

IMPLICACIONES DE LA NORMA SOBRE NEUTRALIDAD:

APLICACIÓN A OTROS SECTORES



**Sector de seguros de
salud**

Septiembre, 2015

ÍNDICE

1. NEUTRALIDAD DE LA RED EN EL SECTOR DE SEGUROS DE SALUD . 2	
Estrategias comerciales de las empresas de seguros de salud en su relación con los clientes	3
Aplicación de la regla sobre neutralidad en las estrategias de las empresas de seguros de salud	4
Principales resultados y conclusiones	7
2. ANEXO I: DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE NEGOCIO DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS DE SALUD	8
3. ANEXO II: BIBLIOGRAFÍA	11

1. NEUTRALIDAD DE LA RED EN EL SECTOR DE SEGUROS DE SALUD

Las compañías de seguros de salud proporcionan a los tenedores de pólizas de salud o asegurados servicios de asistencia sanitaria que habitualmente incluyen la atención primaria, la hospitalización, el transporte en ambulancia o tratamientos médicos especializados. Las organizaciones que operan en el sector satisfacen las necesidades de sus asegurados bien a través de su propio personal médico e instalaciones o a través de terceros, gracias al establecimiento de acuerdos con otras compañías del sector.

El modelo de negocio de las compañías de seguros de salud gira en torno a la optimización de los costes fijos y los de mantenimiento de la red de asistencia sanitaria que garantizan la alta calidad y variedad de los servicios ofrecidos, así como la gestión de los riesgos actuariales¹. Para ello debe, estas compañías precisan alcanzar número crítico de asegurados que doten de suficientes ingresos a sus pólizas. El importe de la póliza de seguro de salud de los asegurados debe garantizar la rentabilidad del negocio y, simultáneamente, cubrir sus riesgos actuariales.

Las compañías que ofrecen seguros de salud difícilmente podrían sobrevivir en el mercado sin gestionar sus riesgos, ya que el riesgo es el principal condicionante de la rentabilidad del sector.

En la medida en que la cartera de clientes sea más grande y diversificada², las empresas aseguradoras tendrán mejores posibilidades de establecer acuerdos con otras compañías y ofrecer a los clientes unas pólizas de asistencia sanitaria más competitivas. Además, una cartera de clientes amplia y diversificada en cuanto a perfiles de riesgo, permite a las empresas reducir sus riesgos actuariales. Esta reducción de riesgos puede convertirse, en última instancia, en una ventaja competitiva que incremente los ingresos de las empresas y reduzca los precios de las pólizas a los asegurados.

Con carácter general, y dependiendo del tipo de póliza, es posible distinguir entre tres tipos de consumidores:

- Seguro privado individual: La póliza de asistencia sanitaria es contratada de forma individual.

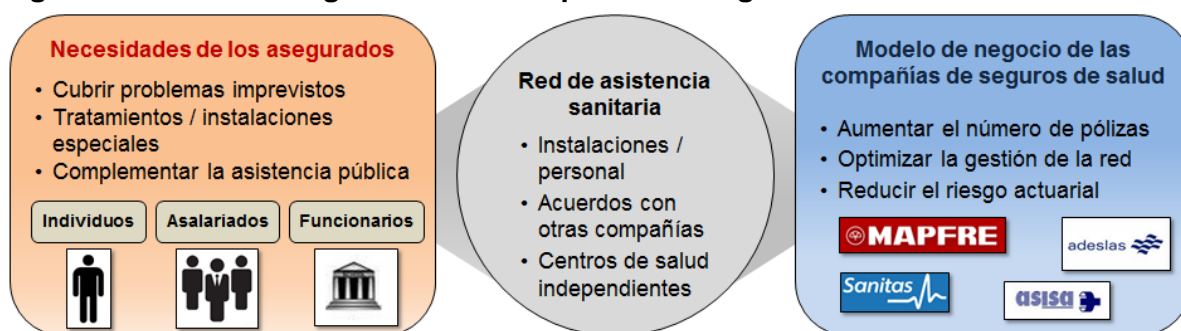
¹ El riesgo actuarial hace referencia a la posibilidad de que se materialicen eventuales escenarios negativos que dañen la solvencia de las compañías aseguradoras. Por ello, estas empresas necesitan compensar a sus asegurados de riesgo alto con asegurados de riesgo bajo, y sobre esta base mantener una cartera de clientes razonable que garantice la disponibilidad de recursos suficientes para cubrir financieramente eventuales escenarios negativos.

² Equilibrio entre los contribuyentes netos (aquellos cuyos flujos de pagos superan el valor de los servicios que reciben) y los receptores netos (aquellos cuyos flujos de pagos son inferiores al valor de los servicios percibidos).

- Seguro privado colectivo: La póliza de asistencia sanitaria es contratada por las empresas para asegurar a sus trabajadores.
- Seguro colectivo público: El sector público ofrece a los funcionarios y a otros empleados públicos asistencia sanitaria privada opcional a través de un régimen especial en el que intervienen las mutuas y las compañías que ofrecen asistencia sanitaria.

Esta distinción es importante, dado que las aseguradoras aplican diferentes estrategias sobre cada uno de los grupos de consumidores.

Figura 1: Modelo de negocio de las compañías de seguros de salud





Fuente: *Elaboración propia.*

Estrategias comerciales de las empresas de seguros de salud en su relación con los clientes

Las compañías aseguradoras utilizan diferentes estrategias para gestionar sus riesgos de forma eficiente, incrementar el número de asegurados y ganar cuota de mercado con el objetivo de conseguir así el éxito en su modelo de negocio.

- Ofertas en función del perfil del asegurado:** las compañías de seguros de salud cobran diferentes precios por sus pólizas basándose en determinadas características del individuo como la edad, el sexo o la profesión. Estas características determinan el perfil de riesgo de los asegurados. Cuanto mayor sea ese riesgo, mayor será el importe de la póliza que se aplique.
- Grado de cobertura de las pólizas de salud en función de la ubicación del asegurado:** esta estrategia se basa en el hecho de que en determinadas regiones –como en las islas o en áreas con población escasa o dispersa– resulta más difícil proporcionar servicios de asistencia sanitaria.
- Ofertas comerciales en función del grado de cobertura contratado:** Hay varias modalidades;
 - Atención gratuita o parcialmente cubierta en servicios de medicina general;
 - Atención gratuita dentro de la red sanitaria y cobertura parcial en otros centros;



- Atención médica gratuita dentro de la red sanitaria pero excluyendo servicios de hospitalización.
- iv. **Descuentos en función del número de asegurados:** por ejemplo, promociones en las pólizas de los miembros de una misma familia. Esta es una estrategia de fidelización para incrementar la cuota de mercado.
- v. **Descuentos en los pagos por adelantado:** las empresas pueden aplicar descuentos si los clientes pagan por adelantado el importe de sus pólizas. Por ejemplo, descuentos aplicados a las cuotas con periodicidad anual que se paguen por adelantado. Esta es una estrategia comercial para reducir el riesgo de cobro del importe de las pólizas y obtener una rentabilidad financiera de las cuotas. 
- vi. **Descuentos para empresas³:** en el ámbito del seguro privado colectivo, las pólizas de todos los empleados de la empresa suelen ser de la misma cuantía, al contrario de lo que sucede en la modalidad del seguro privado individual. Por otra parte, cuantos más empleados asegure una compañía, mayor podrá ser el descuento que obtenga. Esta estrategia permite a las compañías de seguros de salud incrementar su cartera de clientes y reducir sus riesgos actuariales.
- i. **Acuerdos colectivos para los funcionarios y empleados públicos:** las mutuas⁴ ofrecen condiciones muy favorables a las aseguradoras, ya que estas les garantizan una enorme cartera de clientes y de ingresos fijos. La aplicación de condiciones ventajosas en el segmento del seguro colectivo público se utiliza como compensación por reducir el riesgo actuarial y para aumentar el número de asegurados. 

Aplicación de la regla sobre neutralidad en las estrategias de las empresas de seguros de salud

La imposición de la norma sobre neutralidad afectaría notablemente a las estrategias aplicadas por las empresas de seguros de salud sobre los asegurados, ya que *“cuando se aplica la norma sobre neutralidad, todos los participantes del mercado deben ser tratados por igual en términos de precios, preferencias, calidad, cantidad o prioridad”*. Una interpretación estricta de la norma sobre neutralidad implicaría que las compañías aseguradoras no podrían distinguir entre sus asegurados en base a sus perfiles de riesgo o su ubicación, quedando así obligadas a actuar de la misma forma que el Sistema Nacional de Salud Público⁵ de España. Consecuentemente, las aseguradoras estarían obligadas a aplicar el mismo importe por póliza, no pudiendo seguir criterios de

³ En este sentido, podemos considerar el término “empresas” en una dimensión amplia, incluyendo a los colectivos y a las asociaciones profesionales.

⁴ Las mutuas son compañías intermediarias encargadas de gestionar la provisión de servicios de asistencia sanitaria para sus miembros. Las mutuas son financiadas por las contribuciones pagadas por sus miembros y normalmente ofrecen asistencia sanitaria a través de una red de salud privada. La mutua más conocida en España es MUFACE.

⁵ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Ingles.pdf proporciona una cobertura universal para todos los beneficiarios.

cobertura del riesgo actuarial.

Con todo, la imposición de precios uniformes claramente reduciría los instrumentos a disposición de las aseguradoras para gestionar sus riesgos actuariales y su red de asistencia sanitaria.

Aquellos asegurados con menor riesgo de sufrir problemas de salud tendrían que hacer frente a un incremento significativo en el importe de sus pólizas de seguro médico, dada la imposición de una cuantía única para todas ellas. Consecuentemente, algunos de estos individuos abandonarían el mercado, lo que conduciría a un incremento de los clientes de mayor riesgo sobre el total de asegurados. Como resultado de lo anterior, se produciría un incremento en los riesgos actuariales soportados por las aseguradoras, que se verían forzadas a subir los precios de las pólizas de asistencia sanitaria. Este escenario conduciría a la expulsión de una parte de las empresas del mercado y un aumento de los precios finales de la sanidad privada. En particular:

- En el caso de la póliza individual, los clientes con menor perfil de riesgo estarían menos dispuestos a contratar pólizas de asistencia sanitaria para asegurar a aquellos familiares cuyo perfil de riesgo es también bajo.
- En el caso de la póliza colectiva, las empresas estarían menos dispuestas a contratar pólizas para sus empleados pues el coste de este beneficio social se vería incrementado.
- En el seguro colectivo público, las compañías aseguradoras privadas serían más reacias a establecer acuerdos con las mutuas, ya que estas estarían principalmente integradas por personas con un perfil de riesgo elevado.⁶

Como resultado, la oferta de servicios privados de asistencia médica se vería severamente reducida. Además, los asegurados con un perfil de riesgo bajo dejarían de utilizar los servicios privados y pasarían a utilizar el Sistema Nacional de Salud para recibir asistencia sanitaria, dado que las pólizas de asistencia sanitaria privada serían menos competitivas.

El bienestar de los consumidores, en términos de asistencia sanitaria, empeoraría.

a) Impacto de la norma sobre neutralidad en las compañías aseguradoras:

- Menor número de asegurados.
- Desaparecen los instrumentos para gestionar eficazmente los riesgos actuariales.
- Desaparecen las estrategias de segmentación para captar clientes.
- Pérdida de rentabilidad en el negocio.
- Menores incentivos para invertir y desarrollar grandes redes de asistencia

⁶ Se entiende por personas con perfil de riesgo elevado aquellas cuya propensión a sufrir enfermedades es superior a la media, como resultado de determinados comportamientos o hábitos individuales, de su historial clínico o de sus antecedentes familiares o fisiológicos.

sanitaria.

b) Impacto de la norma sobre neutralidad en los consumidores:

- Los asegurados con un perfil de riesgo elevado expulsarían a aquellos de menor riesgo (selección adversa).
- Precios más altos de las pólizas de asistencia sanitaria.
- Menor oferta de servicios sanitarios privados.
- Menor variedad de servicios y/o tratamientos.

Los efectos específicos de la regla de neutralidad de cada estrategia comercial sobre los clientes se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: Resumen de las prácticas comerciales minoristas que estarían prohibidas en un escenario de aplicación de la “norma sobre neutralidad” y su impacto sobre los consumidores de seguros de salud privados

Estrategia comercial	Restricciones de la norma sobre neutralidad	Impacto en los consumidores
<p>Estrategias dirigidas a reducir el riesgo actuarial:</p> <p><i>Pólizas de seguros de salud basadas en características individuales del tomador</i></p>	<p>Todos los asegurados deben ser tratados por igual</p> <p><i>No se pueden aplicar prácticas discriminatorias en función del perfil del cliente</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · Los asegurados de menor riesgo se verían obligados a subvencionar las pólizas de los asegurados de mayor riesgo · Eventualmente, los asegurados de menor riesgo serían expulsados del mercado de seguros de salud privados · El importe de las pólizas subiría · Menor oferta de servicios sanitarios privados
<p>Descuentos en los pagos por adelantado:</p> <p><i>Descuentos en los pagos anuales</i></p>	<p>Impone unas condiciones uniformes para las diferentes formas de pago</p> <p><i>No se pueden aplicar diferencias sobre los pagos efectuados por adelantado</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · Menores incentivos para pagar el importe de la póliza por adelantado · Menores ingresos financieros conducirían a pólizas más altas
<p>Descuentos en función del número de asegurados:</p> <p><i>Descuentos para familias o grupos numerosos</i></p>	<p>Todos los participantes del mercado deben ser tratados por igual</p> <p><i>No se pueden aplicar diferenciación de precios en función del número de asegurados o del colectivo contratante</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · Menos incentivos para ofrecer descuentos · Menores incentivos para contratar seguros de asistencia sanitaria para los funcionarios
<p>Descuentos en el seguro privado colectivo:</p> <p><i>Descuentos para grupos de empleados</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> · Revisión del sistema de seguro de salud para los funcionarios
<p>Acuerdos colectivos para los funcionarios y empleados públicos:</p> <p><i>Condiciones ventajosas para las mutuas</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> · Menores incentivos a las empresas para asegurar a sus empleados · Importe de las pólizas mayor · Menor oferta de servicios privados de salud

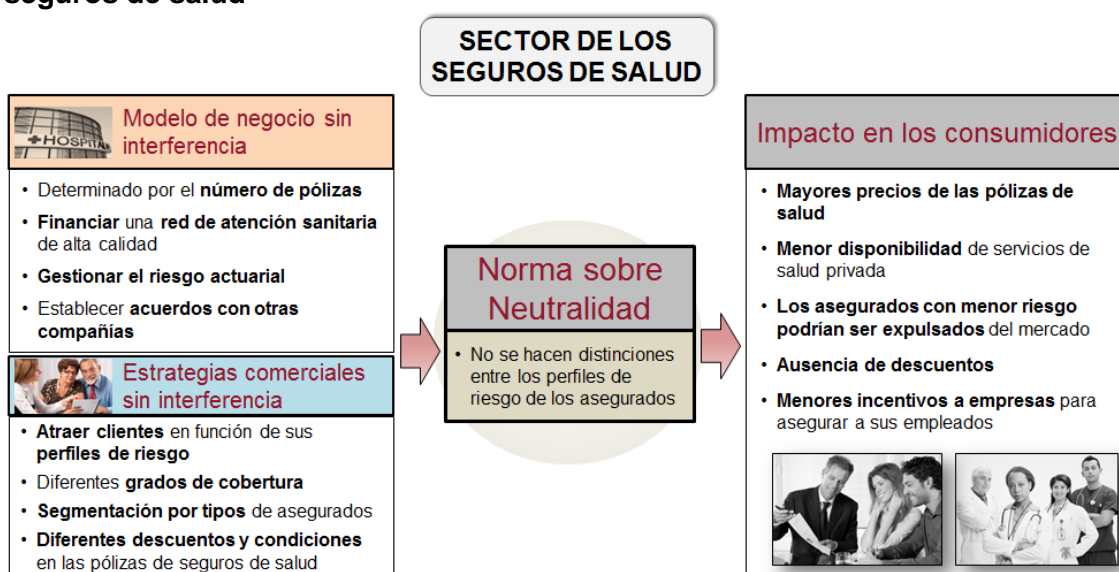
Principales resultados y conclusiones

Si se impusiera una norma sobre neutralidad en el sector de los seguros de salud, no se permitiría a las compañías aseguradoras distinguir a los clientes en función de su perfil de riesgo. Ello se traduciría en un incremento en el riesgo actuarial soportado y en mayores dificultades para optimizar la gestión de su red de asistencia sanitaria.

Una eventual norma sobre neutralidad en este sector conduciría, por tanto, a:

- Pólizas de seguros de salud más elevadas.
- Una reducción en la oferta de servicios de asistencia sanitaria privados.
- Una probable expulsión del mercado de determinados tipos de asegurados, especialmente aquellos con un riesgo menor.
- Menores incentivos a empresas y familias para contratar seguros de salud.

Figura 2: Resumen de aplicación de la “norma sobre neutralidad” en el sector de seguros de salud



Fuente: *Elaboración propia.*

2. ANEXO I: DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE NEGOCIO DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS DE SALUD

La importancia del sector de seguros de salud en España ha crecido en los últimos años. El número de pólizas de seguro médico ascendió aproximadamente en 2012 a 10,37 millones. La mayoría de los asegurados en España utilizan el sistema privado de salud como servicio complementario al sistema público de salud. La duración media de las pólizas de seguro médico existentes asciende a los 6,1 años.

El modelo de negocio de las compañías de seguros de salud consiste en aumentar el número de asegurados como estrategia para reducir el riesgo actuarial⁷ y mejorar la calidad y variedad de los servicios ofertados en su red de asistencia sanitaria. Las aseguradoras también utilizan estrategias financieras para invertir los ingresos procedentes de las pólizas, si bien deben garantizar un cierto nivel de liquidez suficiente para hacer frente a gastos imprevistos.

i) Descripción del modelo de negocio, análisis del mercado relevante y de los perfiles de los proveedores y clientes

Las compañías de asistencia sanitaria proporcionan servicios de atención médica que cubren eventos inciertos del futuro –como el riesgo de tratamiento de posibles enfermedades futuras–, a cambio de una póliza de salud. Los servicios de atención sanitaria incluyen principalmente la hospitalización, atención primaria, ambulancias y tratamientos médicos especiales.

Las compañías aseguradoras del ramo de salud más importantes en España son: Adeslas, Sanitas, DKV, AXA, ASISA y Mapfre. Además de estas, hay muchas más compañías de pequeño tamaño, algunas muy arraigadas desde el punto de vista regional y sólo prestan servicios en mercados regionales específicos.

La Comisión Nacional de los Mercados y de la Competencia (CNMC), determina que el mercado del aseguramiento sanitario tiene una dimensión regional ya que los consumidores necesitan minimizar los tiempos de viaje y estar cerca de donde se proporcionan los servicios de salud.

Las compañías de aseguramiento sanitario pueden proporcionar la asistencia bien a través de sus propias instalaciones sanitarias o bien mediante acuerdos con otros centros privados de salud. Las personas aseguradas por seguros privados de reembolso de gastos sanitarios pueden acudir a centros independientes. En última instancia, los asegurados eligen libremente el proveedor de servicios sanitarios, y las aseguradoras reembolsan los gastos de la atención sanitaria de forma total o parcial. Es habitual que las compañías aseguradoras ofrezcan a sus clientes aseguramientos de otro tipo, que habitualmente son cobrados de forma separada a la póliza de salud.

⁷ Riesgo de que un modelo calculado de la prima del seguro de salud pueda ser inexacto o sujeto a eventos imprevistos. Este modelo incluye frecuencia, gravedad y correlación de pérdidas.

Dichas empresas ofrecen una amplia red de asistencia sanitaria formada por profesionales médicos, hospitales e instalaciones similares a través de los cuales proporcionan asistencia médica. Según la póliza contratada, los clientes pueden ser divididos en tres grupos:

- Seguro privado individual: La póliza de asistencia sanitaria es contratada de forma individual o por la unidad familiar.
- Seguro privado colectivo: La póliza de asistencia sanitaria es contratada por las empresas para asegurar a sus trabajadores.
- Seguro colectivo público: los funcionarios y otros empleados públicos tienen un sistema especial de atención sanitaria. Estos empleados pueden elegir entre el sistema sanitario público y el privado. Las compañías sanitarias privadas pueden proporcionar la cobertura sanitaria a través de acuerdos con las mutualidades.

El establecimiento de esta división es importante, dado que las aseguradoras aplican diferentes estrategias sobre cada uno de los grupos de consumidores.

El modelo de negocio de este sector está basado en la provisión de una amplia red de infraestructuras sanitarias y doctores que debe cubrir la mayor variedad posible de necesidades médicas y una amplia extensión geográfica. Las compañías de seguros sanitarios necesitan atraer a un gran número de consumidores para financiar su red de servicios sanitarios, diversificar el riesgo de su cartera y reducir los costes de la incertidumbre.

A medida que van adquiriendo más clientes, las aseguradoras aumentan su poder de negociación a la hora de establecer acuerdos con los centros de salud. Al mismo tiempo, cuanto mayor y más diversificada sea la base de los clientes, más competitivas serán las pólizas de los seguros de salud.

Por lo tanto, las compañías de seguros tienen que desarrollar estrategias para aumentar su red. Es habitual, que con la finalidad de atraer a más clientes y aprovechar más las ventajas de las economías de alcance, las aseguradoras extiendan su cartera de productos hacia otras áreas como las de seguros de vida, hogar o coche.

ii) Descripción de la función de ingresos, costes y maximización del beneficio

La principal fuente de ingresos de las compañías de asistencia sanitaria procede de la venta de pólizas de seguros de salud. Las empresas también obtienen ingresos financieros por la inversión en otros activos de los fondos obtenidos por la venta de dichas pólizas.

Los principales costes están relacionados con el mantenimiento de la red de salud, el pago de indemnizaciones y los reembolsos abonados a los tomadores de las pólizas.

La incertidumbre en los costes es una de las principales particularidades del sector de los seguros de salud. Mientras que las empresas suelen conocer con certeza sus

ingresos, los costes son impredecibles. Los precios de las pólizas de salud sirven exactamente para cubrir los posibles acontecimientos o enfermedades de los tenedores de pólizas.

Por esta razón, las compañías de seguros de salud deben prestar especial atención a sus activos, pasivos y riesgos financieros. Estas compañías deben gestionar de forma eficiente sus flujos de tesorería con el objetivo de garantizar la existencia de reservas suficientes frente a una situación de incertidumbre.

iii) Descripción de los mecanismos de discriminación y sus efectos sobre la cantidad, la calidad, la eficiencia, la equidad y los incentivos de la industria

Las compañías de seguros de salud utilizan diferentes estrategias para manejar los riesgos, atraer clientes, aumentar su cuota de mercado y su poder de negociación frente a otros proveedores de servicios de salud.

- Descuentos en función del perfil del asegurado.
- Pólizas de seguros de salud en función del lugar de residencia del asegurado.
- Ofertas comerciales en función del grado de cobertura.
- Descuentos por pago anticipado de la póliza.
- Descuentos en función del número de asegurados.
- Descuentos para empresas.
- Convenios para el cuerpo de funcionarios del Estado.

3. ANEXO II: BIBLIOGRAFÍA

- CNMC (2013). *Expediente C/0530/13 SEGURCAIXA ADESLAS/ CAJASOL SEGUROS GENERALES/CAN SALUD.*
- Fundación IDIS (2013). *Barómetro de la sanidad privada 2013.*
- International Telecommunication Union (2012). *Net neutrality: A regulatory perspective.* GSR 2012. Discussion paper.
- Mapfre: <http://www.mapfre.es/seguros/es/index.shtml>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. España 2012.*
- Peitz, M.; Schweitzer, H. et al. (2014) *Market Definition, Market Power and Regulatory Interaction in Electronic Communications Markets.* Centre on Regulation in Europe (CERRE).
- Pigou, A. C. (1924). *The economics of welfare.* Transaction Publishers.
- Sanitas: <http://www.sanitas.es/>
- SegurCaixa Adeslas: <https://www.segurcaixaadeslas.es/es/particulares>
- Segurcaixa Adeslas (2013). *Informe anual integrado.*
- Solchaga Recio & asociados (2009). *Estudio sobre el sector de seguros de asistencia sanitaria en Galicia desde el punto de vista de la competencia.*
- Tirole, J. (1988). *The theory of industrial organization.* MIT press.