ADESLAS+IGUALMEQUISA	[...]	37,09%	[...]	37,59%	[...]	37,80%
ADESLAS	[...]	35,54%	[...]	35,97%	[...]	36,29%
IGUALMEQUISA	[...]	1,55%	[...]	1,62%	[...]	1,51%

Fuente: ICEA, Notificación y elaboración propia.

(*) En los seguros de asistencia sanitaria concertados las cifras de IGUALMEQUISA incluyen el reaseguro cedido por ADESLAS.

En conclusión, a nivel nacional, el impacto de la operación de concentración es muy reducido:

- En el mercado de seguros de asistencia sanitaria de libre elección, ADESLAS adquiere una cuota adicional del 4,1% lo cual le permite, con el 17,5%, superar ligeramente al primer operador nacional SANITAS (con una cuota, según estimación de los notificantes, del 17,3% y una sólida posición de liderazgo en el segmento de colectivos no públicos, con una cuota cercana al 64%).
- En el mercado de seguros sanitarios concertados, ADESLAS, principal operador privado, no incrementa en sentido estricto su cuota, sino que afianzaría y consolidaría la actividad aseguradora en Vizcaya (1,5% del total de los seguros concertados por entidades privadas; cifra imputada a IGUALMEQUISA, entidad subconcertada de ADESLAS en dicha provincia).

El Tribunal considera que el conocimiento de la estructura del sector en España, a partir de la información de las aseguradoras privadas disponible, permite contar con una primera aproximación, de gran valor, pero que será preciso matizar al analizar los mercados relevantes. En este sentido, es necesario depurar los datos y/o buscar fuentes alternativas, especialmente en el caso del mercado de seguro de asistencia sanitaria concertada, a fin de ajustar las estadísticas disponibles a las delimitaciones del mercado de producto definidas en la presente operación de concentración.

7.1.1. Seguro de asistencia sanitaria en Vizcaya

En Vizcaya, IGUALMEQUISA es el operador dominante, registrando una cuota sobre las primas de la provincia del 84,16% y disponiendo de poder de mercado.

IMQ SEGUROS cuenta con oficinas propias en Bilbao, Getxo, Lekeitio y Eibar así como con una filial, IGUALATORIO DE BILBAO AGENCIA DE SEGUROS, S.A., que se ocupa de la distribución de los productos, utilizando también una red de subagentes y colaboradores en todo el territorio de Vizcaya.

ADESLAS, por su parte, no está presente de forma directa en el mercado vizcaíno y ha cubierto tradicionalmente sus necesidades aseguradoras en la provincia a través de una estrecha relación con IGUALMEQUISA, mediante distintos acuerdos de colaboración, reaseguro, coaseguro y subconcierto que se analizan en el apartado 9. La actividad de ADESLAS en Vizcaya se limita en la actualidad a coasegurar junto a IGUALMEQUISA a un colectivo de unos [1.000-20.000] asegurados en el mercado del seguro libre⁹⁴, mientras que el mercado del seguro de colectivos públicos, ADESLAS como entidad concertada de las mutualidades nacionales (MUFACE, ISFAS y

⁹⁴ Especialmente empleados [CONFIDENCIAL] residentes en la provincia de Vizcaya o zonas limítrofes.

MUGEJU) presta sus servicios mediante subconcierto con IMQ SEGUROS (IGUALMEQUISA) en Vizcaya⁹⁵.

Entre 2002 y 2004, atendiendo al volumen de negocio y en base a la información de ICEA, IGUALMEQUISA ha perdido 3,7 puntos porcentuales de cuota, manteniendo en la actualidad un muy elevado peso en el mercado (84,16%).

Por su parte, la información facilitada por el Departamento de Hacienda y Administración Pública del Gobierno Vasco, muestra una reducción tendencial del número de pólizas, del número de asegurados y del porcentaje de la población asegurada en dicha Comunidad Autónoma entre 1994 y 2003. El incremento de la prima media ha compensado en valor dicha reducción, siendo Vizcaya la provincia vasca que cuenta con una mayor proporción de población asegurada (19,6%). Los notificantes elevan dicha proporción al 23,84%, una de las más elevadas de España.

Cuadro nº 8							
PRIMAS - SALUD TOTAL – PROVINCIA DE VIZCAYA – 2002-2004 (EUROS)							
Nº	ENTIDAD	2002		2003		2004	
		PRIMAS	% PRIMAS	PRIMAS	% PRIMAS	PRIMAS	% PRIMAS
1	IGUALMEQUISA	97.817.348	87,86%	105.625.817	84,37%	114.454.554	84,16%
2	SANITAS	4.315.169	3,88%	5.384.591	4,30%	6.767.204	4,98%
3	AEGON	1.540.866	1,38%	5.334.577	4,26%	5.781.446	4,25%
4	PREVISION MALLORQ.	1.589.637	1,43%	1.637.097	1,31%	1.680.597	1,24%
5	MAPFRE CAJA SALUD	1.225.892	1,10%	1.265.613	1,01%	1.510.279	1,11%
6	ARESA	885.501	0,80%	1.024.380	0,82%	1.167.992	0,86%
7	FIATC	660.849	0,59%	917.535	0,73%	796.305	0,59%
8	DKV SEGUROS	675.275	0,61%	935.381	0,75%	719.415	0,53%
9	SEGUROS BILBAO	721.220	0,65%	793.840	0,63%	701.065	0,52%
10	ASISA		0,00%	538.830	0,43%	561.704	0,41%
11	VITALICIO SEGUROS	410.931	0,37%	466.803	0,37%	499.603	0,37%
12	CATALANA OCC.	111.067	0,10%	336.650	0,27%	346.706	0,25%
13	ESTRELLA SEGUROS	332.959	0,30%	361.614	0,29%	334.322	0,25%
14	ALLIANZ	189.445	0,17%	221.227	0,18%	266.022	0,20%
15	WINTERTHUR	59.955	0,05%	54.088	0,04%	40.329	0,03%
16	ADESLAS	351.316	0,32%		0,00%		0,00%
17	GROUPAMA	215.460	0,19%		0,00%		0,00%
	RESTO	234.287	0,21%	292.476	0,23%	376.383	0,28%
TOTAL		111.337.177	100,00%	125.190.519	100,00%	136.003.926	100,00%

Fuente, ICEA y elaboración propia

NOTA: Se han utilizado datos de Salud Total y no los de Salud – Asistencia Sanitaria por la mayor homogeneidad de la serie temporal, al haberse detectado problemas en los datos de 2003 de Vizcaya y porque las diferencias resultantes para dicha provincia no son significativas.

⁹⁵ Desde su constitución como sociedad anónima mercantil en 1984, ADESLAS mantiene con IMQ SEGUROS relaciones de subconcertación del negocio procedente de las mutualidades nacionales (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y de colaboración en la cobertura de desplazados ocasionales.

Cuadro nº 9
INDICADORES CONCENTRACIÓN - PRIMAS - ASISTENCIA SANITARIA - PROVINCIA DE VIZCAYA -2004 (EUROS)

PRE y POST CONCENTRACION			
Nº	EMPRESA	VOLUMEN	%
1	IGUALMEQUISA	114.087.650	87,9%
2	SANITAS	6.743.578	5,2%
3	AEGON	5.781.446	4,5%
4	FIATC	732.559	0,6%
5	SEGUROS BILBAO	701.065	0,5%
6	ARESA	608.596	0,5%
7	ASISA	561.704	0,4%
8	DKV SEGUROS	237.206	0,2%
9	GRUPO MAPFRE	108.379	0,1%
---	RESTO	324.857	0,3%
TOTAL		129.778.661	100,0%

INDICADOR	VALOR
HHI Pre.	7.776,0
C2 Pre.	93,1
C3 Pre.	97,6
HHI' Post.	7.776,0
C2' Post.	93,1
C3' Post.	97,6
Δ HHI	0,0
Δ C2	0,0
Δ C3	0,0

Fuente, ICEA y elaboración propia

NOTA: Al tratarse de datos de 2004 (no existiendo problemas de homogeneidad de la serie) se han empleado datos de Salud - Asistencia Sanitaria.

a. Seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección

Los Notificantes han indicado y el Tribunal ha comprobado que ADESLAS no está presente de forma directa en el mercado vizcaíno, cubriendo sus necesidades aseguradoras en la provincia a través de una estrecha relación con IGUALMEQUISA, mediante distintos acuerdos de colaboración, reaseguro, coaseguro y subconcierto que se analizan en el apartado 9.

La actividad de ADESLAS en Vizcaya en este mercado se limita en la actualidad a coasegurar junto a IGUALMEQUISA a un colectivo de aproximadamente [1.000-20.000] asegurados en el mercado del seguro libre⁹⁶.

⁹⁶ Vid. supra.

b. Seguro de asistencia sanitaria concertado

Partiendo de la información facilitada en la Notificación, el Servicio recoge en su informe que “en Vizcaya se observa un reforzamiento de la posición de las partes (...) habiéndose producido una ganancia de cuota de más (...) de 45 puntos en el segmento de colectivos públicos, en el que ADESLAS y su subconcertada IMQ, disfrutaban de una posición cercana al monopolio, cuando dos años antes la cuota era de cerca del 52%. En el mismo periodo se ha producido un considerable retroceso en el número total de asegurados”.

Los Notificantes han alegado que el incremento de cuota en este segmento en el período 2002-2004 deriva de un error en los datos de ICEA que sirven de base para el cálculo, quedando este extremo confirmado por el Tribunal.

Sin embargo, para evitar cualquier duda sobre la corrección de los datos, el Tribunal ha optado por emplear para el cálculo de las cuotas información actualizada y detallada a nivel provincial facilitada directamente por MUFACE, ISFAS y MUGEJU en respuesta a la solicitud de información de este Tribunal con fecha 29 de agosto de 2005.

En la provincia de Vizcaya, en septiembre de 2005, ADESLAS asegura al 76,79% de los titulares y beneficiarios pertenecientes a las mutualidades nacionales MUFACE, ISFAS y MUGEJU. La Seguridad Social, con un 21,81% sería la segunda entidad aseguradora, mientras que el resto de las aseguradoras privadas concertadas se reparten el restante 1,4% del mercado.

Cuadro nº 10

**MUTUALIDADES – ASISTENCIA SANITARIA – PROVINCIA DE VIZCAYA
SEPTIEMBRE 2005 (PERSONAS)**

ENTIDAD	MUTUAL.	TITUL.	% TIT.	BENEF.	% BENEF.	TOTAL	% TOTAL
ADESLAS		11.926	76,09%	10.762	77,58%	22.688	76,79%
	MUFACE	10.728	68,45%	9.834	70,89%	20.562	69,60%
	ISFAS	188	1,20%	73	0,53%	261	0,88%
	MUGEJU	1.010	6,44%	855	6,16%	1.865	6,31%
SEGURIDAD SOCIAL		3.462	22,09%	2.981	21,49%	6.443	21,81%
	MUFACE	3.121	19,91%	2.783	20,06%	5.904	19,98%
	ISFAS	140	0,89%	61	0,44%	201	0,68%
	MUGEJU	201	1,28%	137	0,99%	338	1,14%
ASISA		189	1,21%	80	0,58%	269	0,91%
	MUFACE	123	0,78%	60	0,43%	183	0,62%
	ISFAS	37	0,24%	3	0,02%	40	0,14%
	MUGEJU	29	0,19%	17	0,12%	46	0,16%
MAPFRE CAJA SALUD		54	0,34%	11	0,08%	65	0,22%
	MUFACE	9	0,06%	3	0,02%	12	0,04%
	ISFAS	37	0,24%	3	0,02%	40	0,14%
	MUGEJU	8	0,05%	5	0,04%	13	0,04%
DKV SEGUROS		15	0,10%	23	0,17%	38	0,13%
	MUFACE	14	0,09%	20	0,14%	34	0,12%
	MUGEJU	1	0,01%	3	0,02%	4	0,01%
AEGON		12	0,08%	3	0,02%	15	0,05%
	MUFACE	12	0,08%	3	0,02%	15	0,05%
CASER		9	0,06%	6	0,04%	15	0,05%
	MUFACE	5	0,03%	3	0,02%	8	0,03%
	ISFAS	3	0,02%	2	0,01%	5	0,02%
	MUGEJU	1	0,01%	1	0,01%	2	0,01%
IGUALATORIO SANTANDER		3	0,02%	4	0,03%	7	0,02%
	MUFACE	3	0,02%	4	0,03%	7	0,02%
ALICO		2	0,01%	2	0,01%	4	0,01%
	MUGEJU	2	0,01%	2	0,01%	4	0,01%
SIN ADSCRIPCIÓN		1	0,01%	0	0,00%	1	0,00%
	ISFAS	1	0,01%	0	0,00%	1	0,00%
TOTAL		15.673	100,00%	13.872	100,00%	29.545	100,00%

Fuente, MUFACE, ISFAS y MUGEJU y elaboración propia

En consecuencia, en el mercado del seguro de asistencia sanitaria para colectivos públicos en la provincia de Vizcaya ADESLAS⁹⁷ cuenta con una posición de dominio, siendo claramente marginal el porcentaje de mutualistas que opta por otra entidad concertada privada.

Sin embargo, tampoco en este mercado existe adición de cuotas: ADESLAS como entidad concertada de las mutualidades nacionales (MUFACE, ISFAS y MUGEJU)

⁹⁷ Como entidad subconcertante de IMQ SEGUROS (IGUALMEQUISA)

presta sus servicios mediante subconcierto con IMQ SEGUROS (IGUALMEQUISA) en la provincia de Vizcaya⁹⁸.

En conclusión, según los datos disponibles, el Tribunal no detecta un reforzamiento de la posición de las partes en el mercado de seguro de asistencia sanitaria de libre elección ni en el mercado de seguro de asistencia sanitaria concertado en la provincia de Vizcaya que se derive de una posible adición de cuotas.

7.1.2. Seguro de asistencia sanitaria en Álava

En Álava, ADESLAS opera a través de su filial, IQUIMESA SEGUROS, empresa activa únicamente en dicha provincia.

En el 2004 las primas de IQUIMESA representan una cuota del 75,15% sobre las primas de la provincia, situándose como primer operador del ramo en Álava. Debe indicarse que, a partir de los datos de ICEA, desde el año 2002 su cuota se ha reducido en 13,96 puntos porcentuales.

IQUIMESA SEGUROS distribuye sus productos [CONFIDENCIAL].

IGUALMEQUISA, por su parte, no está presente de forma directa en el mercado de Álava y su presencia indirecta en el mercado, se debe exclusivamente a personas residentes en la comarca del territorio de Ayala (Llodio y otros municipios), considerando el Tribunal, como alegan los Notificantes, que efectivamente se trata de actividad vizcaína que no representa una presencia efectiva de la aseguradora (IMQ SEGUROS) en el mercado alavés⁹⁹.

⁹⁸ *Vid. supra.*

⁹⁹ Los mercados alaveses de asistencia sanitaria son relativamente pequeños, (en volumen de negocios, Álava representa sólo el 11,4% de las primas vizcaínas). En consecuencia, los [1.000-10.000] asegurados de IMQ SEGUROS residentes en el Territorio de Ayala representarían un 15% del número de asegurados de la provincia de Álava si se computasen como mercado alavés. El Tribunal considera que dicha imputación no es posible desde el punto de vista de la competencia: al delimitar el mercado, el Tribunal ha indicado como elemento configurador que “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”. IMQ SEGUROS no cuenta en la provincia de Álava con medios materiales o humanos, propios o ajenos, con el que realizar, en su caso, dicha prestación más que de forma excepcional, no pudiendo considerarse una fuerza competitiva efectiva en dicha provincia.

Cuadro nº 11							
PRIMAS - SALUD – ASISTENCIA SANITARIA – PROVINCIA DE ÁLAVA – 2002-2004 (EUROS)							
Nº	ENTIDAD	2002		2003		2004	
		PRIMAS	% PRIMAS	PRIMAS	% PRIMAS	PRIMAS	% PRIMAS
1	ADESLAS	9.385.114	89,11%	10.154.568	76,85%	11.107.517	75,15%
2	ASISA		0,00%	1.630.899	12,34%	1.700.133	11,50%
3	SANITAS	487.372	4,63%	629.580	4,76%	969.460	6,56%
4	SEGUROS BILBAO	304.461	2,89%	356.569	2,70%	590.490	4,00%
5	DKV SEGUROS	319.886	3,04%	393.706	2,98%	309.557	2,09%
6	MAPFRE CAJA SALUD	22.302	0,21%	5.012	0,04%	58.545	0,40%
7	CASER		0,00%		0,00%	17.367	0,12%
8	FIATC	5.699	0,05%	16.994	0,13%	13.868	0,09%
9	GRUPO AXA		0,00%	4.660	0,04%	6.037	0,04%
10	GRUPO LIBERTY		0,00%		0,00%	5.012	0,03%
11	GROUPAMA PLUS ULTRA		0,00%	4.833	0,04%	989	0,01%
12	VIDA CAIXA		0,00%		0,00%	595	0,00%
13	VITALICIO SEGUROS		0,00%		0,00%	118	0,00%
	RESTO	6.850	0,07%	16.514	0,12%	0	0,00%
	TOTAL	10.531.684	100,00%	13.213.335	100,00%	14.779.688	100,00%

Fuente, ICEA y elaboración propia

Cuadro nº 12			
INDICADORES CONCENTRACIÓN - PRIMAS – ASISTENCIA SANITARIA – PROVINCIA DE ÁLAVA – 2004 (EUROS)			
PRE y POST CONCENTRACION			
Nº	EMPRESA	VOLUMEN	%
1	ADESLAS	11.107.517,00	75,2%
2	ASISA	1.700.133,00	11,5%
3	SANITAS	969.460,00	6,6%
4	SEGUROS BILBAO	590.490,00	4,0%
5	DKV SEGUROS	309.557,00	2,1%
6	MAPFRE CAJA SALUD	58.545,00	0,4%
7	CASER	17.367,00	0,1%
8	FIATC	13.868,00	0,1%
9	GRUPO AXA	6.037,00	0,0%
---	RESTO	6.714,00	0,1%
	TOTAL	14.779.688,0	100,0%

INDICADOR	VALOR
HHI Pre.	5.844,0
C2 Pre.	86,7
C3 Pre.	93,2
HHI' Post.	5.844,0
C2' Post.	86,7
C3' Post.	93,2
ΔHHI	0,0
ΔC2	0,0
ΔC3	0,0

Fuente, ICEA y elaboración propia

Por su parte, la información facilitada por el Departamento de Hacienda y Administración Pública del Gobierno Vasco, refleja, con mayor suavidad que en Vizcaya, una reducción tendencial del número de pólizas, del número de asegurados y del porcentaje de la población asegurada en Álava entre 1994 y 2003. También en esta provincia, el incremento de la prima media ha compensado en valor dicha reducción. En el 2003 en Álava estaban asegurados un 13,2% de la población. Las estimaciones de los notificantes para 2004 fijan dicha proporción en el 12,36%, prácticamente la mitad que la de Vizcaya, pero el doble que la de Guipúzcoa (6,01%).

a. Seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección

Los Notificantes han indicado y el Tribunal ha comprobado que IGUALMEQUISA no está presente de forma directa en el mercado alavés, debiéndose su presencia indirecta en el mercado, a la cobertura de personas residentes en la comarca del territorio de Ayala (Llodio y otros municipios).

El Tribunal considera, como alegan los Notificantes, que efectivamente se trata de actividad vizcaína que no representa una presencia efectiva de la aseguradora (IMQ SEGUROS) en el mercado de Álava¹⁰⁰.

b. Seguro de asistencia sanitaria concertado

En la provincia de Álava, en septiembre de 2005, ADESLAS asegura al 53,26% de los titulares y beneficiarios pertenecientes a las mutualidades nacionales MUFACE, ISFAS y MUGEJU. La Seguridad Social, con un 26,32% sería la segunda entidad aseguradora, mientras que el resto de las aseguradoras privadas concertadas representan el restante 20,42% del mercado.

En consecuencia, en el mercado del seguro de asistencia sanitaria para colectivos públicos en Álava, ADESLAS representa más de la mitad del mercado, aunque en esta ocasión es significativo el porcentaje de mutualistas que opta por otra entidad privada concertada (ASISA, 18,88%).

En el mercado del seguro de asistencia sanitaria para colectivos públicos tampoco existe adición de cuotas: ADESLAS como entidad concertada de las mutualidades nacionales (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) presta sus servicios mediante su filial IQUIMESA SEGUROS en la provincia de Álava, sin que IGUALMEQUISA (IMQ SEGUROS) sea una mínima fuerza competitiva en el mercado.

¹⁰⁰ *Vid. supra.*

Cuadro nº 13

**MUTUALIDADES – ASISTENCIA SANITARIA – PROVINCIA DE ÁLAVA
SEPTIEMBRE 2005 (PERSONAS Y PORCENTAJES)**

ENTIDAD	MUTUAL.	TITUL.	% TIT.	BENEF.	% BENEF.	TOTAL	% TOTAL
ADESLAS		2.295	52,81%	1.748	53,87%	4.043	53,26%
	MUFACE	1.665	38,31%	1.342	41,36%	3.007	39,61%
	ISFAS	468	10,77%	311	9,58%	779	10,26%
	MUGEJU	162	3,73%	95	2,93%	257	3,39%
SEGURIDAD SOCIAL		1.141	26,25%	857	26,41%	1.998	26,32%
	MUFACE	960	22,09%	749	23,08%	1.709	22,51%
	ISFAS	107	2,46%	55	1,69%	162	2,13%
	MUGEJU	74	1,70%	53	1,63%	127	1,67%
ASISA		836	19,24%	597	18,40%	1.433	18,88%
	MUFACE	780	17,95%	571	17,60%	1.351	17,80%
	ISFAS	22	0,51%	3	0,09%	25	0,33%
	MUGEJU	34	0,78%	23	0,71%	57	0,75%
MAPFRE CAJA SALUD		32	0,74%	14	0,43%	46	0,61%
	MUFACE	9	0,21%	10	0,31%	19	0,25%
	ISFAS	22	0,51%	3	0,09%	25	0,33%
	MUGEJU	1	0,02%	1	0,03%	2	0,03%
CASER		16	0,37%	11	0,34%	27	0,36%
	MUFACE	2	0,05%	1	0,03%	3	0,04%
	ISFAS	9	0,21%	7	0,22%	16	0,21%
	MUGEJU	5	0,12%	3	0,09%	8	0,11%
DKV SEGUROS		17	0,39%	8	0,25%	25	0,33%
	MUFACE	12	0,28%	8	0,25%	20	0,26%
	ISFAS	1	0,02%	0	0,00%	1	0,01%
	MUGEJU	4	0,09%	0	0,00%	4	0,05%
AEGON		8	0,18%	10	0,31%	18	0,24%
	MUFACE	8	0,18%	10	0,31%	18	0,24%
IGUALATORIO SANTANDER		1	0,02%	0	0,00%	1	0,01%
	MUFACE	1	0,02%	0	0,00%	1	0,01%
TOTAL		4.346	100,00%	3.245	100,00%	7.591	100,00%

Fuente, MUFACE, ISFAS y MUGEJU y elaboración propia.

En conclusión, según los datos disponibles, el Tribunal no detecta un reforzamiento de la posición de las partes en el mercado de seguro de asistencia sanitaria de libre elección ni en el mercado de seguro de asistencia sanitaria concertado en las provincias de Vizcaya ni de Álava que se derive de una posible adición de cuotas.

Sin embargo, el elevado nivel de las respectivas cuotas en los diversos mercados, el carácter estructural de la nueva relación entre ADESLAS e IGUALMEQUISA, la simultánea presencia de ambos operadores en el mercado de los servicios sanitarios privados y el hecho de que los socios de IMQ MÉDICOS sean fundamentalmente los médicos pertenecientes al cuadro médico de IMQ (*accionistas médicos en activo*) hace necesario profundizar el análisis para considerar en los siguientes apartados los

posibles efectos verticales, las barreras a la entrada y otros posibles efectos derivados de la relación de agencia¹⁰¹ entre médicos e IMQ¹⁰².

7.2. Servicio de asistencia sanitaria.

En España, la primera Ley de Sanidad de 1855, desarrollada por R.O. de 2 de abril de 1898, determinó principalmente el establecimiento de Colegios Médicos en las capitales de provincia en toda España con amplias facultades, plenas competencias disciplinarias y deontológicas y la colegiación como requisito obligatorio para el ejercicio profesional.

Con anterioridad a la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, la prestación de la sanidad en España se realizaba a través de grupos de profesionales liberales que dieron origen a diversas entidades mutuales.

En 1955 se promulgó la Ley de Especialidades y en 1963 se estableció la base necesaria para operar el tránsito de un conjunto de seguros a un sistema de Seguridad Social. Hasta la década de los setenta estaba muy generalizado el ejercicio de la medicina privada a través de las Igualas Médicas.

En el año 1975 se crea un Régimen Especial de Seguridad Social con el propósito de poder ofertar también la asistencia médica obligatoria a través de la medicina privada a los Funcionarios del Estado inscritos en MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

La Constitución de 1978, dentro de los principios rectores de la política social y económica, reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Mientras que, por otra parte, el Título VIII estableció el diseño constitucional de la organización territorial de España, posibilitando la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia sanitaria, aunque reservando al Estado la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

¹⁰¹ El Tribunal se refiere por relación de agencia al conjunto de vínculos económicos y jurídicos que existen entre un “principal” y un “agente”, siendo éste un mecanismo tradicional para analizar las implicaciones económicas de la existencia de información imperfecta tanto simétrica como, en este caso, asimétrica.

¹⁰² Una relación que en este caso sería doble: Por un lado, el médico accionista como “principal” debe observar el comportamiento de su “agente”: la dirección de IMQ MÉDICOS. Por otro lado, IGUALMEQUISA o la empresa filial competente, como “principal” debe observar el comportamiento de sus “agentes”, los médicos del catálogo de servicios.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, (LGS) desarrolla estos preceptos constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos¹⁰³ que configuran el Sistema Nacional de Salud, mientras que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS) establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias.

En lo que se refiere al ejercicio de la medicina privada, los artículos 88 y 89 de la LGS reconocen respectivamente el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución y la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la Constitución.

Adicionalmente, el artículo 6 de la LCCSNS, de acuerdo con el artículo 43.2 de la Constitución española, establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en el ámbito de las competencias que les corresponden, ejercerán un control de las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud, en relación con las actividades de salud pública y en materia de garantías de información, seguridad y calidad, y requerirán de ellas la información necesaria para el conocimiento de su estructura y funcionamiento.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad¹⁰⁴. El día 1 de enero de 2002 se hizo efectivo la transferencia del INSALUD a las diez Comunidades Autónomas que se rigen por el artículo 143 de la Constitución¹⁰⁵. La transferencia a las restantes siete Comunidades Autónomas se había realizado previamente de forma individualizada.

En el año 2004, el 50% de los 900 hospitales españoles dependen patrimonialmente de la iniciativa privada, representando un 31,79% de las 158.616 camas disponibles. Los hospitales privados no benéficos representan un 34,44% de los hospitales en España (310) y un 17,82% de las camas disponibles (28.262).

¹⁰³ Dentro de estos principios destacan el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria centrado en la integración de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

¹⁰⁴ En el País Vasco la normativa actualmente en vigor es la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

¹⁰⁵ El Consejo de Ministros del 27 de diciembre de 2001 aprobó los diez reales decretos que sancionan los acuerdos de las Comisiones Mixtas de Transferencias con dichas Comunidades Autónomas.

Cuadro nº 14					
CAMAS Y HOSPITALES – DEPENDENCIA PATRIMONIAL – ESPAÑA – 2004 (UDS. Y PORCENT.)					
CARACTER	DEPEN. PATRIMONIAL	CAMAS	% CAMAS	Nº HOSP.	% HOSP.
PUBLICO		108.195	68,21%	450	50,00%
	SEGURIDAD SOCIAL	48.549	30,61%	174	19,33%
	COMUNIDAD AUTÓNOMA	25.369	15,99%	139	15,44%
	ENTIDADES PÚBLICAS	21.051	13,27%	41	4,56%
	DIPUTACIÓN O CABILDO	5.954	3,75%	44	4,89%
	MUNICIPIO	2.675	1,69%	22	2,44%
	MINISTERIO DE DEFENSA	2.511	1,58%	8	0,89%
	MATEP	1.567	0,99%	20	2,22%
	MINISTERIO DE INTERIOR	519	0,33%	2	0,22%
PRIVADO		50.421	31,79%	450	50,00%
	PRIVADO NO BENÉFICO	28.262	17,82%	310	34,44%
	PRIVADO-BENÉFICO (IGLESIA)	12.045	7,59%	63	7,00%
	PRIVADO-BENÉFICO (CRUZ ROJA)	1.464	0,92%	14	1,56%
	OTRO PRIVADO-BENÉFICO	8.650	5,45%	63	7,00%
TOTAL		158.616	100,00%	900	100,00%

Fuente, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2004* (actualizado a 31 de diciembre de 2003) y elaboración propia.

NOTA, En el epígrafe "ENTIDADES PÚBLICAS" se incluyen los hospitales de dependencia patrimonial compartida por varios organismos públicos.

Respecto a la Comunidad Autónoma de Euskadi, el porcentaje de hospitales privados se eleva hasta el 53,33% (24 de 45 hospitales). En número de camas, el 29,39% de las 8.590 camas disponibles se encuentran en hospitales privados. Por su parte, los hospitales privados no benéficos representan el 33,33% de los hospitales en Euskadi (15 de 45) y un 12,64% de las camas disponibles (1.086).

Cuadro nº 15					
CAMAS Y HOSPITALES – DEPENDENCIA PATRIMONIAL – PAÍS VASCO – 2004					
PROVINCIA O REGION	CARÁCTER	CAMAS	% CAMAS	Nº HOSP.	% HOSP.
PAIS VASCO		8.590	100,00%	45	100,00%
	PUBLICO	6.065	70,61%	21	46,67%
	PRIVADO	2.525	29,39%	24	53,33%
ÁLAVA		1.407	16,38%	7	15,56%
	PUBLICO	1.244	14,48%	5	11,11%
	PRIVADO	163	1,90%	2	4,44%
GUIPÚZCOA		3.308	38,51%	16	35,56%
	PUBLICO	1.587	18,47%	5	11,11%
	PRIVADO	1.721	20,03%	11	24,44%
VIZCAYA		3.875	45,11%	22	48,89%
	PUBLICO	3.234	37,65%	11	24,44%
	PRIVADO	641	7,46%	11	24,44%

Fuente, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2004* (actualizado a 31 de diciembre de 2003) y elaboración propia

En lo que respecta a la provincia de Álava, IGUALMEQUISA no está presente en el mercado de prestación de servicios privados de asistencia sanitaria, mientras que ADESLAS contrata servicios sanitarios para la prestación a la que está obligada por los contratos de seguros celebrados, disponiendo como únicos medios materiales propios del policlínico Centro Médico América, en Vitoria. En consecuencia, este Tribunal no considera necesario analizar con mayor detenimiento dicho mercado provincial, centrándose el estudio en la provincia de Vizcaya.

7.2.1. Servicio de asistencia sanitaria como prestación al seguro de asistencia sanitaria de libre elección en Vizcaya

Para el análisis se han considerado los centros hospitalarios privados de la provincia de Vizcaya, recogidos en el Catálogo Nacional de Hospitales 2004 (actualizado a 31 de diciembre de 2003).

Se observa, de acuerdo con dichos datos, que existen 11 hospitales privados (benéficos y no benéficos) en Vizcaya, elevándose en número de camas hospitalarias privadas en dicha provincia a 641. De esta forma, las clínicas de IMQ SERVICIOS (Vicente San Sebastián y Virgen Blanca) disponen del 35,88% de las camas privadas de dicha provincia.

Por otra parte, los Notificantes de la operación de concentración son demandantes de servicios de atención médica y hospitalaria para las prestaciones derivadas de la cobertura de sus respectivas pólizas de seguro de asistencia sanitaria. A tal efecto, contratan el arrendamiento de servicios de profesionales de la medicina privada que incorporan al catálogo de servicios provinciales de la compañía y conciertan con centros hospitalarios la asistencia hospitalaria.

Cuadro nº 16													
CAMAS, HOSPITALES Y EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA – DEPENDENCIA PATRIMONIAL CENTROS HOSPITALARIOS PRIVADOS – VIZCAYA – 2004													
DEPENDENCIA	NOMBRE	CAMAS	% CAMAS	Nº HOSP.	% HOSP.	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI
PRIVADO NO BENÉFICO		381	59,44%	7	63,64%	3	5	1	1	1	2	1	0
	CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN, S.A.	153	23,87%	1	9,09%	1	1	1	1	0	1	1	0
	CLÍNICA VIRGEN BLANCA, S.A.	77	12,01%	1	9,09%	1	2	0	0	1	1	0	0
	SANATORIO NEUROPSIQUIÁTRICO SAN IGNACIO DE LOYOLA	35	5,46%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
	CLÍNICA GUIMON S.A.	35	5,46%	1	9,09%	1	1	0	0	0	0	0	0
	CLÍNICA INDAUTXU	30	4,68%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
	POLICLÍNICA SAN ANTONIO, S.A.	33	5,15%	1	9,09%	0	1	0	0	0	0	0	0
	AVANCES MÉDICOS, S.A.	18	2,81%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
PRIVADO-BENÉFICO (IGLESIA)		107	16,69%	2	18,18%	1	1	0	0	0	0	0	0
	CLÍNICA SAN FRANCISCO JAVIER	68	10,61%	1	9,09%	1	1	0	0	0	0	0	0
	SANATORIO BILBAÍNO	39	6,08%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRO PRIVADO-BENÉFICO		82	12,79%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	82	12,79%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
PRIVADO-BENÉFICO (CRUZ ROJA)		71	11,08%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
	HOSPITAL VICTORIA EUGENIA-CRUZ ROJA	71	11,08%	1	9,09%	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL VIZCAYA		641	100,00%	11	100,00%	4	6	1	1	1	2	1	0
PROMEMORIA: TOTAL IGUALMEQUISA		230	35,88%	2	18,18%	2	3	1	1	1	2	1	0

Fuente, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2004* (actualizado a 31 de diciembre de 2003) y elaboración propia

NOTA: TAC: Tomografía Axial Computerizada; RM: Resonancia Magnética; GAM: Gammacámara (Incluye SPECT); HEM: Sala de Hemodinámica; ASD: Angiografía por Sustracción Digital; LIT: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque; BCO: Bomba de Cobalto; ALI: Acelerador de Partículas.

Al valorar los posibles efectos restrictivos derivados de las relaciones verticales existentes entre el mercado de asistencia sanitaria privada y el mercado de seguros de asistencia sanitaria, el Tribunal tiene en consideración que:

- Según la notificación, IMQ SEGUROS representa más de un 60% de la facturación de la asistencia hospitalaria privada en Vizcaya, teniendo establecidos conciertos con todas las clínicas privadas de Vizcaya.
- Por el lado de la demanda, la población de Vizcaya es un 65,0% superior a la de Guipúzcoa, las primas de asistencia sanitaria de Vizcaya son 5,50 veces superiores a las pagadas en la provincia de Guipúzcoa y, sin embargo, por el lado de la oferta, ambas provincias tienen aproximadamente el mismo número de hospitales privados no benéficos (7 Vizcaya y 6 Guipúzcoa), mientras que el número de camas en este tipo de hospitales¹⁰⁶ es un 42% superior en Guipúzcoa. (542 frente a 381 en Vizcaya)¹⁰⁷.
- El catálogo de servicios de IMQ SEGUROS incorpora [~1.000] facultativos¹⁰⁸ que “constituyen la práctica totalidad de los facultativos médicos de Vizcaya que ejercen la medicina privada”¹⁰⁹.
- Los hospitales de IGUALMEQUISA, además de ofrecer la provisión sanitaria privada más importante de Vizcaya a través de su sociedad IMQ SERVICIOS¹¹⁰, cuenta con diversos centros sanitarios y de diagnóstico en los que se prestan servicios asistenciales de los que no dispone ningún otro centro sanitario privado en esta provincia¹¹¹ y cuya concertación resulta, en la actualidad, esencial para las compañías aseguradoras privadas que quieran prestar servicios en el mercado de Vizcaya.

¹⁰⁶ La presencia de tres hospitales benéficos de la Iglesia en la provincia de Guipúzcoa, con 1.008 camas, origina que si se considerase el total de camas de titularidad patrimonial de entidades benéficas y no benéficas, el número de camas privadas en la provincia de Guipúzcoa sería un 228% superior al de la provincia de Vizcaya.

¹⁰⁷ Por su parte, la provincia de Álava (26,1% de la población y 11,3% de las primas de Vizcaya) cuenta con un número de camas en hospitales privados no benéficos que representa el 42,9% del número de camas de Vizcaya.

¹⁰⁸ Los Notificantes señalan que la mayoría de ellos tienen, en la actualidad, los mismos contratos con otras aseguradoras de asistencia sanitaria. Sólo un tercio de los facultativos del cuadro de IMQ en Vizcaya no son accionistas de IMQ MÉDICOS. Dicho extremo ha sido confirmado por el Tribunal.

¹⁰⁹ En el Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, 1.639 médicos de 5.823 colegiados declaran voluntariamente ejercer la medicina privada. Este número debe considerarse como un mínimo. Por otro lado, en el cuadro de IMQ SEGUROS están incorporados profesionales con distinta colegiación: odontólogos, farmacéuticos analistas, psicólogos, fisioterapeutas y rehabilitadores.

¹¹⁰ IGUALMEQUISA a través de IMQ SERVICIOS es propietaria del 81,61% de la Clínica Vicente San Sebastián y del 53,20% de la Clínica Virgen Blanca.

¹¹¹ IMQ SERVICIOS dispone de dos de los tres tomógrafos para la realización de TAC (Tomografía Axial Computerizada) y tres de las cinco aparatos para la realización de RM, (Resonancias Magnéticas) privadas de Vizcaya. Además dispone de la totalidad de gammacámaras (1), salas de hemodinámica (1), salas de angiografía digital (1), litotricias (2) y bombas de cobalto (1) privadas en dicha provincia.

- Existen antecedentes de prácticas restrictivas de la competencia en este mercado por parte de una de las empresas notificantes: el Expediente sancionador 464/99, declaró acreditada la realización por parte de IGUALMEQUISA de una conducta restrictiva de la competencia prohibida por el artículo 6 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia¹¹², consistente en exigir la vinculación en exclusiva de los médicos y clínicas contratados mediante el sistema de seguro voluntario privado en Vizcaya, con el fin primordial de obstaculizar el acceso al mercado de otras compañías competidoras¹¹³.

En definitiva, a pesar de que la operación analizada no suponga una adición de cuotas de ADESLAS e IGUALMEQUISA en el mercado de los servicios privados de asistencia sanitaria en la provincia de Vizcaya, el Tribunal considera que existen suficientes elementos para apreciar que previsiblemente, sin la imposición de condiciones, la operación de concentración notificada podría obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en dicho mercado.

Así mismo, la obstaculización a la competencia efectiva en el mercado de servicios privados de asistencia sanitaria, perjudicaría al nivel de competencia efectiva en el servicio de seguro de asistencia sanitaria, inherentemente relacionado con aquel.

7.2.2. Servicio de asistencia sanitaria como prestación al seguro de asistencia sanitaria concertado en Vizcaya.

Al estar este mercado constituido, por el lado de la oferta, por los centros hospitalarios públicos y privados y los correspondientes facultativos médicos concertados por las mutualidades, el porcentaje que representa la oferta de IGUALMEQUISA, considerando es muy reducido (9,09% de los hospitales y 5,94% de las camas).

En el siguiente cuadro se recogen, a partir del Catálogo Nacional de Hospitales, la oferta hospitalaria en la provincia de Vizcaya, indicando la dependencia patrimonial (pública o privada) y el número de camas de cada hospital, así como las instalaciones de alta tecnología disponibles en cada uno de ellos.

En conclusión, en el mercado de servicios de asistencia sanitaria concertados en la provincia de Vizcaya, el Tribunal no detecta la existencia de posibles efectos restrictivos a la competencia derivados de la operación de concentración analizada.

¹¹² Vid. Sentencia desestimatoria por parte de la Audiencia Nacional (11 de septiembre de 2003).

¹¹³ Vid. Directrices sobre la evaluación de las concentraciones horizontales con arreglo al Reglamento del Consejo sobre el control de las concentraciones entre empresas, DO OJ C 31/5 de 5.2.2004.

Cuadro nº 17													
CAMAS, HOSPITALES Y EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA – DEPENDENCIA PATRIMONIAL TOTAL CENTROS HOSPITALARIOS – VIZCAYA – 2004													
DEPENDENCIA	NOMBRE	CAMAS	% CAMAS	Nº HOSP.	% HOSP.	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI
PÚBLICO		3.234	83,46%	11	50,00%	9	4	4	3	5	2	1	4
	HOSPITAL DE CRUCES	974	25,14%	1	4,55%	3	2	2	1	2	0	0	2
	HOSPITAL DE BASURTO	686	17,70%	1	4,55%	3	1	2	1	2	0	1	2
	HOSPITAL DE GALDAKAO	440	11,35%	1	4,55%	2	0	0	1	1	1	0	0
	HOSPITAL SANTA MARINA	225	5,81%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	HOSPITAL DE BERMEO	206	5,32%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	HOSPITAL DE ZALDIBAR	204	5,26%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	HOSPITAL DE ZAMUDIO	155	4,00%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	HOSPITAL DE GORLIZ	154	3,97%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	HOSPITAL SAN ELOY	118	3,05%	1	4,55%	1	0	0	0	0	0	0	0
	CENTRO INTERMUTUAL DE EUSKADI	44	1,14%	1	4,55%	0	1	0	0	0	1	0	0
	CLÍNICA MUTUA VIZCAYA INDUSTRIAL	28	0,72%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
PRIVADO		641	16,54%	11	50,00%	4	6	1	1	1	2	1	0
	CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN, S.A.	153	3,95%	1	4,55%	1	1	1	1	0	1	1	0
	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	82	2,12%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	CLÍNICA VIRGEN BLANCA, S.A.	77	1,99%	1	4,55%	1	2	0	0	1	1	0	0
	HOSPITAL VICTORIA EUGENIA-CRUZ ROJA	71	1,83%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	CLÍNICA SAN FRANCISCO JAVIER	68	1,75%	1	4,55%	1	1	0	0	0	0	0	0
	SANATORIO BILBAÍNO	39	1,01%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	CLÍNICA GUIMON S.A.	35	0,90%	1	4,55%	1	1	0	0	0	0	0	0
	SANATORIO NEUROPSIQUIÁTRICO	35	0,90%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	SAN IGNACIO DE LOYOLA	35	0,90%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	POLICLÍNICA SAN ANTONIO, S.A.	33	0,85%	1	4,55%	0	1	0	0	0	0	0	0
	CLÍNICA INDAUTXU	30	0,77%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	AVANCES MÉDICOS, S.A.	18	0,46%	1	4,55%	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL VIZCAYA	3.875	100,00%	22	100,00%	13	10	5	4	6	4	2	4
	PROMEMORIA: TOTAL IGUALMEQUISA	230	5,94%	2	9,09%	2	3	1	1	1	2	1	0

Fuente, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2004* (actualizado a 31 de diciembre de 2003) y elaboración propia

NOTA: TAC: Tomografía Axial Computerizada; RM: Resonancia Magnética; GAM: Gammacámara (Incluye SPECT); HEM: Sala de Hemodinámica; ASD: Angiografía por Sustracción Digital; LIT: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque; BCO: Bomba de Cobalto; ALI: Acelerador de Partículas.

8. BARRERAS DE ENTRADA

Las barreras a la entrada constituyen todas aquellas dificultades y costes que desalientan o directamente imposibilitan la entrada de nuevos operadores en un determinado mercado¹¹⁴.

En términos generales, las barreras a la entrada se puede clasificar en dos tipos: económicas y legales.

En la operación de concentración analizada, las elevadas cuotas previas a la concentración de las empresas notificantes, principalmente de IGUALMEQUISA en Vizcaya, hacen especialmente relevante analizar la forma en que ambos tipos de barreras podrían condicionar la expugnabilidad del mercado.

8.1. Barreras legales

En opinión del Tribunal, aunque existen diversas restricciones de acceso dadas por el cumplimiento de los requisitos establecidos por los respectivos reguladores, (DGSFP y Autoridad Sanitaria competente), dichas barreras legales, están dirigidas fundamentalmente a la tutela de los asegurados y beneficiarios amparados por un contrato de seguro, a la protección de los pacientes¹¹⁵ o al correcto empleo de las subvenciones públicas¹¹⁶ y no revisten, en este caso, una importancia fundamental a la hora de determinar la presión competitiva que puedan ejercer los competidores, presentes o potenciales en los mercados relevantes.

8.1.1. Barreras legales a la competencia seguros de asistencia sanitaria

La regulación específica del sector de seguros está constituida principalmente por la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (LOSSP)¹¹⁷ y el

¹¹⁴ Cuanto más costosas de superar sean éstas, mayores serán las posibilidades de las empresas ya instaladas de explotar las rentas monopólicas u oligopólicas que pudiesen existir, con las consiguientes pérdidas de eficiencia (se producen menos bienes y servicios, más caros y de peor calidad) y de equidad (el comprador, si decide adquirir, se ve forzado a realizar una transferencia de renta al vendedor en exceso de lo que una cantidad similar le costaría si existiese competencia). Las barreras a la entrada limitan o, en los peores casos, anulan el mecanismo natural del mercado para la corrección de esta situación reduciendo las posibilidades de que nuevas empresas accedan al mercado y oferten sus productos.

¹¹⁵ Vid. Art. 94, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

¹¹⁶ Vid. Art. 91.3, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

¹¹⁷ R.D.L. 6/2004, de 29 de octubre, (BOE 5-11-2004).

Reglamento que la desarrolla¹¹⁸, por la Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación en Seguros Privados¹¹⁹ y por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

La racionalidad económica de la regulación del acceso al mercado del seguro de asistencia sanitaria¹²⁰ reside en el hecho de que el contrato de seguro supone el cambio de una prestación presente y cierta (prima) por otra futura e incierta (indemnización). La existencia de esta doble disparidad origina el nacimiento de un interés público: garantizar la efectividad de la indemnización cuando eventualmente se produzca el siniestro, el cual justifica la ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras por la Administración Pública para comprobar la existencia de una solvencia suficiente para cumplir su objeto social.

Adicionalmente, en este caso, la unidad de mercado y los principios de división y dispersión de los riesgos reclaman una ordenación y supervisión a nivel estatal.

En España la ordenación y supervisión se instrumenta mediante un sistema de autorización administrativa de vínculo permanente, que permite examinar los requisitos financieros, técnicos y profesionales precisos para acceder al mercado asegurador; controlar las garantías financieras y el cumplimiento de las normas de contrato de seguro y actuariales durante su actuación en dicho mercado y, finalmente, determinar las medidas de intervención sobre las entidades aseguradoras que no ajusten su actuación a dichas normas, pudiendo llegar, incluso, a la revocación de la autorización administrativa concedida o a la disolución de la entidad aseguradora cuando carezcan de las exigencias mínimas para mantenerse en el mercado.

La LOSSP en su artículo 5, “necesidad de autorización administrativa”, indica que, entre otras, el acceso a las actividades de seguro directo distinto del seguro de vida por entidades aseguradoras españolas está supeditado a la previa obtención de autorización administrativa del Ministro de Economía y Hacienda, debiendo cumplirse, en los supuestos relevantes para la presente operación de concentración, los siguientes requisitos:

- Adoptar una de las formas jurídicas previstas en el artículo 7¹²¹ y, en su caso, facilitar información sobre la existencia de vínculos estrechos con otras personas o entidades¹²².

¹¹⁸ R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre, modificado por R.D. 297/2004 de 20 de febrero.

¹¹⁹ Actualmente está en tramitación el Proyecto de Ley de Mediación de Seguros Privados.

¹²⁰ Puede argumentarse que también está regulada la permanencia en el mercado e incluso a la salida.

¹²¹ Las entidades privadas deben adoptar la forma de sociedad anónima, mutua, cooperativa o mutualidad de previsión social.

- Limitar su objeto social a la actividad aseguradora y a las operaciones definidas en el artículo 3.1 de esta Ley¹²³, con exclusión de cualquier otra actividad comercial, en los términos de los artículos 4 y 11¹²⁴.
- Presentar y atenerse a un programa de actividades con arreglo al artículo 12¹²⁵.
- Tener el capital social o fondo mutual que exige el artículo 13¹²⁶ y el fondo de garantía previsto en el artículo 18.
- Indicar las aportaciones y participaciones en el capital social o fondo mutual de los socios, quienes habrán de reunir los requisitos expresados en el artículo 14¹²⁷, 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, independientemente de su cuantía, de las que sea titular cualquier socio en una empresa de seguros, una entidad de crédito o una empresa de servicios de inversión.
- Estar dirigidas de manera efectiva por personas que reúnan las condiciones necesarias de honorabilidad y de cualificación o experiencia profesionales.

¹²² Debe indicarse que, a diferencia de lo que ocurre en el seguro de vida, para operar en todos los ramos clasificados como no vida no se requieren distintas sociedades específicas, sino que basta con una única entidad organizativa.

¹²³ Se refiere a operaciones de capitalización basadas en técnica actuarial, preparatorias, complementarias o actividades de prevención de daños vinculadas a la actividad aseguradora.

¹²⁴ Los artículos 4 y 11 de la LOSSP regulan, respectivamente, las operaciones prohibidas y la necesidad de ajustarse al objeto social. En este sentido, es interesante indicar que el artículo 11 relaja los requisitos exigidos a las entidades que operan en cualquier modalidad del ramo de vida permitiéndolas realizar, previa autorización, operaciones en los ramos de accidentes y enfermedad, sin someterse, en este caso, a las limitaciones y requisitos exigibles a la cobertura de riesgos complementarios. Así mismo, aunque el objeto social de las entidades aseguradoras que pretendan operar en cualquiera de los ramos del seguro directo distinto del de vida no podrá comprender la realización de operaciones del ramo de vida, en el caso específico en que sólo estén autorizadas para los riesgos comprendidos en los ramos de accidentes y enfermedad, podrán operar en el ramo de vida, si obtienen la pertinente autorización administrativa.

¹²⁵ El artículo 12.2. de la LOSSP indica que la “Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones comprobará los medios técnicos de que dispongan las entidades aseguradoras que pretendan operar en el ramo de enfermedad, otorgando prestaciones de asistencia sanitaria, para llevar a cabo las operaciones que se hayan comprometido a efectuar y solicitará de las autoridades sanitarias 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”.

¹²⁶ En los ramos de accidentes, enfermedad, defensa jurídica, asistencia y decesos dicho capital social será exigido será el más reducido de todos los ramos: 2.103.542,37 euros. Debe indicarse que en el caso específico de entidades aseguradoras que únicamente practiquen el seguro de enfermedad otorgando prestaciones de asistencia sanitaria y limiten su actividad a un ámbito territorial con menos de dos millones de habitantes, la LOSSP regula como suficiente la mitad de dicho capital o fondo mutual.

¹²⁷ El artículo 14 de la LOSSP regula diversos factores con los que se “apreciará la idoneidad” para “la gestión sana y prudente” de las personas físicas o jurídicas que, directa o indirectamente, participen en la constitución de la entidad aseguradora mediante una participación significativa en ella.

En definitiva, el Tribunal considera que este esquema normativo de control de solvencia y protección del asegurado es de aplicación en la casi totalidad de los Estados de economía libre y no reviste, en este caso, una importancia fundamental a la hora de determinar la presión competitiva que puedan ejercer los competidores, presentes o potenciales en los mercados relevantes.

8.1.2. Barreras legales a la competencia asistencia sanitaria privada

En cuanto a las posibles barreras legales a la entrada en el mercado de asistencia sanitaria privada, debe indicarse previamente que los artículos 88 y 89 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) reconocen, respectivamente, el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución y la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la Constitución.

El artículo 29 de la LGS somete a autorización administrativa previa la instalación y funcionamiento de los centros y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular, así como para las modificaciones que puedan establecerse respecto de su estructura y régimen inicial. Adicionalmente, la autorización administrativa previa se referirá a las operaciones de calificación, acreditación y registro del establecimiento.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, desarrolla la LGS establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios y la potestad de las Comunidades Autónomas para autorizar los ubicados en su ámbito territorial¹²⁸.

Adicionalmente, el artículo 6 de la LCCSNS, de acuerdo con el artículo 43.2 de la Constitución española, establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en el ámbito de las competencias que les corresponden, ejercerán un control de las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud, en relación con las actividades de salud pública y en materia de garantías de información, seguridad y calidad, y requerirán de ellas la información necesaria para el conocimiento de su estructura y funcionamiento.

¹²⁸ El artículo 3.4 de RD 1277/2003 indica que las comunidades autónomas regularán los procedimientos para la autorización de la instalación, el funcionamiento, la modificación o el cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios ubicados en su ámbito territorial, los cuales deberán ajustarse a lo dispuesto por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

En definitiva, el Tribunal considera que este esquema normativo de autorización previa y control de las actividades de salud pública y en materia de garantías de información, seguridad y calidad está dirigido fundamentalmente a la protección de los pacientes y, en su caso, al correcto empleo de las subvenciones públicas. En el momento actual y a la espera del desarrollo normativo pendiente referente a las autorizaciones de las Comunidades Autónomas, no reviste una importancia fundamental a la hora de determinar la presión competitiva que puedan ejercer los competidores, presentes o potenciales en el mercado de la asistencia sanitaria privada.

8.2. Barreras económicas

No existen, en opinión de este Tribunal, barreras económicas de relevancia en el mercado de seguros de asistencia sanitaria ni en el de prestación de asistencia sanitaria: en ambos, los volúmenes de inversión son moderados, no existiendo importantes barreras bajo la forma de gastos en publicidad, tecnologías propietarias, etc.

Sin embargo, en la presente concentración se considerarán con mayor profundidad los efectos que la operación podría tener atendiendo al reforzamiento financiero de IGUALMEQUISA por la entrada de ADESLAS en su capital social y a una posible limitación a la competencia derivada del hecho de que dos tercios de los facultativos del cuadro médico de IMQ SEGUROS en Vizcaya sean, a través de IMQ MÉDICOS, accionistas de la propia IMQ SEGUROS.

8.2.1. Reforzamiento de IGUALMEQUISA por la entrada de ADESLAS en el capital.

El Tribunal debe analizar si el reforzamiento de IGUALMEQUISA, la séptima entidad aseguradora con una cuota del 3,0% y operador dominante en Vizcaya por la entrada en el capital social de ADESLAS, primer asegurador nacional de asistencia sanitaria y reembolso de gastos, podría, a través de la mayor capacidad financiera de la nueva entidad, obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado.

Por un lado, debe tenerse en cuenta que este reforzamiento es el principal hecho diferencial de la concentración analizada respecto a la situación de mercado previa y representa, además, la eliminación definitiva de un competidor potencial¹²⁹.

¹²⁹ La modificación con carácter estable de la estructura de control de IMQ SEGUROS y de IQUIMESA SEGUROS dificulta en gran medida una posible ruptura de relaciones entre IGUALMEQUISA y ADESLAS y la hipotética entrada de ADESLAS como competidor en el mercado de Vizcaya. Supuesto que puede darse con mayor facilidad relativa mientras los vínculos jurídicos se restrinjan a acuerdos contractuales, con independencia de la solidez y tradición de dichos vínculos.

Los Notificantes han indicado reiteradamente que “la situación del mercado no se altera y el correspondiente mantenimiento de la competencia efectiva en el mismo no se ve modificado como consecuencia de la operación notificada”. Sin embargo, en diversas alegaciones se reconoce que: “para IMQ SEGUROS, en su política de reestructuración, fortalecimiento y expansión en el País Vasco, es necesaria la financiación a través de aportaciones en sus fondos propios mediante la entrada en su capital de un socio relevante. A este efecto, IMQ SEGUROS se dirige a ADESLAS, con la que existe una larga tradición de colaboración y evidentes sinergias, además de estar presente a través de IQUIMESA en el mercado de Álava”.

En este sentido, el Tribunal, una vez indicado el efecto restrictivo de la eliminación definitiva de un competidor potencial, considera que:

- La entrada en el capital de IMQ SEGUROS de ADESLAS y, a través de la aportación de IQUIMESA SEGUROS como contraprestación parcial, la entrada de IGUALMEQUISA en el mercado de Álava, puede originar eficiencias con posibilidades de ser trasladadas a los consumidores y usuarios.
- La atomización del sector es uno de los problemas fundamentales del sector asegurador español. De hecho, el fomento de la concentración de entidades aseguradoras y, consiguientemente, la reestructuración del sector, para dar paso a grupos y entidades aseguradoras más competitivos, nacional e internacionalmente y con menores costes de gestión es uno de los objetivos explícitos de la regulación sectorial.
- En el año 2004 existían en España, considerando las primas totales en seguro directo, ocho entidades aseguradoras¹³⁰ con volúmenes de negocios superiores a los de ADESLAS y con autorización para operar en el ramo de enfermedad. De estas ocho entidades, tres (VITALICIO SEGUROS, AXA AURORA y CASER) están presentes de forma directa en el mercado de Vizcaya.

En conclusión, El Tribunal considera que el reforzamiento de IGUALMEQUISA por la entrada en el capital social de ADESLAS no es un elemento que obstaculice significativamente el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado.

8.2.2. Participación de los médicos en IMQ MÉDICOS.

El Servicio considera que “el hecho de que dos tercios de los facultativos del cuadro médico de IMQ SEGUROS en Vizcaya sean, a través de IMQ MÉDICOS, accionistas de la propia IMQ SEGUROS, suscita la cuestión de si existe un incentivo a la

¹³⁰ Dichas entidades aseguradoras son: ALLIANZ, BBVA SEGUROS, VITALICIO SEGUROS, AXA AURORA IBERICA, ESTRELLA SEGUROS, ASEVAL, CASER y ZURICH ESPAÑA. En dicha lista no se añade al Grupo Mapfre, al tener sólo en cuenta la facturación de MAPFRE CAJA SALUD.

diferenciación en el trato a IMQ SEGUROS y sus asegurados del dado a terceras aseguradoras y sus asegurados por parte de los *accionistas médicos en activo*".

El Tribunal considera que dicha participación, que existía previamente a la operación de concentración notificada, no incrementa los riesgos de que la operación analizada obstaculice el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado por las siguientes razones:

- Los Notificantes indican que la mayor parte de los integrantes de su cuadro médico también trabajan con terceras aseguradoras. El Tribunal, 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 o más entidades aseguradoras (incluida IMQ)¹³¹.
- Las rentas económicas que, de media, reciben anualmente los accionistas médicos de IMQ SEGUROS son muy reducidas en comparación con las rentas anuales medias derivadas de las prestaciones de asistencia sanitaria de los mismos médicos¹³². Adicionalmente, las rentas potenciales que a nivel individual el médico dejaría de percibir por rechazar un posible contrato con otra aseguradora tienen un impacto marginalmente insignificante sobre las rentas del capital que recibiría adicionalmente como accionista de IMQ MÉDICOS.
- La entrada de ADESLAS en el capital de IMQ SEGUROS (filial de IGUALMEQUISA) podría condicionar los incrementos de las retribuciones por la prestación de servicios sanitarios forzando su compatibilidad con los objetivos empresariales de ADESLAS y la coherencia con su estructura de costes a nivel nacional, haciendo incluso más probable la aceptación de los médicos de IMQ de contratos con otras aseguradoras.

En definitiva, el Tribunal considera que la participación en el capital de IMQ MÉDICOS de dos tercios de los facultativos del cuadro médico de IMQ SEGUROS en Vizcaya es previa a la operación de concentración y no incrementa los riesgos de que se obstaculice el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado, siempre que cualquier potencial competidor pueda formar su catálogo de servicios en la provincia y los facultativos cuenten con libertad para establecer conciertos de asistencia con

¹³¹ Dicha encuesta ha sido realizada telefónicamente por el Tribunal, con un nivel de respuestas del 82%, empleando una muestra aleatoria simple de 90 facultativos entre los profesionales del cuadro médico de IMQ, con un nivel de confianza del 95% y un error de $\pm 0,1$ con supuesto de varianza máxima para variable dicotómica.

¹³² Según información facilitada por los Notificantes, dichas rentas del capital representan, de media, el 2,2% de las rentas derivadas de las prestaciones de asistencia sanitaria.

varias compañías a la vez, no estando sujetos a incentivos que determinen un trato de favor hacia la aseguradora incumbente o sus asegurados.

9. RELACIONES PREVIAS DE ADESLAS CON IGUALMEQUISA

El Tribunal constata que desde, que ADESLAS se constituyó en sociedad anónima mercantil en 1984, viene manteniendo con IMQ SEGUROS (IGUALMEQUISA) relaciones de subcontratación del negocio procedente de las mutualidades de funcionarios y de colaboración en materia de cobertura asistencial de desplazados ocasionales.

De acuerdo con la información suministrada por los Notificantes, cabe destacar las siguientes relaciones entre ambas aseguradoras, previas a la concentración:

I. Contrato de Colaboración entre IMQ y ADESLAS, de 8 de julio de 2002, por el que éstas asumen la obligación de colaborar en su actividad de seguro, en particular en la modalidad de seguro de asistencia sanitaria dirigido a colectivos¹³³, salvo en lo relativo a los conciertos establecidos con ADESLAS por MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

[CONFIDENCIAL]

¹³³ El punto III del expositivo del Contrato de Colaboración señala: “Que entre ambas compañías no existe propiamente una relación de competencia (...), dado que IMQ mantiene relación de aseguramiento, principalmente, con asegurados cuya residencia se encuentra en Vizcaya y en la zona de influencia de Vizcaya”, mientras que ADESLAS mantiene relación de aseguramiento, principalmente, con asegurados cuya residencia se encuentra en provincias distintas de la de Vizcaya. Así, el Contrato entiende como “Zona de IMQ” la provincia de Vizcaya y por “Zona de Adeslas” el conjunto de provincias en las que ésta tiene establecimiento.

La colaboración facilita, por una parte la cobertura a sus asegurados (con independencia de la Zona en la que tengan residencia habitual y sus posibles desplazamientos) y la coordinación de sus actividades.

[CONFIDENCIAL]

[CONFIDENCIAL]

[CONFIDENCIAL]

II. Contratos de subconcierto de 18-11-2002, relativos a los conciertos con las mutualidades de ámbito nacional MUFACE, ISFAS y MUGEJU. La subconcertada (IMQ) se obliga en Vizcaya a cumplir las obligaciones de asistencia sanitaria del concierto entre ADESLAS y la mutualidad nacional y a admitir como propios los cheques o tarjetas de asistencia de ADESLAS.

III. Contrato de reaseguro de fecha 1-12-2003, relativo a los riesgos derivados de los conciertos establecidos con ADESLAS por MUFACE, MUGEJU e ISFAS. Regula la cesión del riesgo en reaseguro, la cesión de primas y la atención de la cobertura asistencial para supuestos de desplazamiento ocasional. En particular, este contrato establece la cesión en reaseguro por parte de ADESLAS a IMQ del riesgo de los asegurados de MUFACE, ISFAS y MUGEJU residentes en la zona de Vizcaya.

IV. Contratos de reaseguro relativo a ciertas pólizas de colectivos privados (por ejemplo, [CONFIDENCIAL] en Vizcaya). En virtud de este reaseguro, con la prima pactada que IMQ satisface a ADESLAS, ésta asume el riesgo de los beneficiarios de esas pólizas que, por cierto periodo de tiempo, pasen a residir en un territorio en el que no opere IMQ y sí ADESLAS.

V. Acuerdos de coaseguro para concertar seguros colectivos de cobertura de asistencia sanitaria general en toda España con grandes empresas para sus empleados y familiares, siendo el más relevante el suscrito [CONFIDENCIAL].

[CONFIDENCIAL]

[CONFIDENCIAL]

En este punto es conveniente señalar, como indican los Notificantes, que 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.

En definitiva, el Tribunal considera que los mencionados acuerdos y contratos ponen de manifiesto la estrecha relación entre ADESLAS, primer operador nacional de seguros privados de asistencia sanitaria e IGUALMEQUISA, primer operador de Vizcaya. Tales acuerdos, comprenden, por una parte, disposiciones relativas a facilitar la cobertura en distintos ámbitos geográficos de las obligaciones derivadas de las pólizas de seguro, pero, incluyen así mismo mecanismos de no competencia previas a la operación de concentración que, probablemente, han tenido efectos sobre la estructura actual del mercado, limitando el nivel de competencia efectiva, especialmente en la provincia de Vizcaya.

10. COMPETENCIA EFECTIVA EN EL MERCADO DEL SEGURO CONCERTADO.

En el análisis de la presente operación de concentración, el Tribunal ha considerado detalladamente el mercado de seguro de asistencia sanitaria concertado en las provincias de Vizcaya y Álava, así como en la totalidad del territorio nacional.

El Tribunal ha detectado, que con independencia del papel fundamental y a menudo pionero que las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) vienen jugando desde su constitución hace prácticamente 30 años en el desarrollo del seguro de asistencia sanitaria y de la sanidad privada en España, existen diversos aspectos claramente mejorables desde el punto de vista de la defensa de la competencia cuya corrección debería permitir incrementar la competencia efectiva en este mercado altamente regulado, con el doble objetivo de mejorar las prestaciones y precios que obtienen los titulares y beneficiarios de este Régimen especial de la Seguridad Social¹³⁴ y de minimizar los efectos sobre la competencia que ésta u otras operaciones de concentración similares puedan originar.

¹³⁴ En septiembre de 2005 el número total de titulares y beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEJU se elevaba a 2.120.088 personas. De esta cifra, 1.584.908 corresponden a MUFACE (74,8% del total), 447.273 a ISFAS (21,1%) y los restantes 87.907 a MUGEJU (4,15% del total).

El Tribunal considera que las necesarias mejoras para incrementar la competencia efectiva en este mercado deben acometerse tanto en el nivel de la concertación (proceso por el cual las Mutualidades y las entidades de seguro de asistencia sanitaria determinan, entre otras variables, las prestaciones y el precio), como en el nivel de la elección de los funcionarios de la entidad aseguradora (pública o privada).

Respecto al procedimiento de concertación, en opinión de este Tribunal, los siguientes hechos son indicadores de una competencia insuficiente en dicho nivel:

- El Tribunal ha constatado que en el sector asegurador existen significativas economías de escala en los seguros colectivos, vía una menor siniestralidad prevista y ahorros de costes de gestión que se traducen en menores primas a colectivos más amplios. De hecho, dichas economías de escala son implícitamente reconocidas en la fórmula de fijación de precios del concierto de ISFAS con las entidades aseguradoras privadas. Sin embargo, MUFACE, con el 75% de asegurados en la asistencia sanitaria concertada nacional, realiza en 2005 un pago mensual por persona de 44,55 euros, 55 céntimos de euro más elevado que MUGEJU (4,5% de los asegurados)¹³⁵. Este coste adicional mínimo de 10,5 millones de euros anuales debería corregirse a través de una mayor competencia en el proceso concertador¹³⁶.
- Los conciertos indexan el precio que la mutualidad debe satisfacer a la entidad aseguradora con el incremento que experimenten los créditos de la Política de Sanidad, así como las disponibilidades presupuestarias de la mutualidad, indicando que el incremento no será inferior a la variación prevista para el IPC para el año al que se aplique la prórroga. Dicha indexación desvincula la evolución de las primas del cálculo actuarial y es ineficiente desde el punto de vista de la economía de la información, ya que ninguna de las variables que determinan el precio (créditos de la Política de sanidad, disponibilidades presupuestarias de las mutualidades o evolución del IPC) dependen, al menos parcialmente, del esfuerzo o de las mejoras que las entidades de seguros, compitiendo entre ellas, puedan realizar y transmitir a los asegurados.

Respecto a la elección por los funcionarios de la entidad aseguradora, pública o privada se puede destacar:

¹³⁵ El pago de primas más elevadas por MUFACE respecto a MUGEJU se detecta en todos aquellos conciertos a los que ha tenido acceso el Tribunal.

¹³⁶ Al aceptar la contratación con MUGEJU por dicha prima, las aseguradoras privadas están revelando que el precio pactado con dicha mutualidad coincidiría, en el caso límite, con su precio de reserva (aquel precio ante el cual la entidad aseguradora sería indiferente entre contratar o no contratar). Atendiendo a la existencia de economías de escala y no existiendo variaciones en las prestaciones sanitarias que reciben los funcionarios de MUGEJU de los de MUFACE, dicho precio debería ser teóricamente inferior para la mutualidad con mayor número de asegurados: MUFACE.

- Una competencia efectiva insuficiente para la captación de los funcionarios por las entidades privadas. Son indicadores de dicha falta de competencia efectiva la inexistencia de ofertas diferenciadas, mejoras posteriores al concierto o la práctica inexistencia de publicidad por parte de las entidades aseguradoras privadas en un mercado de casi 2,2 millones de asegurados con riesgo de crédito nulo¹³⁷.
- La inexistencia de indicadores de calidad públicos de las prestaciones a los funcionarios de las diferentes entidades aseguradoras contribuye a la opacidad del mercado y dificulta el correcto funcionamiento de las fuerzas de la competencia.
- La total independencia actual de la demanda de asistencia sanitaria de los funcionarios respecto a la variable precio origina ineficiencias económicas. Aunque dichas ineficiencias puedan no corregirse en su totalidad por consideraciones de equidad, sí sería conveniente, desde el punto de vista de la competencia, implantar un mecanismo de transmisión de las primas públicas y privadas a los funcionarios atendiendo a los diferentes costes de dichas variedades de sanidad. En este sentido, y aparte de la posible bajada de las primas ofrecidas por las entidades privadas que se pudiese lograr gracias a la mayor competencia en el momento de la concertación, sería recomendable, en primer lugar, pasar a calcular el coste de la asistencia sanitaria pública¹³⁸ concertada con criterios actuariales¹³⁹ y, en segundo lugar, reducir proporcionalmente la aportación de aquellos funcionarios que elijan la sanidad pública reflejando el menor coste relativo en el que, previsiblemente, incurrirían las mutualidades¹⁴⁰.

¹³⁷ Según la información a disposición del Tribunal, dos de las nueve entidades concertadas ni siquiera tienen página de Internet, lo cual no es un requisito para la concertación, pero sí otro indicador más de la insuficiente competencia en el proceso de elección de entidad aseguradora por los funcionarios. <http://www.map.es/muface/entidadesconcertadas.htm>

¹³⁸ El Instituto de Información Sanitaria indica que el gasto sanitario por persona protegida en España para el año 2003, ajustado atendiendo a la población mayor de 65 años, se eleva a 681 euros/año. Detrayendo de dicha cantidad el gasto farmacéutico extrahospitalario *per capita* (aproximadamente 25% según el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario) y sin realizar más ajustes (servicios colectivos de salud, traslados, prótesis y aparatos terapéuticos) resultaría un gasto *per capita* mensual aproximado de 42,5 euros.

¹³⁹ En la actualidad, el pago mensual por beneficiario de las mutualidades (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) a la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) por la asistencia sanitaria pública concertada es un precio administrativo fijado a niveles superiores a las primas concertadas con las entidades privadas. No obstante, según información facilitada por la TGSS la determinación de la cuota mensual viene actualizándose desde su fijación en 1984 con diferentes mecanismos (IPC, porcentaje de crecimiento del PIB), no calculándose con los criterios actuariales que serían recomendables. *Vid.* Orden TAS/77/2005, de 18 de enero, por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional, contenidas en la Ley 2/2004, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2005. (BOE 28.01.2005).

¹⁴⁰ De esta forma, con independencia de que se pueda considerar que jurídicamente dicha medida es compatible y reafirmaría el carácter preferente que a la sanidad pública confiere el artículo 17 del Real Decreto 4/2000, de 23 de junio, desde el punto de vista de defensa de la competencia, se lograría incrementar la presión competitiva sobre las entidades de seguro privadas por parte de la asistencia sanitaria pública, de forma adicional a la competencia que se pueda desarrollar entre ellas.

11. EFECTOS SOBRE LA COMPETENCIA DERIVADOS DE LA OPERACIÓN

Como resultado de la presente operación de concentración, IGUALMEQUISA y ADESLAS adquieren el control conjunto sobre las sociedades IMQ SEGUROS, filial de la primera, e IQUIMESA SEGUROS, filial de ADESLAS, activas en los mercados de seguros de asistencia sanitaria privada en las provincias de Vizcaya y Álava respectivamente.

ADESLAS es el primer asegurador nacional de asistencia sanitaria y reembolso de gastos por volumen de negocio con una cuota en el año 2004 del 21,4%, mientras que IGUALMEQUISA es la séptima entidad aseguradora con una cuota del 3,0% y presencia exclusiva en Vizcaya. Atendiendo a la totalidad del territorio nacional, estas cuotas no indican un especial problema de reforzamiento de la posición en el mercado.

El Tribunal ha constatado la elevada atomización del sector y el objetivo explícito y sostenido de la normativa sectorial de fomentar la concentración de entidades aseguradoras para dar paso a grupos y entidades aseguradoras más competitivos, nacional e internacionalmente y con menores costes de gestión.

El Tribunal ha analizado los mercados relevantes, en esta ocasión de carácter provincial, a pesar de los esfuerzos armonizadores de la normativa comunitaria. En lo que respecta a los mercados de seguro de asistencia sanitaria de libre elección y concertado en Vizcaya y Álava, el Tribunal considera que, con independencia del elevado nivel de concentración del mercado previo a la operación notificada y de la debilidad de la competencia efectiva en dichas provincias (especialmente en el caso de Vizcaya, provincia en la que la cuota de mercado de IGUALMEQUISA llega a alcanzar el 87,9%) no existe un reforzamiento de la posición de las partes que se derive de una posible adición de cuotas.

Por otro lado, aunque existen diversas restricciones de acceso dadas por el cumplimiento de los requisitos establecidos por los respectivos reguladores, (la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y la Autoridad Sanitaria competente), dichas barreras legales están dirigidas fundamentalmente a la tutela de los asegurados y beneficiarios amparados por un contrato de seguro, a la protección de los pacientes o al correcto empleo de las subvenciones públicas y no revisten, en este caso, una importancia fundamental a la hora de determinar la presión competitiva que puedan ejercer los competidores, presentes o potenciales en los mercados relevantes.

Tampoco se detectan barreras significativas de naturaleza económica, ni por el reforzamiento financiero de IGUALMEQUISA, debido a la entrada de ADESLAS en su capital social, ni por el hecho de que los socios de IMQ MÉDICOS, empresa matriz de IGUALMEQUISA, sean fundamentalmente los médicos pertenecientes al cuadro médico de IMQ. De hecho, considerando este último aspecto, la entrada de ADESLAS en el capital social de IGUALMEQUISA con derecho de veto, podría condicionar los incrementos de las retribuciones por la prestación de servicios sanitarios forzando su compatibilidad con los objetivos empresariales de ADESLAS y la coherencia con su estructura de costes a nivel nacional.

Sin embargo, el carácter estructural de la nueva relación entre ADESLAS e IGUALMEQUISA, la presencia de ambos operadores en diversos mercados de servicios sanitarios privados, los precedentes de IGUALMEQUISA de comportamientos contrarios a la competencia, exigiendo a hospitales y médicos exclusividad en su relación, la detección por el Tribunal de indicios de restricciones a la oferta en la provincia de Vizcaya, la reducida capacidad del poder de la demanda de actuar como contrapeso del poder de mercado resultante de la concentración y la posible existencia de repartos de mercado entre ADESLAS e IGUALMEQUISA previos a la operación de concentración, hacen temer que, en ausencia de condiciones a la operación, el elevado nivel de las respectivas cuotas se traduzca en un debilitamiento de la competencia efectiva en los mercados.

Por otro lado, el Tribunal estima que, con independencia del papel fundamental y a menudo pionero que las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) vienen jugando desde su constitución hace prácticamente 30 años en el desarrollo del seguro de asistencia sanitaria y de la sanidad privada en España, existen diversos aspectos claramente mejorables desde el punto de vista de la defensa de la competencia cuya corrección debería permitir incrementar la competencia efectiva en este mercado altamente regulado, con el doble objetivo de mejorar las prestaciones y precios que obtienen los titulares y beneficiarios de este Régimen especial de la Seguridad Social y de minimizar los efectos sobre la competencia que ésta u otras operaciones de concentración similares puedan originar.

En conclusión, el Tribunal considera que la operación analizada afecta potencialmente a los mercados de seguro de asistencia sanitaria en las provincias de Vizcaya y Álava. El perjuicio a la competencia efectiva podría originarse tanto en los mercados de seguro de asistencia sanitaria de libre elección como en los mercados de seguro de asistencia sanitaria concertada (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Adicionalmente, sin la existencia de condiciones, la concentración podría obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en los mercados de prestación de servicios de asistencia sanitaria, mercados en los que operan las empresas matrices y están verticalmente relacionados con los anteriores.

Para asegurar que el control conjunto de IMQ SEGUROS e IQUIMESA SEGUROS por ADESLAS e IGUALMEQUISA no originará un deterioro de la competencia efectiva en los mercados afectados, debería asegurarse explícitamente la ausencia de cualquier tipo de exclusividad, exigencia de trato preferencial o cláusula de efecto equivalente por parte de dichas aseguradoras con los hospitales y médicos concertados.

Así mismo, debería exigirse a los hospitales controlados directa o indirectamente por IGUALMEQUISA y ADESLAS, en las provincias de Álava y Vizcaya, la contratación obligatoria en condiciones de mercado, objetivas, transparentes y no discriminatorias, con las entidades aseguradoras privadas que lo soliciten durante un período determinado, con el doble objetivo de evitar la exclusión de competidores en el corto plazo y, al mismo tiempo, no desincentivar en el medio y largo plazo las inversiones en instalaciones hospitalarias que éstos, en su caso, debiesen acometer.

Finalmente, debería exigirse a los notificante la obligación de contratar con las entidades aseguradoras que lo soliciten, durante un período determinado que no distorsione los incentivos a la inversión en el medio plazo, la subconcertación del seguro de asistencia sanitaria concertado con las mutualidades MUFACE, ISFAS y MUGEJU en la provincia de Vizcaya.

12. CONCLUSIONES

Primera.- La operación de concentración económica objeto del presente informe consiste en la adquisición por IGUALMEQUISA y ADESLAS del control conjunto sobre las sociedades IMQ SEGUROS, filial de la primera, e IQUIMESA SEGUROS, filial de ADESLAS. Dichas filiales están activas en los mercados de seguros de asistencia sanitaria privada en las provincias de Vizcaya y Álava respectivamente.

Segunda.- El Tribunal ha analizado los posibles efectos restrictivos de la competencia derivados de la presencia de las empresas participadas y sus matrices en un mismo mercado y en mercados descendentes o próximos. Los mercados de servicio afectados son el mercado de seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección y el mercado de seguro de asistencia sanitaria concertado. Los mercados de asistencia sanitaria como prestación al seguro de asistencia sanitaria de libre elección y como prestación al seguro de asistencia sanitaria concertado han sido también examinados, al existir en ambos casos una relación vertical con los mercados afectados y estar en ellos activas las empresas matrices.

- Tercera.- Los mercados geográficos relevantes son la provincia de Vizcaya y la provincia de Álava. Al analizar la competencia en el mercado del seguro de asistencia sanitaria concertado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), se ha valorado, en algunos aspectos, la totalidad del territorio nacional.
- Cuarta.- El Tribunal considera que, a pesar del elevado nivel de concentración del mercado previo a la operación notificada y a la debilidad de la competencia efectiva en los mercados geográficos afectados (especialmente en el caso de Vizcaya, provincia en la que la cuota de mercado de IGUALMEQUISA llega a alcanzar el 87,9%) no existe un reforzamiento de la posición de las partes que se derive de una posible adición de cuotas.
- Quinta.- El Tribunal estima que ni las barreras económicas ni las barreras legales de acceso al mercado, derivadas del cumplimiento de los requisitos establecidos por los respectivos reguladores (la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y la Autoridad Sanitaria competente) revisten, en este caso, una importancia fundamental a la hora de determinar la presión competitiva que puedan ejercer los competidores, presentes o potenciales, en los mercados relevantes.
- Sexta.- Sin embargo, el Tribunal aprecia que el carácter estructural de la nueva relación entre ADESLAS e IGUALMEQUISA, la presencia de ambos operadores en diversos mercados de servicios sanitarios privados, los precedentes de IGUALMEQUISA de comportamientos contrarios a la competencia, exigiendo a hospitales y médicos exclusividad en su relación, la detección por el Tribunal de indicios de restricciones a la oferta sanitaria privada en la provincia de Vizcaya, la reducida capacidad del poder de la demanda de actuar como contrapeso del poder de mercado resultante de la concentración y la probable existencia de repartos de mercado entre ADESLAS e IGUALMEQUISA previos a la operación de concentración, hacen temer que, en ausencia de condiciones a la operación, el elevado nivel de las respectivas cuotas se traduzca en un debilitamiento de la competencia efectiva en los mercados.
- Séptima.- El Tribunal opina que, con independencia del papel fundamental y a menudo pionero que las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) vienen jugando desde su constitución hace prácticamente 30 años en el desarrollo del seguro de asistencia sanitaria y de la sanidad privada en España, existen diversos aspectos claramente mejorables desde el punto de vista de la defensa de la competencia. El Tribunal considera conveniente que el Servicio de Defensa de la

Competencia analice dichos aspectos buscando incrementar la competencia efectiva en este mercado altamente regulado, con el doble objetivo de mejorar las prestaciones y precios que obtienen los titulares y beneficiarios de este Régimen especial de la Seguridad Social y de minimizar los efectos sobre la competencia que ésta u otras operaciones de concentración similares puedan originar.

Octava.- El Tribunal concluye, en consecuencia, que la operación debería ser aprobada, recogándose en el DICTAMEN las condiciones a las que debería subordinarse su aprobación y las medidas apropiadas para el restablecimiento de una competencia efectiva.

Por cuanto antecede, el Tribunal de Defensa de la Competencia, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 17 de la Ley de Defensa de la Competencia, ha acordado remitir al Sr. Vicepresidente Segundo del Gobierno y Ministro de Economía y Hacienda para su elevación al Gobierno el siguiente:

DICTAMEN

El Pleno del Tribunal, una vez estimados los efectos que podría causar sobre la competencia en los mercados afectados la concentración económica objeto del presente Informe, considera que resultaría adecuado declarar procedente la operación notificada si se sometiera la misma a las condiciones que a continuación se detallan:

PRIMERA.- Los notificantes deberán garantizar explícitamente en sus acuerdos, de la forma que determine el Consejo de Ministros, la ausencia de exclusividad o cláusulas de efecto equivalente al contratar con los prestadores de asistencia sanitaria, hospitales y facultativos.

SEGUNDA.- Los notificantes, directamente o a través de las empresas de sus respectivos grupos, estarán obligadas solidariamente a contratar con las entidades aseguradoras que lo soliciten la prestación de servicios de asistencia sanitaria en los centros médicos bajo su control, presente o futuro, en las provincias de Álava y Vizcaya, durante el período de cinco años, a contar desde la fecha que determine el Consejo de Ministros. Dicha contratación obligatoria deberá realizarse en condiciones de mercado, asegurando la objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.

TERCERO.- Los notificantes, directamente o a través de las empresas de sus respectivos grupos, estarán obligadas solidariamente a contratar con las entidades aseguradoras que lo soliciten la subconcertación del seguro de asistencia sanitaria concertado con las mutualidades MUFACE, ISFAS y MUGEJU en la provincia de Vizcaya, durante el período de tres años, a contar desde la fecha que determine el Consejo de Ministros. Dicha subconcertación obligatoria deberá realizarse en condiciones de mercado, asegurando la objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.

Adicionalmente, el Pleno del Tribunal considera adecuado, en virtud de la facultad otorgada por el apartado 2 del artículo 16 del Real Decreto 1443/2001, de 21 de diciembre, acompañar la operación de la siguiente medida para el restablecimiento de una competencia efectiva. Dicha medida no origina obligaciones para los notificantes:

CUARTA.- El Servicio de Defensa de la Competencia deberá analizar el procedimiento de concertación de asistencia sanitaria por las mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) y las características competitivas del proceso de elección de entidad sanitaria por parte de los funcionarios con el fin de indicar a las mutualidades posibles medidas para incrementar la competencia en ambos niveles.

Madrid, 26 de septiembre de 2005