



RESOLUCIÓN (Expte. C-0051/08, ADESLAS/POLICLÍNICA SAN JOSÉ)

CONSEJO

D. Luis Berenguer Fuster, Presidente
D. Emilio Conde Fernández-Oliva, Consejero
D. Miguel Cuerdo Mir, Consejero
D. Julio Costas Comesaña, Consejero
D^a M^a Jesús González López, Consejera
D^a Inmaculada Gutiérrez Carrizo, Consejera

En Madrid, a 10 de julio de 2008.

Visto el expediente tramitado de acuerdo a la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia, referente a la operación de concentración económica consistente en la adquisición por parte de COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS S.A. del control exclusivo sobre el centro hospitalario alavés POLICLÍNICA SAN JOSÉ (Expte. C/0051/08), actuando como Ponente la Consejera D^a Inmaculada Gutiérrez Carrizo y estando de acuerdo con el informe y la propuesta remitidos por la Dirección de Investigación, el Consejo de la Comisión Nacional de la Competencia ha resuelto, en aplicación del artículo 57.2.b) de la mencionada Ley, subordinar la autorización de la concentración al cumplimiento de los compromisos propuestos por COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS S.A. con fecha 30 de junio de 2008. Esta autorización no alcanza al acuerdo de suministro en cuanto excede de cinco años por lo que, una vez transcurrido este plazo, quedará sujeto a la normativa de control de acuerdos entre empresas.

Todo ello sin perjuicio de que la Dirección de Investigación pueda incoar un expediente sancionador por infracción de los artículos 9.2 y 62.3.d) de la Ley 15/2007.

Comuníquese esta Resolución a la Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de la Competencia y notifíquese a los interesados, haciéndoles saber que la misma pone fin a la vía administrativa y que se puede interponer contra ella recurso contencioso-administrativo ante la Audiencia Nacional, en el plazo de dos meses a contar desde su notificación.



INFORME Y PROPUESTA DE RESOLUCIÓN EXPEDIENTE C/0051/08 ADESLAS/POLICLÍNICA SAN JOSÉ

Con fecha 29 de febrero de 2008 ha tenido entrada en esta Dirección de Investigación, notificación relativa a la adquisición por parte de COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. (ADESLAS) del control exclusivo sobre el centro hospitalario alavés POLICLÍNICA SAN JOSÉ.

La operación de adquisición fue pactada mediante contrato de compraventa de fecha 21 de diciembre de 2006 y elevada a escritura pública con fecha 2 de febrero de 2007. La parte adquirente comunicó al extinto Servicio de Defensa de la Competencia (actual Dirección de Investigación) dicha adquisición con fecha 27 de febrero de 2007, dentro del marco del Plan de Actuaciones presentado con motivo del Expediente de Vigilancia VIG.0503-41 incoado como consecuencia de la Concentración N-05053 IGUALMEQUISA/ADESLAS/IMQ SEGUROS/IQUIMESA SEGUROS¹. Según ADESLAS, la operación de adquisición de Policlínica San José estaba exenta de una nueva notificación al someterla a lo dispuesto en el plan de actuaciones antes citado.

Con fecha 07 de febrero de 2008, la Dirección de Investigación requirió de oficio a ADESLAS la notificación de la operación de concentración, en virtud del artículo 9.5 de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia (LDC) por superar el umbral del artículo 8.1.a).

A esta operación le es de aplicación lo previsto en el Real Decreto 261/2008, de 22 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Defensa de la Competencia.

El artículo 57.2 c) de la Ley 15/2007 establece que el Consejo de la Comisión Nacional de la Competencia dictará resolución en primera fase en la que podrá acordar iniciar la segunda fase del procedimiento, cuando considere que la concentración puede obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en todo o parte del mercado nacional".

¹ Con fecha 21 de octubre de 2005, el Consejo de Ministros acordó subordinar la operación de concentración consistente en la adquisición del control conjunto por parte de GRUPO IGUALMEQUISA y de COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, sobre las sociedades IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO S.A. DE SEGUROS, filial de la primera, e IQUIMESA SEGUROS DE SALUD, filial de ADESLAS, a una serie de condiciones. Con fecha 28 de julio de 2006 se autorizó por la DGDC la propuesta de Plan de Actuaciones que lo desarrolla.

En concreto la Condición Segunda del citado ACM dice "GRUPO IGUALMEQUISA y COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, 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 la totalidad de los servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria en los centros sanitarios hospitalarios bajo su control, presente o futuro, en las provincias de Álava y Vizcaya, durante el período de cinco años, a contar desde la fecha del presente Acuerdo de 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.". En el momento de la autorización, IGUALMEQUISA contaba con dos centros hospitalarios en Vizcaya (Clínica Vicente San Sebastián y Clínica Virgen Blanca), mientras que ADESLAS no contaba con ningún centro.

Por su parte, el artículo 38.2 de la Ley 15/2007 señala: " El transcurso del plazo máximo establecido en el artículo 36.2.a) de esta Ley para la resolución en primera fase de control de concentraciones determinará la estimación de la correspondiente solicitud por silencio administrativo, salvo en los casos previstos en los artículos 9.5, 55.5 y 57.2.d) de la presente Ley". Como se ha señalado anteriormente, esta notificación entra en el supuesto del artículo 9.5 y, por tanto, no se beneficia del silencio positivo.

Con fecha 18 de abril de 2008, a instancias de la Dirección de Investigación, ADESLAS presentó, en virtud de lo establecido en el artículo 59.1 de la Ley 15/007, una propuesta de compromisos con objeto de resolver los posibles obstáculos para el mantenimiento de la competencia efectiva tras la operación de concentración detectados por esta Dirección de Investigación.

Con fecha 09 de mayo de 2008, ADESLAS presentó una versión modificada de estos compromisos.

Con fecha 30 de junio de 2008 ADESLAS volvió a presentar una versión modificada de estos compromisos.

I. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN

La operación notificada consiste en la adquisición por parte de ADESLAS del control exclusivo sobre POLICLÍNICA SAN JOSÉ, mediante adquisición del conjunto de activos que conforman dicho centro hospitalario en funcionamiento². La vendedora es La Previsora, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social número 2 (actualmente denominada MUTUALIA tras fusionarse con ésta).

La operación se instrumenta mediante contrato de compraventa de fecha 21 de diciembre de 2006, y es una operación de concentración económica conforme a lo establecido en el artículo 7.1.b) de la Ley 15/2007.

La operación de concentración ya ha sido ejecutada en febrero de 2008.

II. RESTRICCIONES ACCESORIAS

El contrato de compraventa lleva aparejado un acuerdo de suministro en los siguientes términos:

- Concierto para la prestación de asistencia sanitaria entre la compradora (IQUIMESA SERVICIOS SANITARIOS) y la vendedora (La Previsora) para que como nuevo titular del centro hospitalario continúe atendiendo a los mutualistas afiliados de La Previsora que lo precisen. Dicho acuerdo garantiza a la adquirente un volumen mínimo de facturación a mantener durante [superior cinco años]³ y que tiene como contrapartida [...] ⁴.

² La operación cuenta con la autorización de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y de la Junta General de asociados de La Previsora.

³ Se inserta entre corchetes la información declarada confidencial.

⁴ La notificación señala que el referido concierto se ha suscrito al amparo de lo dispuesto en el Reglamento de las Mutuas de Trabajo y ha sido sometido a la aprobación expresa de la Dirección General de la Seguridad Social. Será modificado, en cuanto a su ámbito de aplicación, una vez La

El apartado 3 del artículo 10 de la Ley 15/2007 establece que “podrán entenderse comprendidas determinadas restricciones a la competencia accesorias, directamente vinculadas a la operación y necesarias para su realización”.

En principio, el contenido de la obligación de aprovisionamiento mínimo por parte de la vendedora es una restricción accesoria a la operación conforme a los criterios del párrafo 34 de la Comunicación de la Comisión sobre las restricciones directamente vinculadas a la realización de una concentración y necesarias a tal fin (2005/C 56/03). Sin embargo, su duración de [superior cinco años] excede el límite de cinco años que prevé dicha comunicación.

Por consiguiente, teniendo en cuenta los precedentes nacionales y comunitarios, así como la Comunicación de la Comisión sobre las restricciones directamente relacionadas y necesarias para las operaciones de concentración (2005/C56/03), la duración del acuerdo de suministro excede de lo que razonablemente exige la operación notificada, considerando que solamente es parte integrante de la operación hasta un período máximo de 5 años, tras cuyo período quedaría sujeta a la normativa de control de acuerdos entre empresas.

III. APLICABILIDAD DE LA LEY 15/2007 DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

De acuerdo con la notificante, la operación no entra en el ámbito de aplicación del Reglamento (CE) nº 139/2004 del Consejo, de 20 de enero, sobre el control de las concentraciones entre empresas, por no superar los umbrales de su artículo 1.

La operación notificada cumple, sin embargo, los requisitos previstos por la Ley 15/2007 para su notificación, al superarse el umbral establecido en el artículo 8.1.a) de la misma.

IV. EMPRESAS PARTICIPES

IV.1. COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. (ADESLAS)

ADESLAS es una compañía de seguros que opera principalmente en el mercado de seguros de asistencia sanitaria. Tiene participaciones directas y/o indirectas en varias sociedades aseguradoras, comercializando pólizas a clientes privados – individuales y colectivos- así como en el aseguramiento de colectivos de funcionarios públicos por medio de los conciertos con sus respectivas mutualidades. También está presente en el mercado de servicios hospitalarios, contando con 12 hospitales privados propios, más de 30 policlínicos y 9 clínicas dentales repartidos por toda la geografía nacional.

ADESLAS, según la notificación, está participada por Sociedad General de Aguas de Barcelona, S.A. (AGBAR), sociedad cotizada en Bolsa, que ostenta un 54,8% de su capital⁵ y pertenece al grupo encabezado por esta última, al ostentar aquella la mayoría de los derechos de voto de la sociedad. AGBAR desarrolla actividades en diversos sectores, siendo los más relevantes, al margen de los seguros y la asistencia sanitaria, los de aguas y saneamiento, residuos y construcción.

Previsora (ahora MUTUALIA) disponga en Vitoria de un centro asistencial propio donde preste las primeras asistencias de urgencia no hospitalaria, sin que ello afecte al volumen mínimo de facturación pactado.

⁵ Méderic Assurances, S.A., ostenta un 45%, el resto corresponde a minoritarios.

Agbar está controlada actualmente conjuntamente por SUEZ y LA CAIXA⁶. LA CAIXA también opera en el mercado de seguros de asistencia sanitaria a través de Vidacaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros (filial del grupo CAIFOR). Sin embargo, la cuota de CAIFOR está subsumida en la provincia de Álava en la de IQUIMESA SEGUROS con la que tiene suscrito un contrato de coaseguro.

ADESLAS opera en el País Vasco en el ámbito de los seguros de asistencia sanitaria a través de IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO S.A. DE SEGUROS (IMQ SEGUROS) en la provincia de Vizcaya y de IQUIMESA SEGUROS DE SALUD, S.A.U. (IQUIMESA SEGUROS), filial de la anterior, en la provincia de Álava, sociedades que controla conjuntamente con Grupo Igualmequisa. En el ámbito de los servicios sanitarios, opera a través de su filial IQUIMESA Servicios Sanitarios, S.L.U. (IQUIMESA SERVICIOS), que controla exclusivamente y es la titular de los centros en los que se prestan los servicios asistenciales.

En concreto, ADESLAS es titular y opera el Centro Médico América y, tras su adquisición, de la POLICLÍNICA SAN JOSÉ, centro hospitalario, ambos ubicados en Vitoria. La notificante señala que tras la adquisición del centro hospitalario, Centro Médico América ha quedado adscrito funcionalmente al hospital e incluido en su oferta de servicios (consultas externas y servicios ambulatorios) abiertos a la contratación por terceros. Los ingresos de IQUIMESA SERVICIOS en el ejercicio 2006 ascienden a 814.639 euros y provienen principalmente de consultas de pacientes particulares y de entidades de seguros y mutuas.

Como ya se ha indicado anteriormente, ADESLAS está sometida en la provincia de Álava a las condiciones del Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005, que le obligan a dar acceso a sus instalaciones sanitarias en Álava y Vizcaya a terceros competidores en el mercado de seguros de asistencia sanitaria privada, en condiciones de mercado objetivas, transparentes y no discriminatorias

La facturación de AGBAR en el ejercicio 2006, anterior a la realización de la operación, es la siguiente:

VOLUMEN DE NEGOCIOS DE AGBAR EN EL EJERCICIO 2006 (Millones de euros)		
MUNDIAL	UE	ESPAÑA
3.044,0	2.595,1	2.395,3

Fuente: Notificación

IV.2 POLICLÍNICA SAN JOSÉ

La Policlínica San José es un centro hospitalario ubicado en Vitoria-Gastéiz y formaba parte del patrimonio histórico de la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 2 denominada “La Previsora”⁷,

⁶ Ver expediente nacional C/0008/07 LA CAIXA / CAIFOR.

⁷ El artículo 68 del R.D. Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de la Seguridad Social, define a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como asociaciones debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sin ánimo de lucro, constituidas por empresarios que asuman a tal efecto una responsabilidad mancomunada y con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad

actualmente fusionada con Mutualia, cuya denominación ha adoptado. Con anterioridad a la transmisión a IQUIMESA SERVICIOS, el centro hospitalario prestaba servicios sanitarios tanto a los afiliados en la propia mutua La Previsora y en otras mutuas, como a asegurados de compañías de seguros privados y a clientes particulares, además de asistencias puntuales con base en conciertos con la sanidad pública. Está clasificada en el Catálogo Nacional de Hospitales, según datos a 31-12-2006, como centro médico-quirúrgico con dependencia patrimonial y funcional de las MATEP (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) y cuenta con 84 camas instaladas.

Según la notificante, los ingresos del centro hospitalario POLICLÍNICA SAN JOSÉ en el año 2006 ascendieron a 13,3 millones de euros, obtenidos íntegramente en España.

V. MERCADOS RELEVANTES

V.1 Mercados de producto

La operación incide, por una parte, en el ámbito de la prestación de servicios de atención médica y hospitalaria y, por otra parte, en el mercado ascendente de seguros privados de asistencia sanitaria.

Existen varios precedentes nacionales en los que se ha analizado tanto los seguros privados de asistencia sanitaria como los servicios de asistencia sanitaria⁸, en los que el Tribunal de Defensa de la Competencia consideró que las especificidades de los mercados de seguros de asistencia sanitaria de libre elección y concertados influyen determinadamente en la delimitación del mercado descendente de prestación de asistencia sanitaria. Por ello, aún cuando los efectos de la operación notificada se producirán en el ámbito de los servicios de asistencia sanitaria en hospitales privados, se tratará en primer lugar el mercado ascendente de seguros privados de asistencia sanitaria, dado que la adquirente está presente en el mismo e integrada verticalmente en el de servicios de asistencia sanitaria. Además, se analizará la naturaleza y actividades de las MATEP y las características de la demanda de servicios de asistencia sanitaria por parte de éstas, para determinar en qué mercado cabe encuadrarlas.

En efecto, ADESLAS opera en los tres segmentos del mercado de seguros privados de asistencia sanitaria (individual, colectivos privados y colectivos públicos) en toda España y, en la provincia de Álava en la que se encuentra el centro hospitalario adquirido, en particular, a través de IQUIMESA SEGUROS. En el ejercicio de la actividad aseguradora, opera como demandante de servicios de atención médica y hospitalaria para las prestaciones derivadas de las contingencias cubiertas por sus respectivas pólizas de seguro y tiene establecidos conciertos con el centro adquirido y con Clínica La Esperanza en la provincia de Álava. En esta provincia estaba presente

Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidas.

⁸ Ver Informes del TDC C-89/05 y C-101/06, ambos relacionados con operaciones de concentración económica de ADESLAS.

hasta ahora, en el ámbito de servicios sanitarios, únicamente con un centro médico (Centro Médico América) que prestaba servicios ambulatorios⁹.

Por su parte, el centro hospitalario POLICLÍNICA SAN JOSÉ, ubicado en Vitoria, presta servicios de asistencia hospitalaria y médica especializada, atendiendo, además de los trabajadores beneficiarios de la asistencia de La Previsora y de otras mutuas, a pacientes provenientes de compañías de seguros privados de asistencia sanitaria, pacientes privados y pacientes de la sanidad pública que concierta con el hospital servicios puntuales.

V.1.1 Seguros de asistencia sanitaria

La Comisión Europea en distintas decisiones¹⁰ ha distinguido tres mercados de seguros: vida, no vida y reaseguros. Tal diferenciación coincide con la práctica nacional en diferentes expedientes de concentración¹¹.

Los seguros de vida y no vida tienen tantos ramos como riesgos cubiertos. Los antecedentes citados consideran que cada ramo comprende productos diferenciados del resto de los ramos puesto que cubren riesgos distintos y tienen características, primas y utilidades diferentes, de forma que no son sustituibles desde el punto de vista de la demanda.

El artículo 6º del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados¹² establece los ramos de seguro directo atendiendo a la clasificación de los riesgos, tanto de seguros de vida como de seguros no vida. Los seguros no vida comprenden, entre otros, los seguros de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria), dentro de los que cabe diferenciar:

- El seguro de enfermedad que garantiza el pago de una indemnización o subsidio diario en caso de enfermedad y/o hospitalización del asegurado para compensar la pérdida de ingresos económicos que el proceso de enfermedad pueda ocasionarle;
- El seguro privado de asistencia sanitaria y el 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 el coste o parte del coste de los servicios médicos en que incurre (modalidad de reembolso de gastos). Por otra

⁹ La notificante señala que el Centro Médico América ha pasado a depender funcionalmente de la división de hospitales de Grupo ADESLAS, convirtiéndose en una extensión más de las consultas externas del propio hospital San José. Con ello, ambos centros están abiertos a cuantos clientes quieran contratar los servicios.

¹⁰ Entre otros, los casos comunitarios IV/M.759 SUN ALLIANCE/ROYAL INSURANCE, IV/M.862 AXA/UAP, IV/M.985 CREDIT SUISERVICIOSE/WINTERTHUR, IV/M.812 ALLIANZ VEREINTE y IV/M.1082 ALLIANZ/AG.

¹¹ Cabe citar, entre los más recientes, los Expedientes del SDC N-04064 ADESLAS/GESTIÓN SANITARIA GALLEGA, N-05053 IGUALMEQUISA/ADESLAS/IMQ SEGUROS/IQUIMESA SEGUROS, N-06069 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE SERVICIOS SANITARIOS y expedientes del TDC C-89/05 Igualatorios Médicos y C-101/06 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE, entre otros.

¹² R.D.L. 6/2004, de 29 de octubre (BOE 5-11-2004).

parte, cabe señalar también la existencia de la modalidad de seguro dental. No obstante, dado su reducido peso en relación con el seguro privado de asistencia sanitaria, no es necesario determinar si forma o no parte de dicho mercado.

La demanda de los seguros de asistencia sanitaria y reembolso de gastos proviene, por un lado, directamente de los particulares que contratan pólizas individuales o familiares y, por otro lado, de colectivos, que pueden ser básicamente de dos tipos:

- las mutualidades de empleados de administraciones públicas de diverso ámbito (principalmente MUFACE, ISFAS, MUGEJU) que mantienen conciertos con entidades de seguro privado para ofrecer a sus mutualistas esta alternativa de seguro obligatorio, y
- otros colectivos, como grandes empresas, que ofrecen a sus empleados la asistencia privada adicionalmente al seguro obligatorio.

Los seguros colectivos presentan una serie de especificidades frente a los individuales. 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 el ahorro en gastos de gestión). Los seguros colectivos son, además, productos hechos a medida y pueden comprender soluciones mixtas de asistencia sanitaria concertada y de reembolso de gastos.

Sin embargo, el TDC¹³ considera que los seguros colectivos privados (otros colectivos) no forman parte de un mercado diferenciado del de los seguros privados individuales, puesto que en ambos casos el asegurado puede optar por no contratarlos y la cuantía de la prima influye en la demanda de los individuos. Por ello, el TDC agrupa ambos tipos de seguro en el mercado seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección.

En cambio, 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 conciertos 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 publicadas en el B.O.E. al efecto, 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 provincias.
- Los conciertos se establecen por un año con posibilidad de prórroga en los dos años sucesivos.
- El mutualista puede cambiar de entidad, sea el INSS o sea una de las compañías que están en el concierto, a principios de cada año. La demanda de

¹³ Ver informe C-89/05 (Igualatorios Médicos) del TDC

estos servicios por el mutualista no se orienta por el precio, sino fundamentalmente por la calidad de los servicios, del cuadro de facultativos y de los centros hospitalarios concertados.

A la luz de lo anterior, y en línea con los informes del TDC señalados, cabe considerar relevante, a los efectos de la presente operación el análisis de los seguros privados de asistencia sanitaria y reembolso de gastos, diferenciando dos mercados en atención a la procedencia y características de la demanda, la formación de los precios y los canales de distribución:

- Por una parte, el mercado de seguros privados de asistencia sanitaria de libre elección (que comprende los seguros individuales y los seguros colectivos privados) y,
- Por otra parte, el mercado de seguros de asistencia sanitaria para colectivos públicos, que incluye los seguros de asistencia sanitaria tanto de entidades privadas concertadas como el seguro de asistencia sanitaria pública, todos ellos susceptibles de ser elegidos por los funcionarios mutualistas.

V.1.2. Servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria privados

El mercado de prestación de servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria (también denominado de servicios hospitalarios privados y de atención médica especializada) comprende una cesta de servicios y prestaciones, como pruebas de diagnóstico, derechos de quirófano, gastos de estancia y de asistencia especializada, entre otros.

La competencia en el mercado de servicios hospitalarios privados se produce en dos fases: por una parte, los centros sanitarios compiten por formar parte del catálogo de servicios ofrecidos por las compañías de seguros privados (competencia por el asegurador) y, por otra parte, los centros sanitarios compiten por atraer pacientes a su propio centro frente a otros que forman parte del catálogo de una misma aseguradora (competencia por el asegurado).

Los centros hospitalarios están catalogados por categorías¹⁴. El TDC¹⁵ consideró que los hospitales generales pueden competir con los centros especializados siempre que su gama de servicios comprenda dicha especialidad¹⁶, por lo que se incluirían en la misma cesta a la hora de definir la oferta.

¹⁴ 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, Geriatria y/o Larga estancia, Otros monográficos y Leprológico o dermatológico.

¹⁵ Expediente C-89/05 Igualatorios Médicos.

¹⁶ 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.

En línea con las definiciones de mercado de seguro realizadas, el TDC consideró dos mercados de servicios de asistencia sanitaria:

- 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 de libre elección contratadas con aseguradoras privadas.
- 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.

V.1.3. La demanda de servicios de asistencia sanitaria de las MATEP

Las MATEP son asociaciones de empresarios, autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sin ánimo de lucro, y con sujeción a sus normas reguladoras¹⁷, que asumen una responsabilidad mancomunada en el ejercicio de su actividad. Su principal objeto es la colaboración en la gestión de la Seguridad Social, en concreto en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidos.

Se trata de asociaciones, con carácter voluntario que asumen una responsabilidad mancomunada en el ejercicio de su actividad. Como tales asociaciones de empresarios se consideran entidades privadas, si bien en su actuación de entidad colaboradora de la Seguridad Social forman parte en este aspecto del Sector Público Estatal, siendo aprobados sus presupuestos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, rindiendo cuentas al mismo que son fiscalizadas por el Tribunal de cuentas previa auditoria de la Intervención General de la Seguridad Social.

Por tanto, su actividad queda fuera del ámbito del de las de entidades aseguradoras privadas. Su financiación proviene de las cuotas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a cargo exclusivo de las empresas. La asistencia sanitaria que gestionan las mutuas tienen naturaleza de prestación pública, tratándose al mismo tiempo de una prestación contributiva asociada a la cotización realizada por el empresario, siendo completamente gratuita para los trabajadores beneficiarios (empleados activos de las empresas asociadas).

Respecto a las posibilidades de elección de centro asistencial de los trabajadores, el artículo 118 de la Ley General de la Seguridad Social, señala que éstos deben acudir al designado por la Entidad Gestora, Mutua o empresa autorizada a colaborar y solamente en caso de urgencia se puede utilizar un servicio médico distinto.

¹⁷ Las MATEP están reguladas en el artículo 68 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social, aprobada por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y se rigen por el Reglamento sobre colaboración de las MATEP en la gestión de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

Respecto a las posibilidades de elección de centros sanitarios en los que reciban asistencia los trabajadores de las empresas asociadas a la mutua, cabe señalar que el artículo 12 del Reglamento de Colaboración establece la posibilidad de que las MATEP creen sus propias instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores, cuya utilización, al hallarse destinados a la cobertura de prestaciones incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social e integradas en el Sistema Nacional de Salud, debe estar coordinada con los servicios de las Administraciones públicas sanitarias. La creación de tales centros requiere conformidad previa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

En el citado artículo se autoriza también a las mutuas a establecer conciertos con otras MATEP, y con las Administraciones Públicas Sanitarias para hacer efectivas las prestaciones sanitarias, así como a efectuar las prestaciones sanitarias mediante el concierto con medios privados, siempre previa autorización del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Quedan exceptuados del régimen de autorización previa únicamente el supuesto de conciertos con personas físicas cuyo objeto exclusivo sea la prestación de servicios profesionales, bastando en este caso una mera comunicación del concierto.

En suma, las MATEP pueden contratar los servicios de asistencia sanitaria tanto con centros propios, como con hospitales públicos y privados.

A su vez, se establece que las mutuas podrán concertar la utilización de sus instalaciones y servicios sanitarios por parte de otras mutuas y Administraciones Públicas Sanitarias, siempre previa autorización del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que, por otro lado, podrá autorizar la utilización de los medios para supuestos distintos atendiendo a las circunstancias concurrentes en cada caso.

Finalmente, la regulación establece que los ingresos que obtengan las MATEP generados en estos centros sanitarios como consecuencia de servicios prestados a personas ajenas a su colectivo de trabajadores protegidos tendrán el carácter de recursos de la Seguridad Social, integrándose como ingresos en las pertinentes rúbricas contables y presupuestarias. Su patrimonio, sin embargo, se diferencia en público y privado en función de los medios con los que se han adquirido los activos: los financiados con las cuotas son patrimonio de la Tesorería General de la Seguridad Social, mientras que los bienes incorporados a las mutuas con anterioridad al 1 de enero de 1967 o durante el período comprendido entre esa fecha y el 31-12-1975, constituyen el patrimonio histórico o privativo titularidad de las propias mutuas y por tanto de las empresas asociadas a la mismas¹⁸.

Respecto a la fijación de precios de los servicios de asistencia sanitaria demandados por las MATEP para sus trabajadores protegidos, no existe regulación específica al margen de la obligación de supeditar el concierto a la autorización de la Administración. Los conciertos sanitarios entre las propias MATEP se ajustan al modelo de concierto sanitario fijado en el Acuerdo Marco sobre concierto de asistencia sanitaria propiciado y aprobado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través de la Asociación de Mutuas AMAT, aprobándose las tarifas correspondientes, fijadas en

¹⁸ Es el caso del centro hospitalario POLICLÍNICA SAN JOSÉ que pertenece al patrimonio histórico privativo de La Previsora con titularidad adscrita a la misma en su calidad de asociación de empresarios, sin perjuicio de la tutela del Ministerio citado y su afectación al fin social de la entidad.

función de los medios y servicios de cada centro asistencial. Por su parte los precios con centros hospitalarios públicos vienen fijados unilateralmente por éstos, mientras que con los centros privados son objeto de negociación individualmente.

Así pues, en relación con el ejercicio de la propia actividad de las MATEP como entidad gestora de determinadas cuotas de la Seguridad Social, no cabe asociarla a ninguno de los mercados de producto relevantes de la presente operación. El TDC, en el Informe C-89/05 ya señaló que se excluía del análisis de los seguros 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 privado.

Respecto a su condición de demandante de servicios de asistencia sanitaria, cabe desprender de lo anteriormente expuesto que, por el lado de la demanda, la de las MATEP reviste características propias que la diferencian de la proveniente de compañías de seguros privados y mutualidades de funcionarios consideradas hasta ahora en los precedentes. En particular, no son servicios de libre elección para los usuarios, que deben acudir al centro que fija la mutua y, por tanto, a diferencia de la demanda proveniente de los colectivos de seguros concertados, no se produce competencia por el asegurado sino únicamente por el asegurador (en este caso la entidad mutua); los conciertos de asistencia se establecen por la mutua, sujetos a autorización previa de la Administración, siguiendo las mutuas en la fijación de precios diferentes pautas. Sin embargo, por el lado de la oferta, ésta viene constituida, al igual que en el mercado de servicios de asistencia sanitaria concertados, por los centros hospitalarios privados y públicos así como por los que están gestionados por las propias MATEP con independencia de su afectación patrimonial (de la propia mutua si pertenece a su patrimonio histórico o a la Tesorería de la Seguridad Social).

En suma, la demanda de servicios sanitarios de las MATEP para el colectivo de trabajadores asociados a la misma reviste características propias que la diferencian de la demanda de las de las compañías de seguros privados de asistencia sanitaria. Esta demanda puede ser atendida en centros sanitarios públicos, privados y de las propias MATEP, siendo la presencia de ADESLAS en el conjunto de de centros hospitalarios disponibles, públicos y privados, en Álava irrelevante. Por otro lado, tampoco cabe considerar implicaciones verticales derivadas de la presencia de ADESLAS en el mercado aguas arriba, dado que se limita al mercado de seguros privados de asistencia sanitaria, sin que exista competencia entre las compañías de seguros privados de asistencia sanitaria y las MATEP.

V.1.4. Conclusión

A la vista de todo lo anterior, a los efectos de la presente operación, se van a considerar como mercados de producto relevantes el de **seguros privados de asistencia sanitaria de libre elección** (que comprende los seguros individuales y los seguros colectivos privados), el de **seguros de asistencia sanitaria para colectivos públicos**, el de **servicios de asistencia sanitaria de libre elección**, y el de **servicios de asistencia sanitaria concertados**.

V.2 Mercado geográfico

V.2.1. Seguros de asistencia sanitaria

En precedentes citados, se ha considerado que el mercado de los seguros de asistencia sanitaria tiene un ámbito provincial, dado que la preferencia de la demanda por parte de los consumidores se orienta hacia una asistencia sanitaria cercana, con el menor coste y tiempo de desplazamiento posible.

A ello se añaden diferencias de precio de una provincia a otra en función del perfil de coste sanitario de cada provincia (dependerá en gran medida de la oferta de facultativos y centros disponibles y del coste de las prestaciones) y la necesidad de presencia física de las compañías a través de delegaciones propias, agentes y corredores de seguros, como factor importante en la captación de clientes.

En el segmento de seguros colectivos públicos, solo las compañías que cumplen los requisitos señalados anteriormente, y que, por tanto, operan en todo el territorio nacional, pueden ser incluidas en el concierto. La elección del mutualista, sin embargo, se orienta por la proximidad al lugar de residencia. Así, las compañías facilitan catálogos de servicio provinciales.

En consecuencia, el mercado geográficamente relevante a los efectos del análisis de la presente operación tiene naturaleza provincial: la provincia de Álava, en la que opera ADESLAS a través de IQUIMESA SEGUROS (Álava), sociedad que controla conjuntamente con Grupo Igualmequisa.

V.2.2. Servicios de asistencia sanitaria.

En el expediente C-89/05, el TDC ha considerado que el mercado de prestación de servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria tiene un ámbito provincial por las siguientes razones:

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

A la luz de las consideraciones anteriores, y dada la ubicación del centro hospitalario adquirido, esta Dirección de Investigación analizará el efecto de la operación en la provincia de Álava.

VI. ANÁLISIS DEL MERCADO

VI.1 Estructura de la oferta

a) Seguros de asistencia sanitaria

Según datos de ICEA, los seguros de salud¹⁹ alcanzaron un volumen de primas en el año 2006 de 4.921 millones de euros con un crecimiento del 9,8% respecto al año anterior. La modalidad de asistencia sanitaria²⁰ representó algo más del 85% de las primas totales de salud con un crecimiento porcentual de la misma magnitud. En esta modalidad existen 7,9 millones de asegurados²¹, de los que asistencia sanitaria representa a cerca de 7,1 millones de asegurados y reembolso de gastos cerca de 0,8 millones.

El 41% de los asegurados en la modalidad de asistencia sanitaria tiene suscritas pólizas individuales, un 27% pertenece a las Administraciones Públicas y un 32% a otros seguros colectivos.

Según datos aportados por la notificante relativos al ejercicio 2006, ADESLAS se encuentra a la cabeza del negocio de seguros de asistencia sanitaria y reembolso de gastos en España con una cuota de un 22,8% (incluido el negocio de IMQ en la que tiene control conjunto), seguida de Sanitas (16,4%), Asisa (13,5%), MAPFRE (7,8%) y DKV (5,5%).

El mercado alavés tiene muy poco peso en el conjunto nacional. Así, el País Vasco concentra alrededor del [0-10]% del número de asegurados a nivel nacional, correspondiendo a la provincia de Álava alrededor de [...]. Se trata por tanto de un mercado de reducidas dimensiones, en el que, según datos de la notificante, el número de asegurados se estima en menos de [...] personas.

Las compañías aseguradoras pactan con los facultativos la inclusión en su catálogo de servicios de asistencia sanitaria, dándose la particularidad de que, generalmente, un mismo facultativo está en el catálogo de más de una compañía simultáneamente. La contraprestación se pacta entre las compañías y el facultativo y puede diferir de una compañía a otra para el mismo facultativo. De los datos aportados por la notificante se desprende que a 31 de diciembre de 2006 los médicos colegiados en la provincia de Álava son 1.468, siendo el número de facultativos concertado por IQUIMESA SEGUROS para su catálogo asistencial de 193, es decir un 13% del total.

Respecto al mercado alavés, ADESLAS obtiene en el ejercicio 2006 y en el conjunto de seguros de asistencia sanitaria (de libre elección y de colectivos públicos) una cuota de mercado de un [70-80]% en términos de primas de un [60-70]% en términos de número de asegurados, seguido de Asisa ([0-10]%), Sanitas ([0-10]%), Acunsa ([0-10]%) y DKV ([0-10]%). En términos de asegurados su cuota en el mercado alavés es de un [60-70]%, facilitando la notificante, con base en este criterio de medición, las siguientes cuotas para cada mercado:

¹⁹ Denominación bajo la cual ICEA agrupa a las modalidades de asistencia sanitaria, reembolso de gastos y subsidios e indemnizaciones (enfermedad).

²⁰ Incluye asistencia sanitaria y reembolso de gastos.

²¹ ICEA no incluye los datos del seguro dental en el número de asegurados.

CUOTAS DE ADESLAS EN MERCADOS DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA EN LA PROVINCIA DE ÁLAVA – EJERCICIOS 2004 a 2006						
Mercado/Operador	2004		2005		2006	
	Asegurados	Cuota	Asegurados	Cuota	Asegurados	Cuota
Seguros libre elección	[...]	100%	[...]	100%	[...]	100%
- ADESLAS/IQUIMESA	[...]	[60-70]%	[...]	[70-80]%	[...]	[60-70]%
Seguros Colectivos Públicos	[...]	100%	[...]	100%	[...]	100%
- ADESLAS/IQUIMESA	[...]	[60-70]%	[...]	[70-80]%	[...]	[80-90]%
Total Colectivos+libre elección	[...]	100%	[...]	100%	[...]	100%
ADESLAS/IQUIMESA	[...]	[60-70]%	[...]	[70-80]%	[...]	[60-70]%

Fuente: Notificación

La posición de ADESLAS²² en el mercado alavés, en el ejercicio 2006 y en términos de asegurados, viene representada por una cuota de un [60-70]% en el mercado de seguros privados de libre elección cuyo volumen se estima en un total de [...] asegurados y de un [80-90]% en el de seguros colectivos públicos, en la que el número de asegurados no alcanza los [...]. En todo caso, la operación no entraña refuerzo de ADESLAS en ninguno de los mercados de seguros de asistencia sanitaria, por cuanto el centro hospitalario adquirido solamente opera en el mercado aguas abajo.

b) Servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria

Según la información estadística extraída por la notificante del Catálogo Nacional de Hospitales (actualizado a 31-12-2006), la oferta hospitalaria en España supone 788 hospitales con una capacidad de 159.671 camas instaladas. El sector privado aporta 52.566 camas, de las cuales 32.385 corresponden a oferta privada no benéfica.

El sector hospitalario privado está muy atomizado. Según la notificante, en el segmento de centros privados no benéficos, los operadores más destacados son grupos hospitalarios que absorben alrededor del 15% de la oferta hospitalaria en términos de camas instaladas: USP Hospitales, ADESLAS, ASISA y CAPIO Sanidad. Algunos centros están integrados verticalmente en grupos aseguradores, como es el caso de ASISA, SANITAS y la propia ADESLAS, si bien los dos primeros no tienen abiertos sus hospitales a asegurados de otras compañías.

ADESLAS se encuentra presente con 12 hospitales repartidos por toda la geografía y una capacidad de 1.198 camas, algunos gestionados conjuntamente con otras entidades. Además es miembro de la UTE que gestiona mediante concesión administrativa el Hospital de la Ribera en la C.A. de Valencia. Dejando fuera este último que atiende principalmente pacientes de la sanidad pública, la cuota que

²² Incluido los asegurados de CAIFOR en virtud de contrato de coaseguro de IQUIMESA con ésta en la provincia de Álava. En todo caso CAIFOR aporta solamente [...] asegurados.

correspondería a ADESLAS estaría en cualquier caso muy por debajo del 10%. Otros grupos hospitalarios, competidores de ADESLAS, son Grupo CAPIO con 22 centros y 1.500 camas, USP Hospitales con 31 centros en el 2006 y 1.137 camas y ASISA con 15 centros y una capacidad de 1.200 camas.

El mercado geográfico relevante en la presente operación es el de la provincia de Álava, que con una población de 306.527 habitantes (estimación de INE a enero de 2008) y cuenta con la siguiente oferta hospitalaria de centros privados y públicos:

HOSPITALES EN ÁLAVA	DEPENDENCIA PATRIMONIAL	FINALIDAD ASISTENCIAL	CAMAS INSTALADAS
Hospital de Leza	Público (Comunidad Autónoma)	Geriatría y/o larga estancia	110
Hospital de Txagorritxu	Público (Seguridad Social)	General	484
Organización Médica de Vitoria S.L.	Privado no benéfico	Geriatría y/o larga estancia	137
USP Clínica la Esperanza	Privado no benéfico	General	26
Hospital San José	MATEP	Médico-quirúrgico	84
Hospital Psiquiátrico de Álava	Público (Comunidad Autónoma)	Psiquiátrico	231
Hospital Santiago Apóstol	Público (Comunidad Autónoma)	general	316
Total camas instaladas			1.388

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales. Datos a 31-12-2006

En el mercado de servicios de asistencia sanitaria privada en Álava, la oferta hospitalaria privada de centros médico-quirúrgicos y generales, representa solamente un 12% de la capacidad total y se reduce a dos hospitales, la propia Policlínica San José, con una capacidad de 84 camas, y Clínica la Esperanza (perteneciente a USP Hospitales²³) con una capacidad de 26 camas²⁴. Tomando el número de camas como variable de medición, ADESLAS obtendría como consecuencia de la operación una cuota de mercado **en servicios de asistencia sanitaria privada de libre elección de un 76%**.

En el **mercado de servicios de asistencia sanitaria concertados en Álava**, considerando que compiten hospitales públicos y privados (se añaden a la oferta anterior los centros públicos –Hospital de Taxagorritxu y Hospital Santiago Apostol –), la cuota de ADESLAS representa un **9,2%** (84 camas sobre un total de 910).

ADESLAS cuenta, además, con el centro médico América para asistencia sanitaria sin internamiento, único existente en Vitoria de estas características, en el que

²³ Operador que cuenta con 37 centros sanitarios, de los que 13 son hospitales repartidos por varias provincias. Según los datos aportados tiene suscrito un convenio marco con IQIMESA, presumiblemente para la atención de sus asegurados Clínica La Esperanza, puesto que la notificante aporta las tarifas concertadas con el mismo.

²⁴ Según la información extraída de la página web de la propia entidad, son 19 camas.

se ubican 24 consultorios y pasan consulta facultativos de 20 especialidades médicas. Asimismo cuenta con laboratorio de análisis clínico, equipos de radiología convencional, pruebas cardiológicas y neurofisiología. La notificante señala que este centro ambulatorio, tras la adquisición del centro hospitalario, queda adscrito al mismo y está abierto a los conciertos con terceras aseguradoras. Según la notificante, su competidor, Clínica La Esperanza, cuenta con un servicio de consultas externas análogo a éste.

La notificante señala los siguientes índices de ocupación de ambos centros en los tres últimos ejercicios:

TASA DE OCUPACIÓN DE LOS HOSPITALES PRIVADOS EN ÁLAVA –en %-		
Ejercicio	Policlínica SAN JOSÉ	Clínica LA ESPERANZA
2005	53,9%	54%
2006	46,1%	47%
2007	54%	n.d.

Finalmente, cabe señalar que se ha realizado una consulta a las principales compañías que concertan servicios asistenciales con POLICLÍNICA SAN JOSÉ, a la que han contestado LAGUN ARO Entidad de Previsión Social Voluntaria y las aseguradoras SANITAS y DKV. Éstas coinciden en señalar que la contratación de los servicios de asistencia sanitaria tras la toma de control por ADESLAS del centro hospitalario se ha producido en condiciones de mercado y que es indispensable poder concertar en la provincia de Álava tanto con el hospital San José como con Clínica La Esperanza. Finalmente, no señalan limitaciones o falta de disponibilidad en la concertación de los mismos.

VI.2.- Estructura de la demanda

A nivel nacional la demanda de servicios de asistencia sanitaria en centros hospitalarios privados corresponde, según la notificante, en un 62% a las aseguradoras privadas y mutuas, un 29% a servicios públicos de salud y el resto lo cubren los pacientes privados.

La demanda de servicios de asistencia sanitaria de Policlínica San José en el ejercicio 2007 proviene en un [...] % de asegurados en compañías de seguros privados y mutuas deportivas²⁵, un [...] % de las MATEP y Entidades de Previsión Social Voluntaria (principalmente [...] %²⁶), un [...] % de pacientes privados, un [...] % de pacientes de los servicios públicos de salud y un [...] % de otros. El principal cliente es [...] ([...] % de los ingresos de la Clínica), seguido de [...] ([...] %).

Respecto a la demanda de seguros privados de asistencia sanitaria, según las notificantes, a nivel nacional tres cuartas partes corresponde a seguros privados de asistencia sanitaria de libre elección (particulares y otros colectivos) y en poco más de una cuarta parte a colectivos públicos (mutualidades de ámbito nacional y en menor medida corporaciones y entes de ámbito local). En Álava, el porcentaje de seguros de

²⁵ Cabe citar a Asisa, Sanitas, DKV Seguros, Helvetia, Vitalicio Seguros, entre otros.

²⁶ [...].

libre elección es superior alcanzando un [80-90]% del total, mientras que los seguros colectivos públicos suponen el restante [10-20]%.

En lo que respecta a la subconcertación del seguro de asistencia sanitaria de colectivos públicos, según la notificación, IQUIMESA SEGUROS solamente tiene suscrito subconcierto para la asistencia sanitaria a mutualistas de colectivos públicos con la propia ADESLAS. Además, la notificante señala que en Álava tienen delegación las principales compañías que suscriben los conciertos con las mutualidades de funcionarios, como es el caso de Asisa, Previaisa, MAPFRE y otros.

VI.3 Estructura de la distribución – Fijación de precios y otras condiciones comerciales

Según la notificante, no existen unos canales de distribución de la actividad hospitalaria tan definidos como en otros sectores. Son los propios facultativos, como profesionales independientes que desempeñan su actividad médica privada en las instalaciones de la clínica, los que deciden la utilización de un determinado centro. Del mismo modo puede considerarse como canal de distribución las propias compañías aseguradoras y mutuas pues son ellas, con su inclusión de los centros hospitalarios en sus respectivos catálogos de servicios, las que van a favorecer que el centro pueda ser utilizado por sus asegurados.

Por su parte, los canales de distribución del mercado del seguro privado de asistencia sanitaria son la red comercial propia de cada entidad y, además, los intermediarios, agentes y corredores, cuya regulación se contiene de forma exhaustiva en la Ley 26/2006, de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros privados.

La fijación de precios en los seguros de asistencia sanitaria se fundamenta en bases técnicas y viene determinada en particular en función del sexo y de la edad del asegurado²⁷. Como se ha señalado, los seguros colectivos públicos tienen su propio régimen, estableciendo la mutualidad una prima fija por persona, mientras que en los otros seguros colectivos en la fijación de precios intervienen factores adicionales como el volumen de empleados de la compañía y su agrupamiento geográfico.

Por su parte, la formación de los precios de los servicios hospitalarios viene determinada por la estructura de los costes, siendo los principales factores a considerar la compra de productos farmacéuticos, el coste de personal asistencial y administrativo, la amortización de los equipos e instalaciones, servicios de limpieza y mantenimiento de equipos, gestión de residuos y la póliza de responsabilidad civil.

En lo que respecta a las tarifas de asistencia sanitaria en Álava de POLICLÍNICA SAN JOSÉ, tras su adquisición por IQUIMESA SERVICIOS, son consecuencia de la subrogación de ésta en la posición de su anterior dueña, La Previsora, y en la necesidad de cumplir los acuerdos vigentes con sus clientes. Se establecen individualmente con cada compañía de seguros considerando los niveles de consumo, salvo las excepciones que se citan a continuación.

La tarifa que se venía aplicando a IQUIMESA SEGUROS, que aplicaba precios inferiores como consecuencia de un nivel de consumo muy superior al de otras

²⁷ Art. 80 del Reglamento de ordenación y supervisión de seguros privados R.D. 2486/1998 de 20-11.

compañías, se ha visto aumentada para ponerla en el nivel de las demás compañías de seguros. Por su parte, los precios aplicados a la vendedora –La Previsora-, como se ha señalado, se explican en el apartado de restricciones accesorias y no están relacionados exclusivamente con el nivel de consumo sino con otros parámetros²⁸ consecuencia del acuerdo de compra-venta y están autorizados por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

VI.4.- Competencia potencial - Barreras a la entrada

En el mercado de seguros de asistencia sanitaria y de reembolso de gastos de enfermedad las principales restricciones de acceso vienen dadas por el cumplimiento de los requisitos establecidos por el regulador²⁹. En lo que respecta a la asistencia sanitaria privada, la apertura de nuevos establecimientos está sujeta a un régimen de autorización administrativa previa³⁰. Las barreras legales están dirigidas fundamentalmente a la tutela de los asegurados y beneficios amparados por un contrato de seguro, a la protección de los pacientes o al correcto empleo de las subvenciones públicas, tal y como señaló el TDC en los precedentes, y no se consideran insalvables para un nuevo entrante.

Dado que estos mercados están verticalmente relacionados, para que un nuevo operador pueda entrar en el mercado de seguros de asistencia sanitaria es preciso que tenga acceso a servicios de asistencia sanitaria privada por cuenta propia o a través de terceros operadores que pueda ofrecer a sus clientes y le permitan diferenciarse de la sanidad pública.

Si el nuevo entrante desea configurar un catálogo de servicios sanitarios propio es preciso que los facultativos de la provincia tengan libertad para establecer conciertos de asistencia con varias compañías a la vez y no estén sujetos a incentivos que determinen un trato de favor para una aseguradora incumbente o sus asegurados. En este sentido, cabe señalar que, en virtud de la Condición Primera del Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005, GRUPO IGUALMEQUISA y COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS ya quedaron sujetos a la obligación de garantizar explícitamente la ausencia de exclusividad o de cláusulas de efecto equivalente en los acuerdos de las empresas sobre las que adquieren control conjunto (entre las que se encuentra IQUIMESA SEGUROS) con los prestadores de servicios de asistencia sanitaria, hospitales y facultativos.

Por otro lado, los nuevos entrantes en el mercado de seguro sanitario que no deseen invertir en infraestructuras sanitarias en la provincia deben recurrir a centros hospitalarios y sanitarios ya establecidos.

²⁸ La garantía asumida por la compradora de mantenimiento de la plantilla laboral del centro durante 10 años confiere rigidez a sus gastos de estructura, pues en el caso de una disminución de la demanda no podrá adaptarse a ella de forma adecuada. Ello justifica, según la adquirente, la exigencia de una garantía de facturación mínima.

²⁹ En particular, destacan la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D.L. 6/2004, de 29 de octubre) y el Reglamento que la desarrolla (R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre, modificado por R.D. 297/2004 de 20 de febrero)

³⁰ Regulado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, que la desarrolla.

Dado que según las notificantes existen excesos de capacidad de servicios hospitalarios privados en Álava, en principio, cabría plantearse si es racional la negativa de suministro de servicios sanitarios por parte de la adquirida tras la operación de concentración. En todo caso, debe señalarse que la propia existencia de excesos de capacidad en la asistencia sanitaria privada en Álava puede constituir por sí misma una barrera al establecimiento de nuevos hospitales privados, puesto que habría dificultades para amortizar la inversión.

VII. VALORACIÓN DE LA OPERACIÓN

La operación consiste en la adquisición por parte de ADESLAS del control exclusivo sobre POLICLÍNICA SAN JOSÉ, centro hospitalario ubicado en la provincia de Álava, hasta ahora perteneciente al patrimonio histórico de LA PREVISORA, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 2.

VII.1 Posición en el mercado

Los mercados de producto afectados, de ámbito geográfico provincial, son el de servicios de asistencia sanitaria de libre elección y el de servicios de asistencia sanitaria a colectivos públicos, estrechamente relacionados con los de seguro privado de libre elección y seguros concertados de asistencia sanitaria, en los que la adquirente es el primer operador a nivel nacional y en Álava, provincia en la que se ubica el centro hospitalario adquirido.

En esta provincia, ADESLAS, a través de su filial IQUIMESA SEGUROS, aglutina el [70-80]% de las primas y un [60-70]% de los asegurados en el conjunto de los mercados de seguros privados de asistencia sanitaria señalados en Álava, con cuotas de un [60-70]% en el de seguros de libre elección y de un [80-90]% en el de seguros de colectivos públicos, en términos de asegurados. Mediante la presente operación, ADESLAS se integra verticalmente con el principal centro hospitalario privado de Álava, donde sólo existen dos centros hospitalarios con los que las compañías de seguros privados de salud pueden concertar servicios asistenciales para sus asegurados.

POLICLÍNICA SAN JOSÉ, cuyo control adquiere ADESLAS, representa cerca del 76% de las camas hospitalarias privadas de dicha provincia, que se suma a la capacidad asistencial ambulatoria de que disponía en el Centro Médico América (que pasa a integrarse funcionalmente en el hospital). En el conjunto de hospitales privados y públicos la cuota de mercado del centro adquirido no alcanza en ningún supuesto el 10%.

De esta forma, si bien la presente operación no modifica cuantitativamente la estructura de la oferta en los servicios hospitalarios en Álava, dado que ADESLAS hasta ahora no disponía de hospitales en dicha provincia, en cambio supone la integración vertical del primer operador de seguros de asistencia sanitaria en la provincia de Álava, como consecuencia de la cual podría verse obstaculizado el acceso al mercado de servicios de asistencia sanitaria de libre elección de otros operadores de seguros privados de asistencia sanitaria, que se podrían verse impedidos de prestar los servicios de cobertura asistencial que deben garantizar a sus asegurados.

No obstante, conviene tener en cuenta que existe cierto exceso de oferta de asistencia sanitaria privada en Álava, dados los moderados índices de ocupación de los

dos hospitales privados existentes en la provincia, y, que, aún en el hipotético caso de que ADESLAS destinara la totalidad de sus asegurados al hospital SAN JOSÉ, no se cubriría la capacidad de éste.

En todo caso, ADESLAS podría tener la capacidad y los incentivos a obstaculizar el acceso al mercado de servicios de asistencia sanitaria a sus competidores en el mercado de seguros de asistencia sanitaria, en la medida que éstos apenas disponen de alternativas para prestar cobertura sanitaria, lo que limitaría el desempeño de la actividad aseguradora privada a operadores presentes y futuros en esta provincia, y serviría para reforzar la posición competitiva de ADESLAS en los mercados de seguros de asistencia sanitaria en la provincia de Álava, especialmente en el de libre elección.

En cambio, no es previsible que la operación tenga un efecto significativo de cara a la subconcertación del seguro de asistencia sanitaria de colectivos públicos, en la medida que en Álava tienen delegación las principales compañías que suscriben los conciertos con las mutualidades de funcionarios, como es el caso de Asisa, Previa, MAPFRE y otros. De esta forma, existen suficientes alternativas para la subconcertación en esta provincia como para dar cumplimiento al requisito de subconcertación en ausencia de delegación y catálogo de servicios propios que pueda requerir un nuevo entrante.

VII.2 Barreras a la entrada - Competencia potencial

Para operar en el mercado de seguros de asistencia sanitaria de Álava es preciso disponer de un catálogo de servicios de asistencia sanitaria atractivo, lo que requiere que los servicios de los facultativos sean accesibles a distintas compañías y que éstos no cuenten con incentivos para favorecer a una en detrimento de otras. En el presente caso, ADESLAS está obligada, conjuntamente con Grupo Igualmequiza, en virtud de la Condición Primera del Acuerdo del Consejo de Ministros que autorizó la toma de control conjunto de las compañías de seguro de los respectivos grupos en Álava y Vizcaya, a garantizar explícitamente la ausencia de exclusividad o cláusulas de efecto equivalente en los acuerdos de IQUIMESA SEGUROS con los prestadores de servicios de asistencia sanitaria, hospitales y facultativos.

Adicionalmente, el catálogo de servicios sanitarios debe contemplar el acceso a una oferta de infraestructuras sanitarias (centros hospitalarios y policlínicos sin internamiento) de interés para el asegurado. En el presente caso, la adquirida constituye la principal alternativa a la sanidad pública en Álava porque cuenta con el 76% de las camas hospitalarias privadas y el único centro médico privado sin internamiento.

De esta forma, si una aseguradora privada desea ofrecer un catálogo de servicios sanitarios diferenciado del de la sanidad pública de Álava, tiene dos alternativas posibles: (i) concertar con operadores privados de servicios sanitarios en la provincia o (ii) crear una red propia de centros hospitalarios y policlínicos. No obstante, la segunda no parece resultar viable en el corto y medio plazo, dado el exceso de capacidad de servicios hospitalarios de asistencia sanitaria privada en la provincia unido al reducido potencial de crecimiento de habitantes susceptible de demandarla y crear una masa crítica necesaria para hacer viable la inversión económica que supondría.

VII.3 Conclusión

Por todo ello, esta Dirección de Investigación considera que existe un riesgo de que ADESLAS pueda obstaculizar la competencia en el mercado de seguros de asistencia sanitaria en Álava, en la medida en que al pasar a controlar POLICLÍNICA SAN JOSÉ, ADESLAS puede tener la capacidad y el incentivo para dificultar el acceso a este centro sanitario por terceros operadores de seguros.

En este sentido, esta Dirección de Investigación entiende que resulta necesario garantizar durante un período determinado después de la toma de control del dentro sanitario el acceso sin restricciones de los operadores de seguros privados de asistencia sanitaria a los servicios sanitarios privados, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio, en línea con lo fijado en la condición segunda del Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005 que autorizaba con condiciones la operación de concentración N-05053 IGUALMEQUISA / ADESLAS / IMQ SEGUROS / IQUIMESA SEGUROS , y que todavía sigue vigente respecto a la provincia de Álava.

VIII. COMPROMISOS

Con el objeto de resolver los obstáculos detectados por esta Dirección Investigación para el mantenimiento de la competencia efectiva tras la operación de concentración en el mercado de seguros de asistencia sanitaria en Álava, con fecha 18 de abril de 2008 ADESLAS presentó a instancias de la Dirección de Investigación unos compromisos, que fueron modificados con fecha 09 de mayo de 2008 y 30 de junio de 2008.

Estos compromisos complementan lo ya establecido en el marco del Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005 y en el Plan de Actuaciones que lo desarrolla, al adaptar lo establecido en la condición segunda del mismo al caso particular de POLICLÍNICA SAN JOSÉ. En particular, ADESLAS se compromete durante la vigencia del Acuerdo de Consejo de Ministros citado (hasta 21 de octubre de 2010), a:

- Garantizar el acceso de cualquier operador de seguros privados de asistencia sanitaria para la contratación y prestación del servicio de asistencia sanitaria de sus asegurados en la Policlínica San José y en el Centro Médico América de Vitoria, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación. En particular, ADESLAS se compromete a que cualquier negativa de servicio esté motivada expresamente de forma objetiva.
- Establecer para cada servicio asistencial una tarifa general objetiva a la que cualquier compañía aseguradora, ya sea un cliente actual o futuro de los anteriores centros sanitarios, se pueda acoger, sin perjuicio de que los clientes anteriores voluntariamente pueda mantener el sistema de tarifas previamente acordado con Policlínica San José antes de su adquisición por ADESLAS.
- Establecer unos mecanismos de comunicación de información a la Dirección de Investigación para facilitar la tarea de vigilancia del cumplimiento de los compromisos.

IX. VALORACIÓN COMPROMISOS

Con los compromisos presentados por ADESLAS con fecha 30 de junio de 2008, que complementan el anteriormente citado Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005 y en el Plan de Actuaciones que lo desarrolla, ADESLAS concreta el alcance de la garantía de acceso de terceras compañías aseguradoras a sus centros sanitarios en Álava en condiciones objetivas, transparentes y no discriminatorias.

En particular, al comprometerse a justificar de manera expresa y objetiva cualquier negativa de prestación de servicios y al fijar una tarifa general objetiva para todas las compañías aseguradoras, ADESLAS se auto limita su capacidad para obstaculizar o impedir el acceso de terceros competidores a sus centros sanitarios, capacidad que se había visto reforzada con la adquisición de Policlínica SAN JOSÉ.

De esta manera, las compañías aseguradoras, competidoras actuales o potenciales de ADESLAS en la provincia de Álava en el mercado de seguros de asistencia sanitaria, van a tener durante un cierto periodo de tiempo un acceso equivalente al de ADESLAS a su centro sanitario, lo que reduce el riesgo de que ADESLAS pueda obstaculizar o cerrar el acceso a los mercados de asistencia sanitaria a estas compañías.

Adicionalmente, se da la opción a las compañías aseguradoras, en lugar de acogerse a la tarifa general, de mantener el sistema de tarifas acordado con Policlínica San José antes de su adquisición por ADESLAS, en la medida en que cuando se acordaron dichas tarifas, La Previsora no tenía incentivos a cerrar u obstaculizar a las compañías de seguros sanitarios privadas el acceso a sus instalaciones sanitarias, y puesto que de esta manera se minimizan los potenciales perjuicios que estos compromisos pudieran causar a terceros que ya tienen firmados acuerdos con Policlínica San José.

Asimismo, esta Dirección de Investigación considera que la vigencia de los compromisos (de 2005 y a 2010 si tenemos en cuenta que el Acuerdo de Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005 vinculaba a ADESLAS en Álava), va a ser suficiente para que terceros operadores en Álava establezcan sus propias redes sanitarias en Álava o consoliden sus vínculos comerciales con ADESLAS.

A la vista de todo lo anterior, es posible concluir que los compromisos presentados por ADESLAS el 30 de junio de 2008 son efectivos y suficientes para resolver los obstáculos a la competencia efectiva detectados por esta Dirección de Investigación.

X. PROPUESTA

En atención a todo lo anterior, se propone **subordinar la autorización de la concentración al cumplimiento de los compromisos propuestos por COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. con fecha 30 de junio de 2008**, en aplicación del artículo 57.2.b) de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia.

Los citados compromisos se adjuntan en el Anexo 1 del presente informe.

Todo ello sin perjuicio de que esta Dirección de Investigación pueda incoar un expediente sancionador por infracción de los artículos 9.2 y 62.3.d) de la Ley 15/2007.

ANEXO 1: COMPROMISOS

COMISIÓN NACIONAL DE LA COMPETENCIA

Dirección de Investigación
C/ Barquillo, 5 planta 3ª
28004 MADRID

Su Ref.: C/0051/08 ADESLAS/ POLICLÍNICA SAN JOSE

A LA COMISIÓN NACIONAL DE LA COMPETENCIA – DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN.

Compañía de Seguros Adeslas, S.A., con Código de Identificación Fiscal número A-40001430 y domicilio social en Madrid, en la calle Príncipe de Vergara número 110 (C.P. 28002), y en su nombre don Teótimo Sáez Zazo, provisto de Documento Nacional de Identidad número 6.510.879-Q, en su condición de apoderado según ya ha resultado acreditado ante esa Dirección de Investigación en el expediente arriba referenciado,

EXPONE:

- I. Que Compañía de Seguros Adeslas, S.A. (en adelante Adeslas), presentó con fecha 29 de febrero de 2008, Notificación de Concentración Económica ante esa Comisión Nacional de Competencia, por la adquisición del negocio que constituye la Policlínica San José, mediante su filial íntegramente participada Iquimesa Servicios Sanitarios, S.L. Sociedad Unipersonal (en adelante Iquimesa Servicios Sanitarios), dando lugar al expediente al margen referenciado.
- II. Que tras la instrucción del correspondiente expediente, la Dirección de Investigación de esa Comisión Nacional de Competencia ha considerado oportuno solicitar de esta Entidad, al amparo de lo previsto en el artículo 59 de la vigente Ley 15/2007, de 3 de julio de Defensa de la Competencia, la presentación de una propuesta de compromisos que resuelva los obstáculos apreciados por el órgano instructor para autorizar la operación notificada.
- III. Que conforme a lo anterior se presentó por Adeslas, con fecha 18 de abril y 9 de mayo de 2008 ante esa Comisión Nacional de Competencia, sendas propuestas de compromisos, cuyo contenido se ha ido consensuando y adaptando a las modificaciones exigidas por esas autoridades de competencia.
- IV. Que como consecuencia del proceso anterior, y en el marco del desarrollo específico de la condición segunda del Acuerdo del Consejo de ministros de fecha 21 de octubre de 2005, recaído en el expediente N- 05053 Igualmequisa/Adeslas/IMQ Seguros/Iquimesa, a la que la operación se encuentra sujeta, se acompaña la presente propuesta que se concreta en los siguientes:

COMPROMISOS

PRIMERO.- Apertura del centro hospitalario y asistencial a todas las entidades aseguradoras.

Adeslas, por medio de Iquimesa Servicios Sanitarios, se compromete a mantener la Policlínica San José, como centro hospitalario, y Centro Médico Amarica, como centro ambulatorio de especialidades, abiertos a la contratación con cualquier entidad aseguradora que lo solicite. La negativa de suministro de prestación de servicios debe ser motivada expresamente y por razones objetivas. Cualquier negativa que se produzca en este sentido será comunicada y justificada a esa Dirección de Investigación en el plazo de quince días desde que se produzca.

Los servicios sanitarios que ofertan actualmente tanto la Policlínica San José como Centro Médico Amarica, se detallan en el **Anexo I** que se acompaña a la presente propuesta de compromisos. Todo servicio que se incorpore a la cartera de prestaciones de estos centros será comunicado a la Dirección de Investigación.

SEGUNDO.- Contratación no discriminatoria.

Iquimesa Servicios Sanitarios, se compromete a contratar en condiciones de mercado, asegurando la objetividad, transparencia y no discriminación entre sus distintos clientes y asumiendo para ello los siguientes criterios de actuación:

2.1. Prestación de servicios en igualdad de condiciones.

La prestación de los servicios sanitarios se realizará atendiendo a estrictos criterios médicos, siempre conforme a las posibilidades de equipamiento humano y técnico de que se disponga en cada momento, con independencia de la entidad aseguradora a la que pertenezca el paciente. No existirá diferenciación de ningún tipo en la atención al paciente o en la utilización de medios materiales o humanos (por ejemplo en el tipo de habitación asignada, facultativo...etc.).

[...]

2.2. Sistema de tarifas.

2.2.1. Elaboración de una tarifa general objetiva.

A fin de garantizar un trato objetivo y no discriminatorio entre las distintas compañías aseguradoras, ya sean actuales clientes o potenciales, se ha elaborado una tarifa aplicable a todas ellas, cuyo detalle se acompaña al presente documento como **Anexo II**, una vez definidos los precios para cada uno de sus conceptos.

Este sistema –ya propuesto por esta entidad y aprobado en otros expedientes precedentes-, garantiza la no discriminación por precios entre las distintas entidades que operan en el mercado asegurador de Álava, asegurando la máxima objetividad y transparencia conforme a lo dispuesto en la condición segunda del Acuerdo del Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005.

La tarifa que se propone define un precio fijo por cada acto asistencial concreto distinguiendo unos importes para actos realizados en régimen de hospitalización y otros en régimen ambulatorio. Esta tarifa será de aplicación tanto a los servicios que se presten por la Policlínica San José (servicios hospitalarios y ambulatorios), como por el Centro Médico América (servicios ambulatorios).

2.2.2. Excepción a la aplicación de la tarifa general objetiva.

Aquellas entidades aseguradoras que ya fuesen clientes de la Policlínica San José en el momento de su adquisición por Iquimesa Servicios Sanitarios y tengan convenidas con anterioridad a los presentes compromisos condiciones específicas de precios, se les continuará aplicando tales condiciones concediéndoles, no obstante, la posibilidad de optar por la aplicación de la tarifa definida en 2.2.1.

De esta manera se evita trastornos innecesarios a estos cliente quienes podrán, a su elección, optar por la tarifa general prevista en 2.2.1. o continuar como hasta la fecha.

2.2.3. Justificación del sistema de tarifas propuesto frente al sistema previsto en el plan de actuaciones (Expediente N-05053).

La aplicación del sistema de tarifas previsto en el Plan de Actuaciones que desarrolla la Condición segunda del Consejo de Ministros para los centros hospitalarios de IMQ en Vizcaya, no se considera viable para la presente operación, toda vez que no se trata de centros comparables, ni en cuanto al entorno en que desarrolla su negocio, volumen de actividad, base de clientes o capacidades administrativas y de gestión.

[...]. Una sistema de tarifas como el propuesto, entendemos, aporta claridad y seguridad jurídica a las relaciones entre proveedor y cliente, otorgándole la posibilidad de optar entre una tarifa general, igual para todas las aseguradoras, o bien, en el caso de ser ya cliente y haber negociado una tarifa específica, continuar con la misma.

2.2.4. Opción por la aplicación de la tarifa general objetiva.

Las Compañías aseguradoras que puedan acogerse a la excepción prevista en 2.2.2. podrán, en cualquier momento desde que sea aprobada la operación de concentración y sin penalización alguna, efectuar la oportuna comunicación dirigida a la gerencia del Hospital en la que manifiesten su opción por la tarifa general objetiva.

Una vez efectuada la opción esta será vinculante para ambas partes hasta la fecha de conclusión de los presentes compromisos.

2.2.5. Actualización de tarifas.

Tanto la tarifa general objetiva definida en 2.2.1., como aquellas otras que sean de aplicación conforme a la excepción prevista en 2.2.2, únicamente podrán ser objeto de actualización al principio de cada ejercicio de vigencia de los presentes compromisos, tomando como criterio la variación del IPC, incrementada, como máximo, en dos puntos porcentuales.

2.2.6. Aplicación del presente sistema de tarifas a compañías aseguradoras.

Este sistema de tarifas será de aplicación exclusivamente a compañías aseguradoras, por ser a este segmento de clientes al que específicamente se refiere la Condición Segunda del Acuerdo del Consejo de Ministros y donde esa Dirección de Investigación ha considerado la existencia de posibles implicaciones verticales en la operación, quedando al margen del mismo las tarifas a aplicar a otro tipo de clientes tales como pacientes particulares, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, entidades de previsión social voluntaria, administraciones públicas o colectivos privados. Estos clientes tendrán la tarifa que en cada momento se determine de común acuerdo y en condiciones de mercado.

2.3. Publicidad del sistema de tarifas.

La información acerca del sistema de tarifas será puesta a disposición de las entidades aseguradoras actualmente clientes de la Policlínica San José y, en todo caso, de aquellas otras entidades que así lo soliciten, por encontrarse interesadas en contratar sus servicios.

Se facilitará a aquellas compañías aseguradoras a las que sea de aplicación lo previsto en el punto 2.2.2. una comunicación en la que se les informará de la opción de acogerse a la tarifa general objetiva. Se acompaña como **Anexo III**, copia del texto de dicha comunicación, a remitir dentro de los 20 días siguientes a que esa Comisión Nacional de Competencia dicte, en su caso, resolución favorable a la operación de concentración.

Durante la vigencia de los presentes compromisos se informará a esa Dirección de Investigación al final de cada ejercicio de la relación de compañías de seguros con las que se ha contratado servicios durante el mismo, detallándose aquellas entidades aseguradoras que, siendo ya clientes a la fecha de los presentes compromisos, hayan optado por la aplicación de la tarifa general objetiva. Se informará así mismo de aquellos nuevos servicios que hayan incorporado a la cartera de servicios conforme a lo previsto en el compromiso primero.

TERCERO.- Duración de los compromisos propuestos.

Dada la vinculación de los compromisos propuestos con las obligaciones impuestas por la Condición Segunda del Acuerdo del Consejo de Ministros de 21 de octubre de 2005, su extensión temporal ha de coincidir con la duración de las mismas y con el plan de actuaciones aprobado en su desarrollo. Por ello los compromisos anteriores expirarán en la fecha que concluya la vigencia de dichas obligaciones, esto es, el 20 de octubre de 2010.

En virtud de lo anterior se **S O L I C I T A**:

Que se tenga por presentada por esta Entidad este nuevo texto de **PROPUESTA DE COMPROMISOS** en el marco del expediente de Concentración Económica ya referenciado y al amparo de lo dispuesto en el artículo 59 de la Ley 15/2007, de 3 de julio de Defensa de la Competencia, declarándose suficientes para autorizar la concentración económica notificada.

En Madrid, a 30 de junio de 2008.