

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

INFORME

EXPEDIENTE DE CONCENTRACIÓN ECONÓMICA C101/06 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE

EMPRESAS NOTIFICANTES:

Compañía de Seguros ADESLAS, S.A.

Global Consulting Partners, S.A.

OBJETO: ADQUISICIÓN DEL CONTROL CONJUNTO SOBRE LINCE SERVICIOS SANITARIOS, S.A. Y SOBRE SUS FILIALES, SEGURO COLEGIO MEDICO QUIRURGICO, S.A. Y LINCE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA, S.L.



1. ANTECEDENTES	4
1.1 Remisión al Tribunal	4
1.2 Recepción del expediente y actuaciones del Tribunal	4
1.3 Personación y confidencialidad	6
2. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN	6
2.1 Descripción de la operación	6
2.2 Cláusula de no competencia	8
3. APLICABILIDAD DE LA LEY 16/1989 DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA	9
4. PARTES INTERVINIENTES EN LA OPERACIÓN	9
4.1 COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. (ADESLAS)	9
4.2 GLOBAL CONSULTING PARTNERS, S.A. (GLOBAL CONSULTING)	10
4.3 LINCE SERVICIOS SANITARIOS, S.A. (LINCE SERVICIOS) ... 11	
5. INFORMACIÓN DE TERCEROS Y ALEGACIONES	12
5.1. Información de terceras partes	12
5.1.1. UNESPA.....	12
5.1.2. Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros	12
5.1.3. ADA, Ayuda del Automovilista, S.A. de seguros y reaseguros.....	13
5.1.4. Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de seguros	13
5.1.5. Europ Assistance	13
5.1.6. MUFACE	13
5.1.7. Caser.....	13
5.1.8. MUGEJU	13
5.1.9. Axa Aurora Ibérica, S.A., de Seguros y Reaseguros.....	14
5.1.10. Allianz.....	14
5.1.11. SANITAS	14
5.1.12. IBÉRICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA, S.L.	15
5.2. Alegaciones de interesados	15
5.2.1. Alegaciones de ASISA	15
5.2.2. Alegaciones de IBÉRICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA, S.L....	17
5.3. Alegaciones finales de las empresas notificantes	17
5.3.1. Alegaciones sobre las manifestaciones expresadas por ASISA 17	
5.3.2. Alegaciones al Informe del Servicio de Defensa de la Competencia	20



6. MERCADOS RELEVANTES	22
6.1 Mercado de producto o servicio	22
6.1.1 Servicios de seguro de asistencia sanitaria	23
6.1.2 Servicios de asistencia sanitaria privada.....	29
6.2 Mercado geográfico	30
6.2.1 Servicios de seguro de asistencia sanitaria	30
6.2.2 Servicios de asistencia sanitaria privada.....	32
7. ESTRUCTURA DE LOS MERCADOS Y CUOTAS DE MERCADO	34
7.1 Seguro privado de asistencia sanitaria	35
7.1.1 Seguro de asistencia sanitaria de libre elección en Ciudad Real 40	
7.1.2 Seguro privado de asistencia sanitaria a colectivos públicos en Ciudad Real	42
7.2 Servicio de asistencia sanitaria	46
7.2.1 Servicio de asistencia sanitaria en Ciudad Real	48
7.2.2 Servicios de asistencia sanitaria como prestación a los seguros de libre elección y a colectivos públicos en Ciudad Real	50
8. ACUERDOS Y COMPROMISOS	53
8.1 Acuerdos entre SEGURO COLEGIAL y ADESLAS	53
8.2 Acuerdos entre SEGURO COLEGIAL y otras compañías aseguradoras	54
8.3 Compromisos explicitados en el Protocolo de Actuaciones	55
9. BARRERAS A LA ENTRADA	56
9.1 Barreras legales	56
9.1.1 Seguros de asistencia sanitaria.....	56
9.1.2 Asistencia sanitaria privada.....	58
9.2 Barreras económicas	59
10. VALORACION DE LA OPERACIÓN	62
11. CONCLUSIONES	66
DICTAMEN	68



1. ANTECEDENTES

1.1 Remisión al Tribunal

El día 8 de septiembre de 2006 tuvo entrada en el Tribunal de Defensa de la Competencia (el Tribunal) el expediente relativo a la operación de concentración económica N-06069 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE SERVICIOS SANITARIOS, notificada por Compañía de Seguros ADESLAS, S.A (en adelante, ADESLAS) y por GLOBAL CONSULTING PARTNERS; S.A. (en adelante GLOBAL) consistente en la adquisición del control conjunto sobre LINCE SERVICIOS SANITARIOS, S.A. (en adelante LINCE SERVICIOS).

Esta operación fue notificada al Servicio de Defensa de la Competencia (el Servicio) el 19 de julio de 2006 según lo establecido en el artículo 15.1 LDC, por constituir una operación de concentración que superaba los umbrales recogidos en el artículo 14.1 apartados a) y b) y siendo de aplicación lo previsto en el Real Decreto 1443/2001, de 21 de diciembre, por el que se desarrolla la LDC en lo referente al control de las concentraciones económicas.

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, (LDC) emitiera el preceptivo Informe, al considerar que no se podía descartar que la operación notificada pudiera obstaculizar el mantenimiento de una competencia efectiva en el mercado.

1.2 Recepción del expediente y actuaciones del Tribunal

El Tribunal ha referenciado el expediente como C101/06 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE y, de conformidad con lo establecido por el art. 14.1 del Real Decreto 1443/2001, de 21 de diciembre, se ha designado Vocal ponente al Sra. D.^a Pilar Sánchez Núñez y Secretario Técnico de la ponencia a la Subdirectora General de Informes, Sra. D.^a Isabel Sánchez García.

Con objeto de que los diferentes operadores económicos que pudieran verse afectados por la operación de concentración tuviesen la oportunidad de

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



presentar sus consideraciones ante el Tribunal, se elaboró una Nota sucinta sobre los extremos fundamentales del expediente, de acuerdo con el art. 14.2 del Real Decreto 1443/2001². 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 considerasen 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.³

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. Con fecha 23 de octubre de 2006 el Tribunal solicitó a los Notificantes información adicional relativa a ciertos extremos que precisaban clarificación o explicación más detallada, que fue remitida por las partes con fecha 26 de octubre de 2006.

Con fecha 23 de octubre de 2006, el Tribunal solicitó a la empresa SANITAS S.A. información adicional relativa a ciertos extremos sobre su presencia en los

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#

³ Las entidades a las que se remitió la Nota Sucinta fueron las siguientes: Director General de Seguros y Pensiones, Ministerio de Economía y Hacienda; Directora General, MUFACE; Secretaria General y Presidenta, ISFAS; Director General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección; Mutualidad General Judicial; Consejero de Sanidad, Junta Castilla-La Mancha; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Diputación provincial de Ciudad Real; OCU; Confederación Española de Mutualidades; UNESPA; Consejo General de los Colegios Mediadores de Seguros; Federación Nacional de Clínicas Privadas; Agrupación Mutua ADA ayuda del automovilista, S.A. de seguros y reaseguros; Igualatorio Médico Quirúrgico; Quinta de Salud la Alianza; Clínica San José; CIGNA; DKV SEGUROS; Fimac; Groupama; La Fe compañía de seguros, S.A.; Clínica Ruber; Allianz, Cia de Seguros y Reaseguros; Inter Partner Assistance España, S.A.; Clinicum Seguros, S.A.; Liberty Insurance Group; OCASO; Seguros Catalana Occidente, S.A. de seguros y reaseguros; ARESA; Aegón Salud; Atocha, S.A. de seguros; Centro Clínico Valdepeñas; GES, seguros y reaseguros; Fraternidad; Vitalicio Seguros; Caser; Sanitas; Munat; MAPFRE Caja Salud; Zurich España; Fiatc Mutua de seguros y reaseguros; Reales Seguros Generales, S.A.; Asisa; Axa Aurora Ibérica; Unión de Automóviles Club, S.A.; Europ Assistance España; Fénix Directo; Vital Seguros; Asistencia Sanitaria Colegial; Instituto Policlínico de Santa Teresa; Clínica Sagrado Corazón; Hospital de Marbella; Atlantis Cia de Seguros y Reaseguros; Grupo Capiro Sanidad; Meridiano, S.A.; SOS, Seguros y Reaseguros; Colegio Oficial de Médicos de Albacete; Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real; Colegio Oficial de Médicos de Toledo; Colegio Oficial de Médicos de Cuenca; Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara; Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara.



posibles mercados afectados. Esta información fue aportada con fecha 26 de octubre de 2006.

Por último, con fecha 27 de octubre de 2006, el Tribunal solicitó a la empresa IBERICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGIA, S.L. información adicional relativa a ciertos extremos sobre su presencia en los posibles mercados afectados. Esta información fue aportada con fecha 2 de noviembre de 2006.

1.3 Personación y confidencialidad

Por Providencia de fecha 15 de septiembre de 2006, 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 pudieran solicitar la confidencialidad de aquella información que considerasen oportuna.

Con fecha 25 de septiembre de 2006 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 en el expediente.

De acuerdo con el artículo 53 de la LDC, el Tribunal, mediante Auto de Confidencialidad de 5 de octubre de 2006, resolvió respecto a la solicitud de los Notificantes indicando la necesidad de mantener confidencial ciertas informaciones de la Notificación y/o de la documentación adicional incorporada al expediente, y denegando la confidencialidad de otros aspectos.

El 2 de octubre de 2006, tanto la empresa ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS (en adelante, ASISA) como la entidad IBERICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGIA, S.L, solicitaron al Tribunal el reconocimiento de la condición de partes interesadas en el presente expediente de concentración económica y, por tanto, su personación en el mismo.

El Tribunal resolvió favorablemente las mencionadas solicitudes de reconocimiento como parte interesada mediante Auto sobre Personación de fecha 5 de octubre de 2006.

2. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN

2.1 Descripción de la operación



La operación notificada consiste en la adquisición del control conjunto por parte de ADESLAS y GLOBAL CONSULTING sobre la sociedad LINCE SERVICIOS y sobre sus filiales, SEGURO COLEGIO MEDICO QUIRURGICO, S.A. (en adelante SEGURO COLEGIAL) y LINCE ASISTENCIA MEDICA Y HOSPITALARIA, S.L. (en adelante LINCE ASISTENCIA).

La operación se articula mediante un Protocolo de Actuaciones de fecha 11 de julio de 2006, [...]

[...]

Tras estas operaciones, ADESLAS y GLOBAL CONSULTING detentarán cada una el 30% del capital de LINCE SERVICIOS. Asimismo, está prevista la entrada de accionistas institucionales⁴ en el momento en que se haga efectiva la toma de participación por parte de ADESLAS. No obstante, si la entrada de accionistas institucionales no se produjera, ADESLAS tiene una opción de compra por un 20% adicional de capital, que puede ejercitar antes de que transcurra un año desde la fecha en que se haga efectiva la presente operación de concentración (Punto 3.2 del Protocolo de Actuaciones).

La toma de control conjunto se produce, no obstante, desde el momento de la adquisición del 30% del capital en razón, por una parte, de la modificación en los estatutos sociales de LINCE SERVICIOS y, por otra parte, de la suscripción de un pacto de accionistas que se anexa al Protocolo de Actuaciones. Así, la adopción de las decisiones estratégicas⁵ sobre LINCE SERVICIOS requerirá el voto favorable de, al menos, cuatro miembros del consejo de administración de

⁴ Ninguno podrá tener una participación superior al 30%.

⁵ La cláusula 15.2 del Protocolo establece que se necesita mayoría reforzada para la adopción de ciertos acuerdos, entre otros, el nombramiento de los directivos de LINCE SERVICIOS o la aprobación del presupuesto anual.



los cinco⁶ que lo componen, correspondiendo tres a GLOBAL CONSULTING y dos a ADESLAS, lo que otorga a ADESLAS un derecho de veto sobre las decisiones estratégicas de LINCE SERVICIOS.

Además, en el Protocolo de Actuaciones se atribuye a ADESLAS la gestión de los negocios asegurador y hospitalario de LINCE SERVICIOS por lo que percibirá la retribución correspondiente. Dicha gestión se llevará a cabo observando los siguientes principios de actuación en relación con terceros operadores:

- Ausencia de exclusividad o de cláusulas de efecto equivalente en los acuerdos con los prestadores de servicios de asistencia sanitaria, hospitales y facultativos.
- Apertura de la Clínica Coreysa, propiedad de LINCE ASISTENCIA, a los asegurados de cualquier entidad aseguradora, sea o no competidora de ambas o de alguna de las partes, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.
- Libertad de subconcertación por parte de SEGURO COLEGIAL, con las entidades que así lo soliciten, del concierto establecido por ellos con las mutualidades MUFACE, ISFAS y MUGEJU, en la provincia de Ciudad Real, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.

2.2 Cláusula de no competencia

El apartado 5 del artículo 15.bis de la Ley 16/1989 establece que podrán entenderse comprendidas dentro de una operación determinadas restricciones a la competencia accesorias, directamente vinculadas a la operación y necesarias para su realización.

El Protocolo de Actuaciones recoge en su Pacto Vigésimo primero un acuerdo de no competencia, que impide a ADESLAS y a GLOBAL CONSULTING competir con las actividades de seguro de enfermedad y de prestación de servicios hospitalarios que realice LINCE SERVICIOS en Ciudad Real, mientras permanezcan como accionistas de dicha sociedad y por [no superior a tres] años tras su salida.

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), se estima, de acuerdo con el Servicio, que este pacto de no

⁶ [...].



competencia, en la medida en que no dure más que el control conjunto sobre LINCE SERVICIOS, no va más allá de lo que de forma razonable requiere la operación notificada, por lo que forma parte de la misma.

3. APLICABILIDAD DE LA LEY 16/1989 DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

De acuerdo con el notificante, la operación no entra en el ámbito de aplicación del Reglamento (CE) nº 139/2004, 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 ello, la operación carece de dimensión comunitaria.

La operación notificada cumple, sin embargo, los requisitos previstos por la LDC para su notificación, al superarse los umbrales establecidos en los apartados a) y b) del artículo 14.1 de la misma.

El Tribunal ha de dictaminar sobre esta operación, 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 dispone de un plazo de dos meses para remitir su dictamen al Ministro de Economía y Hacienda para que lo eleve al Gobierno.

4. PARTES INTERVINIENTES EN LA OPERACIÓN

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

ADESLAS es una compañía aseguradora que opera, fundamentalmente, en el ámbito de los seguros de salud. Según las notificantes, está controlada por Aguas de Barcelona, S.A. (AGBAR), que mantiene una participación del 54,79% en su capital social, estando también participada por Médéric Assurances, S.A. en un 45% de dicho capital.⁷

⁷[...]



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 y construcción.

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

En el caso de las mutualidades nacionales de trabajadores públicos (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), ADESLAS presta sus servicios directamente en las provincias en que está presente y mediante convenios de reaseguro o subconciertos con otras compañías en Navarra, Asturias, Cantabria y Ciudad Real, en esta última a través de SEGURO COLEGIAL. ADESLAS y SEGURO COLEGIAL mantienen una estrecha relación, mediante distintos acuerdos de colaboración, reaseguro, coaseguro y subconcierto que se detallan más adelante.

ADESLAS tiene participaciones directas y/o indirectas en varias sociedades aseguradoras y cuenta con nueve hospitales privados propios, veintiséis policlínicos y cuatro clínicas dentales.

El volumen de ventas de AGBAR en los tres últimos ejercicios económicos, conforme al Art. 3 del R.D.1443/2001, es, según las notificantes, el siguiente:

VOLUMEN DE VENTAS DE AGBAR			
(en millones de euros)			
	2003	2004	2005
Mundial	2.676,54	2.499,32	3.054,52
Unión Europea	2.479,87	2.256,15	2.701,88
España	2.448,57	2.237,75	2.632,29
<i>Fuente:</i> Notificación			

4.2 GLOBAL CONSULTING PARTNERS, S.A. (GLOBAL CONSULTING)

GLOBAL CONSULTING es una sociedad cuyo objeto social es la tenencia, compraventa y explotación de bienes muebles e inmuebles. Se trata de una sociedad holding presente en diversas actividades entre las que se encuentran las energías renovables, publicidad y medios y la asistencia sanitaria. En este último sector, se encuentra activa tanto en el mercado del seguro de asistencia sanitaria a través de SEGURO COLEGIAL como en el de la prestación de servicios hospitalarios y asistenciales a través de LINCE ASISTENCIA.



Según las notificantes, los accionistas de GLOBAL CONSULTING no han firmado ningún pacto parasocial, por lo que esta sociedad no está controlada por ninguno de ellos. Su capital se encuentra repartido entre los siguientes accionistas:

ACCIONISTAS DE GLOBAL CONSULTING PARTNERS	
Accionista	Participación (%)
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
<i>Fuente:</i> Notificación	

El volumen de ventas de GLOBAL CONSULTING en los tres últimos ejercicios económicos, conforme al Art. 3 del R.D.1443/2001, es, según las notificantes el siguiente:

VOLUMEN DE VENTAS DE GLOBAL CONSULTING PARTNERS			
(en millones de euros)			
	2003	2004	2005*
Mundial	0	72,32	152,36
Unión Europea	0	72,32	152,36
España	0	72,32	152,36
* Incluye el volumen de ventas atribuible a LINCE SERVICIOS.			
<i>Fuente:</i> Elaboración SDC, a partir de la notificación			

4.3 LINCE SERVICIOS SANITARIOS, S.A. (LINCE SERVICIOS)

LINCE SERVICIOS es una compañía cuyo objeto social es la prestación de servicios sanitarios, así como el arrendamiento, administración y gestión de hospitales. LINCE SERVICIOS se encuentra controlada por GLOBAL CONSULTING.

A su vez, LINCE SERVICIOS controla las siguientes sociedades:



- SEGURO COLEGIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. (SEGURO COLEGIAL). Su objeto social es la realización de operaciones de seguro de asistencia sanitaria en el ámbito de la provincia de Ciudad Real bien mediante la captación de asegurados propios, bien mediante la fórmula de coaseguro y/o reaseguro con otras entidades aseguradoras de implantación nacional que no cuentan con cuadro médico propio en esta provincia y necesitan garantizar la asistencia de sus asegurados en la misma. Asimismo, es titular de cinco centros médicos (policlínicos sin internamiento) situados en Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Puertollano, Tomelloso y Valdepeñas. Las notificantes indican que la gestión de estos centros ha sido traspasada en 2006 a LINCE ASISTENCIA.
- LINCE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA, S.A. (LINCE ASISTENCIA). Su objeto social es la prestación de servicios sanitarios, arrendamiento, administración y gestión de hospitales, actividad que desempeña mediante la titularidad del centro hospitalario Clínica Coreysa, ubicado en Ciudad Real, que cuenta con 90 camas. Esta sociedad comenzó su actividad en noviembre de 2005.

Los ingresos de LINCE SERVICIOS están incorporados en los de GLOBAL CONSULTING, y se elevaron a 11,27 millones de euros en 2005.

5. INFORMACIÓN DE TERCEROS Y ALEGACIONES

5.1. Información de terceras partes

5.1.1. UNESPA

En su escrito de 21 de septiembre de 2006 respuesta a la Nota Sucinta, esta asociación empresarial manifiesta que no tiene ninguna observación que formular.

5.1.2. Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros

Como respuesta a la Nota Sucinta, de fecha 21 de septiembre de 2006, manifiesta que no dispone de elementos de valoración para suponer o considerar que dicha operación de concentración pudiera obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado asegurador.



5.1.3. ADA, Ayuda del Automovilista, S.A. de seguros y reaseguros

En su escrito de 26 de septiembre de 2006 y en respuesta a la Nota Sucinta, esta empresa entiende que la operación no afecta a su entidad, pues no actúa en el ramo de la asistencia sanitaria.

5.1.4. Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de seguros

En su escrito de 26 de septiembre de 2006 y en respuesta a la Nota Sucinta enviada, indica que no tiene ningún inconveniente en que se lleve a cabo la operación.

5.1.5. Europ Assistance

Manifiesta en su escrito de 28 de septiembre de 2006 contestación a la Nota Sucinta que no aprecia obstáculo alguno en el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado.

5.1.6. MUFACE

En su escrito de 29 de septiembre de 2006 contestación a la Nota Sucinta, informa que, MUFACE suscribió Concierdos para el año 2006 con nueve Entidades de Seguro Libre (ADESLAS, AEGON, ASISA, MAPFRE-Caja Salud, CASER, GROUPAMA, Igualatorio de Cantabria, La Equitativa y DKV). Estos concierdos establecen la posibilidad de subconcertar por las entidades concurrentes al Concierto con otras autorizadas para actuar en el seguro de asistencia sanitaria para aquellos supuestos en que la entidad no disponga de delegación propia en una o varias provincias. Actualmente tienen suscrito subconcierto con SEGURO COLEGIAL para la prestación de asistencia sanitaria al colectivo de MUFACE, además de ADESLAS, las siguientes entidades concertadas: AEGON, ASISA, Igualatorio de Cantabria, La Equitativa y DKV.

5.1.7. Caser

En su escrito de 29 de septiembre de 2006, comunica que no se ve afectada por la mencionada operación de concentración, por lo que no tiene nada que alegar.

5.1.8. MUGEJU

En su escrito de 29 de septiembre y en contestación a la Nota Sucinta, MUGEJU informa que es competente para la gestión de la prestación sanitaria de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia con



conciertos el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social y con entidades de seguro libre. En 2006 tiene concertos vigentes con ADESLAS, ASISA, MAPFRE-Caja Salud, CASER, La Equitativa de Madrid, SANITAS y DKV. Los concertos determinan una asistencia sanitaria global de ámbito territorial, de forma que la entidad concertada presta sus servicios, bien a través de sus propios medios, o bien a través de entidad subconcertada. Concretamente en la provincia de Ciudad Real, han presentado subconcierto con SEGURO COLEGIAL cuatro entidades: ADESLAS, ASISA, La Equitativa de Madrid y DKV.

5.1.9. Axa Aurora Ibérica, S.A., de Seguros y Reaseguros

En su escrito de 2 de octubre de 2006, considera que de la operación notificada no se derivan efectos perjudiciales para el mercado.

5.1.10. Allianz

En su escrito de 3 de octubre de 2006, contestando a la Nota Sucinta, manifiesta que no se opone a la operación notificada.

5.1.11. SANITAS

En su escrito de 27 de octubre de 2006, contestación a una solicitud del Tribunal de información adicional, SANITAS afirma que en la provincia de Ciudad Real la cobertura hospitalaria es muy escasa, y que la clínica Coreysa, propiedad de LINCE SERVICIOS, siendo la clínica principal de la provincia, rechaza concertar con SANITAS. Por ello, considera muy importante que los compromisos asumidos por los notificantes en el ámbito de la operación de referencia se concreten debidamente en el Informe que realice el Tribunal, en la resolución del Consejo de Ministros que se dicte en la operación de referencia y en el Plan de Actuación que en su día apruebe el Servicio de Defensa de la Competencia.

Además informa que con Ibérica de Diagnóstico y Cirugía, S.L. mantiene acuerdos para la prestación de servicios sanitarios en el Hospital y Consultorio y en la clínica Recoletas que ésta tiene respectivamente, en Ciudad Real y en Puertollano.

Por último, a instancias del Tribunal, aclara que, a pesar de que figuren en su Guía Médica, en el apartado Clínicas y Hospitales de la provincia de Ciudad Real, los hospitales públicos Complejo Hospitalario Ciudad Real (Ciudad Real) y Hospital General La Mancha Centro (Manzanares), no existe contrato escrito con ninguno de ellos y que sólo atienden las urgencias de sus asegurados facturando después a la compañía.



5.1.12. IBÉRICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA, S.L.

En su escrito de 2 de noviembre de 2006, contestación a una solicitud del Tribunal de información adicional, informa que tiene en la provincia de Ciudad Real tres centros sanitarios: la Clínica “Recoletas” en Ciudad Real capital, el policlínico de Puertollano y el policlínico de Alcázar. Algunos de esos centros tiene exceso de capacidad y, por tanto, podrían atender más pacientes. Además, están construyendo una clínica médico-quirúrgica en Alcázar de San Juan, que empezará a prestar servicios en 2007.

Sus principales relaciones comerciales son con el Servicio de Salud de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (SESCAM), con clientes particulares, aseguradoras y mutuas. En el desarrollo de su actividad en Ciudad Real, prestan o están dispuestos a prestar todos los servicios, a excepción de los de radiología, medicina nuclear, hemodinámica y cirugía cardiaca, especialidades atendidas en otros centros que su grupo tiene fuera de Ciudad Real.

5.2. Alegaciones de interesados

5.2.1. Alegaciones de ASISA

En su escrito de fecha 20 de octubre de 2006, ASISA plantea, entre otras, las siguientes cuestiones:

- En cuanto a la delimitación del mercado de producto, indica que la prestación de servicios de asistencia sanitaria, sea de libre elección o concertados, pueden satisfacerse, con carácter diferenciado, a través de centros asistenciales (policlínicas sin internamiento) o bien a través de centros hospitalarios. Por tanto, cada uno de esos mercados deberían analizarse por separado.
- El ámbito geográfico debería ser local al ser de aplicación los motivos esgrimidos por el Servicio en el asunto N-04064 ADESLAS-GESTION SANITARIA GALLEGA, en relación con la no “sustituibilidad geográfica” de los establecimientos sanitarios de una u otra localidad de una misma provincia.
- Aplicando esos criterios, la posición de ADESLAS según el mercado considerado será: 70 % de cuota en el mercado de seguro de asistencia sanitaria a colectivos públicos, tanto por volumen de primas como por número de asegurados (a nivel provincial); y 95% de cuota en el mercado de servicios de asistencia sanitaria hospitalaria en centros hospitalarios (a nivel local).



- La posición de dominio de ADESLAS el mercado asegurador se verá incrementada indirectamente a raíz del incremento de su posición de dominio en el mercado descendente, y verticalmente ligado, de servicios de asistencia sanitaria. Su control sobre la Clínica Coreysa no solo se producirá como consecuencia de su participación accionarial en LINCE SERVICIOS, sino porque obtendrá directamente la gestión de los negocios asegurador y hospitalario de LINCE SERVICIOS.
- El control directo e inmediato y el poder de disposición de ADESLAS sobre los contratos de coaseguro y subconcertación de SEGURO COLEGIAL tendrán incidencia directa sobre la actividad de sus competidores en los mercados relevantes. Existirá tras la operación de concentración proyectada, un riesgo claro de limitación y/o exclusión del resto de competidores en Ciudad Real en la medida en que ADESLAS podrá imponer sus condiciones e incluso limitar la actuación de los actuales y futuros competidores, pudiendo verse afectados los consumidores de los referidos mercados.
- El cuadro de tarifas de la Clínica Coreysa distingue una tarifa específica aplicable a SEGURO COLEGIAL, basada en el volumen de facturación que ésta aporta a la clínica. Si bien el volumen de facturación puede tomarse como un elemento objetivo en la determinación de precios, dadas las características del mercado afectado, esto supondrá una clara barrera competitiva frente al resto de competidores, viéndose claramente favorecidos los asegurados de ADESLAS-SEGURO COLEGIAL frente a los asegurados del resto de compañías aseguradoras.
- La posición dominante que adquirirá ADESLAS sobre el mercado de seguro sanitario y el de servicios de asistencia sanitaria le permitirá el acceso a la información y datos relevantes de los asegurados de sus principales competidores en el sector con la consiguiente ventaja competitiva que no debe permitirse.
- Las medidas paliativas propuestas por ADESLAS con el fin de tratar de evitar las evidentes ventajas competitivas y de obstaculización de competencia que presenta la operación de concentración de referencia, no quedan más que en simples declaraciones de voluntad (o “principios básicos”, tal y como indican las partes notificante). No quedan suficientemente garantizadas frente a terceros a no ser que (i) se detallen o implementen; (ii) se otorgue a una tercera parte la posibilidad de fiscalizarlas; y (iii) se formalicen en acuerdos con los principales competidores que puedan garantizarles, al menos hasta medio plazo, el cumplimiento de las mismas.



5.2.2. Alegaciones de IBÉRICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA, S.L.

El día 3 de octubre de 2006, Ibérica de Diagnóstico y Cirugía S.L. solicitó la personación en este procedimiento. Una vez que el Tribunal le hubo reconocido tal condición, IBERICA no efectuó alegaciones.

5.3. Alegaciones finales de las empresas notificantes

En su escrito de 27 de octubre de 2006 los representantes de los notificantes realizan las siguientes alegaciones:

5.3.1. Alegaciones sobre las manifestaciones expresadas por ASISA

- Como cuestión previa, ASISA no opera en Ciudad Real de forma directa y, por tanto, no es competidor de SEGURO COLEGIAL ni del resto de aseguradoras que si concurren en dicha provincia.

Sobre la determinación de los mercados relevantes

- En cuanto a la delimitación local o provincial del ámbito geográfico del mercado de asistencia sanitaria privada, precisan que en el expediente N-04064 ADESLAS-GESTION SANITARIA GALLEGA, el área geográfica de estudio era la provincia de Pontevedra, donde existen dos núcleos de población –Vigo y Pontevedra- de gran peso demográfico e importancia económica y administrativa, por lo que se entendió oportuno limitar el ámbito geográfico del mercado de asistencia sanitaria al mercado local. Dado que la realidad demográfica de la provincia de Ciudad Real es muy distinta, entienden que debería definirse el mercado geográfico como provincial.

Sobre la posición de dominio en el mercado geográfico de Ciudad Real

- No se produce la pretendida posición de dominio absoluto en el mercado del seguro sanitario en la provincia de Ciudad Real, pues existen otros operadores (Mapfre, Caser, Groupama, SANITAS), que están interviniendo en este mercado mediante sus propios cuadros médicos obteniendo, en el caso de SANITAS, resultados de posición de dominio en el segmento del Seguro Privado de Libre Elección con un [50-60%] de cuota de mercado. La elevada participación en el mercado de SEGURO COLEGIAL se debe exclusivamente a la aportación del segmento de colectivos públicos



(y en una parte muy importante a los mutualistas adscritos a la propia ADESLAS).

- No es correcta la afirmación de ASISA respecto a la carencia de cuadros médicos de las aseguradoras que operan en Ciudad Real y, por tanto, su necesaria concertación con SEGURO COLEGIAL. Solo carecen de cuadro médico aquellas aseguradoras que no están presentes de forma directa en el mercado de Ciudad Real y que son, como excepción y no como mayoría, ASISA, DKV y la propia ADESLAS, que han optado libremente por la fórmula del coaseguro con SEGURO COLEGIAL.
- En cuanto al control que tendrá ADESLAS sobre los futuros contratos de coaseguro (en principio con ASISA y DKV), se verá limitado por el compromiso asumido por las Notificantes de libertad de subconcertación por parte de SEGURO COLEGIAL, con las entidades que así lo soliciten, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación en la prestación del servicio. ADESLAS continuará concertando la asistencia con SEGURO COLEGIAL, para los mutualistas y resto de asegurados a ella adscritos y, por tanto, ésta deberá aplicar, como mínimo, esas mismas condiciones de subconcertación al resto de sus clientes.
- Tanto la concertación, pues es un hecho objetivo, como la determinación de las condiciones de mercado, son fácilmente constatables y verificables por el órgano de control, el Servicio de Defensa de la Competencia, en el caso de que se entendiese necesario subordinar la operación a la condición indicada.
- Es interés principal de las Notificantes que ASISA continúe como coaseguradora de SEGURO COLEGIAL dado que los colectivos adscritos a aquella suponen aproximadamente un 40% de las primas ingresadas por SEGURO COLEGIAL.

Sobre la obstaculización de la competencia efectiva en los mercados afectados

- Si bien es cierto que la Clínica Coreysa es el principal operador hospitalario privado en la provincia de Ciudad Real, esto no implica que vaya a abusar de tal posición, como lo indican los compromisos asumidos por las Notificantes.
- ADESLAS tiene como política, en todas las clínicas que controla y gestiona, la apertura de las mismas a todo tipo de clientes y entidades aseguradoras. Esta política deriva de la concepción de la actividad hospitalaria como una línea de negocio diferenciada



e independiente de la aseguradora, buscando en todo caso la rentabilidad de ambos negocios.

- Tales circunstancias son de especial incidencia en la Clínica Coreysa, pues rentabilizar su gestión pasa necesariamente por la captación de todos los pacientes posibles, ya provengan del propio SEGURO COLEGIAL o de cualquier otra entidad aseguradora, con el fin maximizar la capacidad del centro, ahora infrautilizada.
- GLOBAL CONSULTING tiene proyectado, para el caso de que se autorice la operación, la construcción y desarrollo de un nuevo centro hospitalario que, con instalaciones más modernas y mejor dotadas, responda de forma más acorde al volumen de la demanda, lo que sin duda redundará en beneficio de los consumidores y usuarios que dispondrán de un centro privado renovado y mejorado.
- No existen barreras de entrada para operar en los mercados afectados fuera de los requisitos legales impuestos por los órganos reguladores de estas actividades como lo demuestra el hecho de que existan otros operadores presentes y activos en el mercado del seguro de asistencia sanitaria en Ciudad Real: SANITAS, MAPFRE-Caja Salud, Caser y Groupama. Estas entidades no han tenido dificultad alguna para elaborar un cuadro propio, compuesto por los facultativos, centros y especialistas que han estimado oportunos y a través de los cuales vienen desempeñando su actividad en la provincia de Ciudad Real, compitiendo con SEGURO COLEGIAL, y ganando cuota de mercado en un segmento tan importante y complicado comercialmente como es el de Seguros de Libre Elección.
- ASISA puede optar por continuar como hasta ahora, no operando directamente en el mercado de Ciudad Real y manteniendo sus acuerdos de coaseguro con SEGURO COLEGIAL, situación que se encuentra garantizada por los compromisos asumidos por las Notificantes, o bien entrar en competencia directa con SEGURO COLEGIAL y formar su propio cuadro médico. No hay ninguna limitación o barrera por las que las Notificantes pudieran impedirlo puesto que los facultativos que figuran en el cuadro médico de SEGURO COLEGIAL representan únicamente el 11,30% de los colegiados en Ciudad Real, y éstos no están sujetos a cláusulas de exclusividad.
- Además, podrá concertar la asistencia de sus asegurados en la Clínica Coreysa, lo cual no solo se encuentra garantizado por los compromisos asumidos por las Notificantes, sino que es lo deseado por éstas pues los asegurados/pacientes de ASISA



constituyen una base de clientes necesaria para poder hacer rentable la clínica. Alternativamente, podrá concertar con la Clínica Recoletas, o con ambos centros privados, apoyándose, si es preciso, en la prestación que ofrecen los hospitales públicos. Este apoyo está especialmente previsto en los Conciertos con las distintas mutualidades de funcionarios.

- En cuanto a la ventaja competitiva que podría otorgar el conocimiento por las Notificantes de determinados datos de los asegurados de las carteras en coaseguro, hay que tener en cuenta el interés ya puesto de manifiesto de que ASISA continúe como cliente de SEGURO COLEGIAL y no como competidor, para lo cual deberá de observar un trato exquisito impuesto no solo por la buena fe que debe regir todas las relaciones mercantiles y por la propia normativa de protección de datos, sino por la lógica de su negocio.

Sobre la consideración de los compromisos ofrecidos por las Notificantes

- Los compromisos que han ofrecido las Notificantes constituyen garantías a todos los reparos y objeciones presentados por ASISA para oponerse a la operación y cuya vigilancia compete, una vez sancionados en su caso por el acuerdo del Consejo de Ministros, al Servicio de Defensa de la Competencia.

5.3.2. Alegaciones al Informe del Servicio de Defensa de la Competencia

- No existe en la presente operación riesgo de exclusión de los competidores, no sólo por los compromisos ofrecidos por los Notificantes, sino porque existe una concurrencia competitiva efectiva en el mercado asegurador y asistencial de Ciudad Real, en donde vienen operando ciertas entidades por medio de sus propios cuadros médicos, que han podido elaborar con entera libertad.
- Asimismo no cabe plantearse por parte de ADESLAS el acceso a informaciones o datos sobre la salud de los pacientes, ya sean asegurados de ésta, de SEGURO COLEGIAL o de otra entidad, por su condición de sociedad dominante de la Clínica Coreysa, toda vez que la legislación en materia de información clínica y protección de datos (Ley 41/2002, de 14 de noviembre Reguladora de la Autonomía de la Voluntad del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos), contiene restricciones e importantes



TRIBUNAL
DE DEFENSA
DE LA COMPETENCIA

sanciones para quién vulnere la protección de los datos de salud,
los cuales se configuran como especialmente protegidos.



6. MERCADOS RELEVANTES

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. Por tanto, es imprescindible abordar con carácter previo la delimitación del mercado relevante desde la doble perspectiva del producto y del área geográfica.

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

6.1 Mercado de producto o servicio

En la presente operación, la sociedad sobre la que se adquiere control conjunto, (LINCE SERVICIOS), opera tanto en el sector del seguro de asistencia sanitaria como en el sector de servicios de asistencia sanitaria (servicios hospitalarios privados y de atención médica especializada).

Atendiendo a sus características intrínsecas, sus precios y sus usos habituales, el Tribunal ha venido considerando que el servicio de asistencia sanitaria constituye un servicio distinto y verticalmente relacionado con el servicio de seguro de asistencia sanitaria. El análisis de ambos tipos de servicios y la delimitación de los correspondientes mercados es de interés a los efectos de la presente operación de concentración.



6.1.1 Servicios de seguro de asistencia sanitaria

Dentro del sector del seguro, la Comisión Europea en distintas decisiones⁸ ha distinguido tres mercados: vida, no vida y reaseguros, atendiendo a la naturaleza del riesgo. Tal diferenciación coincide con la práctica nacional en diferentes expedientes de concentración.⁹ A su vez, los seguros de vida y no vida pueden subdividirse en tantos ramos como riesgos cubren. En concreto, en la actual legislación¹⁰ los seguros generales o seguros directos distintos del seguro de vida se clasifican en 19 ramos, entre los cuales se encuentra el seguro de enfermedad.

Tipología de seguros de enfermedad

Dentro del ramo “Seguros de enfermedad” se han venido diferenciando dos tipos de seguros:

- Seguro de enfermedad de finalidad indemnizatoria, 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. Este también suele denominarse seguro de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT).

⁸ Entre los precedentes de la Comisión Europea pueden citarse 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.

⁹ 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. En el Tribunal: C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS. Existen además 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.

¹⁰ Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados (en adelante RDL 6/2004).



- Seguro de asistencia sanitaria y seguro de reembolso de gastos, que proporciona 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 dentro de esta categoría, de la modalidad de seguro dental.

El Tribunal ha venido considerando¹¹ que el seguro de asistencia sanitaria (comprendido dentro del ramo de seguro de enfermedad) configura un mercado de producto separado. Los principales argumentos en los que se ha basado son los siguientes:

- 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).
- 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 último.¹² Se sustituye, en definitiva, el concepto de indemnización por el de prestación de servicios.¹³

¹¹ Informe C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS.

¹² En la modalidad de seguro de reembolso de gastos, a pesar de que existe contraprestación económica, el objetivo último sigue siendo la prestación de servicios médicos si bien, en este caso, no existe la restricción de acudir obligatoriamente a los profesionales del cuadro médico concertado por la entidad aseguradora.

¹³ La reducción de la carga social para el asegurado derivada del siniestro es una característica diferenciadora. 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



- A diferencia de otros, las primas de este seguro se determinan en gran medida, con criterios actuariales, en función de los costes de los servicios sanitarios que configuran la prestación subyacente.

Cabe preguntarse a continuación si hay sustituibilidad entre los servicios de asistencia sanitaria de carácter público y los de carácter privado, configurando este último tipo de servicios una “cesta de servicios” suficientemente diferenciada. Por lo general, la asistencia privada permite que el asegurado tenga menores restricciones para elegir el facultativo que le atiende, que reciba tratamiento con mayor celeridad que en la sanidad pública y, en caso de hospitalización, suele ofrecer más opciones de confort y un trato más personalizado. 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. En consecuencia, salvo una excepción,¹⁴ en lo que sigue el análisis se centrará fundamentalmente en la vertiente privada de los seguros de asistencia sanitaria.

El presente análisis no considera la totalidad de los seguros existentes en la economía española sino que se centra en el seguro privado. Se excluyen, además, del análisis subsiguiente tanto el seguro de enfermedad de finalidad indemnizatoria, como el seguro dental. En la práctica, sin embargo, su inclusión no distorsionaría significativamente los diferentes indicadores dado su escaso volumen en comparación con el seguro de asistencia sanitaria.¹⁵

Así pues, en lo que concierne a la presente operación de concentración, el Tribunal estima que el seguro privado de asistencia sanitaria, tanto en su modalidad de asistencia sanitaria como de reembolso de gastos, configura un mercado separado dado que cubre un riesgo específico y distinto al de otras

garantías crediticias o reducir los riesgos en el desarrollo del negocio, como sí ocurre en otros ramos de los seguros generales o en el seguro de vida.

¹⁴ Será preciso tener en cuenta el papel que juegan el 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.

¹⁵ Las conclusiones no quedan alteradas al representar el seguro dental tan solo el 1,5% de las primas y ser la práctica totalidad de los seguros correspondientes a modalidades de acto médico (97%).



ramas de seguro y tiene características, primas y utilidades diferenciadas, que limitan su sustitución desde el punto de vista de la demanda.¹⁶

Tipos de demandantes de seguro de asistencia sanitaria

Recientemente el Tribunal ha considerado¹⁷ que, en atención a la procedencia y características de los demandantes así como al mecanismo de formación de los precios y los canales de distribución, es necesario, antes de concluir la delimitación del mercado de producto, analizar con mayor detenimiento los distintos segmentos de la demanda.

Esta demanda puede provenir bien de los particulares que contratan pólizas individuales o familiares, o bien de colectivos, que a su vez pueden ser públicos o privados. En los colectivos no públicos, los demandantes inmediatos suelen ser grandes empresas, que ofrecen como opción a sus empleados la asistencia privada adicionalmente al seguro obligatorio. Los colectivos públicos son 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.

El Tribunal señala una serie de características que diferencian los seguros individuales de los colectivos: a) su distribución se produce a través de canales específicos distintos; b) sus precios difieren, siendo los de las pólizas individuales generalmente superiores debido a la mayor siniestralidad prevista¹⁸ y a mayores gastos unitarios de gestión; c) los individuales son productos estandarizados en los que el margen de negociación del individuo es escaso o inexistente, formalizándose jurídicamente a través de contratos de

¹⁶ Si bien la argumentación para la delimitación del mercado se centra en la sustituibilidad de la demanda, la segmentación resultante es compatible con la categorización que contempla la regulación del sector. En este sentido, el Tribunal ha indicado en otras ocasiones, 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.

¹⁷ C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS.

¹⁸ Los problemas de selección adversa se reducen significativamente en las pólizas de colectivos cerrados al limitar la auto selección, en comparación con las pólizas individuales o las destinadas a colectivos abiertos (por ejemplo, aquellos en que una organización profesional negocia unas cláusulas a las cuáles posteriormente se adhieren o no sus miembros).



adhesión, mientras que los colectivos suelen ser productos hechos a medida; y d) el trato fiscal en ambos es diferente.

Sin embargo, el TDC ha considerado que los seguros colectivos privados no forman parte de un mercado diferenciado del de los seguros privados individuales, puesto que en ambos casos el asegurado puede optar por no contratar el seguro y la cuantía de la prima o precio del seguro tiene una influencia definitiva en la demanda de los individuos. Por ello y atendiendo a la situación actual del mercado,¹⁹ el Tribunal considera 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.”

En cuanto al tipo de seguros de asistencia sanitaria demandado por individuos que pertenecen a colectivos públicos, el análisis de sus características permite concluir que constituyen un mercado distinto del anterior.

Las mutualidades de empleados de administraciones públicas de ámbito nacional (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) mantienen conciertos con entidades de seguro privado para ofrecer a sus mutualistas esta alternativa dentro del seguro obligatorio. Los conciertos se establecen por un año con posibilidad de prórroga en los dos años sucesivos y se suscriben en base a 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

¹⁹ Por el lado de la oferta la identidad de las empresas que participan 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 mercados.



nacional y a la disponibilidad de delegaciones propias o subconciertos con otras entidades en todas las provincias.

En lo que respecta a los mutualistas, la cotización, lo mismo que la afiliación, es obligatoria. El mutualista puede, al principio de cada año, elegir o cambiar de entidad libremente y sin coste, pero no tiene posibilidad de optar por “no contratar.” Sus opciones en cuanto a la prestación del servicio de seguro sanitario son el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y alguna de las compañías privadas concertadas. Sin embargo, tanto el precio como la cantidad de seguro concertada están fijados para el mutualista.²⁰ Así pues, su demanda no se orienta por el precio, sino fundamentalmente por la proximidad y por la calidad percibida de los servicios, tanto del cuadro de facultativos como de los centros hospitalarios concertados.

En este caso, el Tribunal ha estimado que no hay motivos para excluir como en el caso del seguro privado de asistencia sanitaria de libre elección a la sanidad pública. Aunque los objetivos que persigan la sanidad pública y las aseguradoras privadas sean diferentes, la Seguridad Social es un agente económico que facilita similares prestaciones y al mismo coste para los funcionarios que las aseguradoras privadas concertadas. Por tanto, debe ser considerada como un competidor más en este mercado.

Delimitación de mercados relevantes de seguro

En resumen, la argumentación que precede permite distinguir dos tipos de mercado de producto diferenciados: por una parte, el mercado de seguros privados de asistencia sanitaria de libre elección, y por otra, el mercado de seguros de asistencia sanitaria destinado a colectivos públicos (seguro de asistencia sanitaria concertado) que comprende tanto los seguros de asistencia sanitaria de las entidades privadas concertadas como el seguro de asistencia sanitaria público concertado por las mutualidades nacionales MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

²⁰ Con independencia de la entidad concertada elegida, el coste para el funcionario es exactamente el mismo. Por ejemplo, en el año 2005 las cuotas mensuales de cotización de los funcionarios a MUFACE, ISFAS y MUGEJU representaron el 1,69% del haber regulador que en cada momento esté establecido a efectos de cotización de Derechos Pasivos.

6.1.2 Servicios de asistencia sanitaria privada

Como ya ha establecido el Tribunal con anterioridad,²¹ los servicios de asistencia sanitaria privada comprenden una cesta de servicios y prestaciones, tales como la asistencia médica general y especializada, los servicios de urgencia, pruebas de diagnóstico, derechos de quirófano y gastos de estancia, entre otros, que están suficientemente diferenciados desde el punto de vista de la demanda como para configurar un mercado separado.

En España, los centros hospitalarios están catalogados por categorías que se distinguen básicamente por su finalidad asistencial. Los hospitales generales pueden competir con los centros especializados siempre que su gama de servicios comprenda dicha especialidad. El Tribunal ha considerado²² 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 España los servicios de asistencia sanitaria privada están íntimamente relacionados con las prestaciones de las aseguradoras de asistencia sanitaria,²³ las cuales, para el cumplimiento de las estipulaciones de sus contratos de seguro, organizan medios materiales (propios o ajenos) para proporcionar los servicios de salud, garantizando la disponibilidad de profesionales y centros sanitarios y asumiendo los costes originados.

Teniendo en cuenta la relación vertical entre estos dos mercados, el Tribunal ha estimado, de forma coincidente con el Servicio, que, en general, la competencia en el mercado de servicios privados de asistencia sanitaria se

²¹ C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS.

²² C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS.

²³ 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.



produce en dos niveles. Los hospitales y/o los profesionales sanitarios que ejercen en el sector privado compiten, por una parte, por formar parte del catálogo de servicios ofrecidos por las compañías de seguros (competencia por el asegurador) y, por otra, por atraer pacientes a su propio centro o consulta (competencia por el asegurado).

También ha señalado 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 relacionados verticalmente y, por tanto, ha delimitado dos mercados de servicios de asistencia sanitaria.

Por una parte, 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 aquellos consumidores que prefieren los servicios de la sanidad privada y por los titulares y beneficiarios de las pólizas de seguros contratadas con aseguradoras privadas.

Por otra parte, 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.

6.2 Mercado geográfico

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 fundamentalmente a que están sometidos a sistemas de regulación



diferenciados,²⁴ restricciones fiscales distintas y cuentan con canales de distribución específicos.

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 competencia²⁵ que los seguros privados de asistencia sanitaria configuran un mercado de ámbito provincial. Con esta delimitación geográfica han coincidido en este caso el Servicio y los notificantes.²⁶

Los principales argumentos que se han esgrimido para justificar que el alcance geográfico del mercado sea provincial son:

- La demanda de los consumidores del seguro de asistencia sanitaria se orienta hacia una asistencia sanitaria cercana, con el menor coste y tiempo de desplazamiento posible.
- La fuerza con la que en distintas provincias están implantadas empresas privadas 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 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.
- 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).

²⁴ *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.

²⁵ *Vid.* entre otras, resoluciones del Tribunal: 305/91, IMECOSA; 464/99, ASEGURADORES MÉDICOS VIZCAYA y 473/99, IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO CANTABRIA. www.tdcompetencia.es

²⁶ Sólo una empresa, ASISA, ha manifestado su disconformidad con esta definición alegando que se trata de un mercado de índole local.



- 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 de los servicios al lugar de residencia. Así, las compañías facilitan catálogos de servicio provinciales.²⁷

En consecuencia, el Tribunal concluye que el mercado geográficamente relevante a los efectos del análisis de la presente operación de concentración en los seguros de asistencia sanitaria tiene naturaleza provincial y se circunscribe a la provincia de Ciudad Real.

6.2.2 Servicios de asistencia sanitaria privada

La circunscripción del mercado geográfico al ámbito provincial muestra la íntima relación entre el seguro de asistencia sanitaria (que, *a priori*, como otros ramos de los seguros generales podría ser nacional) y la prestación de dicha asistencia (de carácter provincial).

El Tribunal ha venido considerando que el ámbito geográfico relevante del mercado de asistencia sanitaria privada es, en la actualidad, provincial debido a razones ya apuntadas anteriormente:

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

²⁷ 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”.



TRIBUNAL
DE DEFENSA
DE LA COMPETENCIA

- Las diferencias de precios de la asistencia sanitaria entre las diversas provincias dependen en gran medida de la oferta provincial 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.



7. ESTRUCTURA DE LOS MERCADOS Y CUOTAS DE MERCADO

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. Como es habitual, 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 mercado.

En el sector de seguros, las funciones regulatorias 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 el acceso a bases de datos sobre seguros de asistencia sanitaria en España. En el presente informe, se emplearán indicadores cuantitativos homogéneos, tanto en valor (volumen de negocio o primas²⁸) como en volumen (número de pólizas o de asegurados), calculados a partir de los informes de ICEA y de los datos aportados por los notificantes. Adicionalmente, el Tribunal hará referencia, cuando sea necesario, a indicadores cualitativos o a información de otras fuentes que puedan mejorar el conocimiento y percepción del sector.

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 por varios motivos. Puede variar debido a que el número medio de beneficiarios por póliza, generalmente relacionado con el carácter individual o colectivo de las mismas, sea distinto. También puede variar por diferencias en las primas medias por asegurado, que a su vez dependen de características de los asegurados tales como sexo, edad o provincias de residencia.

En consecuencia, y debido a que las implicaciones de los análisis en volumen y en valor pueden ser divergentes, se prestará en general mayor atención a las fuentes estadísticas en valor (primas). No obstante, allí donde se precise tener un conocimiento más cualificado del mercado, se calcularán también las cuotas en términos de volumen (asegurados). Por ejemplo, en el análisis de las

²⁸ Se definirán como “primas” aquellas 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.



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

Por su parte, en el mercado descendente de servicios privados de asistencia sanitaria, las cuotas empresariales se expresarán en términos físicos, considerando las camas y número de hospitales existentes en el mercado geográfico relevante. Para el cálculo de las cuotas en el caso de servicios de asistencia sanitaria, el Tribunal ha defendido²⁹ el empleo del número total de camas hospitalarias como variable *proxy* en cada mercado relevante, por los siguientes motivos: a) la información del número de camas es una variable representativa de la oferta, es homogénea para la totalidad del territorio nacional y está disponible a través de una fuente de información pública y fiable: el Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los datos sobre facturación no cumplen estos requisitos; y b) 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.

7.1 Seguro privado de asistencia sanitaria

El sector del seguro en España se caracteriza por la existencia de grandes empresas con una fuerte representación en todos los ramos del seguro. No obstante, la creciente presencia de entidades aseguradoras, dependientes en muchos casos de grupos bancarios, es compatible con la elevada y tradicional atomización del sector.³⁰

Según ICEA³¹ los seguros de salud (asistencia sanitaria, reembolso de gastos y subsidios e indemnizaciones) alcanzaron en España un volumen de 4.490 millones de euros con un crecimiento del 9,77% respecto del año anterior, tasa similar a la de años anteriores. Este volumen de primas representa un 15,9%

²⁹ C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS.

³⁰ 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: a) 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 sociedades específicas; y b) 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

³¹ Para la elaboración de su informe anual 2005, ICEA se basa en una muestra de 49 entidades aseguradoras que representan alrededor del 95,6% de las primas totales de salud.



del total de Ramos No Vida, situándose en tercer lugar por detrás del ramo del automóvil y a pocas décimas del ramo multirriesgos.

El volumen de primas conjuntas para asistencia sanitaria y reembolso de gastos ascendió en el año 2005 a 4.252 millones de euros con un crecimiento respecto al año anterior de 9,8%. De ellos aproximadamente un 91% corresponde a la modalidad de asistencia sanitaria y el 9% restante a la modalidad de reembolso. El número de asegurados en España se aproxima en la actualidad a los 7,66 millones, distribuyéndose entre las modalidades de asistencia sanitaria y reembolso en similares proporciones a las de las primas (91,2% y 8,8% respectivamente).

En España tienen autorización de la DGSFP para operar y están activas en el ramo de enfermedad 136 entidades aseguradoras.³² La elevada atomización de la oferta en este sector es compatible con unos significativos niveles de concentración: en 2005 diez entidades absorben el 80,4% de las primas a nivel nacional y las tres primeras (ADESLAS, SANITAS y ASISA) representan un 56,4% del volumen de negocio.

MERCADO DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS EN ESPAÑA (millones euros)						
	2003		2004		2005	
	Primas	%	Primas	%	Primas	%
ADESLAS*	[...]	[20.-30]	[...]	[20-30]	[...]	[20-30]
SANITAS	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]
ASISA	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]
Mapfre-Caja Salud	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
DKV Seguros	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
	[...]		[...]		[...]	
Seguro Colegial	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
	[...]		[...]		[...]	
Resto	[...]	[30-40]	[...]	[30-40]	[...]	[30-40]
TOTAL	[...]	100,0	[...]	100,0	[...]	100,0
* Los datos de ADESLAS incluyen las primas correspondientes a Igualatorio Médico Quirúrgico y a INISAS, sociedades controladas conjunta o exclusivamente por ADESLAS.						
Fuente: Notificantes, ICEA e Informe SDC.						

³² Según el registro público de entidades aseguradoras de la DGSFP a fecha septiembre 2005, www.dgsfp.mineco.es



ADESLAS es el primer asegurador nacional de asistencia sanitaria y reembolso de gastos con una cuota en 2005 del [20-30%] en primas, por delante de SANITAS y ASISA. Cuenta con [...] asegurados sobre un mercado total de asegurados de 7.660.437³³, lo que representa una cuota del [30-40%]. Su participación en el mercado en términos globales se ha mantenido estable en los últimos años.

Como consecuencia de la operación de concentración se produce, a nivel nacional, una adición de cuotas marginal, de tan solo [0-10%] que se explica porque SEGURO COLEGIAL es una compañía relativamente pequeña que sólo opera en la provincia de Ciudad Real.

En España, el mercado de seguros privados de asistencia sanitaria de libre elección representó en 2005 un 73% aproximadamente del total de primas. El peso relativo de este segmento no cambia mucho si se consideran variables de volumen tal como el número de asegurados. Según datos de ICEA, si solo se tienen en cuenta los seguros de asistencia sanitaria, de los 6,99 millones de asegurados en 2005, un 71% tiene pólizas en este segmento, estando el 43,2% asociado a pólizas individuales y el 27,7% restante a pólizas colectivas privadas. En este mercado están ganando importancia los seguros a colectivos privados cuyas primas han experimentado en los últimos tres años un incremento de casi el 150%.

³³ La fuente del número total de asegurados es ICEA. Incluye los asegurados de asistencia sanitaria y reembolso de gastos, pero no incluye los que tiene un seguro de Subsidio o Indemnización.



MERCADO DE SEGUROS DE LIBRE ELECCION (Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos) EN ESPAÑA POR SEGMENTOS* (mill. euros)						
SEGMENTO/COMPAÑÍA	2003		2004		2005	
	Primas	%	Primas	%	Primas	%
SEGUROS INDIVIDUALES						
ADESLAS(**)	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]
SEGURO COLEGIAL	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
ADESLAS+SEGURO COLEGIAL	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]
Resto entidades	[...]	[60-70]	[...]	[60-70]	[...]	[50-60]
TOTAL Seguros individuales	[...]	[80-90]	[...]	[70-80]	[...]	[60-70]
OTROS COLECTIVOS						
ADESLAS(**)	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
SEGURO COLEGIAL	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
ADESLAS+SEGURO COLEGIAL	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
Resto entidades	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]	[...]	[20-30]
TOTAL Otros colectivos	[...]	[10-20]	[...]	[20-30]	[...]	[30-40]
TOTAL LIBRE ELECCION						
ADESLAS(**)	[...]	[20-30]	[...]	[20-30]	[...]	[10-20]
SEGURO COLEGIAL	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
ADESLAS+SEGURO COLEGIAL	[...]	[20-30]	[...]	[20-30]	[...]	[10-20]
Resto entidades	[...]	[70-80]	[...]	[70-80]	[...]	[80-90]
TOTAL Libre Elección	[...]	100,00	[...]	100,00	[...]	100,00
<p>*Estos datos no incluyen las primas por seguro dental, lo que explica la falta de coincidencia con los totales del cuadro anterior. Dada su reducida cuantía, su inclusión o no en el mercado no altera significativamente el peso de los distintos operadores.</p> <p>** Los datos de ADESLAS incluyen las primas correspondientes a Igualatorio Médico Quirúrgico y a INISAS.</p> <p><i>Fuente:</i> Elaboración propia con base en notificación e ICEA.</p>						

Según datos aportados por los notificantes, en el mercado de seguros de libre elección la cuota de ADESLAS ha disminuido ligeramente en los últimos tres años pasando a ser en 2005 del [10-20%]. Su presencia es ligeramente mayor en el segmento de seguros a colectivos privados [20-30%] que en el de seguros individuales [10-20%]. La entidad resultante de la operación de concentración, ADESLAS+SEGURO COLEGIAL, mantendría una cuota solo



ligeramente mayor, llegando al [10-20%]. No se dispone de datos públicos que permitan desglosar la participación del resto de entidades en los distintos segmentos de mercado identificados. Según las estimaciones de los notificantes correspondientes a 2004, ADESLAS sería el segundo operador en el segmento de seguros de libre elección con aproximadamente el [20-30%] del mercado en ese año por detrás del líder que es SANITAS con un [20-30%] de cuota.

Por su parte, en España el mercado de seguros de asistencia sanitaria a colectivos públicos representó en 2005 un 26,4% del total de primas. El peso relativo de este segmento tampoco cambia mucho si se consideran el número de asegurados. Según datos de ICEA, si sólo se tienen en cuenta los seguros de asistencia sanitaria, de los 6,99 millones de asegurados en 2005, un 29,1% están asociados a pólizas de entidades privadas concertadas con las mutualidades de las Administraciones Públicas (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

MERCADO DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA A COLECTIVOS PÚBLICOS (Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos) EN ESPAÑA* (millones euros)						
MERCADO/COMPañÍA	2003		2004		2005	
	Primas	%	Primas	%	Primas	%
COLECTIVOS PÚBLICOS**						
ADESLAS***	[...]	[30-40]	[...]	[30-40]	[...]	[30-40]
SEGURO COLEGIAL	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
ADESLAS+SEGURO COLEGIAL	[...]	[30-40]	[...]	[30-40]	[...]	[30-40]
Resto entidades	[...]	[60-70]	[...]	[60-70]	[...]	[60-70]
TOTAL	[...]	100,0	[...]	100,0	[...]	100,0

* Estos datos no incluyen las primas por seguro dental, lo que explica la falta de coincidencia con los totales del cuadro anterior. Dada su reducida cuantía, su inclusión o no en el mercado no altera significativamente el peso de los distintos operadores.
 **Estos datos sólo incluyen los seguros colectivos públicos concertados con entidades privadas.
 *** Los datos de ADESLAS incluyen las primas correspondientes a Iguatorio Médico Quirúrgico y a INISAS.

Fuente: Elaboración propia con base en notificación e ICEA.

Entre 2003 y 2005, los ingresos por primas de los notificantes en este mercado experimentaron un crecimiento del [10-20%] en el caso de ADESLAS, superior al crecimiento medio del mercado del 13,7%, y una reducción del [0-10%] en el de SEGURO COLEGIAL. A pesar de que ADESLAS tiene una cuota



considerable del [30-40%] en este mercado, la operación de concentración tiene un impacto muy reducido a nivel nacional.

De nuevo, no se dispone de datos que permitan desglosar la participación del resto de entidades distintas a las notificantes en este mercado. Según las estimaciones de los notificantes correspondientes a 2004, la entidad resultante de la operación de concentración, ADESLAS+SEGURO COLEGIAL sería el segundo operador en el segmento de seguros colectivos públicos [30-40%], en este caso por detrás del líder de este mercado que es ASISA [30-40%] de cuota).

Por tanto, a nivel nacional, el impacto de la operación de concentración es muy reducido tanto en el mercado de seguros de asistencia sanitaria de libre elección, como en el de seguros sanitarios concertados.

7.1.1 Seguro de asistencia sanitaria de libre elección en Ciudad Real

Si bien en España, tres cuartas partes de la demanda de seguros de asistencia sanitaria corresponde a seguros privados de asistencia sanitaria de libre elección (particulares y otros colectivos) y un cuarto a colectivos públicos, en la provincia de Ciudad Real la estructura de la demanda es significativamente distinta. Aproximadamente el 60% de las primas provienen de colectivos públicos y sólo un 40% de seguros privados de libre elección.

En Ciudad Real, tres empresas prácticamente atienden a casi el [80-90%] del mercado de seguros de asistencia sanitaria de libre elección. En 2005 el líder es SANITAS con un [50-60%] de cuota sobre las primas. Le sigue SEGURO COLEGIAL con una cuota del [10-20%], muy cercana a la del tercer competidor que es MAPFRE Caja Salud con un [10-20%] del mercado. Tanto SANITAS como MAPFRE Caja Salud operan a través de una cesta de servicios sanitarios independiente de la oferta de SEGURO COLEGIAL en la provincia.

Para SEGURO COLEGIAL este segmento del mercado es relativamente poco importante pues cerca del [...] de sus primas proviene de los seguros a colectivos públicos.



MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA DE LIBRE ELECCION: Volumen de primas en Ciudad Real								
Total provincia Ciudad Real	Empresas		Ejercicio 2003		Ejercicio 2004		Ejercicio 2005	
			Primas (miles de euros)	Cuota %	Primas (miles de euros)	Cuota %	Primas (miles de euros)	Cuota %
Seguro Colegial Médico Quirúrgico	Clientes	ADESLAS	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		ASISA	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		Propios	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		Total	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]
Resto Entidades	SANITAS		[...]		[...]	[50-60]	[...]	[50-60]
	MAPFRE-Caja Salud		[...]		[...]	[10-20]	[...]	[10-20]
	Otros		[...]	[80-90]	[...]	[10-20]	[...]	[10-20]
TOTAL			[...]	100	[...]	100	[...]	100
Los datos de ADESLAS incluyen las primas correspondientes a Igualatorio Médico Quirúrgico y a INISAS.								
<i>Fuente:</i> Elaboración propia con base en notificación e ICEA.								

ADESLAS no está presente de forma directa en el mercado de Ciudad Real y ha cubierto tradicionalmente sus necesidades aseguradoras en la provincia a través de una estrecha relación con SEGURO COLEGIAL, mediante distintos acuerdos de colaboración, coaseguro y subconcierto que se describen más adelante. Ése es también el caso de ASISA que, aunque a gran distancia de ADESLAS, constituye uno de los principales clientes de SEGURO COLEGIAL en este segmento de seguros. Del total de volumen de negocio expresado en valor de primas de SEGURO COLEGIAL en Ciudad Real, el [...] se debe a clientes propios, el [...] proviene de clientes de ADESLAS y el [...] restante de clientes de ASISA.

Entre 2003 y 2005, atendiendo al volumen de primas, mientras que el mercado de Ciudad Real ha crecido casi un 22%, SEGURO COLEGIAL ha crecido tan solo el [...]. Su participación en el mercado ha decrecido [...]



MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA DE LIBRE ELECCION: Volumen de asegurados en Ciudad Real								
Total provincia Ciudad Real			Ejercicio 2003		Ejercicio 2004		Ejercicio 2005	
	Empresas		Nº asegurados	Cuota (%)	Nº asegurados	Cuota (%)	Nº asegurados	Cuota (%)
Seguro Colegial Médico Quirúrgico	Clientes	ADESLAS	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		ASISA	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		Propios	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		Total	[...]	[20-30]	[...]	[20-30]	[...]	[20-30]
Resto Entidades		[...]	[70-80]	[...]	[70-80]	[...]	[70-80]	
TOTAL		[...]	100,00	[...]	100,00	[...]	100,00	

Los datos de ADESLAS incluyen las primas correspondientes a Igualatorio Médico Quirúrgico y a INISAS.
Fuente: Elaboración propia con base en notificación e ICEA.

En términos de asegurados, mientras que el mercado de Ciudad Real muestra un aumento del 7,2% entre 2003 y 2005, la cartera de SEGURO COLEGIAL en ese periodo se reduce un [...].

La cartera de clientes correspondientes a ADESLAS crece ligeramente [...]

7.1.2 Seguro privado de asistencia sanitaria a colectivos públicos en Ciudad Real

En la provincia de Ciudad Real, SEGURO COLEGIAL presenta una posición de dominio con un [60-70%] de la cuota en términos de asegurados. El segundo



operador en este mercado sería el INSS con un [10-20 %] de los asegurados.³⁴ El restante [10-20%] corresponde a otras entidades privadas concertadas con las mutualidades nacionales, que atienden a sus clientes con independencia de los servicios de asistencia sanitaria ofertados por SEGURO COLEGIAL. No se dispone de datos desglosados, en cuanto a asegurados de otras entidades; si bien se sabe que SANITAS, el principal competidor en el mercado de libre elección, no participa en este mercado.

MERCADO DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA A COLECTIVOS PUBLICOS (*): Volumen de asegurados (**) en Ciudad Real								
Total provincia Ciudad Real			Ejercicio 2003		Ejercicio 2004		Ejercicio 2005	
	Empresas		Nº asegurados	Cuota (%)	Nº asegurados	Cuota (%)	Nº asegurados	Cuota (%)
Seguro Colegial Médico Quirúrgico	Clientes	ADESLAS	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		ASISA	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		DKV- Previasa	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
		Total	[...]	[70- 80]	[...]	[70- 80]	[...]	[60- 70]
Resto Entidades			[...]	[10- 20]	[...]	[10- 20]	[...]	[10- 20]
INSS (***)			[...]	[10- 20]	[...]	[10- 20]	[...]	[10- 20]
TOTAL			[...]	100,00	[...]	100,00	[...]	100,00
<p>* Datos agregados de MUFACE, ISFAS y MUGEFU</p> <p>** Se refiere al colectivo total de titulares y beneficiarios.</p> <p>*** Indica los beneficiarios que han optado por el sistema público de asistencia sanitaria.</p> <p>Fuente: notificantes, datos de MUFACE, ISFAS y MUGEFU y elaboración propia.</p>								

Dado su ámbito provincial, SEGURO COLEGIAL no puede participar directamente en los conciertos con las mutualidades nacionales (MUFACE,

³⁴ Este es un porcentaje similar al que se observa a nivel nacional. En 2005 cerca del 16% de los mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEFU estaban adscritos a la Sanidad Pública (Seguridad Social o Sanidad Militar). Sin embargo, hay Comunidades Autónomas donde la Seguridad Social es la primera entidad concertada por número de titulares y beneficiarios como Navarra (41,91% de los mutualistas) o Asturias (37,44%).



ISFAS y MUGEJU) y, por tanto, su participación en este mercado se justifica por los subconcertos que mantiene con empresas de seguro que operan a nivel nacional. Sus dos principales clientes en los últimos tres años son ADESLAS y ASISA. En 2005 el número de asegurados que provenían de una y otra empresa eran [...] La cuota indirecta de mercado de ADESLAS en 2005 asciende al [30-40%], [...]; la de ASISA asciende al [30-40%] [...].

En cuanto a la evolución del mercado de seguro de asistencia sanitaria a colectivos públicos de Ciudad Real, se aprecia una disminución del número total de asegurados en el periodo 2003-2005 del 6,2%. Sin embargo el número de aquellos que se acogen al sistema público de asistencia sanitaria ha venido creciendo en estos años a una tasa del 10,3%, pasando de suponer un [10-20%] de la cuota de mercado en 2003 a ser del [10-20%] en 2005. También han aumentado considerablemente, en concreto un [30-40%], los asegurados de entidades privadas distintas a SEGURO COLEGIAL que concertan con las mutualidades nacionales.

El aumento de asegurados por parte de estas entidades y del INSS se produce a costa del negocio de SEGURO COLEGIAL [...].

Si se analiza la participación en el mercado en términos de primas, las conclusiones son parecidas. La cuota de mercado de SEGURO COLEGIAL en 2005 asciende al [60-70%] con participaciones indirectas de [...] de ADESLAS y ASISA respectivamente. Otro de sus clientes, DKV-Previa, tiene [...] del mercado. Por su parte MAPFRE-Caja Salud que opera independientemente de SEGURO COLEGIAL, tiene cerca de un [0-10%] de cuota; el resto de entidades acumulan el [20-30%].



MERCADO DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA A COLECTIVOS PUBLICOS (*): Volumen de primas en Ciudad Real								
Total provincia		Ejercicio 2003		Ejercicio 2004		Ejercicio 2005		
Ciudad Real		Primas (miles de euros)	Cuota %	Primas (miles de euros)	Cuota %	Primas (miles de euros)	Cuota %	
Empresas								
Seguro Colegial Médico Quirúrgico	Clientes	ADESLAS	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
		ASISA	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
		DKV-Previaasa	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
		Total	[...]	[70-80]	[...]	[70-80]	[...]	[60-70]
Resto Entidades	SANITAS		[...]		[...]	0,00	0	0,00
	MAPFRE-Caja Salud		[...]		[...]	[0-10]	[...]	[0-10]
	Otras		[...]	[20-30]	[...]	[20-30]	[...]	[20-30]
TOTAL		[...]	100,00	[...]	100,00	[...]	100,00	

* Datos agregados de MUFACE, ISFAS y MUGEFU
Fuente: notificantes y elaboración propia.

En cuanto al análisis de la evolución del mercado tomando como indicador el volumen de negocio en términos monetarios, no se registra un retroceso debido al incremento medio de las primas. En el periodo 2003-2005 el volumen global de primas en Ciudad Real correspondiente a este mercado aumentó un 6%. El negocio de SEGURO COLEGIAL se redujo en un [...]. Los competidores privados de SEGURO COLEGIAL, aumentaron sin embargo sus ingresos por primas un [...].

En conclusión, según los datos disponibles y siguiendo el planteamiento del Tribunal en casos anteriores,³⁵ se considera que como consecuencia de la operación de concentración no existe adición de cuotas ni en el mercado de

³⁵ En el informe C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS el Tribunal consideró que en estos casos no existe adición de cuotas, al atribuir los asegurados subconcertados o coasegurados a la entidad que en última instancia les proporciona la cobertura efectiva de asistencia sanitaria en el ámbito provincial.



seguros de libre elección ni en el de seguros concertados de Ciudad Real. En ambos casos, ADESLAS no atiende directamente a sus asegurados sino que presta servicios de asistencia sanitaria a través de SEGURO COLEGIAL en esta provincia.

En consecuencia, el Tribunal no detecta un reforzamiento de la posición de las partes que se derive de una posible adición de cuotas. Sin embargo, el relativamente elevado nivel de cuotas de SEGURO COLEGIAL, sobre todo en el mercado de seguro a colectivos públicos, y el carácter estructural de la nueva relación entre ADESLAS y SEGURO COLEGIAL, hace necesario profundizar el análisis para considerar los posibles efectos derivados de la relación vertical y las barreras a la entrada en estos mercados.

7.2 Servicio de asistencia sanitaria

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2005, había en España un total de 783 hospitales con 159.559 camas. De ellos, el 57,2% y el 31,9% respectivamente, eran privados. Según su dependencia patrimonial, un 69,4% de los hospitales y un 56,8% de las camas se encontraban en el sector privado no benéfico. Así pues, los hospitales privados no benéficos representan un 39,8% del total de hospitales en España (311) y un 18,2% de las camas disponibles (29.019).



CAMAS Y HOSPITALES en ESPAÑA, 2005 según dependencia patrimonial					
CARACTER	DEPEN. PATRIMONIAL	CAMAS	% CAMAS	Nº HOSP.	% HOSP.
PUBLICO		108.476	67,63%	335	42,78%
	SEGURIDAD SOCIAL ADMINISTRACION CENTRAL	47.312	43,61%	116	34,62%
	MINISTERIO DE DEFENSA	553	0,50%	2	0,59%
	COMUNIDAD AUTÓNOMA	1.485	1,36%	8	2,38%
	DIPUTACIÓN O CABILDO	26.978	24,87%	102	30,44%
	MUNICIPIO	5.144	4,74%	28	8,35%
	ENTIDADES PÚBLICAS (*)	2.572	2,37%	19	5,67%
	MATEP	22.815	21,03%	39	11,64%
		1.617	1,49%	21	6,26%
PRIVADO		51.083	31,85%	448	57,22%
	PRIVADO NO BENÉFICO	29.019	56,80%	311	69,41%
	PRIVADO-BENÉFICO (Iglesia)	12.117	23,72%	63	14,06%
	PRIVADO-BENÉFICO (Cruz Roja)	1.464	2,86%	11	2,45%
	OTRO PRIVADO-BENÉFICO	8.233	16,11%	62	13,83%
	OTRA	250	0,48%	1	0,22%
TOTAL		159.559	100,00%	783	100,00%

* Incluye los hospitales de dependencia patrimonial compartida por varios organismos públicos.

Fuente, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2006* (actualizado a 31 de diciembre de 2005) y elaboración propia.

En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, el porcentaje de hospitales privados se eleva al 33,3% (10 de 30 hospitales). En número de camas, tan solo el 9,02% de las 5.528 camas disponibles se encuentran en hospitales privados.

En la provincia de Ciudad Real la participación del sector privado es todavía menor. Del total de 9 hospitales con 1.645 camas, tan solo 2 hospitales y 95 camas son privados. Esto supone respectivamente el 22,2% y el 5,8% del total de las dotaciones provinciales de hospitales y camas.



CAMAS Y HOSPITALES en CASTILLA-LA MANCHA, 2005, según dependencia patrimonial					
PROVINCIA O REGION	CARÁCTER	CAMAS	% CAMAS	Nº HOSP.	% HOSP.
CASTILLA-LA MANCHA		5.528	100,00%	30	100,00%
	PÚBLICO	5.029	90,97%	20	66,66%
	PRIVADO	499	9,02%	10	33,33%
ALBACETE		1.029	18,61%	6	20%
	PÚBLICO	901	87,56%	3	50%
	PRIVADO	128	12,43%	3	50%
CIUDAD REAL		1.645	29,75%	9	30%
	PÚBLICO	1.550	94,22%	7	77,77%
	PRIVADO	95	5,77%	2	22,22%
CUENCA		471	8,52%	2	6,66%
	PÚBLICO	411	87,25%	1	50%
	PRIVADO	60	12,73%	1	50%
GUADALAJARA		867	15,68%	5	16,66%
	PÚBLICO	755	87,08%	3	60%
	PRIVADO	112	12,91%	2	40%
TOLEDO		1.516	27,42%	8	26,66%
	PÚBLICO	1.412	93,13%	6	75%
	PRIVADO	104	6,86%	2	25%

Fuente, Ministerio de Sanidad y Consumo, Catálogo Nacional de Hospitales 2006 (actualizado a 31 de diciembre de 2005) y elaboración propia.

7.2.1 Servicio de asistencia sanitaria en Ciudad Real

A partir del Catálogo Nacional de Hospitales 2005, se puede obtener información más detallada sobre la oferta hospitalaria en la provincia de Ciudad Real, y su dependencia patrimonial (pública o privada), así como del número de camas de cada hospital y de las instalaciones de alta tecnología disponibles en cada uno de ellos.

Según dicho Catálogo, en 2005, de las 95 camas hospitalarias privadas que hay en la provincia de Ciudad Real, 90 corresponden a la Clínica Coreysa, propiedad de LINCE SERVICIOS y que pasaría tras la operación de concentración a ser controlada conjuntamente por los notificantes. Las otras 5 camas disponibles en el sector privado pertenecen a Ibérica Diagnóstico y Cirugía, S.L. (en adelante IDC) la única otra empresa que opera en el sector privado de asistencia sanitaria en la ciudad de Ciudad Real.



CAMAS, HOSPITALES Y EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA según DEPENDENCIA PATRIMONIAL de los CENTROS HOSPITALARIOS
CIUDAD REAL Y PROVINCIA, 2005

HOSPITAL	%		Nº		TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI
	CAMAS	CAMAS	HOSP.	HOSP.								
DEPENDENCIA PRIVADA												
CLÍNICA COREYSA	90	5,47%	1	11,11%	1	1	3	0	1	0	0	0
IBERICA DIAGNOSTICO Y CIRUGIA S.L	5	0,30%	1	11,11%	1	2	0	0	0	0	0	0
DEPENDENCIA PUBLICA												
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ALARCOS	362	22%	1	11,11%	1	1	3	0	1	0	0	0
HOSPITAL SANTA BARBARA (PUERTOLLANO)	161	9,78%	1	11,11%	1	1	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA (VALDEPEÑAS)	103	6,26%	1	11,11%	1	0	0	0	0	0	0	0
COMPLEJO HOSPITALARIO DE CIUDAD REAL	362	22%	1	11,11%	1	1	3	0	1	0	0	0
HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL	117	7,11%	1	11,11%	1	0	0	0	0	0	0	0
SERVICIOS SANITARIOS Y ASISTENCIALES	87	21,76%	1	11,11%	-	-	-	-	-	-	-	-
COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO (ALCAZAR SAN JUAN) (*)	358	5,28%	1	11,11%	2	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1645	100	9	100	9	7	9	0	3	0	0	0

* Complejo formado por: Hospital General La Mancha Centro y Hospital Virgen de Altagracia (Manzanares)

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.

Fuente, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2006* (actualizado a 31 de diciembre de 2005) y elaboración propia



En cuanto a la provisión de servicios sanitarios a colectivos públicos, al estar el 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 LINCE SERVICIOS es muy reducida: 1 de 9 hospitales, y 90 de 1.645 camas; esto es, el 11,1% de los hospitales y 5,5% de las camas.

Dado que ADESLAS no ofrece directamente ningún tipo de servicios de asistencia sanitaria en la provincia de Ciudad Real, tampoco aquí la operación de concentración supone ninguna adición de cuotas en ninguno de los dos mercados considerados independientemente del mercado de seguros.

En consecuencia, en los mercados de servicios de asistencia sanitaria de libre elección o concertados en la provincia de Ciudad Real, no se detecta la existencia de posibles efectos restrictivos a la competencia derivados de la operación de concentración analizada.

Ahora bien en la medida en que una de las partes notificantes tiene una cuota muy elevada como oferente de servicios privados de asistencia médica en Ciudad Real y en que ambas partes son demandantes de servicios de atención médica y hospitalaria para las prestaciones derivadas de la cobertura de sus respectivas pólizas de seguro, es preciso profundizar en el conocimiento de las relaciones verticales de ambos mercados en ese ámbito geográfico.

7.2.2 Servicios de asistencia sanitaria como prestación a los seguros de libre elección y a colectivos públicos en Ciudad Real

Hay que recordar que para operar en el mercado de seguros de asistencia sanitaria, es preciso, por una parte, contratar los servicios de profesionales de la medicina privada para incorporarlos al catálogo de servicios provinciales de la compañía y por otra, concertar con centros hospitalarios la asistencia hospitalaria.

Por tanto, al valorar los posibles efectos restrictivos derivados de las relaciones verticales existentes en Ciudad Real entre el mercado de asistencia sanitaria privada y el mercado de seguros de asistencia sanitaria, es preciso tener en consideración que:

- El catálogo de servicios de SEGURO COLEGIAL incorpora 205 facultativos. De acuerdo con las notificantes, LINCE SERVICIOS concierta la prestación de



- en atención a la importancia relativa de su demanda, que representa el [...] de los ingresos por asistencia sanitaria de LINCE SERVICIOS.
- LINCE SERVICIOS, además de representar la provisión sanitaria privada más importante de Ciudad Real a través de su Clínica Coreysa, cuenta con otros centros no hospitalarios en la provincia. En concreto dispone de cinco policlínicos sin internamiento, que prestan servicios de medicina especializada y pruebas diagnósticas, situados en Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Puertollano, Tomelloso y Valdepeñas. Según datos aportados por los notificantes, se estima que aproximadamente la mitad de los policlínicos sin internamiento privados de la provincia de Ciudad Real son propiedad de LINCE SERVICIOS.
- Las notificantes han señalado que en la provincia de Ciudad Real, existen policlínicos en manos de terceros que prestan servicios de medicina especializada y pruebas diagnósticas: uno en Ciudad Real (Ibérica de Diagnóstico y Cirugía, S.L. (IDC en adelante), con 5 camas de internamiento), dos en Puertollano (Clínica Virgen de Gracia y Clínica Recoletas Puertollano, IDC), uno en Tomelloso (Centro Médico Lamar) y otro en Valdepeñas (Centro Médico Manchego).
- IDC indica que tiene tres centros en Ciudad Real. La dotación y capacidad de cada centro es la siguiente : a) La clínica de Ciudad Real capital, que inició su actividad en 1999, tiene una plantilla de [...] personas y cuenta con 5 habitaciones y 5 camas, 10 consultas, quirófanos, urgencias, laboratorio de análisis clínicos, resonancia magnética, mamografía, radiología tradicional, y rehabilitación; b) el policlínico de Alcázar tiene una plantilla de [...] personas y dos consultas; y c) el policlínico de Puertollano tiene una plantilla de [...] personas y cuenta con rayos, mamografía y cinco consultas.
- El principal cliente de IDC es, según la propia empresa, [...]. El resto de sus relaciones de negocio se establecen, además de con clientes particulares, con aseguradoras y mutuas, [...].

- IDC presta o está dispuesta a prestar todos los servicios sanitarios, excepción hecha de radiología, medicina nuclear, hemodinámica y cirugía cardíaca, especialidades atendidas en otros centros que su Grupo empresarial tiene fuera de Ciudad Real, tanto en Castilla-La Mancha como en otras Comunidades Autónomas.



- IDC está construyendo una clínica médico-quirúrgica en Alcázar de San Juan, que empezará a prestar servicios en 2007.
- En el mercado de seguros de libre elección, SANITAS y MAPFRE-Caja Salud [...], disponen de un cuadro médico y asistencial propio en el que proporcionan servicios hospitalarios a sus asegurados a través de IDC.
- En el mercado de seguros a colectivos públicos, también hay empresas, [...] como por ejemplo MAPFRE-Caja Salud o CASER, que operan independientemente de LINCE SERVICIOS, contratando los servicios de IDC.

8. ACUERDOS Y COMPROMISOS

8.1 Acuerdos entre SEGURO COLEGIAL y ADESLAS

Desde que ADESLAS se constituyó en sociedad anónima mercantil en 1984, viene manteniendo con SEGURO COLEGIAL 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 las notificantes, cabe destacar las siguientes relaciones previas entre ambas:

[...]



TRIBUNAL
DE DEFENSA
DE LA COMPETENCIA

[...]

[...]

8.2 Acuerdos entre SEGURO COLEGIAL y otras compañías aseguradoras

Asimismo, SEGURO COLEGIAL ha suscrito subconciertos de asistencia sanitaria en la provincia de Ciudad Real con:

- ASISA, [...].
- DKV Seguros y Reaseguros Sociedad Anónima Española (Sociedad Unipersonal), [...].
- Aegon Salud, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal), [...]
- La Equitativa de Madrid, Compañía de Seguros, S.A., [...].
- Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, [...].

Según declaran las partes notificantes, no es su intención alterar este régimen de subconciertos tras la operación de concentración. Por ello han sometido su política



de actuaciones frente a terceros a determinadas condiciones que se explicitan a continuación.

8.3 Compromisos explicitados en el Protocolo de Actuaciones

Como consecuencia de la operación notificada, la gestión de los negocios de LINCE SERVICIOS, asegurador y prestacional, se encomienda a ADESLAS, comprometiéndose en su desempeño a respetar, en su relación con terceros, los siguientes principios de actuación:

- Ausencia de exclusividad o de cláusulas de efecto equivalente en los acuerdos con los prestadores de servicios de asistencia sanitaria, hospitales y facultativos.
- Apertura de la Clínica Coreysa a los asegurados de cualquier entidad aseguradora, sea o no competidora de ambas o de alguna de las partes, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.
- Libertad de subconcertación por parte de SEGURO COLEGIAL, con las entidades que así lo soliciten, del concierto establecido por ellos con las mutualidades MUFACE, ISFAS y MUGEJU, en la provincia de Ciudad Real, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.

Estos compromisos son similares a las condiciones aprobadas por el Consejo de Ministros en el expediente N-05053 IGUALMEQUISA/ADESLAS/IMQ SEGUROS/IQUIMESA SEGUROS.



9. BARRERAS A LA ENTRADA

Las barreras a la entrada constituyen todas aquellas dificultades y costes que desincentivan o llegan a imposibilitar la entrada de nuevos operadores en un determinado mercado. En términos generales, las barreras a la entrada se pueden clasificar en dos tipos: económicas y legales. A continuación se hará un breve repaso de ambos tipos partiendo de la opinión del Tribunal ampliamente desarrollada en varios antecedentes.³⁶

9.1 Barreras legales

9.1.1 Seguros de asistencia sanitaria

En España el seguro privado está sometido a control público específico de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), a través de una regulación integrada por normas de Derecho privado y de Derecho público caracterizada por su misión tutelar en favor de los asegurados y beneficiarios amparados por un contrato de seguro.³⁷

Debe subrayarse que la normativa a lo largo de los años ha recogido simultáneamente otros objetivos. En este sentido, la Ley 33/1984, de 2 de agosto, declaró “fomentar 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”. El esquema básico de principios rectores y líneas directrices, de la Ley 33/1984 se mantiene en reformas posteriores.

Actualmente, la regulación específica del sector de seguros está constituida fundamentalmente por la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (LOSSP)³⁸ y el Reglamento que la desarrolla³⁹, por la Ley 26/2006 de 17 de julio, de

³⁶ En especial, C89-05 IGUALATORIOS MEDICOS.

³⁷ 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.

³⁸ R.D. Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, (BOE de 5-11-2004).



Mediación de Seguros y Reaseguros Privados y por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

El contrato de seguro supone el cambio de una prestación presente y cierta (prima) por otra futura e incierta (indemnización). La racionalidad económica de la regulación del seguro de asistencia sanitaria reside en garantizar la efectividad de la indemnización cuando eventualmente se produzca el siniestro. Esto justifica la ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras por la Administración Pública en el sentido de comprobar la existencia de una solvencia suficiente para cumplir su objeto social. 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 concedida o incluso a la disolución de la entidad aseguradora.

La LOSSP supedita la obtención de autorización al cumplimiento de ciertos requisitos, entre los que destacan los siguientes: adoptar una de las formas jurídicas estipuladas; limitar el objeto social a la actividad aseguradora y a ciertas operaciones relacionadas (entre las que se encuentran las prestaciones de asistencia sanitaria); tener el capital social o fondo mutual mínimo exigido; y satisfacer las formas de participación y obligaciones de los socios.

El Tribunal ha venido considerando 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 una importancia fundamental a la hora de determinar la presión competitiva que puedan ejercer los competidores, presentes o potenciales en los mercados relevantes”.⁴⁰

³⁹ R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre, modificado por R.D. 297/2004 de 20 de febrero.

⁴⁰ C89-05 IGUALATORIOS MEDICOS.



9.1.2 Asistencia sanitaria privada

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, (LGS) establece los principios y criterios sustantivos que configuran el Sistema Nacional de Salud, en desarrollo de los preceptos constitucionales. Entre 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.

En lo que se refiere al ejercicio de la medicina privada, la LGS reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias y la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme a lo establecido en la Constitución. La LGS somete a autorización administrativa previa la instalación y funcionamiento a los centros sanitarios así como las modificaciones que afecten a su estructura y régimen inicial. A su vez, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS) establece acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas sanitarias. El R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, regula las bases del procedimiento de autorización y la potestad de las Comunidades Autónomas para autorizar los centros ubicados en su ámbito territorial. 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.

Además, los conciertos de asistencia hospitalaria se regulan en la citada LGS, que reconoce la potestad de las administraciones públicas sanitarias de establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, estando estos centros sometidos a homologación. Por último, la LOSSP prevé la posibilidad de que las entidades de seguro presten también asistencia sanitaria.



Tampoco en este mercado el Tribunal ha estimado que la regulación imponga dificultades o costes que desincentiven la participación de nuevas empresas en este mercado.

9.2 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 relativamente moderados, como también lo son los gastos en publicidad, en tecnologías propietarias, etc.

Sin embargo, la operación de concentración suscita la necesidad de evaluar el riesgo de que el refuerzo de las relaciones verticales debido a la mayor presencia del operador nacional ADESLAS en Ciudad Real, resulten en un riesgo de exclusión de nuevas empresas en el ámbito del seguro de asistencia sanitaria y, especialmente, en el mercado de seguros a colectivos públicos.

Dado que los mercados relevantes están verticalmente relacionados, para que un nuevo operador pueda entrar en el mercado de seguros de asistencia sanitaria debe disponer de un catálogo de servicios de asistencia sanitaria privada propios o tener acceso a dichos servicios a través de terceros operadores, de tal forma que pueda diferenciar sus prestaciones de las de la sanidad pública.

Si el nuevo entrante desea configurar un catálogo de servicios sanitarios propio es preciso, en primer lugar, que haya suficientes facultativos en la provincia interesados en el ejercicio privado de la profesión, que tengan libertad para establecer conciertos de asistencia con varias compañías a la vez y que no reciban incentivos que determinen un trato de favor hacia una aseguradora establecida o sus asegurados.⁴¹ En este sentido, los notificantes señalan que SEGURO COLEGIAL concierta la prestación de servicios sanitarios sólo con el 11,3% de los médicos colegiados en la

⁴¹ En este sentido conviene tener en cuenta que en el marco del expediente 497/00, el TDC multó a SEGURO COLEGIAL (mediante resolución de 25 de junio de 2001, ya firme) por abusar de su posición de dominio al exigir la exclusividad de los miembros de su cuadro médico.



provincia. Además, aseguran que no hay relaciones de exclusividad entre la empresa de la que se adquiere control y los facultativos integrados en su cuadro médico.

Adicionalmente, los nuevos entrantes en el mercado de seguro sanitario deben proporcionar el acceso a una serie de infraestructuras sanitarias (centros hospitalarios y policlínicos sin internamiento) de interés para el asegurado. Aquellos que no deseen tener infraestructuras propias deben contratar los servicios de centros hospitalarios y sanitarios ya establecidos. En general, los centros sanitarios privados obtienen ingresos de los conciertos de asistencia con diferentes compañías de seguros. Incluso aquellos centros que están integrados en grupos aseguradores en su mayoría establecen conciertos con otras compañías e incluso con la sanidad pública, al objeto de rentabilizar al máximo su capacidad.

En el presente caso, en que las alternativas privadas a la sanidad pública en Ciudad Real son muy escasas y la empresa que se pasa a controlar conjuntamente cuenta con el 95% de las camas hospitalarias privadas y con cerca de la mitad de los centros policlínicos privados sin internamiento, puede haber serias dificultades para configurar un catálogo de servicios sanitarios. Es por ello, que los notificantes insisten en su compromiso de abrir la clínica Coreysa a terceros operadores, en condiciones de mercado y bajo los principios de objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.

Dado que, según las notificantes, existe exceso de capacidad en la clínica Coreysa, no parece plausible, desde un punto de vista de racionalidad económica, la negativa de suministro de servicios sanitarios por parte de LINCE SERVICIOS tras la operación de concentración. Podría también interpretarse que esa capacidad ociosa supusiera un desincentivo al establecimiento de nuevos hospitales privados. Sin embargo, éste no parece ser el caso, puesto que como ha puesto de manifiesto IDC, la principal competidora en el mercado de asistencia sanitaria, ésta tiene avanzado un proyecto de construcción de un nuevo centro hospitalario que se pondrá en funcionamiento en 2007.

Por último, hay que recordar que cualquier aseguradora nacional que desee operar en el mercado de seguros de asistencia sanitaria para colectivos públicos debe contar con presencia en todo el territorio nacional, tal y como exigen las mutualidades de trabajadores públicos. Si un entrante no tiene catálogo propio de servicios de asistencia sanitaria en Ciudad Real, debe establecerlo o recurrir a subconciertos con



TRIBUNAL
DE DEFENSA
DE LA COMPETENCIA

aseguradoras ya establecidas. En este último caso, SEGURO COLEGIAL es una de las principales alternativas, pero no es la única. De hecho, MAPFRE-Caja Salud, CASER o Groupama, empresas competidoras privadas de ADESLAS a nivel nacional, están presentes en este mercado y no tienen subconcierto con SEGURO COLEGIAL.

En resumen, a pesar de que existen diversas restricciones de acceso asociadas al cumplimiento de los requisitos establecidos por los respectivos reguladores, (DGSFP y Autoridad Sanitaria competente), se entiende que 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.⁴² Asimismo, el posible reforzamiento financiero de LINCE SERVICIOS por la entrada en su capital social de ADESLAS y el consiguiente reforzamiento de las relaciones verticales no parecen representar una barrera insalvable que impida el acceso de nuevas empresas en el ámbito del seguro de asistencia sanitaria y, especialmente, en el mercado de seguros a colectivos públicos. Por tanto, en opinión del Tribunal, estas limitaciones 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.

⁴² Vid. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.



10. VALORACION DE LA OPERACIÓN

Las partes de la operación de concentración son demandantes (en su condición de aseguradoras) y la empresa que se somete a control conjunto es también oferente de servicios de asistencia sanitaria para las prestaciones derivadas de las pólizas de seguro de asistencia sanitaria en la provincia de Ciudad Real. En particular, cabe recordar que LINCE SERVICIOS dispone de cerca del 95% de las camas de los hospitales privados, y aproximadamente de la mitad de los centros policlínicos sin internamiento que prestan servicios de medicina especializada y pruebas de diagnóstico de la provincia de Ciudad Real.

La presente operación no modifica cuantitativamente la estructura de la oferta en ninguno de los mercados relevantes en Ciudad Real, dado que ADESLAS no se encuentra directamente presente en los mismos y ha venido demandando en los últimos años a LINCE SERVICIOS los servicios que precisa en dicha provincia para satisfacer la atención sanitaria de sus asegurados.

Sin embargo, la operación modifica la naturaleza de la relación entre ADESLAS y LINCE SERVICIOS. Por una parte, la operación producirá un fortalecimiento financiero de LINCE SERVICIOS por la entrada en su capital social de ADESLAS, primer asegurador nacional de asistencia sanitaria y reembolso de gastos. Por otra, se modificará la gestión de los negocios de LINCE SERVICIOS al ser ADESLAS la que se encargue directamente de esa tarea. Este fortalecimiento de capital y cambio en la gestión son los principales hechos diferenciales de la operación analizada respecto a la situación de mercado previa.

Los Notificantes han manifestado que la concentración no supondrá ningún cambio en los mercados relevantes y que por tanto, no puede obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en los mismos. A la luz de la estrecha cooperación previa entre las adquirentes, no parece que el mero hecho de la entrada de ADESLAS en el capital de LINCE SERVICIOS vaya a repercutir en el mercado de seguros o de asistencia sanitaria privada en forma de una mayor demanda. En efecto, en virtud de los mecanismos de colaboración antes descritos, SEGURO COLEGIAL ya venía prestando los servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria de los asegurados de ADESLAS residentes en Ciudad Real o desplazados a esta provincia.



Sin embargo, GLOBAL CONSULTING reconoce que dada la pérdida de cuota de mercado experimentada en los últimos años, especialmente por parte de SEGURO COLEGIAL, es precisa una política de reestructuración de sus actividades de seguro y sanitarias. Para ello buscan un socio con amplio conocimiento y experiencia en el sector, que les ayude a reconducir la gestión ineficiente de sus centros hospitalarios y asistenciales.⁴³ A este efecto, se dirige a ADESLAS, con la que existe una larga tradición de colaboración y evidentes sinergias. A su vez, ADESLAS manifiesta estar interesada en participar en la operación para garantizar una prestación de servicios de calidad adecuada que permita consolidar su posición a nivel nacional.

En vista a la información aportada por los notificantes, este Tribunal considera que la entrada en el capital de LINCE SERVICIOS por parte de ADESLAS podría originar eficiencias en relación con la actual provisión de servicios, eficiencias que podrían eventualmente ser trasladadas a asegurados y usuarios.

Ahora bien, la entrada de ADESLAS en el capital de LINCE SERVICIOS representa, además, la eliminación definitiva de un competidor potencial. Hasta ahora ADESLAS tenía acuerdos con SEGURO COLEGIAL para la prestación de atención sanitaria a sus asegurados, de carácter reversible. La modificación con carácter estable de la estructura de control de LINCE SERVICIOS dificulta en gran medida una posible ruptura de relaciones entre SEGURO COLEGIAL y ADESLAS y, por tanto, la hipotética entrada de ADESLAS como competidor en los mercados de seguros y de asistencia sanitaria de Ciudad Real.

Este Tribunal se ha hecho eco con anterioridad⁴⁴ de la preocupación existente con respecto a la atomización 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. Esto no impide que no puedan entrar en

⁴³ [...].

⁴⁴ C89/05 IGUALATORIOS MEDICOS.



los mercados afectados algunas de las grandes empresas de seguro directo. De hecho, en el año 2004 existían en España ocho entidades aseguradoras⁴⁵ con volúmenes de negocios superiores a los de ADESLAS, según primas totales en seguro directo, que contaban con autorización para operar en el ramo de enfermedad.

Así pues, aun teniendo en cuenta el posible efecto restrictivo de la eliminación definitiva de un competidor potencial, el Tribunal considera que el reforzamiento de LINCE SERVICIOS por la entrada en su capital social de ADESLAS no es un elemento que obstaculice significativamente el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado.

Sin embargo, el hecho de que ADESLAS, empresa presente en toda España, tome control sobre LINCE SERVICIOS, un operador verticalmente integrado en Ciudad Real, puede cambiar los incentivos de ésta en sus relaciones con terceros operadores de alcance nacional y puede supuestamente facilitar a ADESLAS el acceso a información de los asegurados de sus principales competidores, que son actualmente clientes de SEGURO COLEGIAL. Esto puede tener especial impacto en el mercado de seguros a colectivos públicos, en que mayoritariamente las empresas subcontratan con SEGURO COLEGIAL la cobertura de sus asegurados en Ciudad Real. A partir de la ejecución de la operación, deberán contar con el consentimiento del líder del mercado nacional, ADESLAS.

Estos motivos hacen temer que, en ausencia de condiciones, la operación de concentración se traduzca en un debilitamiento de la competencia efectiva en los mercados. Para asegurar que el control conjunto de LINCE SERVICIOS por ADESLAS y GLOBAL CONSULTING no origine un deterioro de la competencia, debería asegurarse que las partes llevan a cabo efectivamente los tres tipos de compromisos que han hecho explícitos en su Protocolo de Actuaciones.

En concreto, debería comprobarse 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.

⁴⁵ 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.



Así mismo, debería exigirse a los centros hospitalarios y asistenciales que pasen a ser controlados por ADESLAS y GLOBAL CONSULTING en Ciudad Real, que sigan proporcionando a las entidades aseguradoras privadas que son actualmente sus clientes, prestaciones similares a las actuales, en términos de variedad de servicios y de calidad, al menos durante un periodo determinado. Con ello se evitaría la exclusión de competidores en el corto plazo y, al mismo tiempo, no se desincentivarían en el medio y largo plazo las inversiones en instalaciones hospitalarias que éstos, en su caso, debiesen acometer.

Finalmente, debería exigirse a los notificantes la obligación de suscribir, durante un período determinado, subconcertos con las entidades aseguradoras que compiten con ADESLAS, para garantizar la asistencia sanitaria en Ciudad Real en los concertos que éstas mantengan con MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

En resumen, este Tribunal considera que la operación analizada no representa una adición de cuotas en los mercados de seguros y de servicios privados de asistencia sanitaria en la provincia de Ciudad Real y que la modificación con carácter estable de la estructura de control de LINCE SERVICIOS y de la gestión de sus negocios puede llegar a suponer mejoras en la provisión de sus servicios. Sin embargo, dada la relación vertical de los mercados afectados, 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 el mercado de seguros de asistencia sanitaria que requieren de dichos servicios para desarrollar normalmente su actividad.



11. CONCLUSIONES

Primera.- La operación de concentración económica objeto del presente informe consiste en la adquisición del control conjunto por parte de ADESLAS y GLOBAL CONSULTING sobre la sociedad LINCE SERVICIOS, actualmente controlada en exclusiva por GLOBAL CONSULTING.

Segunda.- 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 a colectivos públicos. 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 notificantes.

Tercera.- El mercado geográfico relevante es la provincia de Ciudad Real.

Cuarta.- LINCE SERVICIOS, a través de su filial SEGURO COLEGIAL, opera en el mercado de seguros de asistencia sanitaria y reembolso de gastos en la provincia de Ciudad Real. ADESLAS no tiene presencia directa en dicha provincia en la que opera mediante distintos acuerdos con SEGURO COLEGIAL. Ésta última registra una cuota total del [10-20]% de las primas en el mercado de seguros de libre elección, [...] y del [60-70]% en el de seguros de asistencia sanitaria a colectivos públicos. No se produce adición de cuotas en esta provincia.

Quinta.- Adicionalmente, LINCE SERVICIOS opera en los mercados de servicios de asistencia sanitaria en Ciudad Real, verticalmente relacionados con los anteriores. En particular, ADESLAS adquiere el control conjunto sobre la clínica Coreysa, que representa cerca del 95% de las camas hospitalarias privadas de dicha provincia, y sobre cinco centros policlínicos sin internamiento en la misma provincia, que representan aproximadamente la mitad de los centros de medicina especializada y pruebas diagnósticas privados de la provincia. De nuevo, no se produce adición de cuotas como consecuencia de la operación notificada.

Sexta.- El Tribunal estima que ni las barreras económicas ni las barreras legales de acceso a los distintos mercados, 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.

Séptima.- El Tribunal aprecia que la modificación con carácter estable de la estructura de control de LINCE SERVICIOS y de la gestión de sus negocios y la consiguiente eliminación definitiva de un competidor potencial, no son elementos que alteren significativamente el mantenimiento de la competencia efectiva en los mercados e incluso pueden llegar a suponer mejoras en la provisión de sus servicios.

Octava.- Sin embargo, dada la relación vertical de los mercados afectados y la posición de dominio de LINCE SERVICIOS en el mercado de servicios de asistencia sanitaria, el Tribunal considera que existen suficientes elementos para apreciar que previsiblemente, sin la imposición de condiciones, la operación de concentración notificada pudiera obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en el mercado de seguros de asistencia sanitaria que requiere de dichos servicios para el desarrollo normal de su actividad.

Novena.- El Tribunal concluye, en consecuencia, que la operación debería ser aprobada, recogiendo en el DICTAMEN las condiciones a las que debería subordinarse su aprobación que reflejan en buena medida los compromisos que las empresas participantes en la operación de concentración se han impuesto en su Protocolo de Actuaciones para garantizar el mantenimiento de la competencia efectiva en los mercados afectados.

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:



TRIBUNAL
DE DEFENSA
DE LA COMPETENCIA

DICTAMEN

El Pleno del Tribunal, una vez estimados los efectos que la concentración económica objeto del presente Informe podría causar sobre la competencia en los mercados afectados, y habiendo evaluado los compromisos ofrecidos por las partes en el Protocolo de Actuaciones, considera que resultaría adecuado no oponerse a la operación notificada siempre y cuando los notificantes cumplan con las condiciones que a continuación se detallan:

PRIMERA.- Los notificantes, directamente o a través de las empresas bajo su control, deberán hacer explícito en todos sus acuerdos y contratos con los prestadores de asistencia sanitaria, hospitales y facultativos de la provincia de Ciudad Real, que no existe exclusividad alguna en la prestación objeto del contrato, ni podrán éstos contener cláusula alguna de efecto equivalente.

SEGUNDA.- Los notificantes, directamente o a través de las empresas bajo su control, se obligan solidariamente a mantener el mismo tipo y nivel de prestaciones sanitarias que en la actualidad está suministrando **LINCE SERVICIOS** a sus clientes, tanto particulares como mutuas y aseguradoras, a través de su infraestructura sanitaria presente o futura en la provincia de Ciudad Real. Esta garantía deberá operar durante los tres años siguientes a la formalización de la presente operación. Las prestaciones sanitarias objeto de la misma deberán 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



TRIBUNAL
DE DEFENSA
DE LA COMPETENCIA

bajo su control, estarán obligadas solidariamente a contratar con las entidades aseguradoras que lo soliciten la subconcertación del seguro de asistencia sanitaria concertado con MUFACE, ISFAS y MUGEJU en la provincia de Ciudad Real, durante el período de tres años, a contar desde la fecha en que se materialice la operación. Dicha subconcertación obligatoria deberá realizarse en condiciones de mercado, asegurando la objetividad, transparencia y no discriminación en la contratación y prestación del servicio.

Madrid, 3 de noviembre de 2006