



Comisión  
Federal de  
Competencia  
Económica

# Estudio de competencia y libre concurrencia en seguros de gastos médicos



Comisión Federal de Competencia Económica

**Estudio de competencia y  
libre concurrencia en seguros de  
gastos médicos**

*Estudio de competencia y libre concurrencia en seguros de gastos médicos*

1ª edición: diciembre 2022.

Diseño: Pedro Antonio Ramírez Arce

Comisión Federal de Competencia Económica  
Av. Revolución N°725, Col. Santa María Nonoalco,  
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03700,  
Ciudad de México, México.  
[www.cofece.mx](http://www.cofece.mx)

**Derechos reservados conforme a la ley. ©COFECE, 2022.**

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

El presente documento no debe entenderse como una interpretación oficial de la Comisión Federal de Competencia Económica (COFECE) respecto de la Ley Federal de Competencia Económica, ni podrá ser utilizada para vincular a la COFECE por motivo alguno. La COFECE invoca su facultad para aplicar las disposiciones normativas en materia de competencia económica sin miramiento al presente documento.

# CONTENIDO

<b>SIGLAS, ACRÓNIMOS Y SÍMBOLOS</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>14</b>
<b>1. Panorama del sector asegurador</b>	<b>15</b>
1.1. Antecedentes	<b>15</b>
1.2. La regulación separa los seguros de gastos médicos de los de salud	<b>20</b>
1.3. Los mercados están concentrados	<b>22</b>
1.4. Seguros individuales y colectivos	<b>26</b>
<b>2. Análisis de precios</b>	<b>29</b>
2.1. Tendencia al alza en las primas	<b>29</b>
2.2. Altas variaciones en primas	<b>30</b>
2.3. Determinantes de las primas	<b>33</b>
2.4. Relación entre estructura de mercado y precios de los servicios hospitalarios	<b>40</b>
2.5. Innovación tecnológica y nuevos modelos de negocio	<b>45</b>
<b>3. Obstáculos a la competencia y libre concurrencia</b>	<b>51</b>
3.1. Costos de cambiar de aseguradora	<b>51</b>
3.2. La forma de remunerar a los agentes de ventas disuade la entrada	<b>57</b>
3.3. La incertidumbre jurídica dificulta la innovación	<b>60</b>

<b>4. Comportamiento de los consumidores y arquitectura de las decisiones</b>	<b>63</b>
4.1. Los consumidores no conocen suficientemente los seguros que adquieren	<b>63</b>
4.2. Las aseguradoras registran muchos planes poco diferenciados	<b>66</b>
4.3. Los consumidores no tienen información suficiente para tomar la mejor decisión	<b>70</b>
<b>5. Compendio de recomendaciones</b>	<b>79</b>
<b>6. Comentarios finales</b>	<b>83</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO I. Modelos econométricos</b>	<b>i</b>
<b>ANEXO II. Fallas de mercado que resuelven las <i>insurtech</i></b>	<b>xii</b>
<b>ANEXO III. Número y características de los planes de SGM</b>	<b>xiii</b>
<b>ANEXO IV. Matriz de recomendaciones según las Herramientas para evaluar la competencia de la OECD</b>	<b>xv</b>

## Siglas, acrónimos y símbolos

<b>AFM</b>	Autoridad de los Mercados Financieros de los Países Bajos (siglas en inglés)
<b>AIM</b>	Asociación Insurtech México
<b>API</b>	Interfaces de programación de aplicaciones informáticas (por sus siglas en inglés)
<b>A&amp;E</b>	Seguros de Accidentes y Enfermedades
<b>Banxico</b>	Banco de México
<b>CFC</b>	Comisión Federal de Competencia (extinta)
<b>Circular Única</b>	Circular Única de Seguros y Fianzas
<b>CNBV</b>	Comisión Nacional Bancaria y de Valores
<b>CNSF</b>	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
<b>COFECE</b>	Comisión Federal de Competencia Económica
<b>Condusef</b>	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros
<b>CPEUM</b>	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
<b>CR4</b>	Concentración de los cuatro agentes de mayor tamaño en el mercado
<b>CSG</b>	Consejo de Salubridad General
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>EE.UU.</b>	Estados Unidos de América
<b>ENIF</b>	Encuesta Nacional de Inclusión Financiera
<b>GPC</b>	Guías de Práctica Clínica a las que se refiere el artículo 32 de la Ley General de Salud
<b>IHH</b>	Índice Herfindahl-Hirschman
<b>IMCO</b>	Instituto Mexicano para la Competitividad
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Inegi</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>ISES</b>	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>LFCE</b>	Ley Federal de Competencia Económica
<b>LFPC</b>	Ley Federal de Protección al Consumidor

<b>LFIF</b>	Ley Federal de Instituciones de Fianzas (abrogada a partir del 4 de abril de 2015)
<b>LGISMS</b>	Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (abrogada a partir del 4 de abril de 2015)
<b>LGS</b>	Ley General de Salud
<b>LISF</b>	Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
<b>LITF</b>	Ley para Regular las Instituciones de Tecnología Financiera
<b>LPDUSF</b>	Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
<b>LSCS</b>	Ley Sobre el Contrato de Seguros
<b>NCC</b>	Consejo de Consumidores de Noruega (siglas en inglés)
<b>OECD</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (por sus siglas en inglés)
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>Profeco</b>	Procuraduría Federal del Consumidor
<b>RASF</b>	Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas
<b>Salud</b>	Secretaría de Salud
<b>SGM</b>	Seguro de gastos médicos
<b>SHCP</b>	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>TMCA</b>	Tasa media de crecimiento anual
<b>ZMVM</b>	Zona Metropolitana del Valle de México

### **Atribución legal**

La LFCE, artículo 12, fracción XXI, faculta a la COFECE para promover el estudio, la divulgación y la aplicación de los principios de libre competencia y competencia económica.

Este estudio está alineado al Plan Estratégico 2018-2021 y al Plan Estratégico 2022-2025 de la COFECE, que establecen la realización de estudios de mercado que identifiquen restricciones a la competencia en sectores prioritarios y, en su caso, el monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones emitidas.

La Comisión, en ambos Planes, con el fin de orientar sus esfuerzos hacia sectores en los que puede tener mayor impacto en el crecimiento económico y bienestar para las personas, ha establecido a los sectores salud y financiero como prioritarios. Con base en ellos, la Comisión realizó el presente estudio, sin que esto implique dejar de atender problemas de competencia en otros sectores. La realización y publicación de este estudio no prejuzga sobre posibles violaciones a la LFCE.



## Resumen ejecutivo

El presente estudio en el mercado de Seguro de Gastos Médicos (SGM) identifica problemas de competencia y libre concurrencia y propone un conjunto de recomendaciones para mitigarlos.

Los SGM son instrumentos financieros que permiten trasladar resultados económicos negativos ocasionados por daños o riesgos a la salud, de manera que la pérdida económica que enfrenta un individuo se comparta entre un grupo de personas que resisten dichos daños o riesgos de forma colectiva.

El análisis del mercado de SGM se justifica por varias razones, entre ellas:

- El gasto de bolsillo en México es uno de los más altos del mundo. Los SGM evitan que las familias tengan que pagar grandes sumas para atenderse, las cuales pueden llegar a ser catastróficas.
- 13 millones de personas en nuestro país están cubiertas por SGM.
- La población mexicana está envejeciendo y demandará más servicios de salud. Este fenómeno implica llevar a cabo acciones para financiar la prevención y atención a las enfermedades crónico-degenerativas.
- Las plataformas digitales están impulsando la innovación tecnológica en el sector asegurador en el ámbito internacional, mediante el uso de grandes datos, el aprendizaje automatizado, la inteligencia artificial y la cadena de bloques.

### Diagnóstico

*El mercado de SGM se caracteriza por tener pocos competidores de gran tamaño.*

- Las cuatro aseguradoras más grandes concentran 75% de las primas de SGM. Esta concentración en pocos competidores se observa tanto en los seguros individuales como en los colectivos.
- En México, los SGM son el ramo de seguros más concentrado con excepción de los seguros de salud.

*El mercado de SGM no funciona de manera eficiente.*

- La dispersión de las primas o precios de las pólizas entre aseguradoras es alta, incluso en el seguro básico estandarizado, que es un producto homogéneo. Ello es indicio de que el mercado no funciona adecuadamente, puesto que la teoría microeconómica predice que en un mercado con competencia perfecta y bienes homogéneos no puede haber discriminación de precios.
- Las primas también varían considerablemente por entidad federativa. Las primas son más altas en las entidades federativas que tienen los hospitales con más camas y PIB *per cápita* más alto.

*Tampoco funciona eficientemente el mercado relacionado de servicios de atención hospitalaria.*

- Las primas de las pólizas de SGM tienen una tendencia al alza, lo que está directamente relacionado con el aumento en los costos que experimentan las aseguradoras que se deben, en mayor medida, a los siniestros que pagan a los hospitales.
- Los grandes grupos hospitalarios, que tienen los hospitales de mayor tamaño, son fundamentales en la prestación de servicios para las personas aseguradas. Aunque muchos hospitales pequeños participan en el mercado, en general no disponen de los especialistas y la infraestructura necesarios para atender enfermedades y emergencias complejas y costosas. Los hospitales necesitan estar certificados por el CSG para que las aseguradoras efectúen el pago directo del siniestro.
- En la Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León y el Estado de México se concentran 79% de los hospitales con más de 100 camas y 70% de los pagos de las aseguradoras. Los precios de los servicios hospitalarios son significativamente más altos en estas entidades, incluso en padecimientos comunes cuya atención debería ser estándar. Esto podría ser indicio de que las aseguradoras tienen poco poder de negociación en relación con los hospitales más grandes.
- Los resultados econométricos muestran que las primas de las pólizas de los SGM individuales son 12% más caras en las entidades federativas que cuentan con hospitales privados con más de 100 camas. Además, la concentración de las aseguradoras tiene un efecto imperceptible sobre las primas. Esto sugiere que cuando los

costos de los servicios hospitalarios son más altos, las aseguradoras trasladan parte de estos a los consumidores a través de primas más altas.

- Otros resultados econométricos muestran que los costos de hospitalización tienden a disminuir cuando sube la concentración de las aseguradoras, pero que se elevan cuando se fortalece la concentración de los hospitales. No obstante, este efecto ocurre principalmente en los mercados que no tienen hospitales grandes, ya que en presencia de estos últimos los costos de atención hospitalaria aumentan 34%.

*Los consumidores enfrentan altos costos por cambiar de aseguradora.*

- Los costos de cambiar de aseguradora provocan que muchas personas queden atadas a su primera elección de aseguradora (*lock-in*). Los consumidores que ya tienen un seguro no pueden moverse hacia aseguradoras con planes más atractivos en precios o calidad, lo que daña la competencia.
- Las aseguradoras no están obligadas a reconocer la antigüedad de los clientes que provienen de otras aseguradoras, por lo que los consumidores prefieren mantenerse con la misma aseguradora. Además, las aseguradoras no cubren los padecimientos preexistentes y los periodos de espera para la atención de algunos vuelven a comenzar desde cero. Finalmente, en algunos casos los asegurados pagan penalizaciones por cancelaciones anticipadas, incluso cuando no utilizan la póliza.

*Las decisiones de compra de los asegurados se dificultan por la oferta de distintas opciones poco diferenciadas, la falta de información y la incertidumbre sobre las consecuencias de una enfermedad futura.*

- Los consumidores enfrentan incertidumbre sobre el futuro de su salud. Las enfermedades que requerirán tratamientos costosos son impredecibles y la calidad de la atención no puede conocerse con anticipación. A ello se añade la incertidumbre sobre el impacto que tendrá la enfermedad en las condiciones generales de salud del individuo, sus ingresos familiares y su recuperación. La incertidumbre dificulta tomar la mejor decisión para contratar un SGM.
- Los SGM son productos complejos en los que los consumidores tienen dificultades para valorar correctamente su relación cali-

dad-precio. De acuerdo con la ENIF (2018), 20% de los usuarios mexicanos no conocía el costo de la prima del SGM que adquirieron. Ello conduce a que los mercados no funcionen adecuadamente, ya que las aseguradoras no tienen los suficientes incentivos para ofrecer productos con una adecuada relación calidad-precio.

- La capacidad cognitiva de los consumidores para analizar todas las opciones de productos complejos tiene un límite (racionalidad acotada). Esta dificultad aumenta cuando las aseguradoras ofrecen distintos planes con diferencias poco perceptibles para los consumidores. Cada aseguradora ofrece, en promedio, siete planes individuales distintos de SGM. En el extremo, una aseguradora ofrece hasta 33 opciones aparentemente diferentes.

*La distribución y comercialización de seguros a través de agentes y su forma de remunerarlos disuade la entrada.*

- Los agentes son el principal canal de venta de los SGM, puesto que ocho de cada diez productos individuales o colectivos se comercializan a través de ellos. Debido a la gran variedad de productos que existen en el mercado, los agentes de seguros cumplen la función de resolver las dudas de los interesados y ofrecer la opción que mejor se adaptaría a sus necesidades.
- Las aseguradoras que quieran incursionar en el mercado de SGM, además de contar con una red médica y de servicios, también necesitan tener acceso a una red de agentes de ventas. Las aseguradoras entrantes podrían comercializar sus productos mediante las redes de agentes existentes, persuadiéndolos de que incluyan sus productos en su portafolio; no obstante, los agentes tienen incentivos a esforzarse más en vender los productos por los que reciben comisiones y bonos más altos. Las aseguradoras más grandes pagan comisiones directas más altas a los agentes, lo que es un indicio de que las comisiones estarían disuadiendo la entrada de nuevos competidores.
- Los agentes pueden vender seguros de una sola compañía o de varias. Algunas aseguradoras tienen la estrategia de pagar comisiones condicionadas a alcanzar ciertas metas de ventas, por lo que se les llama contingentes, las cuales consisten en bonos o viajes anuales. En consecuencia, los agentes tienen incentivos a esforzarse más en vender los productos con los que alcanzarán la meta que

los harán acreedores a las comisiones contingentes. Esta estrategia impide que las aseguradoras entrantes puedan incorporar sus productos a las carteras de los agentes registrados, lo que constituye un obstáculo a la entrada.

- En el ámbito internacional, la Comisión Europea recomendó prohibir que las comisiones que reciben los agentes se vinculen a metas de ventas, puesto que crean un conflicto de interés. Los agentes se enfocan en vender un plan específico o de una aseguradora en particular, sin considerar cabalmente las características de sus clientes.

*La incertidumbre jurídica afecta la entrada de nuevas empresas y la innovación a través de modelos novedosos.*

- Las empresas tecnológicas *insurtech* tienen el potencial de aumentar la variedad, cantidad y calidad de los seguros y hacer más eficiente su comercialización. El esquema de modelos novedosos es una vía para impulsar la innovación y facilitar la entrada de nuevos jugadores. Aunque la CNSF ya publicó las disposiciones para regular la operación de modelos novedosos en seguros e inscribirlos en un registro público, no ha recibido solicitudes para autorizarlos.
- La regulación respecto a la interconexión y compartición de datos de las aseguradoras a través de las API (*open finance*) no ha sido emitida. Esta regulación podría facilitar el intercambio de datos de empresas establecidas con los entrantes, previo pago del solicitante. Ello daría lugar tanto a la entrada de empresas dedicadas a ofrecer servicios basados en datos de usuarios (intermediarios de datos), como de las empresas tecnológicas *insurtech*. La ausencia de esta regulación reduciría la certeza jurídica necesaria para invertir.

## **Recomendaciones**

Con el fin de promover la competencia y la libre concurrencia, así como hacer más eficiente el mercado de SGM, este estudio propone once recomendaciones que se agrupan en cuatro vertientes:

- I. Fomentar la transparencia en el mercado relacionado de servicios hospitalarios.
- II. Mejorar la movilidad de los consumidores.
- III. Disminuir los costos de búsqueda para los consumidores.
- IV. Reducir barreras a la entrada.

## Introducción

El presente estudio de competencia en el mercado de SGM identifica obstáculos a los procesos de libre competencia y competencia económica y propone recomendaciones a fin de alcanzar mayor eficiencia en este mercado y, en consecuencia, que los consumidores dispongan de productos de mayor calidad a menores precios. Ello con fundamento en el artículo 12, fracción XXI de la LFCE.

Este estudio está alineado al Plan Estratégico 2018-2021 y al Plan Estratégico 2022-2025 de la COFECE, que establecen la elaboración de estudios de mercado que identifiquen restricciones a la competencia en sectores prioritarios, en este caso, los sectores financiero y salud.

Los SGM tienen un valor de mercado de 92 mil millones de pesos anuales y brindan cobertura a 13 millones de personas. El 71% de los SGM son adquiridos a través de empresas y organizaciones como una prestación a sus empleados. Un beneficio de los SGM es que los servicios de salud privados liberan recursos de los servicios públicos, que pueden ser canalizados a la población más necesitada.

Este estudio identificó que existen problemas de competencia y obstáculos a la libre competencia en el mercado de SGM, así como en el mercado relacionado de servicios de atención hospitalaria. El estudio concluye que es necesario modificar la regulación e instrumentar otras medidas de política pública con el fin de introducir mayor competencia, mejorar la eficiencia en estos mercados y promover la innovación.

Para analizar estos aspectos, el estudio brinda un panorama económico del mercado; analiza estadísticamente los precios, incluyendo la estimación de dos modelos econométricos; identifica los principales obstáculos económicos y regulatorios a la libre competencia y la competencia económica; analiza el contexto en el que los consumidores toman las decisiones de contratación y los costos de cambiarse de aseguradora. También presenta un compendio de recomendaciones.

La aportación de este estudio es abordar, desde un enfoque de competencia, la interrelación de la estructura de los mercados de aseguradoras y hospitales en México, así como su impacto en los precios de las pólizas y los servicios de atención hospitalaria. En ninguna circunstancia o supuesto, los hallazgos del presente estudio implican un prejuicio respecto de posibles violaciones a la LFCE.

# 1. Panorama del sector asegurador

## 1.1. Antecedentes

Los seguros son “instrumentos financieros que permiten trasladar, de manera parcial o total, resultados económicos negativos ocasionados por siniestros o riesgos, de manera que el valor de los daños o pérdidas que afronta un individuo o empresa se comparta entre un grupo de personas o empresas que resisten dichos daños o pérdidas de forma agregada, a fin de tener un efecto mucho menor en el caso de que el evento se presentara de forma individual”.<sup>1</sup>

Un siniestro es cualquier resultado (positivo o negativo) que produzca efectos sobre la póliza de seguro.<sup>2</sup> Esta última es el conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones entre asegurador y asegurado, así como los términos y condiciones específicos.<sup>3</sup>

Al precio del seguro se le conoce como prima, cuyo pago garantiza que la póliza esté vigente durante el periodo acordado, generalmente un año. Las primas que pagan las personas aseguradas que no sufrieron daño o pérdida contribuyen a reparar el de aquéllas que sí fueron afectadas. El papel de las empresas aseguradoras es administrar los fondos de los asegurados para indemnizar a los afectados por un siniestro.<sup>4</sup>

---

1. COFECE (2014a, p. 884).

2. Circular Única, Anexo 5.4.2-b.2.

3. CNSF (2021a, p. 4).

4. COFECE (2014a, p. 884).

El factor fundamental que explica la demanda de seguros es la aversión al riesgo del asegurado de sufrir una pérdida financiera a consecuencia de un siniestro. Ello implica que el seguro no cubre el riesgo del siniestro en sí mismo —una enfermedad en este caso— sino la pérdida de riqueza derivada de los costos que supone la restauración de la salud o su tratamiento.<sup>5</sup>

Los mercados de seguros presentan fallas de mercado que hacen que no siempre se logren asignaciones eficientes.<sup>6</sup> En estos mercados suele estar presente el problema de información asimétrica conocido como selección adversa, que se refiere a que un individuo tiene información personal que la aseguradora desconoce antes de la compra-venta del seguro, pero que podría explicar el interés por adquirir un seguro por parte de los individuos más propensos a tener un siniestro.<sup>7</sup> Por ejemplo, una persona enferma buscaría ocultar su verdadero estado de salud y adquirir un seguro.

Otro problema de información asimétrica es el riesgo moral, el cual aparece cuando una persona tiene incentivos a tomar riesgos que no asumiría si no estuviera asegurado, al tiempo que la aseguradora desconoce la conducta del asegurado.<sup>8</sup> Por ejemplo, una persona asegurada emprendería acciones más peligrosas o haría un menor esfuerzo en cuidar su salud.

La incertidumbre sobre el estado de salud futuro es lo que hace posible que existan los seguros de gastos médicos. Si los individuos y las aseguradoras tuvieran certeza sobre los siniestros que ocurrirían en el futuro, únicamente las personas más proclives a sufrirlos desearían contratar un seguro y, a su vez, las aseguradoras no querrían asegurarlas porque significarían mayores erogaciones.<sup>9</sup>

Los mercados de seguros fueron analizados anteriormente por esta Comisión (COFECE, 2014). Los principales hallazgos de ese estudio fueron:

---

5. Ferreiro, Saavedra y Zuleta (2004).

6. Pauly (1968).

7. Rothschild y Stiglitz (1976); De Meza y Webb (2001).

8. Blomqvist (1997).

9. Arrow (1963, p. 945).



- Baja penetración de los seguros, medida como la prima directa como porcentaje del PIB (1.8% para 2013).<sup>10</sup> Sólo 4.5% de los hogares tenía contratado un seguro.
- Poca transparencia de los oferentes hacia los consumidores en cuanto a precios y condiciones de las pólizas.
- Productos de seguros complejos, como consecuencia de la tendencia de la industria a diseñar productos a la medida o personalizados. Por ello, los agentes de seguros certificados por la CNSF se vuelven indispensables para su venta.
- Fallas de información, en específico, la relacionada con el historial de riesgos de los asegurados.

Para atender dicha problemática, la COFECE recomendó, entre otras medidas:

- Diseñar plataformas de información para los consumidores de seguros.
- Crear un buró de riesgos administrados por agentes distintos a las aseguradoras o asociaciones de instituciones de seguros, que ofrezcan productos de valor agregado tanto para los consumidores como para las aseguradoras.<sup>11</sup>
- Fomentar los contratos de adhesión, que son pólizas previamente establecidas y con un alto grado de estandarización, cuyo otorgamiento y renovación no requieren de la participación de un agente de seguros.<sup>12</sup>

En 2020, la Comisión consideró necesario profundizar el análisis de los SGM. Las razones para ello son: En primer lugar, la prevalencia del gasto de bolsillo en salud. Con este concepto se denomina a los pagos asumidos por los pacientes cuando el seguro —público o privado— no cubre completamente los costos de atender la salud; incluye coaseguros,

---

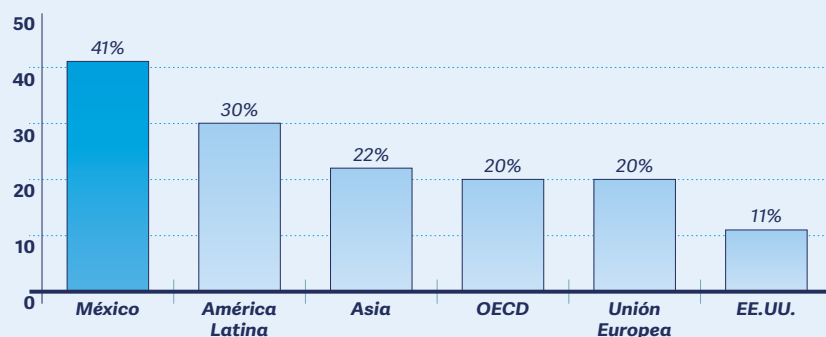
10. El promedio en los países de la OECD entre 2003 y 2010 osciló entre 8% y 10% (COFECE, 2014a).

11. En el estudio de 2014, la COFECE señaló que los burós de riesgo administrados por agentes distintos a las aseguradoras o asociaciones de instituciones de seguros son una práctica global ya presente en Australia, EE.UU. y Gran Bretaña (COFECE, 2014b, p. 917).

12. COFECE (2014b, pp. 924-925).

automedicación y otros gastos pagados directamente por los hogares.<sup>13</sup> En México, el gasto de bolsillo representa 41% del gasto en salud, que es uno de los porcentajes más altos en el mundo (Gráfica 1).

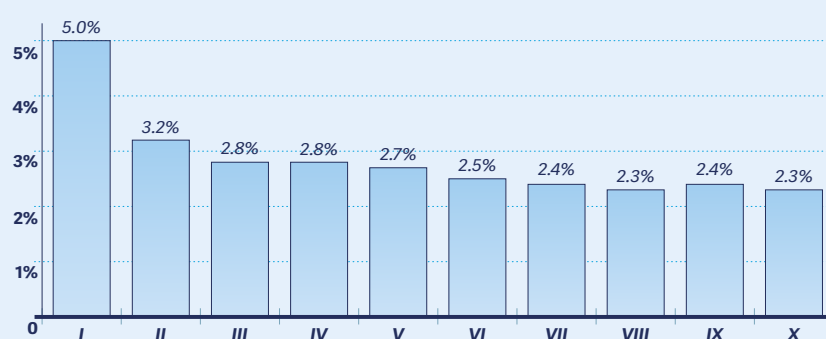
**Gráfica 1. Gasto de bolsillo en salud en México y el mundo, 2018 (Porcentaje del gasto total en salud)**



Fuente: COFECE con base en OECD (2019).

El gasto de bolsillo representa una mayor proporción del ingreso de las familias de menores recursos (Gráfica 2). Cuando dichos gastos son tan altos que los demás gastos familiares tienen que reducirse hasta el nivel en el que dejan de cubrirse las necesidades básicas de consumo, se dice que estos gastos son catastróficos.<sup>14</sup>

**Gráfica 2. Gasto de bolsillo en salud con relación al ingreso por decil de ingreso, 2020 (Porcentaje)**



Gasto de bolsillo: Incluye atención primaria o ambulatoria, atención hospitalaria y medicamentos sin receta.

Fuente: COFECE con base en Inegi (2020c).

13. OECD (2009, p. 146).

14. Pal (2012).

El SGM protege las finanzas de las familias en caso de enfermedad, al menos hasta cierto nivel de gasto, por lo que limitan su exposición a gastos catastróficos. Con datos para la India, Joglekar (2008) concluye que la probabilidad de que los gastos en salud sean catastróficos disminuye 10% cuando el jefe del hogar está asegurado. Este estudio no encontró evidencia de una investigación similar para México.

En segundo lugar, los servicios privados de salud atienden a una parte no desdeñable de la población. En 2020, las consultas externas en establecimientos privados ascendieron a más de 12 millones al año (12% del total de consultas);<sup>15</sup> 1.9 millones de personas egresan anualmente de hospitales privados<sup>16</sup> (340 mil más que en los hospitales del IMSS),<sup>17</sup> y el valor de mercado de los medicamentos comprados en farmacias asciende a 44,500 millones de pesos al año (36% del mercado).<sup>18</sup> Entre 2019 y 2020, probablemente por el efecto del confinamiento por la Covid-19, las consultas y egresos de los hospitales privados disminuyeron 14% y 2%, respectivamente.<sup>19</sup>

La demanda de los servicios privados de salud es generada, por un lado, por las personas sin acceso a un servicio público: El 26% de la población declaró no estar afiliada a alguna institución de salud en el Censo de población y vivienda 2020.<sup>20</sup> Por el otro, algunas familias complementan el acceso que tienen a servicios públicos con servicios privados: En 2018, 10% de las familias afiliadas al IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de la Marina o Petróleos Mexicanos también contaban con SGM.<sup>21</sup> De acuerdo con González, Aldape, Cahuana, Díaz y Gutiérrez (2018):

---

15. Inegi (2020b). El dato de consultas externas incluye la suma de las consultas externas de primera vez y las consultas externas subsecuentes. De 2016 a 2019, las consultas externas crecieron a una tasa promedio de 3%.

16. Inegi (2020b).

17. IMSS (2020). Servicios médicos proporcionados en hospitalización, variación absoluta y porcentual 2020. Cifra al cierre de 2020.

18. Inegi (2019a). Cifra al cierre de 2019.

19. Inegi (2020b). Las consultas pasaron 14.0 millones en 2019 a 12.0 millones en 2020; los egresos de 1.94 millones en 2019 a 1.91 millones en 2020.

20. Inegi (2020a).

21. Estimación de la COFECE con microdatos de la ENIF 2018 (Inegi, 2018).

*“Por un lado, los mexicanos buscan servicios de salud con comodidad y de calidad, además de precios accesibles para contender con las crecientes exigencias familiares en un entorno urbano complicado. Por otro lado, el uso de servicios privados se debe también a que los servicios de salud provistos por las instituciones gubernamentales, a las que la mayor parte de los mexicanos están afiliados, son insuficientes, de difícil acceso e insatisfactorios”.<sup>22</sup>*

En tercer lugar, la población mexicana está envejeciendo: Entre 2010 y 2020, la población de 65 años y más creció a una TMCA de 4.1%, que contrasta con la TMCA de 1.3% de la población total para el mismo periodo.<sup>23</sup> El cambio en la pirámide demográfica debe conducir a reflexionar sobre las políticas públicas necesarias para prevenir y atender enfermedades crónico-degenerativas, así como los mecanismos para financiar su atención.

Finalmente, en el ámbito internacional, el sector asegurador está experimentando un proceso de innovación tecnológica impulsado por plataformas digitales que utilizan las nuevas tecnologías. Se espera que estas tecnologías traigan consigo cambios sustanciales en la eficiencia de estos mercados e introduzcan mayor presión competitiva.

## 1.2. La regulación separa los seguros de gastos médicos de los de salud

La LISF, artículo 25, divide a los A&E en tres ramos: salud, accidentes personales y gastos médicos (Figura 1).

**Figura 1. Ramos de seguros de accidentes y enfermedades**

	SALUD	ACCIDENTES PERSONALES	GASTOS MÉDICOS
<b>Accidentes y enfermedades =</b>	Cubren servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud.	+ Cubren lesiones o incapacidad que afecte la integridad personal o la salud del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito.	+ Cubren los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud.

Fuente: Circular Única, Anexo 5.4.2-b.2.

22. González Block *et al.* (2018, p. 30). El Instituto de Salud para el Bienestar, que en 2020 sustituyó al Seguro Popular, no solicitó afiliación ni cuotas para recibir atención médica y medicamentos, aunque el usuario debía presentar documentos de identificación (acta de nacimiento o Clave Única de Registro de Población y credencial del Instituto Nacional Electoral).

23. Conapo (2021, p. 93).

Las coberturas que pueden tener los contratos de seguros en el ramo de gastos médicos están establecidas en el artículo 27 de la LISF (fr. IV):

*“IV. Para el ramo de gastos médicos, los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad. Las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas autorizadas para operar este ramo, podrán ofrecer como beneficio adicional dentro de sus pólizas, la cobertura de servicios de medicina preventiva, sólo con carácter indemnizatorio”.<sup>24</sup>*

Y los del ramo de salud (fr. V):

*“V. Para el ramo de salud, los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado”.*

La regulación separa a los SGM, operados por aseguradoras, de los de salud, operados por las ISES. La reforma de 1999 de la LGISM creó a las ISES.<sup>25</sup> El objetivo de esta reforma fue regular y homogeneizar un mercado, fuera del sector asegurador, en el que las llamadas administradoras de servicios de salud efectuaban acciones de “medicina prepagada” para los servicios médicos de los empleados bancarios y de organismos públicos descentralizados federales y estatales que contaban con el “esquema de reversión de cuotas con subrogación de servicios” por parte del IMSS.<sup>26</sup> En los hechos, la reforma permitió ampliar o extender los convenios de reversión de cuotas y subrogación de servicios con el IMSS, de tal manera que las ISES se dedican a comercializar seguros de salud dirigidos a prevenir enfermedades y para restaurar la salud, con la posibilidad de ofrecer SGM. En cambio, las aseguradoras sólo pueden ofrecer seguros de salud si crean una ISES.<sup>27</sup>

---

24. El carácter indemnizatorio de la aseguradora se refiere al pago que le hace al asegurado por los servicios incurridos que fueron necesarios para diagnosticar un padecimiento que está en la cobertura de su póliza (por ejemplo, consultas o estudios de laboratorio).

25. Dictamen del Decreto que reforma la LGISM.

26. Véase Leal (2005, pp. 46-48), Lara di Lauro (2005, pp. 2-3) y Fernández (1999, p.16).

27. Por ejemplo, AXA Seguros creó una ISES para ofrecer seguros de salud.

Este estudio no encontró una separación similar entre SGM y seguros de salud en otros países. En países con sistemas de salud privados (Chile, Colombia, EE.UU.) un solo seguro de salud incluye los beneficios que en México están separados en estos dos.<sup>28</sup> En países de la Unión Europea donde coexisten los sistemas de salud público y privado —como Alemania, España, Francia, Reino Unido— las personas contratan un seguro voluntario, que incluye tanto atención preventiva como reactiva, para cubrir cualquier servicio que no esté contemplado por el sistema público, cubrir siniestros que impliquen un gasto mayor, tener un acceso más rápido al tratamiento o elegir un mejor proveedor de atención médica.<sup>29</sup>

A pesar de que ya pasaron más de 20 años de la reforma que dio origen a las ISES, el modelo de negocio de los seguros de salud no se ha consolidado. Las ISES participan poco en el aseguramiento de los gastos de salud. En 2020, la venta de seguros de salud fue de 3.2 mil millones de pesos (3% del ramo de A&E) asegurando a 1.3 millones de personas (1% de la población); en contraste, los ingresos por venta de SGM ascendieron a casi 94 mil millones de pesos (94% del ramo de A&E) cubriendo a 13.4 millones de personas (10% de la población).<sup>30</sup>

Este estudio se enfoca en los SGM debido a las notables diferencias tanto en la penetración en el mercado como en los modelos de negocio entre las aseguradoras y las ISES.

### **1.3. Los mercados están concentrados**

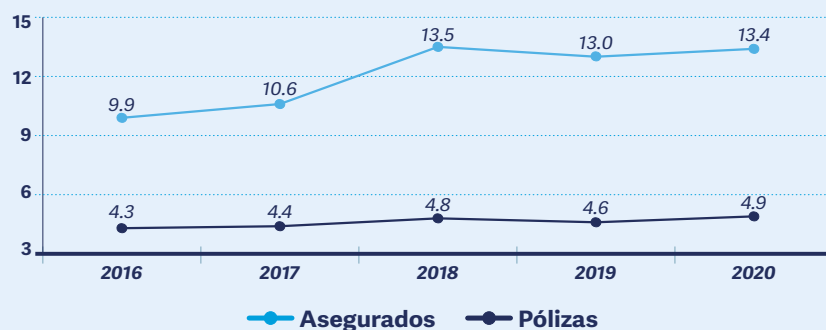
De 2016 a 2020, las personas cubiertas por un SGM aumentaron de 9.9 a 13.4 millones y el número de pólizas de 4.3 a 4.9 millones (Gráfica 3), lo que significó un crecimiento promedio anual de 7.9% y 3.3% en el número de asegurados y pólizas emitidas, respectivamente.

---

28. Sagan y Thomson (2016) y Mathauer y Kutzin (2018).

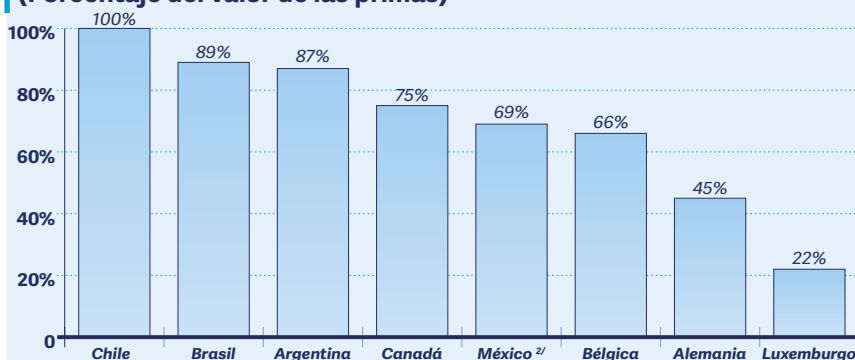
29. Los seguros de salud voluntarios pueden cubrir tanto la atención preventiva como reactiva de los pacientes, por lo que pueden clasificarse como productos sustitutos, complementarios o suplementarios de los servicios del sistema de salud público. Véase Sagan y Thomson (2016) y Mathauer y Kutzin (2018).

30. CNSF (2020a) y CNSF (2020b).

**Gráfica 3. Asegurados y pólizas de SGM, 2016-2020 (Millones)**

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020a).

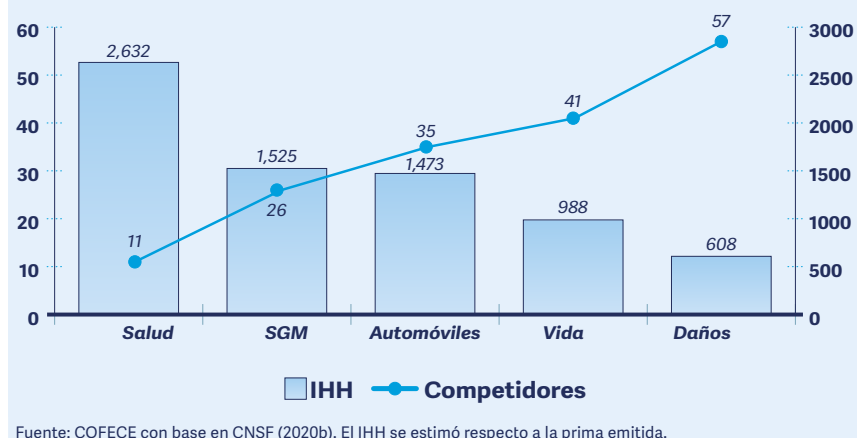
Los sistemas de salud de los diferentes países tienen elementos —cobertura, gestión, organización, regulación, financiamiento o prestación de servicios— que determinan la importancia relativa de los servicios público y privado, así como la estructura de mercado. Las características del sistema de salud mexicano lo asemejan al de países en los que el Estado delega una parte de la atención a la salud a los prestadores de servicios privados. En contraste con la estructura de mercado en países europeos con sistemas de salud similares, el mercado mexicano de SGM está más concentrado, pero menos que en otros países de América (Gráfica 4).

**Gráfica 4. CR4 en seguros de salud de países seleccionados, 2018<sup>1/</sup> (Porcentaje del valor de las primas)**<sup>1/</sup> La información de Canadá y Chile es de 2020.<sup>2/</sup> La información de México es de SGM (individuales y colectivos).

Fuente: COFECE con información de CNSF (2020b) y reportes de los países disponibles en: Asociación de Aseguradores de Chile (2021), Superintendencia de Seguros Privados (2021), Fraser Group (2021) e Insurance Europe (2021).

Comparándolo con otros ramos de seguros, sólo el mercado de los seguros de salud está más concentrado que el de los SGM (Gráfica 5). Las cuatro aseguradoras con mayor participación en SGM concentran 75% de las primas emitidas. Hay menos competidores en el mercado de SGM que en los de seguros de automóviles, vida y daños. Si bien cada ramo de seguros requiere especialización, en principio, la existencia de aseguradoras que operan en otros ramos y no en el de SGM sería indicativo de una menor presión competitiva. La existencia de pocos oferentes en el mercado facilita que las aseguradoras accedan a las economías de escala en la administración y aumenta su poder de negociación frente a los proveedores de servicios de atención médica; no obstante, también puede reducir la competencia en el mercado.<sup>31</sup>

**Gráfica 5. Número de competidores e IHH en ramos de seguros, 2020 (Número y puntos)**

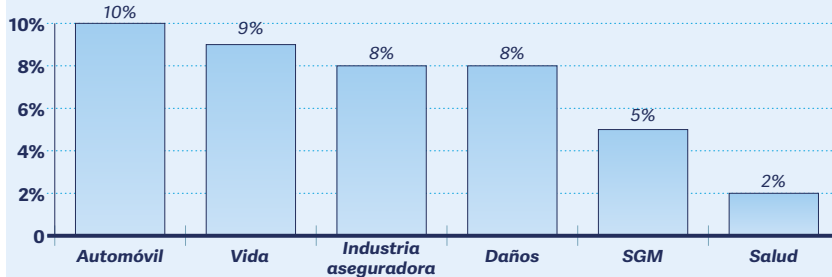


A pesar de que el mercado de SGM está relativamente concentrado es el ramo de seguros menos rentable, a excepción de los de salud (Gráfica 6).

31. Schut, Sorbe y Hoj (2013).



**Gráfica 6. Rentabilidad promedio por ramo asegurador, 2016-2020 (Porcentaje promedio)**

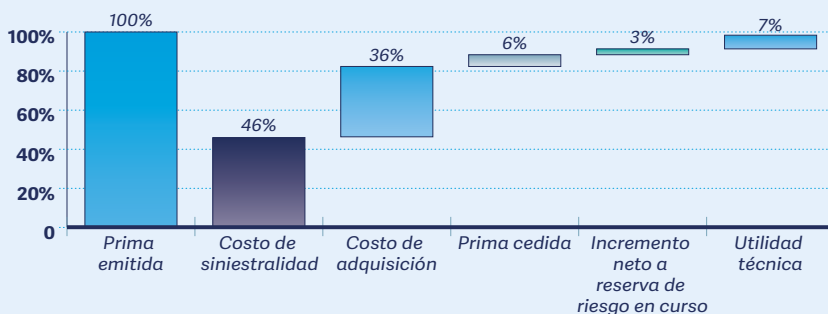


Rentabilidad = Utilidad del ejercicio / Ingresos por primas.  
Fuente: COFECE con base en CNSF (2020b).

Las utilidades de las aseguradoras están en función de sus costos, cuyos principales rubros son: i) costos de siniestralidad, que se derivan de cubrir los siniestros que ocurren a los usuarios; ii) costos de adquisición, que son las comisiones, bonos y premios que las aseguradoras ofrecen a los agentes de ventas; iii) prima cedida, que se refiere al importe sobre el porcentaje de las ventas por primas que las aseguradoras comparten con las reaseguradoras, y iv) incremento neto a reserva de riesgos en curso, que se refiere a la parte de la prima que debe ser utilizada para cumplir las obligaciones futuras por reclamaciones, a lo que también se le llama prima no devengada.

El costo de siniestralidad es el principal componente de los costos de las aseguradoras de SGM (Gráfica 7). El diferencial de la prima y los costos antes mencionados es la utilidad técnica.

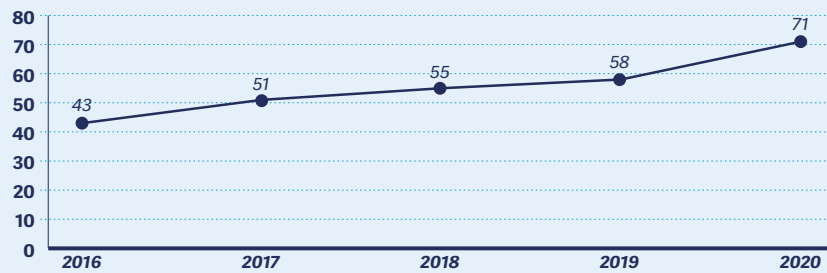
**Gráfica 7. Prima emitida, costos y utilidad técnica, 2016-2020 (Porcentaje de la prima emitida acumulada)**



Fuente: COFECE con base en CNSF (2020b).

En el periodo de 2016 a 2019, el costo de siniestralidad —aproximado con el monto promedio por siniestro— tuvo una tendencia al alza con un alza significativa en 2020, como consecuencia de la pandemia de Covid-19 (Gráfica 8).

**Gráfica 8. Monto por siniestro pagado, 2016 a 2020 (Miles de pesos de 2020)**



Fuente: COFECE con datos de la CNSF (2021b) e Inegi (2021a).

El aumento en el monto promedio por siniestro puede ocurrir, por un lado, por aumento en la edad promedio de los asegurados, quienes tienen una probabilidad más alta de sufrir siniestros más frecuentes y caros; por el otro, por la inflación de los servicios hospitalarios, honorarios e insumos médicos. Un elemento importante en el alza de precios de la atención a la salud es la innovación tecnológica, que propicia tratamientos médicos cada vez más efectivos, pero también más caros. Otro elemento son las negociaciones que las aseguradoras llevan a cabo con los proveedores de los servicios hospitalarios. El poder de negociación entre aseguradoras y hospitales y sus efectos en las pólizas que pagan los consumidores se analizan en el siguiente capítulo.

#### 1.4. Seguros individuales y colectivos

Las aseguradoras pueden comercializar SGM individuales y colectivos. Los primeros brindan cobertura a un individuo y su familia; los segundos cubren a los empleados, miembros de asociaciones o agrupaciones, como empresas y entidades gubernamentales. Los empleadores contratan SGM de manera colectiva para ofrecerlo a sus trabajadores como una prestación, quienes, generalmente, tienen la opción de ampliar las coberturas o añadir a familiares a través de cuotas adicionales. En 2020, 71% de las personas

con SGM obtuvieron los productos colectivamente.<sup>32</sup> En ese año, 18 aseguradoras ofrecían tanto SGM individuales como colectivos.<sup>33</sup> De acuerdo con los productos registrados ante la CNSF en 2021, 32 aseguradoras ofrecen 290 planes de SGM de ambos segmentos.<sup>34</sup>

La mayor escala de los seguros colectivos, al asegurar a muchas personas a la vez con un mismo plan, permite a las aseguradoras reducir su costo medio. Además, en su diseño no suelen considerarse los antecedentes y factores de riesgo de los afiliados para determinar la prima de la póliza, porque el riesgo se distribuye entre todo el grupo. En consecuencia, la prima promedio de los seguros colectivos es alrededor de un tercio menor que la de los individuales (Cuadro 1).

<b>Cuadro 1. Proporción de asegurados y precio promedio anual por subtipo de SGM, 2020<sup>1/</sup> (Porcentaje y pesos)</b>				
Subtipo de seguro	Colectivo		Individual	
	Asegurados <sup>2/</sup>	Precio promedio	Asegurados <sup>2/</sup>	Precio promedio
Plan amplio <sup>3/</sup>	78%	\$4,926	45%	\$19,629
Plan limitado <sup>4/</sup>	11%	\$5,912	27%	\$17,314
Plan internacional <sup>5/</sup>	6%	\$7,941	7%	\$31,552
Plan indemnizatorio <sup>6/</sup>	0%	\$760	8%	\$1,648
Producto básico estandarizado <sup>7/</sup>	0%	\$3,498	0%	\$3,498
Otros <sup>8/</sup>	5%	\$7,836	13%	\$9,730
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>5,418</b>	<b>100%</b>	<b>17,379</b>

<sup>1/</sup> Para omitir del análisis los seguros con cobertura mínima se consideraron sólo los seguros con una prima mayor a la mínima registrada para el producto básico estandarizado (\$445).

<sup>2/</sup> Los valores en 0% representaron menos del 0.1% de los asegurados.

<sup>3/</sup> Planes que incluyen todos los hospitales.

<sup>4/</sup> Planes que excluyen a los hospitales de mayor costo. El mayor precio promedio de los planes limitados podría deberse al volumen de asegurados, puesto que, en promedio, los planes limitados aseguran a 22 personas y los planes amplios a 79 personas.

<sup>5/</sup> Planes con cobertura completa nacional y en el extranjero, incluyendo los hospitales de mayor costo.

<sup>6/</sup> Planes en donde se paga una indemnización o monto fijo en caso de accidente o enfermedad o renta diaria por hospitalización y que no son básicos estandarizados.

<sup>7/</sup> Planes que cubren aquellos riesgos que enfrenta la población, que pueden homologarse por sus características comunes y que tienen por propósito satisfacer necesidades concretas de protección de la población registrados en el Capítulo 4.7.1 vigente de la Circular Única. Precio basado en el promedio del registro de seguros básicos de la Condusef.

<sup>8/</sup> Planes que no se encuentran dentro de los anteriores subtipos, excepto microseguros.

Fuente: COFEC con información de CNSF (2020a) y Condusef (2021a).

El segmento de los seguros colectivos está ligeramente menos concen-

32. CNSF (2020a). En este cálculo se omiten 1.7 millones de asegurados por Patrimonial Inbursa cuyo producto es contratado con cargo al servicio telefónico y sólo cubre asistencia médica telefónica y traslados en ambulancia.

33. Condusef (2021d).

34. Expediente REC-004-2022 (folio 218).

trado que el de los individuales (Cuadro 2). Entre 2016 y 2020, sólo dos aseguradoras que ofrecen SGM entraron al mercado y salieron dos.<sup>35</sup>

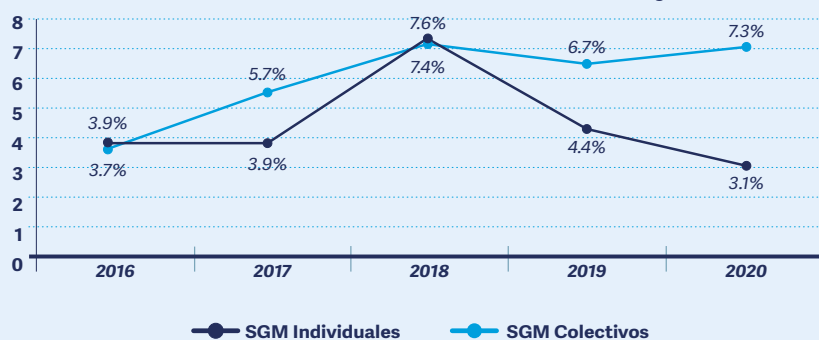
**Cuadro 2. Concentración de primas emitidas en el mercado de SGM, 2016 y 2020 (Porcentaje, puntos y número)**

	Individual		Colectivo	
	2016	2020	2016	2020
CR4 (%)	74	74	69	72
IHH (puntos)	1,772	1,752	1,460	1,586
Aseguradoras (número)	25	26	19	18

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020b).

En general, el segmento de los seguros colectivos fue menos rentable que el de los individuales de 2016 a 2020 (Gráfica 9). Una hipótesis es que los seguros colectivos, al ser contratado por organizaciones con mayor poder de negociación que los asegurados individuales, pudieran estar obteniendo mejores condiciones. No obstante, este estudio no explora la relación comercial entre aseguradoras y empleadores.

**Gráfica 9. Rentabilidad en SGM, 2016-2020 (Porcentajes)**



Rentabilidad = Utilidad del ejercicio / Ingresos por primas.

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020b).

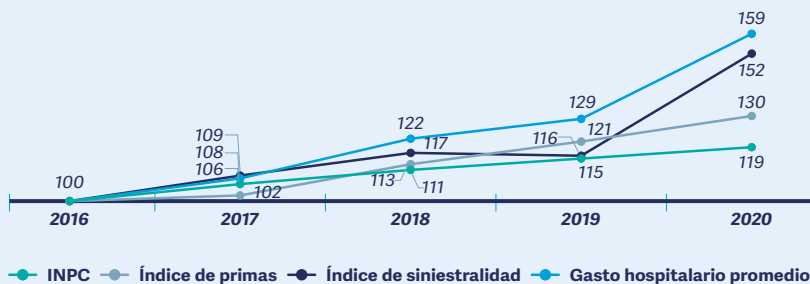
35. En 2018 y 2020, entraron Chubb en 2018 y Aserta Seguros, respectivamente; mientras que Assurant y ACE salieron en 2017. ACE fue adquirido por Chubb.

## 2. Análisis de precios

### 2.1. Tendencia al alza en las primas

Entre 2016 y 2020, las primas de las pólizas de SGM aumentaron 2.8% a tasa promedio real anual, más que el INPC, aunque menos que la siniestralidad y los gastos hospitalarios asociados a esta siniestralidad (Gráfica 10). El aumento de la siniestralidad y del gasto hospitalario promedio presionan al alza a las primas de SGM. Como se vio anteriormente (ver Gráfica 8), el monto promedio por siniestro que pagaron las aseguradoras aumentó 13% anual en el mismo periodo.

**Gráfica 10. Primas promedio, siniestralidad y gasto hospitalario, 2016-2020 (Índices, 2016=100)**



El índice de primas se estimó con base en las primas de los SGM de los tres planes con mayor número de asegurados (amplio, limitado e internacional), para todas las pólizas cuyo valor es mayor o igual al valor más pequeño de las primas del seguro básico estandarizado. El índice de siniestralidad es el costo de siniestralidad dividido entre las primas de SGM. El gasto hospitalario es el importe del siniestro pagado dividido entre el número de siniestros de SGM.

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020b), Inegi (2021a) y el Expediente REC-004-2022 (folio 185).

El aumento de las primas es mayor para los planes internacional y limitado, que fueron de 10.6% y 2.4%, respectivamente (Gráfica 11).

**Gráfica 11. Prima promedio para planes individuales de SGM, 2016-2020<sup>1/</sup> (Miles de pesos, a precios de 2020)**



<sup>1/</sup> Cociente de la prima emitida entre el número de asegurados. La prima promedio considera únicamente los tres planes con mayor número de asegurados (amplio, limitado e internacional). Incluye únicamente pólizas con prima mayor o igual al valor más pequeño de las primas de los seguros básicos estandarizados. Incluye a todos los asegurados sin importar su edad.

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020b).

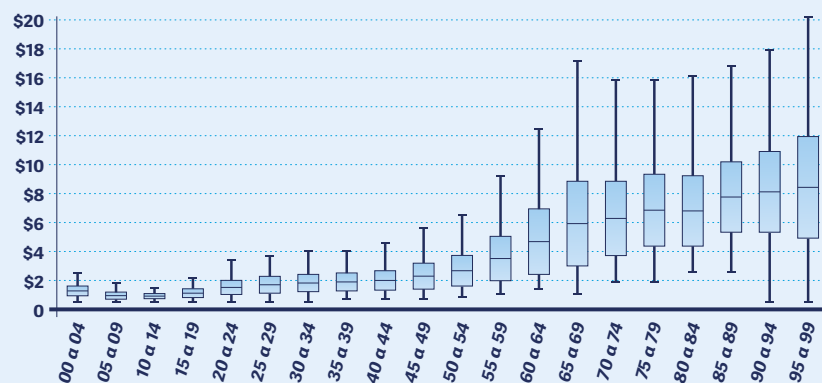
## 2.2. Altas variaciones en primas

Comparar precios entre oferentes es útil como un indicador de las condiciones competitivas de un mercado. La hipótesis de partida es que, si la varianza entre los precios de productos que son relativamente homogéneos es elevada, entonces algunos oferentes tienen un mayor poder de mercado y, por lo tanto, la competencia no es tan intensa. Esta hipótesis supone que no hay restricciones importantes de capacidad (cada aseguradora puede vender cualquier cantidad de seguros que le demandan) y los costos entre cada aseguradora son similares.

Existe una gran diversidad entre los planes de las diferentes aseguradoras, pero tienen la obligación de ofrecer un producto básico estandarizado, por lo que es la única póliza homogénea entre las distintas aseguradoras. Este producto no está diseñado para adaptarse a clientes específicos, por lo que las aseguradoras no modifican las características de este producto a las necesidades de los clientes, sino que éstos, al demandarlo, deben aceptar dichas características. En la Gráfica 12 se muestra que la dispersión de las primas del producto básico estandarizado

zado es alta, principalmente en las primas que paga la población de 50 y más años. Esta dispersión en un producto homogéneo es indicio de que el mercado no está funcionando adecuadamente.<sup>36</sup>

**Gráfica 12. Dispersión de primas del producto básico estandarizado de SGM, 2020<sup>1/</sup> (Miles de pesos)**



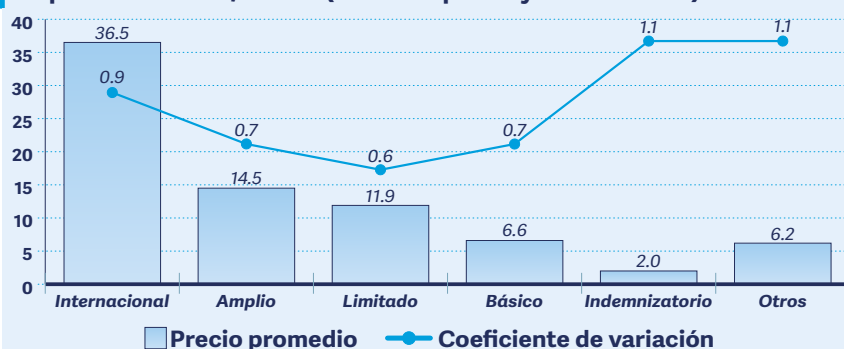
<sup>1/</sup> La variación se ilustra a través de un gráfico de caja en donde: la parte inferior de la caja es el primer cuartil; la barra del medio es la mediana o segundo cuartil; la parte superior es el tercer cuartil, y los extremos son valores mínimos y máximos dentro de 1.5 veces el rango intercuartilico (diferencia entre el tercer y el primer cuartil) con respecto al cuartil más cercano.

Fuente: COFECE con base en Conducef (2021a).

El coeficiente de variación de las primas de otros subtipos de planes también aumenta conforme aumenta la cobertura de los seguros (planes más caros), salvo por los planes indemnizatorios (Gráfica 13). A diferencia del producto básico estandarizado, estas pólizas no son homogéneas, sino que tienen características y calidad diferentes entre cada aseguradora.

36. La teoría microeconómica predice que en un mercado con competencia perfecta no hay dispersión de precios, puesto que las empresas, al ser tomadoras de precios, no pueden hacer discriminación de precios (Varian, 1989). Hay consenso en la literatura de que la discriminación de precios solo es factible bajo ciertas condiciones: a) las empresas tienen poder de mercado en el corto plazo; b) los consumidores pueden ser segmentados directa o indirectamente, y c) el arbitraje entre bienes con diferentes precios no es factible (Stole, 2007). Así, en la medida de que hay precios similares para bienes homogéneos, el mercado sería más eficiente. Aunque existen situaciones en las que no hay dispersión de precios y el mercado no funciona, como cuando hay una colusión.

**Gráfica 13. Prima promedio y coeficiente de variación<sup>1/</sup> por subtipo de planes de SGM, 2020<sup>2/</sup> (Miles de pesos y coeficientes)**



<sup>1/</sup> Coeficiente de variación = Desviación estándar / Promedio.

<sup>2/</sup> Seguros individuales para asegurados menores a 55 años en 2020.

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020b) y Condusef (2021a).

Las primas promedio también varían considerablemente por entidad federativa (Cuadro 3). Entre mayores son la infraestructura hospitalaria y el ingreso promedio en una entidad federativa, más altas son las primas. Este efecto se da principalmente en planes de seguro que cubren servicios en hospitales con precios más altos.

**Cuadro 3. Prima promedio por entidad federativa, 2020<sup>1/</sup> (Porcentaje y miles de pesos)**

Subtipo de seguro <sup>2/</sup>	Asegurados	Cd. de México	Edo. de México	Jalisco	Nuevo León	Resto del país
Amplio	23%	18.4	18.2	16.5	18.7	13.5
Limitado	14%	14.8	14.0	13.6	15.3	11.3
Internacional	10%	36.7	38.2	40.3	36.9	35.8
Indemnizatorio	9%	1.8	2.2	2.0	2.0	2.0
Básico estandarizado	0%	2.5	1.7	0.0	0.0	8.1
Otros	44%	8.3	8.6	6.2	8.1	5.6

<sup>1/</sup> Precio del seguro individual para asegurados menores a 55 años en 2020.

<sup>2/</sup> ■ Entidad con la prima más alta. ■ Entidad con la prima más baja.

Fuente: COFECE con información de CNSF (2020a).

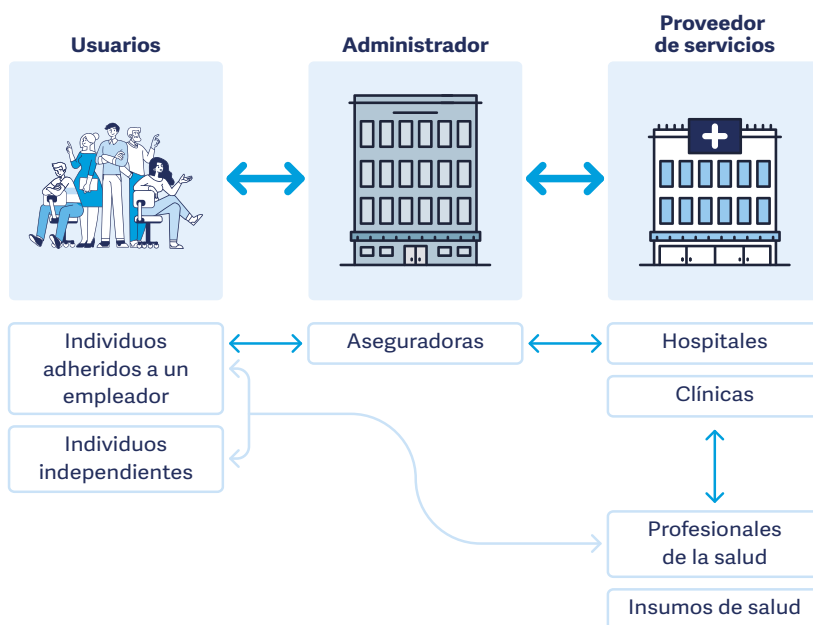
Las características de los individuos (edad, sexo, comorbilidades, etc.), su entorno (lugar de residencia, ocupación, etc.), la estructura de mercado y los costos de los servicios hospitalarios son variables que inciden directamente en las primas. Por ello, es necesario indagar sobre sus determinantes.



### 2.3. Determinantes de las primas

La contratación de un SGM implica que los usuarios pueden recurrir a la red de servicios y profesionales de la salud que ofrece su aseguradora sin necesidad de negociar directamente con los proveedores de servicios médicos. Las aseguradoras firman acuerdos de prestación de servicios con los hospitales, a fin de garantizar la atención de los asegurados con siniestros. Los profesionales de la salud, quienes atienden los padecimientos de los asegurados, pueden usar las instalaciones e insumos de los hospitales gracias a que se establecen estas relaciones contractuales (Figura 2).

**Figura 2. Sector privado de salud**



Fuente: COFECE con información de CIEP (2018, p.5) y Cruz y Olivares (2016, p.23).

Las aseguradoras buscan incorporar dentro de su red hospitalaria a las cadenas de mayor prestigio, junto a otros hospitales de menor prestigio, siempre y cuando estos últimos cumplan con un mínimo de calidad en su nivel de atención. Así, las compañías de seguros exigen a los hospitales privados estar certificados por el CSG para hacer pagos directos.<sup>37</sup> Ello debido

37. CSG (2015).

a que los asegurados, cuando contratan un SGM, consideran la calidad percibida de los hospitales incluidos en la red como una variable para tomar su decisión, al menos de los hospitales cuya marca reconocen.<sup>38</sup>

En el mercado de servicios de atención hospitalaria, mercado relacionado a los SGM, los hospitales tienen incentivos para establecer acuerdos comerciales con las aseguradoras que más clientes les puedan aportar, pero sólo pueden hacerlo si cumplen con la certificación. Por ello, los hospitales tienen incentivos a atraer a los profesionales de la salud y prestadores de servicio con reconocimiento o buena reputación, a fin de mantener su prestigio y nivel de atención.

La relación entre usuarios, aseguradoras, hospitales y profesionistas de la salud es fundamental en la determinación de las características de la póliza y su precio. Por lo tanto, el análisis de las características de la industria aseguradora debe tomar en cuenta la estructura de los servicios privados de atención de la salud y la forma en la que los usuarios toman la decisión de asegurarse. Una mayor competencia tanto en los mercados de seguros médicos como en los mercados relacionados de servicios de atención hospitalaria propicia, por un lado, disminuir el gasto de bolsillo y, por el otro, reducir el precio de las pólizas.<sup>39</sup>

El sistema hospitalario privado se conforma por muchos hospitales pequeños y pocas cadenas con hospitales grandes: 65% de los hospitales privados cuenta con menos de diez camas, 32% se ubica en el rango de diez a 49 camas y solo 3% tiene al menos 50 camas.<sup>40</sup>

El 40% de las camas censables se concentra en cuatro entidades federativas en las que se ubican las grandes zonas metropolitanas: Ciudad de México (13%), Estado de México (12%), Jalisco (9%) y Nuevo León (6%). El 57% de los hospitales de 50 camas o más están en estas mismas entidades federativas.<sup>41</sup> Estos hospitales disponen de especialistas e infraestructura para atender enfermedades y emergencias complejas y costosas.<sup>42</sup> Por ello, las reclamaciones de pagos de siniestros también se concentran en Ciudad de México (34%), Nuevo León (12%), Jalisco (9%) y Estado de México (7%) (Gráfica 14).

---

38. González Block *et al.* (2018, p. 199).

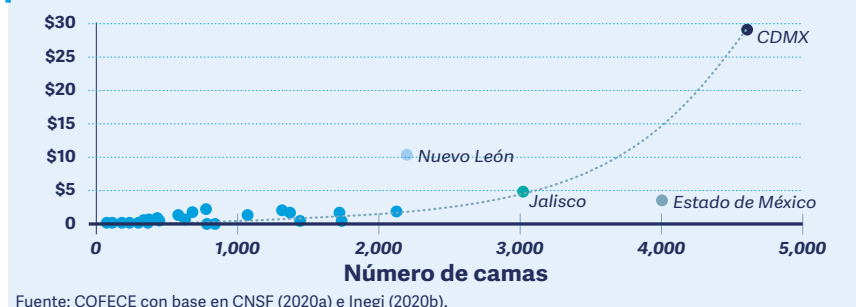
39. Gaynor, Mostashari y Ginsburg (2017), Ryan (2021) y Sheingold, Nguyen y Chappel (2015).

40. Inegi (2020b).

41. *Ídem.*

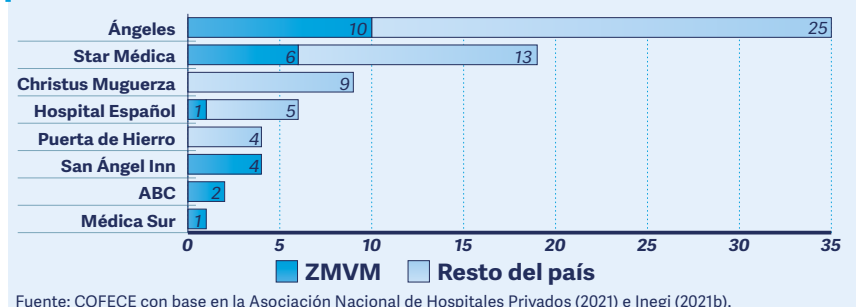
42. González Block *et al.* (2018, pp. 14-15).

**Gráfica 14. Camas censables y montos pagados por reclamaciones por entidad federativa, 2020 (Miles de millones de pesos y número de camas)**



La atención a los asegurados está concentrada en ocho grupos hospitalarios que atienden 52% de los siniestros cubiertos por SGM.<sup>43</sup> Las cadenas hospitalarias con mayor infraestructura se ubican, principalmente, en la ZMVM (Gráfica 15).

**Gráfica 15. Cadenas de hospitales de mayor tamaño, 2020 (Número de hospitales)**



Los precios de los servicios hospitalarios son más elevados en las cuatro entidades citadas. En principio, esto se justificaría por la presencia de los hospitales grandes, capaces de atender enfermedades complejas y ofrecer servicios de mejor calidad. No obstante, las tarifas son significativamente más altas incluso en padecimientos similares, cuya atención debería ser estandarizada (Cuadro 4). Esto también podría ser indicio de que estos hospitales ejercen poder de negociación para elevar sus ingresos.

43. González Block *et al.* (2018, p. 68).

**Cuadro 4. Costos de hospitalización de los siniestros más frecuentes, 2020<sup>1/</sup> (Miles de pesos)**

Siniestro <sup>2/</sup>	Ciudad de México	Estado de México	Jalisco	Nuevo León	Resto del país
Apendicitis aguda	119	76	76	81	55
Cálculo del riñón y del uréter	266	154	116	125	84
Colelitiasis	137	81	112	98	64
Fractura de la pierna, inclusive del tobillo	21	45	71	25	35
Fractura del antebrazo	29	35	47	22	24
Gastritis y duodenitis	26	32	23	24	15
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla	84	74	103	21	77
Otros trastornos de la nariz y de los senos paranasales	69	61	71	66	34
Trastorno interno de la rodilla	128	82	123	123	75
U07 (Covid-19 virus identificado)	1,360	445	463	721	231

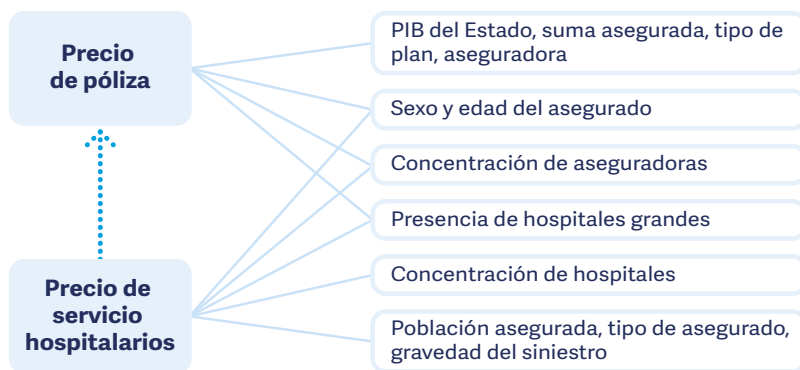
<sup>1/</sup> Mediana de los montos reclamados de los diez padecimientos con mayor frecuencia en 2020. La mediana se utilizó para evitar el efecto de las enfermedades que sufrieron complicaciones.

<sup>2/</sup> ■ Entidad con el costo más alto. ■ Entidad con el costo más bajo.

Fuente: COFECE con información de CNSF (2020a).

Esta situación puede deberse a la presencia de información asimétrica: Los pacientes desconocen la calidad y el costo verdadero de los hospitales por un mismo tratamiento, por lo que únicamente pueden inferir que los hospitales de renombre ofrecen servicios de mejor calidad. Este problema de riesgo moral hace que los asegurados encaucen la compra de pólizas con base en los planes que les permitan acceder a los grandes hospitales, lo que encarece sus primas. La suscripción de pólizas también está sujeta al problema de que los asegurados son los únicos que conocen su estado de salud, lo que hace que las aseguradoras deban destinar recursos para conocer los riesgos de sus posibles clientes (selección adversa).

En el presente estudio se presentan los resultados de dos modelos econométricos que analizan la relación entre las primas que pagan los asegurados y la estructura de mercado de los oferentes, tanto de las aseguradoras como de los hospitales, y cuyas relaciones entre variables se muestran en la Figura 3.

**Figura 3. Relación de las variables de los modelos econométricos**

Fuente: COFECE con datos de Moriya *et al.* (2010), Melnick *et al.* (2011), Trish y Herring (2015) y Dauda (2017).

El modelo 1 establece que las primas de las pólizas están en función de la presencia de hospitales grandes, la concentración en el mercado de las aseguradoras y diversas características socioeconómicas. En este modelo, las aseguradoras interactúan con asegurados individuales.

El modelo 2, cuyos resultados se presentan en la siguiente sección, complementa al primer modelo. Este modelo plantea que el precio de los servicios hospitalarios pagados por las aseguradoras depende de la presencia de grandes hospitales, el número y tipo de asegurados, así como los niveles de concentración en los mercados de las aseguradoras y de los hospitales. Este modelo considera que las aseguradoras actúan como un consumidor de los servicios hospitalarios.

La línea punteada de la Figura 3 establece que los precios de los servicios hospitalarios influyen en los precios de las pólizas. En este estudio no fue posible ajustar un sistema de ecuaciones, puesto que los datos provienen de diferentes fuentes y las unidades de análisis no están homologadas. Por un lado, la base de los precios de las pólizas no tiene información de los siniestros y, por el otro, la base de siniestros no tiene información del precio de las pólizas. Además, el número de incógnitas supera el número de ecuaciones.

La relación entre las primas de los SGM y la concentración en los mercados tanto de las aseguradoras como de los hospitales ha sido analizada en otros países. Trish y Herring (2015), con datos para EE.UU., encontraron que las primas son más altas en los mercados con mayor concentración de hospitales. Este resultado coincide con los hallazgos previos de

Holahan y Blumberg (2008), quienes observaron que las aseguradoras no son capaces de negociar agresivamente con los hospitales de élite, independientemente de su participación de mercado, transfiriendo los costos hospitalarios a los consumidores mediante primas altas; no obstante, sí son capaces de imponer condiciones a hospitales pequeños.<sup>44</sup>

El modelo 1 es una adaptación del análisis de Trish y Herring al caso mexicano para determinar si existe un bajo poder de negociación de las aseguradoras con los hospitales. El escaso poder de negociación de las aseguradoras frente a los hospitales existiría si se encuentra una relación positiva y significativa entre el valor de las primas y la presencia de grandes hospitales en las entidades federativas, bajo el supuesto de que las aseguradoras no son capaces de negociar con los grandes hospitales y únicamente transfieren sus costos a las primas de sus asegurados.

Así, se estimó un modelo econométrico utilizando las primas pagadas para pólizas con un único asegurado, con datos anuales por entidad federativa entre 2018 y 2020. La razón de no usar pólizas con más de un asegurado obedece a que no contamos con información desagregada para calcular la prima de la póliza por persona asegurada.

La hipótesis es que la presencia de grandes hospitales en una entidad federativa incide en primas más altas. Para demostrar esta hipótesis, se especificó el siguiente modelo exponencial transformado logarítmicamente:

$$\ln(\text{Prima}_{imt}) = \beta_0 + \beta_1 \text{TamañoHosp}_{mt} + \beta_2 \text{PIBpercápita}_{mt} + \beta_3 \text{IHH\_Aseg}_{mt} + \beta_4 \text{Sexo}_{imt} + \beta_5 \text{Edad}_{imt} + \beta_6 \text{SA}_{imt} + \beta_7 \text{Plan}_{imt} + \beta_8 \text{Seg}_{imt} + \nu_t + \varepsilon_{imt} \quad (1)$$

Donde:

$\text{Prima}_{imt}$  = Prima pagada por el asegurado  $i$  en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$\text{TamañoHosp}_{mt}$  = Variable dicotómica de presencia de hospitales de 100 o más camas (100 o más camas = 1; menos de 100 camas = 0).

$\text{PIBpercápita}_{mt}$  = PIB *per cápita* en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$  (millones de pesos).

44. Holahan y Blumberg (2008).

$IHH\_Aseg_{mt}$  = IHH de las aseguradoras (con base en las ventas) en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$Sexo_{imt}$  = Variable dicotómica del sexo del asegurado (femenino = 1; masculino = 0).

$Edad_{imt}$  = Edad del asegurado  $i$  (años).

$SA_{imt}$  = Monto del límite máximo de responsabilidad del asegurado  $i$  (suma asegurada) (millones de pesos).

$Plan_{imt}$  = Efectos fijos del tipo de plan ("Amplio", "Indemnizatorio", "Internacional" o "Limitado").

$Seg_{imt}$  = Efectos fijos por compañía aseguradora que emite el seguro.

$v_t$  = Efectos fijos por año (2018, 2019 y 2020).

$100 * \beta_1, \dots, 100 * \beta_7$  son las semi-elasticidades de las primas respecto a las variables independientes.

$\varepsilon_{imt}$  = Término de error.

Los resultados del modelo 1 apuntan a que la presencia de hospitales de más de 100 camas aumenta los precios de las primas de los seguros individuales en 12% (Cuadro 5).<sup>45</sup> Por su parte, el efecto de la concentración de las aseguradoras sobre las primas es imperceptible y de signo contrario al esperado. Lo anterior sugiere que, considerando que el aumento en los precios de las pólizas se debe a la presencia de hospitales grandes, resulta importante fomentar una mayor competencia en los servicios hospitalarios. Como el efecto de la mayor concentración de las aseguradoras sobre los precios es imperceptible, no es posible concluir que aumentar el poder de negociación de las aseguradoras sobre los hospitales mediante una mayor concentración en el mercado de SGM sea una política adecuada.

El resto de los estimadores del modelo tienen el signo esperado: En la medida que la persona asegurada sea mujer, tenga más edad o contrate una póliza con una mayor suma asegurada aumentará la prima. El modelo también muestra que las primas son más altas en las entidades federativas con mayor PIB *per cápita*, que es donde se concentra la mayor infraestructura hospitalaria. Los cálculos y resultados detallados están en el Anexo 1.

45. Dado que la variable es dicotómica, el efecto de los grandes hospitales se define como  $[(e^{(0.1133)} - 1) * 100] = 12\%$ , que significa que los precios son 12% más altos en presencia de hospitales grandes.

<b>Cuadro 5. Resultados del modelo 1</b>		
<b>Variable</b>	<b>Estimador</b>	<b>Error estándar</b>
Intercepto	5.4478	(0.2797)***
TamañoHosp <sup>1/</sup>	0.1133	(0.0034)***
PIB <i>per cápita</i>	0.2904	(0.0149)***
IHH_Aseguradoras	-0.0000	(0.000002)***
Suma asegurada	0.0003	(0.00001)***
Edad (años)	0.0334	(0.0001)***
Sexo (F=1; M=0)	0.0551	(0.0029)***
EF (tipo de plan) <sup>2/</sup>	✓	
EF (aseguradora)	✓	
EF (año)	✓	
R <sup>2</sup>	0.7837	
Observaciones	172,109	

(\*\*\*) P<0.01, (\*\*) P<0.05, (\*) P<0.1.

<sup>1/</sup> Hospitales de 100 o más camas. El estimador para hospitales de 50 y 70 camas es 0.0549 y 0.0855, respectivamente.

<sup>2/</sup> Tipo de plan (amplio, internacional, limitado e indemnizatorio).

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020a), Inegí (2020b) y el Expediente REC-004-2022 (folio 6).

## 2.4. Relación entre estructura de mercado y precios de los servicios hospitalarios

En esta sección se muestra que tanto la concentración del mercado asegurador como del hospitalario inciden en el precio que los hospitales cobran a las aseguradoras. La relación entre la estructura del mercado, el poder de negociación de las aseguradoras y hospitales, así como el impacto de ambos factores en la contención de los costos hospitalarios ha sido analizada en EE.UU. Robinson (2004) encontró que, en la mayoría de los estados de ese país, la concentración de las aseguradoras no logró controlar la inflación hospitalaria ocurrida entre 2000 y 2003. Por su parte, Moriya, Vogt y Gaynor (2010), Melnick, Shen y Wu (2011), y Dauda (2017)<sup>46</sup> demostraron que una mayor concentración de hospitales, en los diferentes mercados geográficos de EE.UU., incide en el aumento de los precios de la atención médica. Estos autores concluyen que las supuestas eficiencias alcanzadas con las concentraciones de hospitales no se trasladan a los usuarios de los servicios médicos.

46. El autor define diferentes mercados basándose en los tiempos de recorrido *Fixed-Travel-Time Herfindahl-Hirschman Index* con datos de 2005 a 2008 a nivel condado y área estadística metropolitana.



Para determinar si la concentración de las aseguradoras, por un lado, y hospitales, por el otro, incide en los precios de los servicios hospitalarios pagados por las aseguradoras, se estimó el modelo 2 basado en Moriya *et al.* (2010), Dauda (2017) y Melnick *et al.* (2011). Para ello, se utiliza información de los siniestros cubiertos por SGM reportados por las aseguradoras a la CNSF entre 2018 y 2020 en donde se especifican los montos reclamados, la entidad donde se atendió el siniestro y las características del asegurado (sexo y edad).<sup>47</sup>

El modelo especificado es:

$$\ln(Ph_{imt}) = \beta_0 + \beta_1 IHH\_Aseg_{mt} + \beta_2 IHH\_Hos_{mt} + \beta_3 Tama\tilde{n}oHosp_{mt} + \beta_4 PobAseg_{mt} + \beta_5 Sexo_{imt} + \beta_6 Edad_{imt} + \beta_7 TipoSeg_{imt} + \beta_8 CBD_{imt} + v_t + \eta_i + \varepsilon_{mt} \quad (2)$$

Donde:

$Ph_{imt}$  = Precio pagado por las aseguradoras por costos hospitalarios por el siniestro  $i$  en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$IHH\_Aseg_{mt}$  = IHH de las aseguradoras (prima emitida) en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$IHH\_Hos_{mt}$  = IHH de los hospitales (número de camas) en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$Tama\tilde{n}oHosp_{mt}$  = Variable dicotómica de presencia de hospitales de 100 o más camas (100 o más camas = 1; menos de 100 camas = 0).

$PobAseg_{mt}$  = Porcentaje de población asegurada en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$Sexo_{imt}$  = Variable dicotómica del sexo del asegurado (femenino = 1; masculino = 0).

$Edad_{imt}$  = Edad del asegurado  $i$  (años).

$TipoSeg_{imt}$  = Variable dicotómica del tipo de asegurado (individual = 1; colectivo = 0).

$CBD_{imt}$  = Variable dicotómica que captura la gravedad del siniestro (1=siniestro es causa básica de defunción; 0, en caso contrario).

$v_t$  = Efectos fijos por año (2018, 2019 y 2020).

47. Los montos reclamados se desglosan en hospitalización, honorarios médicos, medicamentos, estudios auxiliares y otros gastos.

$\eta_i$  = Efectos fijos por grupo de clasificación de la enfermedad o padecimiento del siniestro  $i$ .

$100 * \beta_1, \dots, 100 * \beta_8$  son las semi-elasticidades de las primas respecto a las variables independientes.

$\varepsilon_{mt}$  = Término de error.

Los resultados del modelo 2 muestran que un aumento de 1% en el IHH de las aseguradoras disminuye los costos de hospitalización en 0.4%, mientras que un aumento igual de 1% en el IHH para los hospitales incrementa estos costos en 0.3% (Cuadro 6).<sup>48</sup> Es decir, una mayor concentración de las aseguradoras produce una disminución de los precios hospitalarios en una proporción mayor que el aumento producido por una mayor concentración de los hospitales. Los precios de los servicios hospitalarios pagados por las aseguradoras son 34% más altos en los mercados donde los hospitales de más de 100 camas están presentes.<sup>49</sup> Este hecho podría deberse a la calidad de los servicios y al nivel de la tecnología hospitalaria en esos mercados, también a un mayor poder de negociación de los hospitales grandes; no obstante, el estudio no dispone de información para corroborar estas hipótesis. Los cálculos y resultados detallados se encuentran en el Anexo 1.

Cuadro 6. Resultados del modelo 2		
Variable	Estimador	Error estándar
Intercepto	10.5509	(0.0360)***
IHH_Aseguradoras	-0.0002	(0.00001)***
IHH_Hospitales	0.0001	(0.00002)***
TamañoHosp (1 = presencia hospitales)	0.2914	(0.0095)***
Población asegurada	0.0015	(0.0002)***
Edad	0.0036	(0.0002)***

(\*\*\*) P<0.01, (\*\*) P<0.05, (\*) P<0.1.

<sup>1/</sup> Se consideraron los 30 siniestros más frecuentes entre 2018 y 2020 (30% de las reclamaciones totales). Los estimadores no cambian significativamente al incrementar el número de siniestros (menos frecuentes o raros).

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020a), Inegi (2020b) e Inegi (2021b).

48. El cambio porcentual de los costos debido a un incremento de 1% en el IHH es  $\frac{\partial y}{\partial IHH\_Aseg} \frac{IHH\_Aseg}{y} = [exp(\beta_1 * \Delta IHH\_aseg) - 1] 100 = [exp(-0.0002 * 19.2) - 1] 100 = -0.38\%$ , considerando al valor medio del  $IHH\_Aseg$  en la muestra. Es decir, un aumento de 1% en el IHH reduce los costos en -0.38%. Similarmente, el cambio respecto al  $IHH\_Hosp$  es  $[exp(\beta_2 * \Delta IHH\_Hosp) - 1] 100 = [exp(0.0001 * 5.26) - 1] 100 = 0.03\%$ .

49. La variable es dicotómica por lo que el efecto de los grandes hospitales se define como  $[(exp(0.2914) - 1) * 100] = 33.8\%$  (es decir, los precios son 33.8% más altos en presencia de hospitales grandes).

Cuadro 6. Resultados del modelo 2		
Variable	Estimador	Error estándar
Sexo	0.1785	(0.0074)***
Tipo (Individual = 1)	-0.3237	(0.0073)***
Causa básica de defunción (Sí = 1)	0.3043	(0.0296)***
EF (año)	✓	
EF (tipo de enfermedad) <sup>1/</sup>	✓	
R <sup>2</sup> ajustada	0.2194	
Observaciones	204,061	

(\*\*\*) P<0.01, (\*\*) P<0.05, (\*) P<0.1.

<sup>1/</sup> Se consideraron los 30 siniestros más frecuentes entre 2018 y 2020 (30% de las reclamaciones totales). Los estimadores no cambian significativamente al incrementar el número de siniestros (menos frecuentes o raros).

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020a), Inegi (2020b) e Inegi (2021b).

Los resultados del Cuadro 6 sugieren que solo en los mercados de seguros con alta concentración, las aseguradoras tienen cierta capacidad para contener los precios que pagan a los grandes hospitales. Estos resultados también concuerdan con los hallazgos de Robinson (2004), Moriya *et al.* (2010), Melnick *et al.* (2011) y Dauda (2017), para el caso de EE.UU.

Estos resultados no deben interpretarse en el sentido de que debe fomentarse mayor concentración en el sector de seguros para lograr que bajen las primas que pagan los consumidores. De hecho, el modelo 1 muestra que no hay evidencia econométrica que sustente que una mayor concentración de las aseguradoras disminuya los precios de las primas que pagan los usuarios. Promover una mayor concentración en el mercado de SGM pudiera crear problemas de competencia adicionales, además de que no considera que hay otras formas de incrementar el poder de negociación diferentes a aumentar las participaciones de mercado de las aseguradoras más grandes. El presente estudio concluye que el reto es introducir competencia **simultáneamente** en los mercados de seguros y de servicios hospitalarios, a fin de que los beneficios de una mayor competencia se traduzcan en primas más baratas y servicios de mayor calidad para los consumidores que contratan pólizas.

En los siguientes dos capítulos se muestra que en el mercado de SGM hay obstáculos a la competencia y libre concurrencia, así como problemas que afectan la toma de decisiones de los consumidores.

Una vía para promover mayor competencia en el mercado de los servicios hospitalarios es introduciendo mayor transparencia sobre la relación calidad-precio de dichos servicios. En EE.UU., por ejemplo, varios estados adoptaron la política de transparencia de precios de los hospitales, lo que se tradujo en una disminución de precios de los servicios médicos y hospitalización de 3.9% y 4.7%, respectivamente.<sup>50</sup>

En México, a partir de 2001, el gobierno federal publicó informes anuales sobre indicadores del desempeño en los niveles sistémico, estatal, institucional y hospitalario de los servicios prestados por hospitales del sector público.<sup>51</sup> No obstante, no existe un ejercicio con el mismo alcance para los servicios privados. El IMCO (2021) señaló que no hay transparencia suficiente para determinar las razones de la variabilidad de precios en el tratamiento de una enfermedad entre los hospitales. En particular, concluyó que las cadenas de hospitales contribuyen en mayor proporción a la variabilidad del gasto que los hospitales privados independientes. Por ello, señaló la necesidad de empoderar e informar a los pacientes, así como fomentar la transparencia en los servicios privados de salud.<sup>52</sup>

Por lo anterior, este estudio recomienda que la Profeco desarrolle y publique indicadores que midan la relación precio-calidad de los servicios hospitalarios, similares a los indicadores de calidad de la atención, de la clasificación “Los mejores hospitales privados de México” realizado por Blutitude, Funsalud y la revista Expansión,<sup>53</sup> así como el Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios del IMSS.<sup>54</sup> Esta medida ayudaría a empoderar al consumidor y, en consecuencia, a las aseguradoras, porque los asegurados tendrían más elementos para basar su elección de los servicios hospitalarios en el precio-calidad y no en la marca del hospital, lo que ayudaría a limitar el poder de negociación de las grandes cadenas de hospitales frente a las aseguradoras.

---

50. Liden y Siebert (2021).

51. Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezama y Knaul (2007, p. 27).

52. Véase las recomendaciones en IMCO (2021, pp. 28-36).

53. Blutitude (2021).

54. El artículo 24, fr. IV, de la LFPC establece que la Profeco tiene la atribución de “Recopilar, elaborar, procesar y divulgar información objetiva para facilitar al consumidor un mejor conocimiento de los bienes y servicios que se ofrecen en el mercado”. Para más detalles del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios del IMSS véase IMSS (2021).

Este estudio también recomienda que la Secretaría de Salud impulse establecer la obligación para que los hospitales privados utilicen las GPC elaboradas y publicadas por la misma Secretaría de Salud en el Catálogo Maestro de GPC, para la atención de los padecimientos o enfermedades más comunes.<sup>55</sup> Esto ayudará a los usuarios a tener información actualizada sobre el tratamiento de los diversos padecimientos y prever los costos de los servicios hospitalarios privados.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la relación precio-calidad en los servicios hospitalarios no ha sido suficientemente analizada en México; dicho análisis será un insumo que ayudará entender en qué medida mayores tarifas reflejan calidad o únicamente reputación.<sup>56</sup>

## 2.5. Innovación tecnológica y nuevos modelos de negocio

La innovación es un indicador de la intensidad de la competencia en un mercado. La falta de innovación sugiere que las empresas no experimentan presiones competitivas o existen barreras a la innovación en el mercado.

En el ámbito internacional, el sector asegurador está experimentando un acelerado proceso de innovación tecnológica impulsado por plataformas digitales que utilizan las nuevas tecnologías como el *big data*, la inteligencia artificial y el *blockchain*.<sup>57</sup> La OECD define *insurtech* como “las nuevas tecnologías con el potencial de traer innovación al sector de seguros e impactar las prácticas regulatorias de los mercados de seguros”.<sup>58</sup> Estas tecnologías pueden adoptarse tanto por empresas tradicionales como por empresas con modelos de negocio innovadores.

Las tecnologías *insurtech* tienen el potencial de generar eficiencias en el mercado mediante el uso de información. El uso del *big data* disminuye el riesgo moral, puesto que las aseguradoras pueden recopilar datos

---

55. Véase el artículo 32 de la LGS.

56. Jamalabadi, Winter y Schreyögg (2020) revisaron investigaciones en varios países sobre la relación precio-calidad y costo-calidad en el cuidado de la salud, sin encontrar una relación general en estas variables. Los autores sugieren que los hacedores de políticas públicas deberían ser prudentes con las acciones instrumentadas para reducir los costos hospitalarios a fin de no comprometer la calidad de los servicios.

57. Según Oracle (2021), *big data* se refiere a los “datos que contienen una mayor variedad y que se presentan en volúmenes crecientes y a mayor velocidad”; la inteligencia artificial se refiere a sistemas o máquinas que imitan la inteligencia humana para realizar tareas y mejoran iterativamente a partir de la información que recopilan; *blockchain* es un libro mayor de datos transaccionales descentralizados que se comparte de forma segura.

58. OECD (2017, p. 5).

sobre los asegurados para monitorear su comportamiento y mejorar la predicción de siniestros. El análisis de la información hace posible que las aseguradoras ofrezcan productos personalizados, de acuerdo con el estado de salud y hábitos de cada persona, con el potencial de disminuir las primas para segmentos de la población que actualmente no pueden contratar un seguro.<sup>59</sup> Esto genera también beneficios indirectos, ya que los usuarios tendrían más incentivos a suprimir conductas de riesgo y malos hábitos para obtener mejores primas. Además, el uso de información personalizada proveniente de fuentes externas, como redes sociales, motores de búsqueda o dispositivos inteligentes facilita el proceso de verificación de reclamaciones.<sup>60</sup>

No obstante, el uso de *big data* tiene sus riesgos. En primer lugar, puede dificultar el acceso al aseguramiento de las personas de alto riesgo. Segundo, esta tecnología puede conducir a una estructura de mercado oligopólica, debido a sus efectos de red; además, las grandes empresas tecnológicas que usan *big data* podrían extender su buena posición, en los mercados en los que están establecidas a los mercados de seguros. Finalmente, las aseguradoras podrían extraer mayor excedente de los usuarios a través de precios abusivos. Considerando que la mayoría del *big data* está relacionada con información personal, una preocupación importante es la privacidad y la protección de los datos.<sup>61</sup> La COFECE ya ha señalado que los usuarios deben mantener la propiedad de sus datos y dar consentimiento expreso para su uso.<sup>62</sup>

La inteligencia artificial simplifica y adapta las características de las pólizas para que coincidan con las necesidades y la situación financiera de los asegurados, y mejora las posibilidades de ser asesorados de forma automatizada (*robo-advisors*).<sup>63</sup> Sin embargo, la inteligencia artificial también puede facilitar la colusión porque las empresas en el

---

59. Meyers (2018) y Ricci y Battaglia (2021).

60. OECD (2020a, p. 13).

61. OECD (2020a, pp. 7, 15 y 17).

62. COFECE (2017, p. 9). En la OPN-007-2017, el Pleno de la COFECE señaló que los usuarios son propietarios de sus datos transacciones, los cuales pueden transmitirse siempre y cuando cuenten con su consentimiento expreso y se garantice la confidencialidad y seguridad de la información.

63. OECD (2017, p. 26).

mercado podrían usar algoritmos similares para fijar sus precios, por lo que podrían anticipar sus estrategias de manera recíproca. Esta tecnología también puede facilitar resultados coordinados cuando detecta y responde a desviaciones en el comportamiento de los agentes, de tal manera que los conduce a realizar acciones que pueden anticiparse.<sup>64</sup>

El uso del *blockchain* puede simplificar contratos y reclamaciones, así como facilitar la detección de fraudes.<sup>65</sup> El *blockchain* ayuda a recopilar automáticamente registros de diferentes bases de datos sobre transacciones o acuerdos y luego vincularlos para poder tomar decisiones. Además, ayuda a determinar cuándo es falsa la información proporcionada en las reclamaciones, lo que reduce los costos de la aseguradora.<sup>66</sup> No obstante, el *blockchain* puede facilitar la colusión entre los participantes del sistema cuando el intercambio de información sensible en las transacciones registradas no tenga el cifrado apropiado. Este riesgo de coordinación entre competidores también se puede dar cuando las empresas se reúnan para establecer los estándares técnicos en el *blockchain*, que son importantes para la interoperabilidad y provisión de los servicios. Otro riesgo es que una empresa que tenga tecnología *blockchain* sea el único proveedor de cualquier servicio pertinente, convirtiéndose en un actor dominante con incentivos para excluir a otros competidores.<sup>67</sup>

Las tecnologías *insurtech* también pueden incrementar la competencia, al facilitar que las empresas entrantes recaben información de los asegurados a través de modelos colaborativos en los que los propios consumidores aportan sus datos.<sup>68</sup>

La innovación tecnológica transforma los procesos de producción y distribución para volverlos más baratos y accesibles para un conjunto más amplio de la población. Las empresas digitales pueden reducir el precio de las pólizas al eliminar las comisiones pagadas a los agentes de seguros y conseguir ahorros derivados de la automatización.<sup>69</sup> Gracias a estas eficiencias, las empresas entrantes que adopten tecnologías

---

64. Rab (2019).

65. OECD (2017, p. 19).

66. Deloitte (2016).

67. Simpson y Cooke (2016, pp. 23-24).

68. Pérez (2016).

69. CNMC (2018, pp. 79-80).

*insurtech* pueden ser disruptivas, al entrar al mercado dirigiéndose a segmentos de población que no son atendidos por las empresas tradicionales y, posteriormente, generarles cierta presión competitiva.<sup>70</sup>

Las nuevas tecnologías también crean nuevos servicios, procesos y modos de operación que brindan mayor transparencia, trámites más simples y rápidos, productos flexibles y personalizados, así como mejor atención a las necesidades de los asegurados.<sup>71</sup> Por ejemplo, las comparadoras de pólizas y los *marketplaces* reducen los costos de informarse y facilitan la movilidad de los consumidores.<sup>72</sup>

La distribución está cambiando con nuevos modelos de negocio como el *peer-to-peer*. Este modelo consiste en agrupar personas con el mismo tipo de póliza. Una parte de las primas se destinan a un fondo común de reembolso del cual se liquidan las reclamaciones por siniestro. Si no existen reclamaciones, los integrantes del grupo reciben un reembolso al final del año.<sup>73</sup>

Las empresas que utilizan tecnología *insurtech* se clasifican por el papel que desempeñan en:

1. *Full carrier o full stack*. Ofrecen el servicio completo de aseguramiento. En México, al momento de redactar este estudio, Soffa y Sisnova eran las únicas plataformas digitales que operan bajo un modelo de venta directa en el ramo de seguros de salud y gastos médicos.
2. Distribuidoras. *Marketplaces*, agentes o brókeres digitales que conectan a los consumidores con las aseguradoras tradicionales. Por ejemplo, MangoLife es una plataforma que funciona como un bróker digital de seguros de vida y salud, al aliarse con aseguradoras para ofrecer productos específicos a segmentos de población que no eran atendidos.

---

70. El término "disrupción" describe un proceso mediante el cual una empresa más pequeña y con menos recursos desafía con éxito a las empresas establecidas. A medida que las empresas establecidas se enfocan en mejorar sus productos y servicios para sus clientes más exigentes (y generalmente más rentables) ignoran las necesidades de otros grupos. Los participantes que resultan ser disruptivos comienzan por dirigirse con éxito a estos segmentos y se afianzan al ofrecer una funcionalidad más adecuada, con frecuencia a un precio más bajo. Fuente: Christensen, Raynor y McDonald (2015).

71. Nicoletti (2021, pp. 231-232).

72. Plataformas que agrupan servicios de diferentes proveedores en un solo lugar y permiten la contratación dentro de la misma plataforma.

73. OECD (2017, pp. 16-20).



3. **Habilitadores.** Ofrecen soluciones tecnológicas para alguna parte de la cadena de valor, como la prevención de fraude en siniestros, atención al cliente, gestión de pólizas o soporte. En México, Shift Technology ofrece servicios de automatización de siniestros, identificación de fraudes y toma de decisiones automatizadas a partir de la inteligencia artificial. Pagomed conecta a médicos con aseguradoras a partir de una plataforma que facilita el trámite de pagos de honorarios médicos.

En el ámbito internacional, los beneficios de las tecnologías *insurtech* son visibles en los países con más inversiones en este tipo de tecnologías.<sup>74</sup> Por ejemplo, en China, alrededor de 28% de los usuarios de Internet tiene una póliza de seguro en línea.<sup>75</sup> En EE.UU., durante la pandemia, el número de asegurados que cambiaron a un seguro provisto por empresas como las BigTech u otras empresas con tecnologías *insurtech* creció 11%.<sup>76</sup> En Reino Unido, la inversión en empresas con tecnologías *insurtech* creció 60% entre 2019 y 2020.<sup>77</sup>

En cambio, en México, el uso de las nuevas tecnologías es incipiente: 9% de las *startups* de tecnología financiera corresponden al sector asegurador.<sup>78</sup> De las 80 empresas identificadas, 19 están en el rubro de gastos médicos y 15 en prevención y conservación de la salud (atención primaria).<sup>79</sup> Algunas aseguradoras tradicionales han instrumentado tecnologías *insurtech* a partir de la colaboración con *startups* dedicadas principalmente a la distribución.<sup>80</sup>

Dados los beneficios de las tecnologías *insurtech* es importante que la regulación sea tal que no obstruya su expansión y desarrollo. La pertinencia de la regulación actual se analiza en un capítulo más adelante.

A pesar de sus beneficios, la adopción de las tecnologías *insurtech* no está exenta de riesgos a los procesos de competencia y libre concurrencia. Si bien estos riesgos son de mediano o largo plazo para nuestro país,

---

74. Fischer *et al.* (2020).

75. Mordor Intelligence (2021).

76. Capgemini Research Institute (2021, p. 7).

77. Insurance Business (2021).

78. Finnovista (2020).

79. Endeavor (2021).

80. Mapfre, AXA, BBVA, Genera, Chubb, General de Salud y Thona Seguros tienen productos específicos que son distribuidos por nuevas empresas con tecnología *insurtech*.

la entrada de las grandes empresas tecnológicas al mercado asegurador ha generado preocupaciones en otras autoridades de competencia. En materia de concentraciones, existen algunos casos que han sido analizados exhaustivamente en otras jurisdicciones.<sup>81</sup>

En el Anexo 2 se presenta la relación entre las fallas de mercado identificadas en los seguros de salud y gastos médicos y cómo las tecnologías *insurtech* ayudarían a mitigarlas.

---

81. La adquisición de Fitbit por Google fue analizada por diversas autoridades de competencia. Fitbit es una compañía que desarrolla, fabrica y distribuye dispositivos portátiles, software y servicios en el ámbito de la salud y bienestar asociada con otras instituciones como las aseguradoras. El riesgo a la competencia identificado fue que Google podría monetizar los datos de los usuarios de Fitbit a través de servicios como el de SGM y, a su vez, otorgarle el poder para negar o discriminar a sus competidores el acceso a dichos datos. La transacción fue finalmente aprobada en diversas jurisdicciones (ACCC, 2021).

### **3. Obstáculos a la competencia y libre concurrencia**

La entrada o la posibilidad de que entren nuevas empresas incentiva la competencia. La presión competitiva disminuye con la presencia de obstáculos para entrar a un mercado o para que crezcan las empresas pequeñas. En este estudio se identificaron tres obstáculos importantes a la competencia y libre concurrencia: los costos de cambiar de aseguradora, la forma de remunerar a los agentes de seguros y la incertidumbre jurídica para la entrada de modelos novedosos, los cuales se analizan a continuación.

#### **3.1. Costos de cambiar de aseguradora**

Los costos de cambio impiden que los consumidores cambien de aseguradora para obtener mejores precios o servicios. Cuando los consumidores no pueden reaccionar ante cambios en la oferta —como variaciones en precios, calidad de los productos o la entrada de nuevos oferentes— se desalienta la competencia, la innovación y la concurrencia.

Los consumidores enfrentan altos costos de cambiarse de aseguradora. Los altos costos de cambio hacen que la opción más económicamente factible sea permanecer con la aseguradora original, aunque la prima aumente con cada renovación de la póliza. Así, cuando el consumidor decide por primera vez contratar un SGM, prácticamente queda atado a esa primera decisión. Este efecto es conocido en la literatura como

usuario bloqueado o encerrado (*lock-in*).<sup>82</sup> Ello conduce a una baja intensidad de la competencia, en precios y calidad, por los asegurados que ya cuentan con una póliza.

Una parte de los costos de cambio de los asegurados está dada por la pérdida de los beneficios que trae consigo perder la antigüedad al cambiar de aseguradora. Las pólizas de SGM comúnmente contienen cláusulas de “periodos de espera”, que se refiere a un tiempo en el cual la aseguradora no cubre los gastos derivados de algunas enfermedades, los cuales varían dependiendo de la enfermedad. Los periodos de espera son determinados libremente por las aseguradoras, cuya justificación es seleccionar adecuadamente los riesgos y eliminar posibles casos de preexistencia.<sup>83</sup> No obstante, la falta de regulación es aprovechada por algunas aseguradoras para establecer periodos de espera demasiado largos, de hasta cinco años para algunos padecimientos (Cuadro 7).<sup>84</sup>

**Cuadro 7. Ejemplos de periodos de espera en algunos padecimientos (Meses)**

Tiempo	Padecimientos
60	Astigmatismo, hipermetropía, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o miopía.
24	Ácido-pépticos, adenoides, amígdalas, circuncisión, columna vertebral, hemorroides, hernias, nariz o senos paranasales, glándulas mamarias o rodilla.

Fuente: COFECE con información de las Condiciones Generales de las Aseguradoras.

Los periodos de espera vuelven a comenzar cuando los usuarios cambian de aseguradora, por lo que es necesario volver a esperar meses o años para que la nueva aseguradora cubra algunos padecimientos. En consecuencia, los periodos de espera reducen el atractivo de cambiar a otra aseguradora que ofrece mejores condiciones.

La portabilidad de la antigüedad es obligatoria en algunos países, por lo que los consumidores no pierden la antigüedad al cambiarse de aseguradora. Tampoco pierden el llamado “bono sin reclamo”, que son los

82. Atal (2015, p. 2).

83. Circular Única, numeral 4.5.12.

84. MetLife (2010).

premios monetarios que algunas aseguradoras otorgan a sus clientes por el tiempo transcurrido sin usar su póliza.<sup>85</sup> No se tiene conocimiento que en México exista este bono.

En algunos países europeos, la portabilidad de la antigüedad está garantizada cuando se solicita entre uno y tres meses antes de la terminación de la póliza vigente.<sup>86</sup> En India, el asegurado puede transferir su póliza a cualquier aseguradora sin que reinicien los períodos de espera para enfermedades preexistentes.<sup>87</sup> En Australia, EE.UU. e Irlanda, las autoridades han promulgado disposiciones de portabilidad para permitir que los consumidores cambien de aseguradora sin ser penalizados.<sup>88</sup> En Alemania, la portabilidad implica tanto reconocer la antigüedad como transferir la reserva de envejecimiento a la nueva aseguradora. Esta reserva monetaria está financiada con un sobrepago de 10% de las primas cuando los asegurados son jóvenes, para después aplicarla cuando el costo de la póliza aumenta por la edad.<sup>89</sup>

La regulación mexicana obliga a las aseguradoras a respetar la antigüedad en los seguros individuales sólo cuando los usuarios cambian de póliza dentro de la misma aseguradora, siempre y cuando la nueva póliza contemple los beneficios que se tenían con la anterior. No obstante, no existe la obligación de reconocer la antigüedad cuando el asegurado cambia de aseguradora.<sup>90</sup> Algunas aseguradoras sí reconocen la antigüedad para efectos de reducir los periodos de espera, aunque no para todos los padecimientos e imponiendo algunas restricciones.<sup>91</sup>

El historial de siniestros de los asegurados podría favorecer la decisión de las aseguradoras de reducir los periodos de espera de algunos padecimientos, porque brinda certeza sobre las condiciones de salud de los asegurados. Los burós de riesgos son instancias que ayudan a las aseguradoras a evaluar los riesgos que enfrentan, puesto que concentran

---

85. Acko (2021).

86. Sagan y Thomson (2016, p. 74).

87. Acko (2021).

88. Sagan y Thomson (2016, p. 74) y The Health Insurance Authority (2021).

89. Buse y Blumel (2014, p. 250) y Germany Visa (2021).

90. Circular Única (numeral 4.5.6).

91. Los casos son Metlife, AXA y GNP. Metlife reconoce la antigüedad, pero solo para los padecimientos que no excluyan las condiciones generales de sus productos (MetLife, 2010); AXA reconoce la antigüedad siempre que se estipule expresamente al momento de la contratación del seguro, además de que solo aplica para los padecimientos considerados en su cobertura básica (AXA, 2013); GNP contempla el beneficio, pero solo para algunos padecimientos descritos en su cobertura básica. Véase Condusef (2021d).

información sobre el historial de siniestros de sus clientes. Además de ser un insumo importante para los nuevos jugadores que decidan entrar al mercado, La figura del buró de riesgos en seguros existe en otros países y, normalmente, está sujeta a alguna regulación. Por ejemplo, en Gran Bretaña, existe el *Claims and Underwriting Exchange*, una base de datos sobre accidentes automovilísticos, domésticos y personales, que permite que las compañías de seguros suscritas puedan consultar el historial de reclamos de los individuos.<sup>92</sup> Esta base de datos está regulada por el Reglamento General de Protección de Datos.<sup>93</sup>

En 2014, tomando en consideración la experiencia internacional, la COFECE recomendó crear un buró de riesgos independiente en propiedad y operación de las empresas aseguradoras, al que éstas estén obligadas a proveer de información y que sirva como un mecanismo que permita a las aseguradoras hacer cálculos actuariales más acertados de las pólizas que ofrecen a los usuarios considerando sus perfiles de riesgo.<sup>94</sup> En México opera la Oficina de Intercambio de Información (OII) como una asociación civil, sin fines de lucro, que cumple la función de concentrar información sobre los riesgos en materia de seguros que habitualmente cubren sus asociados, entre ellos las aseguradoras.<sup>95</sup> Los servicios de la OII son importantes para la eficiencia en el mercado de los SGM y puede utilizarse para avanzar hacia la portabilidad de la antigüedad. No obstante, el éxito de este mecanismo radica en que se garantice el acceso a la información que concentra en condiciones no discriminatorias.

Por lo anterior, se recomienda establecer la portabilidad de la antigüedad, que es el reconocimiento del periodo que lleva el asegurado cubierto por una póliza (Reforma a la LISF). Ello, siempre y cuando el asegurado no solicite un aumento de la suma asegurada respecto a la póliza anterior, a fin de evitar algún tipo de comportamiento oportunista por parte del asegurado.

Esta recomendación removería un costo de cambio importante para los asegurados, ya que podrían cambiarse de aseguradora sin tener que volver a incurrir en periodos de espera de algunos padecimientos.

---

92. Experian Limited (2022).

93. The National Archives (2022).

94. COFECE (2014b, pp. 924-925).

95. Priego (2019) y Seguros Monterrey (2020, p.20).

Para favorecer la portabilidad, también se recomienda modificar el marco legal para establecer un buró de riesgos que sea operado por un agente independiente de las aseguradoras o, también, que cualquier aseguradora que entre al mercado pueda formar parte de su consejo de administración. De esta manera, el acceso al historial de siniestros de los asegurados ocurriría en condiciones no discriminatorias a todos los participantes del mercado. El objetivo es tener un arreglo institucional más sólido que la actual OII.<sup>96</sup>

La regulación del buró de riesgos favorecerá la portabilidad al garantizar que las aseguradoras conozcan el historial de siniestros de los asegurados.

Las aseguradoras también establecen cláusulas de exclusión, por medio de las cuales pueden dejar sin cobertura a algunos padecimientos preexistentes o imponer períodos de espera para tratar algunos padecimientos de personas que mantuvieron una cobertura continua con otras aseguradoras.<sup>97</sup>

En otros países, las cláusulas de exclusión están reguladas: En Australia, EE.UU. e Irlanda se limita la duración de las exclusiones de condiciones preexistentes y, en Alemania, existen límites al tipo de exclusiones que pueden considerarse.<sup>98</sup> Por ejemplo, en Irlanda la duración máxima de los periodos de espera que pueden fijar las aseguradoras a los nuevos asegurados es de 26 semanas para cualquier padecimiento y de hasta cinco años para los padecimientos preexistentes.<sup>99</sup>

Por lo anterior, se recomienda que la SHCP promueva el establecimiento de estándares sobre el tipo y duración de las exclusiones que las aseguradoras puedan fijar en las cláusulas de sus pólizas, así

---

96. La información del buró de riesgos podría llevar a una discriminación de precios que dificulte al acceso de los usuarios de alto riesgo, como ocurriría con el *big data*. Una diferencia entre información obtenida por un buró de riesgos y por *big data* es que el buró de riesgos debe proporcionarla a los competidores de manera no discriminatoria, como se propone en este estudio, mientras que la obtenida por *big data* puede ser usada en exclusiva por quien la genera o adquiere, siempre y cuando tenga la autorización de los usuarios.

97. Colombo y Tapay (2004, p. 45). El estudio identificó que AXA si cubre padecimientos preexistentes, siempre que el asegurado lo declare y transcurran dos años sin que este último no reciba tratamiento, presente síntomas o haya erogado gastos para su atención (o que transcurran cinco años para algunos padecimientos no declarados). AXA (2013, p. 24).

98. Colombo y Tapay (2004, p. 45).

99. The Health Insurance Authority (2026).

como para el reconocimiento de preexistencias cuando, después de transcurrido un tiempo, el asegurado no haya presentado síntomas o recibido tratamiento. Estas medidas tienen el objetivo de reducir los costos para los usuarios de cambiarse de aseguradora y eliminar el efecto de usuario bloqueado o encerrado (*lock-in*). Por lo tanto, las aseguradoras tendrán más incentivos para atraer usuarios de sus rivales ofreciendo mejores planes.

La cancelación de la póliza también constituye un costo de cambio para los usuarios. Las aseguradoras comúnmente penalizan las cancelaciones anticipadas, aunque la póliza no se haya utilizado. La penalización suele ascender a un porcentaje de la prima neta por el tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada).

En este estudio se encontró que al menos tres aseguradoras devuelven 60% de la prima no devengada, sin incluir los gastos de expedición de la póliza, cuando el asegurado decide terminar su contrato después de los 30 días de inicio de la vigencia de la póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto.<sup>100</sup> Otras aseguradoras solo aplican el reembolso parcial cuando es la compañía quien rescinde la póliza, ya sea por omisiones o declaraciones falsas o inexactas del asegurado o por cambios de residencia u ocupación del asegurado.<sup>101</sup>

La penalización desincentiva a los asegurados a cancelar su póliza en el momento en que lo deseen, lo que limita la movilidad de los usuarios entre las aseguradoras.

En este estudio se recomienda establecer la posibilidad de que los asegurados cancelen de manera anticipada sus pólizas en cualquier momento, sin ser penalizados, de tal manera que todas las aseguradoras estarán obligadas a devolver la totalidad de la prima no devengada, excluyendo los gastos de expedición; esta obligación también aplicará por causa de revocación de la aseguradora. Ello requeriría reformar a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros.<sup>102</sup> Esta recomendación incrementará la movilidad de los asegurados y, con ello, la competencia entre aseguradoras.

---

100. AXA, MetLife y GNP. AXA (2014) y MetLife (2010). Véase también Condusef (2021d)

101. Seguros Bx+ (2014).

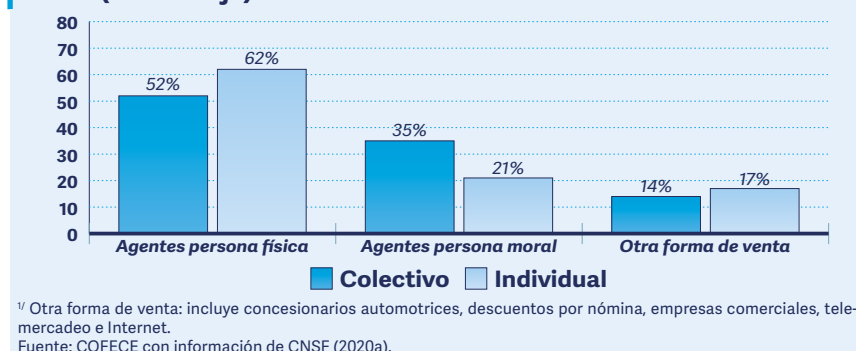
102. Disponibles en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5421233&fecha=23/12/2015#gsc.tab=0](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421233&fecha=23/12/2015#gsc.tab=0)



### 3.2. La forma de remunerar a los agentes de ventas disuade la entrada

La LISF establece que las aseguradoras deben diversificar los conductos de colocación de sus productos para evitar depender de un solo intermediario.<sup>103</sup> No obstante, ocho de cada diez seguros individuales o colectivos se venden a través de agentes, por lo que son el canal de venta más importante (Gráfica 16). El servicio de los agentes de seguros se justifica por la gran variedad de productos que existen en el mercado nacional. Los agentes resuelven las dudas de los interesados y evalúan a los nuevos clientes para ofrecer la opción que mejor se adaptaría a sus necesidades.

**Gráfica 16. Comercialización de SGM por canal de distribución, 2020<sup>1/</sup> (Porcentaje)**



Los agentes pueden ofrecer a los consumidores productos de más de una aseguradora, por lo que las aseguradoras entrantes podrían comercializar sus productos a través de los agentes que ya están operando, sin necesidad de invertir en crear su propia fuerza de ventas. Los entrantes tendrían que pagar a los agentes comisiones que sean al menos tan atractivas como las que ya pagan las aseguradoras establecidas, a fin de incentivar la venta de sus productos.<sup>104</sup> Los agentes tienen incentivos a esforzarse más en vender los productos por los que reciben comisiones y bonos más altos, por lo que su asesoría podría estar sesgada a favor de las aseguradoras que pagan mayores comisiones.<sup>105</sup>

103. Artículos 91, 93, 101 y 102 de la LISF.

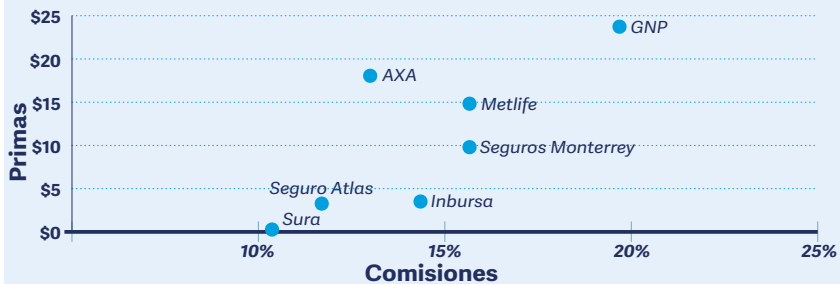
104. En SGM de una muestra de 17 aseguradoras, se encontró que el promedio de comisiones pagadas es de 15%. COFECE, con datos de la CNSF (2020b).

105. ING Seguros (2005, p. 1).

Algunas aseguradoras otorgan premios o comisiones contingentes vinculadas a alcanzar un objetivo de ventas, además de la comisión por póliza vendida.<sup>106</sup> Las comisiones contingentes constituyen un incentivo a que los agentes traten de colocar el mayor número de pólizas de una misma aseguradora, en lugar de diversificar sus ventas. De esta manera, cuando las aseguradoras más grandes pagan comisiones contingentes crean un obstáculo para que las nuevas empresas entren al mercado.<sup>107</sup>

Las aseguradoras más grandes son las que pagan comisiones directas más altas a los agentes, lo que es un indicio de que las comisiones disuaden la entrada de nuevos competidores (Gráfica 17).

**Gráfica 17. Primas emitidas y comisiones pagadas en SGM, 2020 (Miles de millones de pesos y porcentajes)**



Fuente: COFECE con información de CNSF (2020b).

Una manera de promover la libre concurrencia es que las autoridades establezcan medidas para clarificar y agilizar la contratación en línea de SGM, con el fin de disminuir la dependencia de los agentes de ventas. Asimismo, la innovación tecnológica propicia que el asesoramiento cara a cara pierda importancia en la actividad aseguradora. Con la tecnología *insurtech*, por ejemplo, surgen plataformas en las que el usuario introduce sus datos y la cobertura deseada, para que la plataforma, automáticamente, ofrezca un menú de productos adecuados al usuario.

El conflicto de interés de los agentes de ventas difícilmente puede eliminarse, pero es necesario que los consumidores estén conscientes de que existe. En México, la regulación establece que el asegurado puede solicitar a su aseguradora información del importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario por la venta del seguro, después

106. Plan Seguro (2016, p. 8).

107. European Commission (2013a) y European Commission (2013b).

de que la transacción fue acordada, debiendo recibir la información en un plazo no mayor a diez días hábiles.<sup>108</sup> Esta solicitud puede hacerse antes de que los asegurados paguen su póliza, porque disponen de 30 días naturales para pagarla;<sup>109</sup> sin embargo, esta información no está disponible en el periodo en que los consumidores analizan sus opciones.

La Comisión Europea considera que divulgar las comisiones e incentivos económicos de los agentes es útil para alertar a los consumidores sobre la posibilidad de conflictos de interés.<sup>110</sup> Además, dicha comisión opina que debe exigirse a los agentes de ventas que justifiquen oralmente y por escrito por qué eligen recomendar un producto que les paga comisiones o recompensas más altas, incluso cuando exista otro producto similar que cumpliría el mismo propósito.<sup>111</sup> También recomienda que algunas comisiones contingentes se prohíban, por ejemplo, las vinculadas a un umbral que debe alcanzar el intermediario, puesto que inducen a los agentes a enfocarse en vender un producto específico.<sup>112</sup>

En otros países se han propuesto algunas medidas para reducir o transparentar el conflicto de interés de los agentes de ventas. Por ejemplo, la autoridad de competencia de Irlanda recomendó que el consumidor reciba las cotizaciones que el agente hizo con todas las aseguradoras y la comisión que recibe de cada una. Con ello, los consumidores, antes de que adquieran el producto, están conscientes del conflicto de interés del agente y las alternativas que no consultó.<sup>113</sup>

Por lo anterior, se recomienda establecer la obligación de que los agentes, al momento de que presten sus servicios de asesoría y antes de que los consumidores tomen una decisión, muestren a estos últimos la información de las comisiones y bonos que reciben de cada aseguradora cuyos productos promocionen. La entrega de esta información debe hacerse antes de que el usuario elija sus productos, con independencia de que el asegurado la solicite (Circular Única). Esta recomendación hará que los consumidores estén conscientes del conflicto de interés de los agentes.

---

108. Circular Única, numeral 4.5.2.

109. Artículo 40 de la LSCS.

110. European Commission (2013a).

111. European Commission (2013a) y European Commission (2013b, p.11).

112. *Ídem*.

113. Competition Authority's Ireland (2005).

Finalmente, debe analizarse la forma en que los agentes de seguros son remunerados. En específico, es necesario evitar que los premios, bonos o comisiones contingentes vayan vinculados a cumplir una meta específica de ventas de un mismo plan o una misma compañía, puesto que estos bonos pueden inducir a los agentes a tratar de vender un plan específico, en detrimento de otros planes más adecuados para el asegurado. Esta recomendación disminuye el costo de entrada de nuevas aseguradoras, al eliminar un incentivo que tienen los agentes a colocar los productos de una sola aseguradora.

### **3.3. La incertidumbre jurídica dificulta la innovación**

La mayoría de las 19 empresas mexicanas que operan con tecnología *insurtech* en gastos médicos o prevención de salud se desempeñan como distribuidoras o habilitadoras, por lo que se han constituido como agentes de seguros ante la CNSF para operar. Las únicas dos que brindan los servicios de una aseguradora tradicional, Sisnova y Sofía, están constituidas como ISES.

Las empresas con tecnología *insurtech* no tienen una normativa específica, pero la LITF y la LISF les aplican dependiendo del modelo de negocios. La LISF es aplicable a las empresas con tecnología *insurtech* que presten servicios como *full carrier* y a algunos distribuidores como agentes y brókeres digitales; la LITF es aplicable a modelos novedosos y las API para posibilitar la conectividad entre proveedores de seguros.

El intercambio de datos a través de las API puede facilitar que el mercado de seguros adopte la innovación basada en datos, la creación de productos innovadores para los consumidores y el aumento de la eficiencia y la interacción con terceros. También facilitaría el surgimiento de una mayor competencia dentro de la cadena de valor a medida que surgen nuevos jugadores y modelos comerciales, lo que posiblemente reduzca algunos costos. Utilizar las API implica considerar nuevas herramientas de regulación y supervisión.<sup>114</sup>

La fracción XVII del artículo 4 de la LITF establece que un Modelo Novedoso es aquel que utiliza herramientas o medios tecnológicos para prestar servicios financieros con modalidades distintas a las existentes en

---

114. EIOPA (2021, pp. 12-13).

el mercado en el momento de su autorización. La LITF permite el desarrollo de modelos novedosos sin necesidad de que las nuevas empresas asuman todo el costo regulatorio que tiene un modelo tradicional.

La LITF señala la obligación de la CNSF de emitir disposiciones de carácter general en los temas aplicables a seguros;<sup>115</sup> en particular, la regulación de modelos novedosos y sobre el establecimiento de API que posibiliten la conectividad y acceso de otras interfaces desarrolladas o administradas por sus supervisados, así como la de publicar las autorizaciones de modelos novedosos en un registro público, que difundirá en su página de Internet.<sup>116</sup> En marzo de 2019, la CNSF publicó el Título 41 de la CUSF con las “Disposiciones de carácter general relativas a las sociedades autorizadas para operar Modelos Novedosos a los que hace referencia la LITF”, en las que se establece la inscripción en un registro público de las sociedades autorizadas para operar modelos novedosos.<sup>117</sup> Al momento de escribir este estudio, la CNSF no ha inscrito sociedades en este registro público porque no ha recibido solicitud alguna.

Las sociedades participantes en el sector, tanto instituciones de seguros como empresas con tecnología *insurtech* así como las que se registren como modelos novedosos requieren una regulación clara para la interconexión y compartición de datos a través de las API. El artículo 76 de la LITF establece que:

*“Las Entidades Financieras, los transmisores de dinero, las sociedades de información crediticia, las cámaras de compensación a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, las ITF y las sociedades autorizadas para operar con Modelos Novedosos estarán obligadas a establecer interfaces de programación de aplicaciones informáticas estandarizadas que posibiliten la conectividad y acceso de otras interfaces desarrolladas o administradas por los mismos sujetos a que se refiere este*

---

115. Véase el artículo 76 y la Disposición Transitoria Quinta de la LITF. Esta última establece un plazo máximo de dos años después de la entrada en vigor de la LITF para emitir dichas disposiciones.

116. Artículo 83 de la LITF. El último párrafo del artículo 83 de la LITF establece que: “Cada Autoridad Financiera podrá establecer, mediante disposiciones de carácter general, las bases de la organización y funcionamiento [del registro de las sociedades autorizadas para operar un Modelo Novedoso], así como las anotaciones adicionales que deberá incorporar”.

117. Disponible en: [https://lisfcusf.cnsf.gob.mx/CUSF/CUSF41\\_1](https://lisfcusf.cnsf.gob.mx/CUSF/CUSF41_1)

*artículo y terceros especializados en tecnologías de la información, con el fin de compartir los datos e información (...)*”.

No obstante, las disposiciones de carácter general correspondientes a seguros, a las que hace referencia la LITF, aún no han sido emitidas por la CNSF, lo que podría desincentivar la entrada de empresas dedicadas a la intermediación de datos, así como a los nuevos competidores que requieran interconectarse para obtener datos de usuarios, dado que la ausencia de dichos lineamientos podría estar generando incertidumbre entre los emprendedores. La CNBV publicó disposiciones de carácter general relativas a las API, aunque tienen nula utilidad para la actividad aseguradora.<sup>118</sup>

Por ello, se recomienda que la CNSF emita las disposiciones de carácter general referidas en el artículo 76 de la LITF sobre interconexión y compartición de datos transaccionales, previa autorización de los usuarios, lo que facilitará la entrada de los modelos novedosos.

---

118. Disposiciones de carácter general relativas a las interfaces de programación de aplicaciones informáticas estandarizadas a que hace referencia la Ley para Regular las Instituciones de Tecnología Financiera, publicadas en el DOF el 4 de junio de 2020.

## 4. Comportamiento de los consumidores y arquitectura de las decisiones

En los mercados de seguros, la falta de información y la complejidad de los productos propician que los consumidores tengan dificultades para decidir sobre el seguro más adecuado a sus necesidades. Por ello, los reguladores a menudo buscan ayudar a los consumidores con una arquitectura de las decisiones que simplifique problemas complejos, ya que la eficiencia y competencia de los mercados depende de que los consumidores tomen decisiones informadas.<sup>119</sup> El concepto de arquitectura de las decisiones fue acuñado por Thaler y Sunstein (2008) para señalar que la decisión de compra de los consumidores depende de cómo se les presentan las alternativas. En las siguientes secciones se examinan los problemas de información y características de los productos y se proponen algunas reformas para mejorar la arquitectura de las decisiones en la compra de SGM.

### 4.1. Los consumidores no conocen suficientemente los seguros que adquieren

Bajo el supuesto de que la contratación de los seguros colectivos la lleva a cabo personal capacitado, este capítulo se enfoca en el consumidor individual.

---

119. Ericson y Starc (2013).

Cuando los consumidores no son capaces de comparar adecuadamente las diferencias en precios y calidad de los productos que adquieren, la intensidad de la competencia disminuye o se traslada hacia otras variables como la publicidad o fuerza de venta, que no necesariamente mejoran el bienestar social.<sup>120</sup> En la medida en que los consumidores no tienen la información necesaria para elegir adecuadamente sus planes de seguros, las aseguradoras carecen de incentivos suficientes para mejorar su eficiencia y adaptarse a las preferencias de los consumidores.<sup>121</sup>

La evidencia muestra que a veces los consumidores no conocen lo suficiente las características de los planes de seguros que adquieren. De acuerdo con la ENIF 2018, 20% de los usuarios no conocía el costo de la prima del SGM que adquirieron.<sup>122</sup> De las 1,070 reclamaciones presentadas ante la Condusef por inconformidades derivadas del servicio recibido en 2020, 58% se generaron por negativas en el pago de la indemnización y reclamos por siniestros excluidos (Gráfica 18). Solo 15% de las reclamaciones fueron resueltas favorablemente para los usuarios, el cual es un nivel menor a observado en las sociedades de información crediticia (82%), sociedades financieras de objeto múltiple (Sofome) (65%), administradoras de ahorro para el retiro (Afore) (54%) o bancos (41%).<sup>123</sup> El bajo número de resoluciones a favor de los usuarios podría explicarse por su mala percepción de los productos contratados, que corresponde a una expectativa irreal de la atención y alcance de las coberturas de las pólizas contratadas, atributos que no se conocen cabalmente hasta que usan el seguro, así como por la complejidad y poca claridad de los contratos de seguros, lo que se presta a interpretaciones subjetivas.

---

120. Erta *et al.* (2013, p. 59).

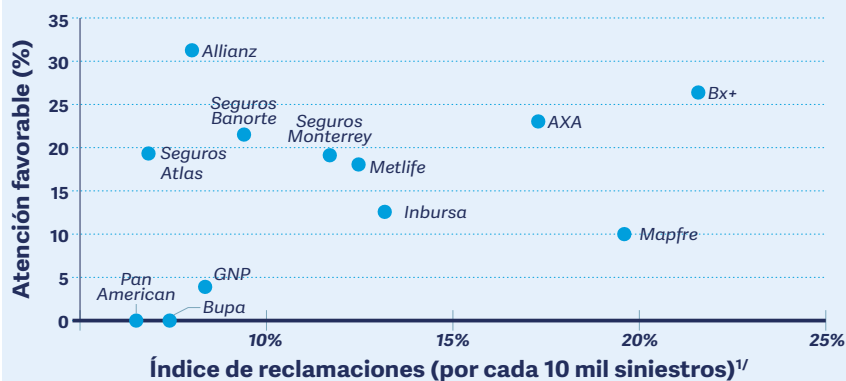
121. Boonen, Laske-Aldershof y Schut (2016).

122. Inegi (2018). La ENIF no especifica si el entrevistado cuenta con un SGM individual o colectivo. Esta pregunta no fue incluida en la ENIF 2021.

123. Condusef (2021e). Datos de resolución de reclamaciones a favor del consumidor en 2020.



**Gráfica 18. Reclamaciones del SGM ante Condusef, 2020  
(Porcentaje de las reclamaciones y número de reclamaciones)**



<sup>1/</sup> El índice de reclamaciones es el cociente entre el total de reclamaciones y el número de asegurados multiplicado por 10 mil.

Fuente: COFECE con datos de Condusef (2021e).

Los consumidores se enfrentan a varias dificultades cuando deciden contratar un SGM. La primera es el alto grado de incertidumbre que conlleva esta compra. Las enfermedades que requieren costosas intervenciones son impredecibles. A ello se suma la incertidumbre acerca del impacto que la enfermedad tendrá sobre las condiciones de salud en general del individuo, los ingresos familiares y la recuperación del paciente, así como la incertidumbre sobre los costos y la calidad de la atención médica.<sup>124</sup>

La segunda es que los consumidores tienen un conocimiento y capacidad de cómputo limitados, lo que afecta sus decisiones de compra. Estas limitaciones reciben el nombre de "racionalidad acotada" en la literatura.<sup>125</sup> Este concepto no necesariamente implica que los consumidores sean irracionales o que no aprendan, sino que tienen una capacidad limitada y escasa predisposición para comprometerse en decisiones que son extraordinariamente complejas y costosas, como lo es la adquisición de un SGM.<sup>126</sup> El problema de la racionalidad acotada se agrava en el mercado analizado porque las personas normalmente no tienen muchas oportunidades de aprender sobre los SGM. Una vez que el consumidor adquiere una póliza, las características del producto y los costos

124. Arrow (1963).

125. Concepto acuñado por Simon (1947).

126. Este uso del concepto de racionalidad acotada es el que sigue Bowles (2004, p. 97).

de cambio hacen difícil cambiar de proveedor, como se vio en capítulos previos. Los sesgos cognitivos de los consumidores también afectan las decisiones de compra. Este concepto se refiere a la “desviación sistemática (esto es, no aleatoria y, por lo tanto, predecible) de la racionalidad en el juicio o la toma de decisiones”.<sup>127</sup> Por ejemplo, existe evidencia de que la forma en que se presentan los precios afecta la decisión de compra de los seguros de vida.<sup>128</sup> La racionalidad acotada y sesgos cognitivos impiden que la calidad de los seguros sea evaluada completamente por los consumidores al momento de contratarlos.

La tercera es la complejidad y amplia variedad de planes de aseguramiento y, finalmente, la falta de información objetiva sobre las diferentes opciones. Ambas situaciones se analizarán en la siguiente sección.

#### 4.2. Las aseguradoras registran muchos planes poco diferenciados

Cada aseguradora ofrece, en promedio, siete planes de SGM individuales; además, las diez aseguradoras que ofrecen más planes promedian catorce. El rango de planes ofrecidos por cada aseguradora varía entre sólo una opción hasta un máximo de 33 planes (Cuadro 8). Más aún, los planes de algunas aseguradoras son flexibles o hechos a la medida, puesto que el asegurado puede personalizar su producto al agregar coberturas (servicios dentales, atención en el extranjero, gastos funerarios, etc.), así como elegir suma asegurada, coaseguro, deducible, niveles hospitalarios de atención, entre otros. Lo anterior hace que el número de opciones a elegir sea aún mayor.

**Cuadro 8. Planes de SGM, 2021 (Número)**

Numero de planes	Colectivo	Individual	Totales
Promedio por aseguradora	3	7	9
Rango	de 1 hasta 19	de 1 a 33	de 1 a 34

<sup>17</sup> El universo son 32 aseguradoras (véase el Anexo 3). Los datos, de acuerdo con la fuente, podrían estar subestimados porque el número de planes registrados ante la CNSF es mayor.  
Fuente: COFECE con datos del Expediente REC-004-2022 (folio 218).

127. Blanco (2017, p. 1).

128. Huber, Gatzert y Schmeiser (2015).

La similitud en las características de los planes de algunas aseguradoras es tan alta que el grado de diferenciación algunas veces es imperceptible para los consumidores. Asimismo, la diferencia de los productos entre las aseguradoras es mínima, particularmente en la suma asegurada, deducible y coaseguro (Cuadro 9). En el Anexo 3 se presentan más detalles.

**Cuadro 9. Opciones en los planes de SGM individuales para aseguradoras seleccionadas<sup>1/</sup>**

Características	BX+ Multiva	Prevem	GNP	Plan Seguro
Cobertura	No disponible	Nacional	Nacional	4 entidades
Número de opciones de suma asegurada	6	4	41	Libre elección
Rango de suma asegurada (millones de pesos)	2-125	3.5-15	530 mil-138	545 mil- sin limite
Deducible (opciones)	10	10	30	Libre elección
Rango de deducible (miles)	10-100	10-109	9.5-175.2	8.1-109
Coaseguro (opciones)	5	No disponible	3	4
Rango de coaseguro (porcentaje)	10-30%	No disponible	10-20%	10-30%
Niveles hospitalarios	3	No disponible	6	4
Red hospitales	No disponible	197	Sin restricción	No disponible

<sup>1/</sup> Aseguradoras con información disponible para hacer el comparativo.  
Fuente: COFECE con datos de Asegúrate México (2021a).

La cantidad de planes con características distintas que las aseguradoras ofrecen no parece que busque atender la diversidad de preferencias de los consumidores. Más si se considera que, *a priori*, el asegurado no conoce la calidad del servicio de las aseguradoras al momento de adquirir un producto, por lo que solo se fía por sus características observables o por la información proporcionada por los agentes.

La teoría señala que las aseguradoras tienen el incentivo a inundar el mercado con demasiados planes y dominar el “espacio de estantería” de los sitios web.<sup>129</sup> El objetivo sería elevar los costos de búsqueda de los consumidores de tal manera que pierdan el interés de comprometerse en una búsqueda exhaustiva de opciones de productos que son complejos, aprovechando la racionalidad acotada de los consumidores. Esta práctica tiene el efecto de reducir la competencia en precios y, con ello, perjudicar al consumidor.<sup>130</sup>

Frank y Lamiraud (2008), con datos para Suiza, muestran que la disposición de las personas a cambiar de plan disminuye cuando aumenta el número de opciones que tienen, lo que confirma la hipótesis de racionalidad acotada: los consumidores están menos dispuestos a comprometerse con la búsqueda de la mejor opción cuando el costo de buscar es más alto. Asimismo, estos autores encuentran que el mayor número de planes hace que persistan diferencias significativas de precios para productos que son relativamente homogéneos.

Para EE.UU., Chandra, Handel y Schwartzstein (2018) concluyen que un mayor número de planes afecta el bolsillo de los asegurados, ya que elegir entre siete y ocho planes aumenta sus costos entre 400 y 500 dólares, respecto a la alternativa de elegir entre dos y tres planes. No se encontraron investigaciones similares para México.

Una solución de política pública es que el número de planes de seguros de SGM que puede ofrecer cada aseguradora esté limitado, con el fin de facilitar la elección de los consumidores y promover una mayor competencia en precios. Esta medida ha sido ampliamente debatida en otros países. Las aseguradoras opinan que la libre elección logra mayor flexibilidad, haciendo hincapié en la innovación y la diversidad de preferencias de los consumidores. Por el contrario, algunas organizaciones favorecen adoptar un número manejable de opciones fácilmente comparables, citando investigaciones de economía del comportamiento que demuestran que tener demasiadas opciones afecta la toma de decisiones.<sup>131</sup> Por lo anterior, esta Comisión considera que los formuladores de política

---

129. Frank y Lamiraud (2008, p. 2).

130. Genadri (2015).

131. Monahan (2013).

pública deben sopesar entre mejorar la capacidad de elección de los consumidores o mantener la libertad de las aseguradoras de comercializar todos los planes que consideren.<sup>132</sup>

En algunas jurisdicciones se ha optado por limitar el número de planes que pueden ofrecer las aseguradoras, lo que ha resultado en beneficios para los consumidores. A finales de 2013, las opciones de planes se simplificaron en once estados de EE.UU. y el Distrito de Columbia.<sup>133</sup> Las acciones tomadas incluyeron limitar la cantidad de planes o los diseños de beneficios que las aseguradoras ofrecen hasta un máximo de entre tres y cinco planes por nivel de cobertura, así como beneficios estandarizados y la adopción de un estándar de “diferencia significativa”. Este último implica que las características de un plan deben ser sustancialmente distintas de las de otros planes ofrecidos por la misma aseguradora.

La estandarización de los atributos de los planes enfrenta una disyuntiva, ya que, si bien en el corto plazo ayuda en la elección de los consumidores, en el largo plazo también podría limitar la innovación de productos.<sup>134</sup> Un experimento natural en los SGM en Massachusetts, EE.UU. encontró que reducir y estandarizar los planes tuvo un efecto positivo sobre el bienestar de los consumidores, ya que mejoraron su elección al lograr diferenciar los planes con mayor precisión; sin embargo, las empresas también captaron parte del excedente puesto que los consumidores eligieron planes más caros.<sup>135</sup>

El artículo 208 de la LISF establece que las instituciones de seguros están obligadas a ofrecer, para SGM y otras coberturas, productos básicos estandarizados que cubran riesgos de la población, cuenten con un modelo de contrato estándar con cláusulas de fácil comprensión y que incluyan aspectos como riesgos cubiertos, exclusiones, suma asegurada, deducibles, duración del contrato, periodicidad del pago de la prima, procedimiento para el cobro de la indemnización, entre otros. Los productos básicos estandarizados fueron creados para fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, pero, dadas sus carac-

---

132. Colombo y Tapay (2004, p.31).

133. Genadri (2015).

134. Ericson y Starc (2016).

135. Ericson y Starc (2013).

terísticas, también deberían contribuir a facilitar la elección de los consumidores en la medida que se amplíe su presencia en el mercado. No obstante, los productos básicos estandarizados casi no se compran: En 2020, únicamente se vendieron 25 productos básicos estandarizados de SGM individuales y 35 de SGM colectivos.<sup>136</sup>

Por lo anterior, la SHCP debería evaluar las consecuencias de acotar el registro de los productos de SGM que las aseguradoras ofrecen a los consumidores a solo aquéllos con características perceptiblemente distintas. En su caso, esta regulación requeriría reformar la LISF. De esta manera se evitará que las aseguradoras inunden al mercado con planes esencialmente iguales, facilitando así la elección del consumidor.

### **4.3. Los consumidores no tienen información suficiente para tomar la mejor decisión**

Algunas políticas públicas que buscan que los consumidores tomen decisiones mejor informadas pueden contribuir a una mayor competencia en los mercados. Los comparadores de precios fomentan la competencia cuando ayudan a los consumidores a encontrar los mejores precios y productos, además de ser una opción para distribuir los seguros.<sup>137</sup> También logran impulsar la competencia y la innovación al facilitar la entrada de nuevos agentes económicos.<sup>138</sup>

En 2019, la Condusef evaluó la calidad y transparencia de la información de los SGM, revisando la solicitud, carátula de la póliza, condiciones generales, página web y publicidad de las aseguradoras.<sup>139</sup> La evaluación consistió en dos etapas. En la primera evaluación, la calificación promedio para los SGM individuales y colectivos fue de 5.6 y 5.1 sobre 10, respectivamente. La segunda evaluación fue posterior a que las aseguradoras atendieran las observaciones de la primera evaluación, de tal manera que los promedios de los SGM individuales y colectivos aumentaron a 9.2 y 8.4, respectivamente.<sup>140</sup> La Condusef observó que las carátulas de las pólizas no señalaban el significado de las abreviaturas utilizadas; las

---

136. COFECE con datos de la CNSF (2020a).

137. Compagnucci y Empoli (2018, p. 53).

138. Financial Conduct Authority (2016).

139. Información disponible en Condusef (2021e).

140. En esta última etapa reprobaron Metlife (4.4) para SGM individual; Mapfre (4.3) y Zurich (4.0) para SGM colectivo.

páginas web no señalaban los requisitos para contratar y las modalidades de contratación, y la publicidad podía ser engañosa o inducir al error, entre otras observaciones.

Las páginas web de las aseguradoras y los comparadores se han convertido en un medio importante para empoderar a los consumidores y contratar seguros de forma eficiente. No obstante, esta situación no se ha trasladado a los SGM en México. Las aseguradoras pueden presentar la información en sus sitios web de tal manera que conduzcan a los consumidores hacia un plan específico, con lo que afectan su capacidad de valorar todas las opciones disponibles.

La regulación mexicana no impone criterios o condiciones para que las aseguradoras mejoren sus sitios web y faciliten la elección de los consumidores o presenten información estandarizada que facilite su comparación y entendimiento. En particular:

1. El mercado presenta escasa información para comparar planes de seguros.
2. Las aseguradoras parecen estar comprometidas con un modelo de negocio de venta de seguros cara a cara, por lo que sus sitios web no tienen un diseño adecuado para mejorar la información dirigida a los consumidores.
3. Dos de cada tres sitios web de las aseguradoras no dan la posibilidad de que el consumidor cotice una póliza en línea, ya que después de solicitarle información personal al interesado se le informa que un agente lo contactará para asesorarlo (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Atributos de calidad de la información observados en los sitios web para SGM (Porcentaje)**

La página web:	Cumple la condición <sup>1/</sup>
Solo permite la contratación de un plan a través de un agente (por teléfono o presencial)	100%
Solicita nombre, teléfono y correo electrónico	93%
Requiere la edad del solicitante	86%
Incluye directorio de proveedores (hospitales)	64%
Pide los datos del solicitante y lo redirecciona de inmediato con un asesor sin mostrarle cotizaciones	64%

<sup>1/</sup> Porcentaje de las páginas que cumplen con el atributo con base en la revisión de catorce sitios web, siguiendo la metodología de Taylor *et al.* (2016, p. 34).

Fuente: COFECE con datos de Allianz (2021), AXA (2021), BUPA (2021), CHUBB (2021), GNP (2021), La Latino Seguros (2021), MAPFRE (2021), Metlife (2021), PANAMERICAN LIFE (2021), Plan Seguro (2021), Preveem Seguros (2021), Seguros Atlas (2021), Seguros Banorte (2021), Seguros Bx+ (2021) y Seguros Monterrey (2021).

**Cuadro 10. Atributos de calidad de la información observados en los sitios web para SGM (Porcentaje)**

La página web:	Cumple la condición <sup>1/</sup>
Ofrece información adicional (explicativa/educativa) y/o sugerencias	57%
Solicita el género del solicitante	50%
Muestra al solicitante alguna cotización, pero lo manda con un asesor para consultas personalizadas	36%
Ofrece ayuda en línea	36%
Solicita código postal y/o entidad	36%
Permite hacer una consulta con filtros (deducible, coaseguro, coberturas, entre otros)	14%

<sup>1/</sup> Porcentaje de las páginas que cumplen con el atributo con base en la revisión de catorce sitios web, siguiendo la metodología de Taylor *et al.* (2016, p. 34).

Fuente: COFECE con datos de Allianz (2021), AXA (2021), BUPA (2021), CHUBB (2021), GNP (2021), La Latino Seguros (2021), MAPFRE (2021), Metlife (2021), PANAMERICAN LIFE (2021), Plan Seguro (2021), Prevem Seguros (2021), Seguros Atlas (2021), Seguros Banorte (2021), Seguros Bx+ (2021) y Seguros Monterrey (2021).

En la práctica internacional, particularmente en EE.UU., los empleadores y algunas entidades públicas recomiendan que los sitios web adopten diversos estándares para ayudar al consumidor a comprender las diferencias en las opciones de planes disponibles. Algunos de estos estándares buscan que los sitios web:

1. Brinden a los consumidores una estimación de los costos de bolsillo según el plan;
2. Organicen sus resultados para presentar, en primer lugar, los planes más adecuados para el consumidor individual y, después, permitan al consumidor clasificar y filtrar entre las diversas opciones;
3. Hagan que el consumidor tome atajos en función de la rapidez con la que desea seleccionar un plan y cuántos atributos diferentes desea considerar;
4. Brinden información que resalte los atributos considerados más importantes para los consumidores (por ejemplo, los costos y si un médico está incluido en el plan), e
5. Incorporen un directorio de proveedores para que los consumidores puedan ver los planes en los que participan sus médicos.<sup>141</sup>

En 2014, la COFECE encontró que en los mercados de seguros había una carencia considerable de plataformas para difundir información de pre-

141. Taylor *et al.* (2016, p. 24).



cios y características de los productos.<sup>142</sup> Siete años después, aún son pocos los comparadores de precios de SGM. El principal impedimento para los comparadores es que las aseguradoras no están dispuestas a compartir los precios de sus pólizas, aunque algunos comparadores han logrado entrar al mercado elaborando su propia metodología para estimar las primas de los planes de las aseguradoras.

La información que ofrecen los comparadores existentes es limitada. Este estudio identificó que los comparadores solicitan información personal como nombre, sexo, edad, entidad, código postal, correo electrónico y teléfono, además del producto de interés. Una vez ingresados los datos personales, la mayoría de los comparadores no muestran cotizaciones, sino que señalan que enviarán información por correo electrónico o que un agente contactará al interesado.<sup>143</sup> Los comparadores que sí presentan información no incluyen a todas las aseguradoras (Cuadro 11).

<b>Cuadro 11. Comparadores de SGM, 2021</b>									
Aseguradoras	YoSeguro	Asegurate Mexico	Condusef	Sicuro	Kalmy	Traditz	Medical Mex	Kayum	SGM.mx
Mapfre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GNP	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
AXA		✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Bupa México	✓	✓		✓		✓			
Plan Seguro	✓	✓	✓	✓					✓
Pan-American	✓	✓		✓					
Prevem Seguros	✓	✓		✓					
Atlas	✓				✓				
Banorte	✓	✓							
Chubb Seguros	✓				✓				
Monterrey NYL			✓		✓		✓		
Seguros Sura	✓	✓							
BBVA Bancomer			✓						
Inbursa			✓						
Allianz			✓						
AIG Seguros	✓								
Medi Access		✓							
Metlife					✓				
Thona Seguros	✓								
Zurich Santander	✓								

Fuente: COFECE con información los comparadores de precios de Asegurate México (2021b), Condusef (2021c), Kalmy (2021), KAYUM (2021), Medicalmex (2021), Sicuro (2021), Seguro de Gastos Médicos Mayores.mx (2021), Traditz (2021) e YoSeguro (2021).

142. COFECE (2014a, p. 913).

143. Entre los comparadores que operan así están Traditz, teo.mx, Sicuro, Seguridad Planificada o Cotizador.

La Condusef tiene un simulador en el que los consumidores pueden comparar los productos de ocho aseguradoras que ofrecen SGM.<sup>144</sup> No obstante, este comparador no admite modificar la suma asegurada, coberturas adicionales, coaseguro o entidad federativa; por lo tanto, los usuarios de cualquier manera tienen que buscar la información de las aseguradoras. El comparador advierte que los resultados mostrados podrían modificarse al momento de contratar.

El simulador de la Condusef tiene áreas de oportunidad en comparación con los desarrollados por gobiernos de otros países. Por ejemplo, en 2008 el NCC —agencia de protección al consumidor del gobierno de Noruega— implementó el *Finansportalen*, un servicio de comparación de precios basado en Internet. Los consumidores introducen sus datos en una calculadora del *Finansportalen* y la aplicación, en tiempo real, solicita información a todas las empresas que ofrecen el servicio. La aplicación recopila los precios enviados por las empresas y los presenta al consumidor, junto con las características importantes de los productos.<sup>145</sup> Debido a la renuencia de las aseguradoras por entregar su información, en 2013 el NCC modificó la regulación para obligar a todas las empresas que ofrecieran seguros distintos a los de vida a tener disponible la información para alimentar el *Finansportalen*. El gobierno austriaco también dispone de un comparador electrónico que facilita la comparación de precios y coberturas para contratar el seguro de salud.<sup>146</sup>

En EE.UU., a partir del presente año la mayoría de los planes de salud y los emisores de seguros de salud grupales o individuales deben publicar información de precios para los productos y servicios cubiertos, con el fin de que los consumidores conozcan el costo de los servicios antes de recibir atención, además de que la información de precios pueda ser usada por los desarrolladores de aplicaciones.<sup>147</sup>

---

144. Condusef (2021c). En la consulta hecha en septiembre de 2021 podían compararse productos de BBVA Bancomer, Plan Seguro, Inbursa, GNP, AXA, Mapfre, Allianz y Monterrey NYL.

145. EIOPA (2014, pp. 23-24).

146. Private Health (2021).

147. Según la Regla de Transparencia en Cobertura las aseguradoras de salud y proveedores de planes de salud deben tener una herramienta de comparación que incluya precios, tarifas de pago negociadas dentro de la red y cargos históricos fuera de la red, la cual debe actualizarse mensualmente. Deloitte (2021) y Centers for Medicare & Medicaid (2022).

La Condusef también ofrece algunos medios de consulta de los planes de las aseguradoras, así como de su desempeño, que también mejorarían en la medida que ofrezcan información completa y actualizada (Cuadro 12).

<b>Cuadro 12. Medios de consulta de los planes de seguros operados por la Condusef</b>		
<b>Medio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Problemas</b>
Registro de los Contratos de Adhesión de Seguros (Recas)	Información de la cobertura y formatos de los productos (carátula de la póliza, solicitud, condiciones generales y folleto de derechos básicos del asegurado).	No permite comparar los planes de seguros porque no contiene primas, nivel de coaseguro o deducible, entre otros. <sup>147</sup>
Catálogo Nacional de Productos y Servicios Financieros	Formado por 219 productos, cada uno descrito en una ficha técnica con el nombre del producto, características, requisitos, comisiones, costos de contratación, servicios complementarios y restricciones.	Las fichas no muestran las primas, nivel de deducible o coaseguro, además de tener espacios vacíos para algunos productos. La Condusef no garantiza que la información sea correcta y advierte que el detalle y veracidad es responsabilidad de las aseguradoras.
Registro de Seguros Básicos (RESBA)	Permite consultar las primas de los seguros básicos estandarizados, de gastos médicos y salud, de todas las aseguradoras por edad, sexo y entidad.	La información de los productos de algunas aseguradoras no está actualizada. Advierte que el costo puede cambiar por la prima del derecho de póliza. En 2020 sólo se comercializaron 25 seguros básicos en el mercado. <sup>148</sup>
Buró de Entidades Financieras	Muestra reclamaciones de los usuarios ante Condusef; sanciones a las aseguradoras; calificación que las aseguradoras obtuvieron en 2019 sobre la calidad de su información; calidad operativa de atención y servicio de las aseguradoras respecto a la gestión de las reclamaciones de sus clientes, entre otras.	No ofrece información sobre las primas.

<sup>147</sup> El deducible es la suma de dinero que paga el asegurado en caso de usar su seguro; el coaseguro es un porcentaje del total del gasto cubierto por el seguro, después del deducible, que también paga el asegurado.

Fuente: COFECE con información de Condusef (2021a), Condusef (2021b), Condusef (2021d), Condusef (2021e) y Condusef (2021f).

En el ámbito internacional, existen problemas en los sitios web de comparación de precios de seguros. En 2011, por ejemplo, el regulador de los mercados financieros en los Países Bajos (la AFM) señaló que muchos sitios no eran transparentes respecto a su independencia con las aseguradoras, además de que no mostraban los productos de todos los oferentes en el mercado, por lo que sus resultados podían estar sesgados.<sup>149</sup>

La AFM también encontró que la forma de mostrar la información hacía suponer que los resultados de los sitios reflejaban toda la oferta disponible.<sup>150</sup> De acuerdo con la Comisión Europea, en Reino Unido e Italia, los sitios web no proporcionan información clara y coherente para que los consumidores tomen decisiones informadas; a menudo, estos sitios no divulgan que son propiedad de las compañías de seguros.<sup>151</sup>

En México, la mayoría de los comparadores no muestran resultados para todas las aseguradoras en el mercado. Además, al menos un comparador de SGM podría exhibir conflictos de interés al sesgar la decisión de los consumidores a favor de ciertos planes o de determinadas aseguradoras.<sup>152</sup> Tampoco existe una figura legal específica para los comparadores, por lo que se constituyen como intermediarios de seguros (brókeres o agentes), siguiendo los requerimientos de esta figura y no como si fueran una nueva forma de intermediación digital.<sup>153</sup> Ello implica que no existan reglas para la promoción o prestación de servicios de intermediación de seguros a través de canales digitales. En las jurisdicciones donde operan, como señala la OECD (2020b), estas reglas deben considerar la confidencialidad de los datos, mercadotecnia, requisitos de seguridad, divulgación de información y las capacidades técnicas y humanas adaptadas para el uso de los canales digitales.

La “Directiva de distribución de seguros” de la Unión Europea establece directrices para la distribución de seguros que incluye a los comparadores. Entre estas directrices se encuentran: aplicar normas sobre la divulgación de la información de los consumidores; trans-

---

149. EIOPA (2014, pp. 21-22).

150. *Ídem*.

151. European Commission (2017, p. 103).

152. Medicalmex (2021). En el sitio de MedicalMex se puede sesgar la decisión de los consumidores con el fin de resaltar los planes de GNP.

153. OECD (2020b, pp. 24-25). Algunos ejemplos en México son Kayum y Ahorraseguros, que están registrados como agentes persona moral. Otros países en los que no existe esta figura legal son Francia, Italia y Reino Unido.

parentar los precios y los costos de los productos de seguros, y los distribuidores de seguros en línea deben proporcionar a los consumidores la información adecuada sobre el proceso de venta y cumplir con la asesoría necesaria.<sup>154</sup>

En Francia e Italia, además de las medidas señaladas en la regulación de la Unión Europea, también hay reglas específicas para comercializar seguros mediante canales digitales. En Francia, el regulador de seguros emitió una guía con recomendaciones sobre contenidos y difusión, así como almacenamiento de datos e información. En Italia hay reglas para evitar la discriminación, la comercialización de contratos no solicitados, además del registro de los dominios en Internet, entre otras.<sup>155</sup>

Por lo anterior, con el fin de que los consumidores tengan acceso a más información confiable para elegir y, con ello, mejorar la intensidad de la competencia entre las aseguradoras, se recomienda que la Condusef y la SHCP promuevan que se establezca en la LPDUSF los estándares mínimos que las páginas web de las aseguradoras y de los comparadores deben cumplir, con base en las mejores prácticas internacionales. Estos estándares deben proporcionar información actualizada e informar sobre sus posibles conflictos de interés.

También se recomienda que la CNSF establezca las reglas para promover o prestar servicios de intermediación de seguros que deben seguir los comparadores y otros intermediarios que comercializan SGM mediante canales digitales. Asimismo, las aseguradoras deben compartir información sobre precios, coberturas, cláusulas de exclusión y requisitos de contratación de todos sus planes a los interesados en ofrecer el servicio de los comparadores de SGM que cumplan con las reglas anteriores. Esta disposición deberá hacerse extensiva a la Condusef, para que disponga de información completa y actualizada. Esta recomendación facilitará que surjan agentes independientes dispuestos a ofrecer a los consumidores información de los planes disponibles en el mercado.

---

154. Comisión Europea (2016). La "Directiva de distribución de seguros" comenzó a aplicarse en los países miembros de la Unión Europea en 2018.

155. OECD (2020b, pp. 31-34)



## 5. Compendio de recomendaciones

*Fomentar la transparencia en el mercado relacionado de servicios hospitalarios*

R.1 Que la Profeco desarrolle y publique indicadores que midan la relación precio-calidad de los servicios hospitalarios, similares a los indicadores de calidad de la atención médica de la clasificación “Los mejores hospitales privados de México” y el Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios del IMSS.

Esta medida ayudará a empoderar a los consumidores y a las aseguradoras, porque los asegurados tendrían más elementos para escoger los servicios hospitalarios con base en la relación precio-calidad y no en la marca del hospital, lo que ayudaría a limitar el poder de negociación de las grandes cadenas de hospitales frente a las aseguradoras (Sección III.4).

R.2 Que la Secretaría de Salud impulse establecer la obligación para que los hospitales privados utilicen las Guías de Práctica Clínica elaboradas y publicadas por la misma Secretaría de Salud en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica para la atención de los padecimientos o enfermedades más comunes (Reforma a la LGS).

Esta recomendación ayudará a los consumidores a tener información actualizada sobre el tratamiento de los diversos padecimientos y prever los costos de los servicios hospitalarios privados (Sección III.4).

### *Mejorar la movilidad de los consumidores*

R.3 Que la SHCP promueva establecer la portabilidad de la antigüedad, que es el reconocimiento por parte de todas las aseguradoras del período que lleva la persona asegurada cubierta por una póliza. Ello siempre y cuando la nueva póliza no implique el aumento de la suma asegurada respecto a su póliza anterior (Reforma a la LISF).

El reconocimiento de la portabilidad removerá un costo de cambio importante para los asegurados, ya que podrán cambiarse de aseguradora sin tener que volver a incurrir en periodos de espera de algunos padecimientos (Sección IV.1).

También se recomienda a la SHCP impulsar la modificación del marco legal para establecer un buró de riesgos que sea operado por un agente independiente de las aseguradoras o que cualquier aseguradora que entre al mercado pueda formar parte de su consejo de administración. Así, el acceso al historial de siniestros de los asegurados ocurrirá en condiciones no discriminatorias a todos los participantes del mercado. El objetivo es tener un arreglo institucional más sólido que la actual Oficina de Intercambio de Información.

La regulación del buró de riesgos favorecerá la portabilidad al garantizar que las aseguradoras conozcan el historial de siniestros de los asegurados.

R.4 Que la SHCP promueva el establecimiento de estándares sobre el tipo y duración de las exclusiones que las aseguradoras pueden fijar en las cláusulas de sus pólizas, así como para el reconocimiento de preexistencias cuando, después de transcurrido un tiempo, el asegurado no haya presentado síntomas o recibido tratamiento (Reforma a la LSCS y LISF).

Estas medidas tienen el objetivo de reducir los costos de cambio y, con ello, aumentar la movilidad de los usuarios entre las aseguradoras y eliminar el efecto encierro o de usuario bloqueado (*lock-in*). Por lo tanto, las aseguradoras tendrán más incentivos para atraer usuarios de sus rivales ofreciendo mejores planes (Sección IV.1).

R.5 Que la Condusef establezca la posibilidad de que los asegurados cancelen de manera anticipada sus pólizas en cualquier momento, sin ser penalizados, de tal manera de que todas las aseguradoras estarán obligadas a devolver la totalidad de la prima no devengada, excluyendo



el gasto de expedición; esta obligación también aplicará por causa de revocación de la aseguradora (Reforma a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros).

Esta recomendación incrementará la movilidad de los asegurados y, con ello, la competencia entre aseguradoras (Sección IV.1).

#### *Reducir costos de búsqueda*

R.6 Que la SHCP evalúe las consecuencias de acotar el registro de los planes de SGM que las aseguradoras ofrecen a los consumidores a solo aquéllos con características perceptiblemente distintas. En su caso, la SHCP deberá solicitar al Congreso de la Unión que haga las reformas necesarias (Sección V.2).

R.7 Que la SHCP y la Condusef promuevan el establecimiento de estándares mínimos que las páginas web de las aseguradoras y de los comparadores deben cumplir, con base en las mejores prácticas internacionales. Estos estándares deben proporcionar información actualizada e informar sobre sus posibles conflictos de interés (Reforma a la LPDUSF) (Sección V.3).

R.8 La CNSF debe establecer las reglas para la promoción o prestación de servicios de intermediación de seguros que deben seguir los comparadores y otros intermediarios que comercializan SGM mediante canales digitales. Asimismo, las aseguradoras deben compartir información sobre precios, coberturas, cláusulas de exclusión y requisitos de contratación de todos sus planes a los interesados en ofrecer el servicio de comparadores de SGM que cumplan con las reglas anteriores (Reforma a la Circular Única). Esta última disposición deberá hacerse extensiva a la Condusef, para que disponga de información completa y actualizada.

Esta recomendación facilitará que surjan agentes independientes dispuestos a ofrecer a los consumidores información comparativa de los planes disponibles en el mercado (Sección V.3).

#### *Reducir barreras a la entrada*

R.9 Que la CNSF establezca la obligación de los agentes de seguros de mostrar a los consumidores la información de las comisiones y bonos que reciben de cada aseguradora cuyos productos promocionen. La entrega de esta información debe hacerse antes de que el usuario elija sus productos, con independencia de que el asegurado la solicite (Reforma a la Circular Única).

Esta recomendación reducirá el conflicto de interés que surge del incentivo de los agentes de venta de colocar productos de una sola aseguradora (Sección IV.2).

R.10 Que la SHCP y la CNSF prohíban que los premios, bonos o comisiones contingentes que reciben los agentes estén vinculados a cumplir una meta específica de ventas de un mismo plan o una misma compañía, puesto que estos bonos pueden inducir a los agentes a tratar de vender un plan específico, en detrimento de otros planes más adecuados para el asegurado (Reforma a la Circular Única y al RASF).

De instrumentarse, esta recomendación disminuiría el costo de entrada de nuevas aseguradoras, al eliminar un incentivo que tienen los agentes a colocar los productos de una sola aseguradora (Sección IV.2).

R.11 Que la CNSF emita las disposiciones de carácter general referidas en el artículo 76 de la LITF sobre interconexión y compartición de datos transaccional, previa autorización de los usuarios, lo que facilitará la entrada al mercado de intermediarios de datos, empresas tecnológicas *insurtech* y modelos novedosos al facilitar el intercambio de datos con empresas establecidas, previo pago del solicitante (Sección IV.3).

## 6. Comentarios finales

Este estudio identificó que los mercados de SGM están más concentrados que otros ramos de seguros, excepto el de Salud.

El estudio presenta evidencia econométrica sobre la interacción entre las aseguradoras y los hospitales, principalmente los grandes. La presencia de hospitales de más de 100 camas aumenta los precios de las primas de las pólizas en 12%. Además, un aumento en la concentración de las aseguradoras da lugar a una disminución de los precios hospitalarios proporcionalmente mayor que el aumento en estos precios por una mayor concentración de los hospitales. No obstante, este efecto ocurre mayoritariamente en mercados donde no están presentes los grandes hospitales, ya que la evidencia econométrica muestra que los precios de los servicios hospitalarios pagados por las aseguradoras son 34% más altos en los mercados donde los hospitales de más de 100 camas están presentes. Principalmente, estos hospitales se encuentran en la Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León y el Estado de México.

La evidencia encontrada pudiera ser consecuencia de diferencias de calidad en los servicios hospitalarios. También pudiera incidir que los asegurados no tienen información sobre la calidad de los servicios hospitalarios, por lo que presumen que el hospital más caro es el mejor. En consecuencia, buena parte de los consumidores buscan que los hospitales más grandes estén incluidos en su póliza. Ello hace que los hospitales grandes tengan menos incentivos a controlar sus costos.

Debido a la interacción entre aseguradoras y hospitales antes descrita, el reto es fomentar la competencia simultáneamente en los mercados de SGM y de servicios hospitalarios para aumentar el bienestar de los asegurados. En el mercado de servicios hospitalarios, introducir mayor transparencia sobre la calidad de sus servicios promovería mayor competencia. En otros países, la relación precio-calidad en los servicios hospitalarios ha sido más analizada, lo que ha ayudado a entender en qué medida mayores tarifas reflejan calidad y no solo reputación.

Una mayor competencia tanto en los mercados de SGM como en los mercados relacionados de servicios de atención hospitalaria debería verse reflejado, por un lado, en disminuir el gasto de bolsillo, al menos de las familias con los recursos para adquirir un seguro; por el otro, reducir el precio de las pólizas. Esto último incidiría, a su vez, en que más empresas y familias pudieran adquirir un SGM.

En este estudio se identificaron otros problemas que evitan que la competencia sea lo suficientemente intensa:

1. Los consumidores enfrentan altos costos al cambiar de aseguradora, por lo que permanecen atados con la primera aseguradora con la que contrataron un producto, aunque la prima aumente con cada renovación de la póliza. En particular, las aseguradoras suelen no reconocer la antigüedad cuando contratan con clientes provenientes de otras aseguradoras, algunos padecimientos preexistentes se quedan sin cobertura y los periodos de espera para la atención de algunos padecimientos deben recomenzar. Asimismo, los consumidores son sujetos a penalizaciones por cancelaciones anticipadas, incluso cuando la póliza no fue utilizada.
2. La forma de remunerar a los agentes de seguros es un factor que dificulta la entrada de nuevas empresas. Algunas aseguradoras otorgan premios o comisiones contingentes vinculadas a alcanzar un objetivo de ventas, además de la comisión por póliza vendida. Las aseguradoras entrantes podrían comercializar sus productos mediante las redes de agentes existentes, en lugar de invertir en crear sus propias fuerzas de venta; no obstante, los agentes tienen incentivos a esforzarse más en vender los productos por los que reciben comisiones y bonos más altos. Las aseguradoras más grandes pagan comisiones directas más altas a los agentes, lo que es un indicio de que las comisiones estarían disuadiendo la entrada de

nuevos competidores. Además, esta situación genera un riesgo de conflicto de interés no advertido por los consumidores, puesto que la asesoría de algunos agentes podría ser parcial o sesgada en favor de las aseguradoras que pagan mayores comisiones.

3. La CNSF todavía no ha recibido solicitudes para autorizaciones de modelos novedosos, a pesar de que ya publicó las disposiciones a las que hace referencia la LITF. La regulación de la interconexión y compartición de datos de las aseguradoras a través de las API (*open finance*) no ha sido emitida, lo que estaría reduciendo la certeza jurídica. Esta regulación fomentaría la entrada de competidores con servicios basados en datos de usuarios y tecnologías *insurtech*, puesto que facilitaría el intercambio de datos entre empresas establecidas y entrantes.
4. Los consumidores enfrentan problemas de información y tienen una capacidad de cómputo limitada en el mercado asegurador, afectando sus decisiones de compra. En México, las aseguradoras ofrecen muchos planes poco diferenciados, agravando esta situación.

Por lo anterior, este estudio propone recomendaciones en cuatro vertientes con el fin de promover la competencia y la libre concurrencia:

1. Fomentar la transparencia en el mercado relacionado de servicios hospitalarios.
2. Mejorar la movilidad de los consumidores.
3. Reducir costos de búsqueda de los consumidores.
4. Reducir barreras a la entrada.

El efecto esperado de estas medidas será intensificar la competencia, cuyo impacto se reflejará en primas más bajas y nuevos productos que respondan a la necesidad de una atención más integral de la salud. Estas consecuencias redundarán en un menor gasto de bolsillo de las familias que cuentan con los recursos para adquirir un SGM.<sup>156</sup>

---

156. En el Anexo 4 se presenta la matriz de recomendación de acuerdo con la metodología de la OECD (2018a) y OECD (2018b).

## Referencias

- ACCC (2021).** Google LLC proposed acquisition of Fitbit Inc. Disponible en: <https://www.accc.gov.au/public-registers/mergers-registers/public-informal-merger-reviews/google-llc-proposed-acquisition-of-fitbit-inc>
- Acko (2021).** Health Insurance Portability: Advantages - How to Transfer?. Consultado el 26 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.acko.com/health-insurance/portability/>
- Allianz (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.allianz.com.mx/seguros/personales/seguro-gastos-medicos-mayores.html>
- Arrow, K. (1963).** Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5). P.141-149. Disponible en: <https://www.madewill.com/wp-content/uploads/2020/10/Arrow632.3.pdf>
- Asegurate México (2021a).** Inicio. Consultado el 19 de agosto de 2021. Disponible en: <https://aseguratemexico.com>
- Asegurate México (2021b).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://aseguratemexico.com/g-m-varios/comparador-de-gastos-medicos>
- Asociación de Aseguradores de Chile (2021).** Publicaciones. Consultado el 20 de agosto de 2021. Disponible en: <https://portal2.aach.cl/biblioteca/#publicaciones>
- Asociación Nacional de Hospitales Privados (2021).** Directorio de Hospitales Afiliados. Consultado el 12 de julio de 2021. Disponible en: <http://www.anhp.org.mx/directorio.php>
- Atal, J.P. (2015).** Lock-in in Dynamic Health Insurance Contracts: Evidence from Chile. PIER Working Paper, 19-020 Disponible en: [https://www.cemfi.es/ftp/pdf/papers/Seminar/lockin\\_lv.pdf](https://www.cemfi.es/ftp/pdf/papers/Seminar/lockin_lv.pdf)
- AXA (2013).** Gastos Médicos Mayores Plus. Condiciones Generales. Disponible en: [https://axa.mx/documents/20253/352681/CNSF-S0048-0181-2013+con+fecha+23+de+mayo+de+2013\\_2.pdf/](https://axa.mx/documents/20253/352681/CNSF-S0048-0181-2013+con+fecha+23+de+mayo+de+2013_2.pdf/)

- AXA (2014).** Gastos Médicos Mayores Flex Plus. Condiciones generales. Disponible en: <https://axa.mx/documents/20241/21914/CG+Flex+Plus+nov14/9e66f8dd-b29e-43bb-9fa8-7d737c5caa12>
- AXA (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://axa.mx/web/cotizador-gastos-medicos-mayores-axa>
- Blanco, F. (2017).** Cognitive bias en Vonk, J. & Shackelford, T.K. (Eds.), *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior*. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Blanco-11/publication/317344882\\_Cognitive\\_bias/links/59cbafeba6fdcc451d5cde62/Cognitive-bias.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Blanco-11/publication/317344882_Cognitive_bias/links/59cbafeba6fdcc451d5cde62/Cognitive-bias.pdf)
- Blomqvist, A. (1997).** Optimal non-linear health insurance. *Journal of Health Economics*, 16(3), 303-321. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629696005292>
- Blutitudo (2021).** Los mejores hospitales privados de México. Consultado el 9 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.blutitudo.com/resultados-ranking-2021/presentacion/>
- Boonen, L.H.H.M., Laske-Aldershof, T., y Schut, F.T. (2016).** Cambio de aseguradoras de salud: el papel del precio, la calidad y la búsqueda de información al consumidor. *The European Journal of Health Economics* 17, 339–353 (2016). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0681-1>
- Bowles, S. (2004).** *Microeconomics. Behavior, Institutions, and Evolution*. NJ: Princeton University Press.
- BUPA (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.bupasalud.com.mx/bupa-nacional-plus>
- Buse, R. y Blumel, M. (2014).** Germany. Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 16 No. 2. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130246/HiT-16-2-2014-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Capgemini Research Institute (2021).** World Insurtech Report 2021. Disponible en: [https://worldinsurtechreport.com/wp-content/uploads/sites/4/2021/09/World-InsurTech-Report\\_2021\\_web.pdf](https://worldinsurtechreport.com/wp-content/uploads/sites/4/2021/09/World-InsurTech-Report_2021_web.pdf)

- Centers for Medicare & Medicaid (2022).** Transparency in Coverage. Consultado el 31 de enero de 2022. Disponible en: <https://www.cms.gov/healthplan-price-transparency>
- CFC (2011).** Resolución del Expediente IO-001-2011. Disponible en: <https://www.cofece.mx/CFCResoluciones/docs/Asuntos%20Juridicos/V76/9/1767628.pdf>
- Chandra, A., Handel, B. y Schwartzstein, J. (2018).** Behavioral Economics and Health-Care Markets. En Bernheim, D., & DellaVigna, S., & Laibson, D. (Eds.), *Handbook of Behavioral Economics: Applications and Foundations*, Vol. 1, pp. 459-502. Disponible en: [https://eml.berkeley.edu/~bhandel/wp/Handbook\\_Behavioral\\_Health.pdf](https://eml.berkeley.edu/~bhandel/wp/Handbook_Behavioral_Health.pdf)
- Christensen, C. M., Raynor, M. E., y McDonald, R. (2015).** What Is Disruptive Innovation? *Harvard Business Review*, Diciembre 2015. Disponible en: <https://hbr.org/2015/12/what-is-disruptive-innovation>
- CHUBB (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://aba.chubb.com/nuestros-seguros>
- CIEP (2018).** Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento. Disponible en: <http://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>
- Circular Única de Seguros y Fianzas [Circular Única].** LISF de 2013. 4 de abril de 2013 (México). Disponible en: <https://www.gob.mx/cnsf/documentos/circular-unica-de-seguros-y-fianzas?state=draft>
- CNMC (2018).** Estudio sobre el impacto en la competencia de las nuevas tecnologías en el sector financiero (Fintech). Disponible en: [https://www.cnmc.es/sites/default/files/2173343\\_13.pdf](https://www.cnmc.es/sites/default/files/2173343_13.pdf)
- CNSF (2020a).** Información detallada del sector asegurador. Disponible en: <http://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/Instituciones-SociedadesMutualistas/Paginas/DetalladaSeguros.aspx>
- CNSF (2020b).** Información financiera de 2016 a 2020. Disponible en: <https://informacionfinanciera.cnsf.gob.mx/>
- CNSF (2020c).** Manual del Sistema Estadístico de los Seguros de Gastos Médicos 2020. Disponible en: <https://www.cnsf.gob.mx/Sistemas/Paginas/InformacionEstadistica.aspx>
- CNSF (2021a)** Glosario. Disponible en: <https://www.cnsf.gob.mx/cnsf/revistacnsf/Glosario/Glosario.pdf>



**CNSF (2021b).** Información consolidada del sector asegurador. Formas Estadísticas de Seguros (FES). Disponible en: <https://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Paginas/InformacionConsolidada.aspx>

**COFECE (2014a).** Trabajo de investigación y recomendaciones sobre las condiciones de competencia en el sector financiero y sus mercados. Disponible en: <https://www.cofece.mx/trabajo-de-investigacion-y-recomendaciones-sobre-las-condiciones-de-competencia-en-el-sector-financiero-y-sus-mercados/>

**COFECE (2014b).** Resumen ejecutivo del trabajo de investigación y recomendaciones sobre las condiciones de competencia en el sector financiero y sus mercados Trabajo de investigación y recomendaciones sobre las condiciones de competencia en el sector financiero y sus mercados. Disponible en: <https://www.cofece.mx/resumen-ejecutivo-del-trabajo-de-investigacion-y-recomendaciones-sobre-las-condiciones-de-competencia-en-el-sector-financiero-y-sus-mercados/>

**COFECE (2017).** OPN-007-2017: Opinión sobre la iniciativa del “DECRETO por el que se expide la Ley para Regular las Instituciones de Tecnología Financiera y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Instituciones de Crédito, de la Ley del Mercado de Valores, de la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito, de la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, de la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, de la Ley para Regular las Agrupaciones Financieras, de la Ley de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y, de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita”. Disponible en: <https://www.cofece.mx/cfcreoluciones/docs/Opiniones/V20/6/3953499.pdf>

**Colombo, F. y Tapay, N. (2004).** Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers, No. 15. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/527211067757.pdf?expires=1646974745&id=id&accname=guest&checksum=2182DFA-4629327DC78699E98767EC72E>

**Comisión Europea (2016).** Directiva sobre la distribución de seguros (2016/97). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016L0097&from=en>

**Compagnucci, S. y Empoli, S. (Eds.).** (2018). Smart consumers for a smarter Europe. Principles for an updated protection and what empowerment from digital tools. Icom Institute for Competitiveness. Disponible en: <https://www.prometheusnetwork.eu/wp-content/uploads/2018/10/smart-consumers-for-a-smarter-europe-principles-for-an-updated-protection-and-what-empowerment-from-digital-tools-i-com-study.pdf>

**Competition Authority's Ireland (2005).** Competition Issues in the Non-Life Insurance Market. Disponible en: <https://www.ccpic.ie/business/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/Insurance-Report-Executive-Summary.pdf>

**Conapo (2021).** La situación demográfica en México. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/686624/LSDM2021.pdf>

**Condusef (2021a).** Registro de Tarifas de Seguros Básicos. Disponible en: <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba/>

**Condusef (2021b).** Catalogo nacional de productos y servicios financieros. Disponible en: [https://ifit.condusef.gob.mx/ifit/ftb\\_vista\\_comparativo.php](https://ifit.condusef.gob.mx/ifit/ftb_vista_comparativo.php)

**Condusef (2021c).** Simulador de Gastos Médicos Mayores. Disponible en: [https://phpapps.condusef.gob.mx/condusef\\_gastosmedicosGMM/index.php](https://phpapps.condusef.gob.mx/condusef_gastosmedicosGMM/index.php)

**Condusef (2021d).** Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS). Disponible en: <https://phpapps.condusef.gob.mx/recas/>

**Condusef (2021e).** Buró de Entidades Financieras. Disponible en: [https://www.buro.gob.mx/general\\_gob.php?id\\_sector=22&id\\_periodo=30](https://www.buro.gob.mx/general_gob.php?id_sector=22&id_periodo=30)

**Condusef (2021f).** Metodología utilizada en la estructuración del Buró de Entidades Financieras, Sector Aseguradoras. Disponible en: [https://www.buro.gob.mx/doctos/2021\\_1/Nota\\_Metodologica\\_Aseguradoras\\_t1\\_2021.pdf](https://www.buro.gob.mx/doctos/2021_1/Nota_Metodologica_Aseguradoras_t1_2021.pdf)

- Cruz, A.Y. y Olivares, H.G. (2016).** Alternativas de seguridad social en México. Horizontes de la Contaduría en las Ciencias Sociales, Año 3, Número 6, Enero-Junio 2017. Disponible en: [https://www.uv.mx/iic/files/2017/12/horizontes\\_06\\_art03.pdf](https://www.uv.mx/iic/files/2017/12/horizontes_06_art03.pdf)
- CSG (2015).** Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General. Estándares para implementar el modelo en hospitales 2015. Tercera edición. Disponible en: <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/calidad/sistemagestion/normatividad/3aEdicion-EstandaresHospitales2015.pdf>
- Dauda, S. (2017).** Hospital and health insurance markets concentration and inpatient hospital transaction prices in the U.S. health care market. Health Services Research, 11 Mayo 2017, 53(2):1203-1226. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28493481/>
- De Meza, D. y Webb, D. (2001).** Advantageous Selection in Insurance Markets. Rand Journal of Economics, 32:249-262. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/24049137\\_Advantage\\_Selection\\_in\\_Insurance\\_Market](https://www.researchgate.net/publication/24049137_Advantage_Selection_in_Insurance_Market)
- Deloitte (2016).** Blockchain in health and life insurance. Turning a buzzword into a breakthrough for health and life insurers. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/financial-services/us-fsi-blockchain-in-insurance-ebook.pdf>
- Deloitte (2021).** Health plans face both market disruption and strategic opportunities from Transparency in Coverage Rule. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-health-plans-face-market-disruption-andstrategic-opportunities-03102021.pdf>
- Dictamen del Decreto que reforma la LGISM.** Dictamen de primera lectura del Decreto que reforma la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. 29 de abril de 1999. Disponible en: [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/1999/12/asun\\_1679\\_19991207\\_1363029656.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/1999/12/asun_1679_19991207_1363029656.pdf)

**Disposiciones de carácter general relativas a las interfaces de programación de aplicaciones informáticas estandarizadas a que hace referencia la Ley para Regular las Instituciones de Tecnología Financiera.** 4 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.cnbv.gob.mx/Normatividad/Disposiciones%20de%20car%C3%A1cter%20general%20relativas%20a%20las%20interfaces%20de%20programaci%C3%B3n%20de%20aplicaciones%20inform%C3%A1ticas%20estandarizadas%20a%20que%20hace%20referencia%20la%20Ley%20para%20Regular%20las%20Instituciones%20de%20Tecnolog%C3%ADa%20Financiera.pdf>

**Disposiciones de carácter general relativas a las sociedades autorizadas para operar Modelos Novedosos a que hace referencia la Ley para Regular las Instituciones de Tecnología Financiera.** 3 de marzo de 2019. Disponible en: [https://lisfcusf.cnsf.gob.mx/CUSF/CUSF41\\_1](https://lisfcusf.cnsf.gob.mx/CUSF/CUSF41_1)

**EIOPA (2014).** Report on Good Practices on Comparison Websites. Disponible en: [https://register.eiopa.europa.eu/Publications/Reports/Report\\_on\\_Good\\_Practices\\_on\\_Comparison\\_Websites.pdf](https://register.eiopa.europa.eu/Publications/Reports/Report_on_Good_Practices_on_Comparison_Websites.pdf)

**EIOPA (2021).** Open Insurance: accessing and sharing insurance related data. Disponible en: <https://www.eiopa.europa.eu/sites/default/files/publications/consultations/open-insurance-discussion-paper-28-01-2021.pdf>

**Endeavor (2021).** Whitepaper: Panorama InsurTech en México. Disponible en: [https://www.endeavor.org.mx/articulos\\_data\\_lab/insurtech-en-mexico/InsurTech%20en%20Mexico%20-%20Endeavor%20Whitepaper.pdf](https://www.endeavor.org.mx/articulos_data_lab/insurtech-en-mexico/InsurTech%20en%20Mexico%20-%20Endeavor%20Whitepaper.pdf)

**Ericson, E.M.M. y Starc, A. (2013).** How product standardization affects choice: Evidence from the Massachusetts Health Insurance Exchange. NBER Working Paper No. 19527, October 2013. Disponible en: [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w19527/w19527.pdf](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w19527/w19527.pdf)

**Ericson, E.M.M. y Starc, A. (2016).** How product standardization affects choice: Evidence from the Massachusetts Health Insurance Exchange. Journal of Health Economics, Vol. 50, December 2016, pp. 71-85. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629616302156>

- Erta, K., Hunt, S., Iscenko, Z. y Brambley, W. (2013).** Applying behavioural economics at the Financial Conduct Authority. Financial Conduct Authority, Occasional Paper No.1. Disponible en: <https://www.fca.org.uk/publication/occasional-papers/occasional-paper-1.pdf>
- European Commission (2013a).** Study on remuneration structures of financial services intermediaries and conflicts of interest. Institute for Financial Services. Disponible en: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/ee6fd28f-7411-11e5-86db-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-242653795#>
- European Commission (2013b).** FSUG position paper on study on the remuneration structures of financial services intermediaries and conflicts of interest. Disponible en: [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file\\_import/1311-remuneration-structures\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/1311-remuneration-structures_en_0.pdf)
- European Commission (2017).** Study on consumers' decision making in insurance services: a behavioural economics perspective. Disponible en: [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/finalreport\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/finalreport_en.pdf)
- Experian Limited (2022).** Welcome to CUEcheck. Consultado el 27 de mayo de 2022. Disponible en: [http://www.cuecheck.com/front/html/cue\\_index.htm](http://www.cuecheck.com/front/html/cue_index.htm)
- Fernández, G. H. (1999).** La subrogación de servicios de la seguridad social. Revista CONAMED, Año 4, Núm. 13, octubre-diciembre, 1999. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-1999/con994e.pdf>
- Ferreiro, A., Saavedra, E., y Zuleta, G. (2004).** Marco Conceptual para la Regulación de Seguros de Salud. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de Estudios Económicos y Sociales. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Marco-conceptual-para-la-regulaci%C3%B3n-de-seguros-de-salud.pdf>
- Financial Conduct Authority (2016).** Price comparison websites. Final Report. Disponible en: <https://www.ukrn.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/201609027-UKRN-PCWs-Report.pdf>
- Finnovista (2020).** Fintech Radar México. Disponible en: [https://www.finnovista.com/wp-content/uploads/2020/03/Fintech-Radar-Mexico-2020\\_Edicion1.pdf](https://www.finnovista.com/wp-content/uploads/2020/03/Fintech-Radar-Mexico-2020_Edicion1.pdf)

- Fischer, S., Ray, A., Moore, N. y Lightstone, S. (2020).** Insurtech 2020: US / UK / EU investment trends and regulation. Morgan Lewis. Disponible en: <https://www.morganlewis.com/-/media/bdf3210d56c-94b80aea92d78d71ea254.ashx>
- Frank, R. y Lamiraud, K. (2008).** Choice, price competition and complexity in markets for health insurance. National Bureau Economic of Research, Working Paper No. 13817, febrero 2008. Disponible en: [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w13817/w13817.pdf](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13817/w13817.pdf)
- Fraser Group (2021).** Publications. Market Share - Group Life and Health. Consultado el 20 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.frasergroup.com/assets/files/GUR/GUR%20Public%20Release%20Canada%202020.pdf>
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezama, M. A. y Knaul, F. (2007).** Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Pública de México, 49(Supl. 1), s23-s36. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000700007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007)
- Gaynor, M., Mostashari, F. y Ginsburg, B. P. (2017).** Making health care markets work: competition policy for healthcare. Carnegie Mellon University, Center for Health Policy, USC Schaeffer. Disponible en: [https://mhcc.maryland.gov/mhcc/pages/home/workgroups/documents/CON\\_modernization\\_workgroup/Articles/Article\\_22.pdf](https://mhcc.maryland.gov/mhcc/pages/home/workgroups/documents/CON_modernization_workgroup/Articles/Article_22.pdf)
- Genadri, M. (2015).** Policy alternatives for reducing consumer confusion during the processes of selecting a health insurance plan and enrolling in coverage through the affordable care act marketplaces. FTC, Health Care Workshop, Project No. P131207. Disponible en: <https://www.justice.gov/sites/default/files/atr/legacy/2015/06/06/00041-93703.pdf>
- Germany Visa (2021).** Health Insurance in Germany – The German Healthcare System. Consultado el 2 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.germany-visa.org/insurances-germany/health-insurance/>
- GNP (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://gnpgastosmedicos.com.mx/>

- González Block, M. A., Aldape, R., Hurtado, L., Díaz, S. P., y Gutiérrez, E. (2018).** El subsistema privado de atención de la salud en México. Diagnóstico y retos. México, Universidad Anáhuac. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/325451138\\_El\\_subsistema\\_privado\\_de\\_atencion\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_Mexico\\_Diagnostico\\_y\\_retos](https://www.researchgate.net/publication/325451138_El_subsistema_privado_de_atencion_de_la_salud_en_Mexico_Diagnostico_y_retos)
- Holahan, J. y Blumberg, L. (2008).** Can a public insurance plan increase competition and lower the costs of health reform?. Washington, DC: Urban Institute.
- Huber, C., Gatzert, N. y Schmeiser, H. (2015).** How does price presentation influence consumer choice? The case of life insurance products. The Journal of Risk and Insurance, Vol. 82 (2), pp.401-431. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/26482969>
- IMCO (2021).** Pequeños pasos para transformar al sistema de salud. IMCO, CAD. Disponible en: <https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/IMCO-pequen%CC%83os-pasos.pdf>
- IMSS (2020).** Servicios médicos proporcionados en hospitalización, variación absoluta y porcentual. Datos Nacionales. Disponible en: <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informacion-en-salud/resource/bf7c2eac-e9a6-4dc2-871f-9e2b17a86c71>
- IMSS (2021).** Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios. Consultado el 10 de septiembre de 2021. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/sistema-integral-de-medicion-de-la-satisfaccion-de-usuarios>
- Inegi (2018).** Encuesta Nacional de Inclusión Financiera 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enif/2018/>
- Inegi (2019a).** Censos Económicos 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/#Tabulados>
- Inegi (2019b).** Estadística de salud en establecimientos particulares 2018 generada a partir de la información de 2863 establecimientos de salud. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019\\_09.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019_09.pdf)
- Inegi (2020a).** Censo de población y vivienda 2020. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Datos\\_abiertos](https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Datos_abiertos)

- Inegi (2020b).** Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/salud/#Tabulados>
- Inegi (2020c).** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>
- Inegi (2021a).** Índices de Precios al Consumidor por origen de los bienes. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/app/indicesdeprecios/Estructura.aspx?idEstructura=112001300040&T=%C3%8Dndices%20de%20Precios%20al%20Consumidor&ST=INPC%20Nacional%20\(mensual\)](https://www.inegi.org.mx/app/indicesdeprecios/Estructura.aspx?idEstructura=112001300040&T=%C3%8Dndices%20de%20Precios%20al%20Consumidor&ST=INPC%20Nacional%20(mensual))
- Inegi (2021b).** Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENEUE). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>
- Inegi (2022).** Encuesta Nacional de Inclusión Financiera 2021. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/programas/enif/2021/#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/programas/enif/2021/#Informacion_general)
- ING Seguros (2005).** Revelación de Comisiones Contingentes. Seguros Comercial América. Disponible en: [https://axa.mx/documents/20253/344241/2005\\_ING\\_Revelaci%C3%B3n+de+Comisiones+Contingentes.pdf/76d8161e-6afc-41a9-86a4-c47fc6662aa3](https://axa.mx/documents/20253/344241/2005_ING_Revelaci%C3%B3n+de+Comisiones+Contingentes.pdf/76d8161e-6afc-41a9-86a4-c47fc6662aa3)
- Insurance Business (2021).** Top 20 *insurtech* companies in the UK. Consultado el 15 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.insurancebusinessmag.com/uk/news/technology/top-20-insurtech-companies-in-the-uk-210649.aspx>
- Insurance Europe (2021).** Statistics. Consultado el 20 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.insuranceeurope.eu/statistics>
- Jamalabadi, S., Winter, V. y Schreyögg, J. (2020).** A Systematic Review of the Association Between Hospital Cost/price and the Quality of Care. *Applied health economics and health policy*, 1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518980/>
- Joglekar, R. (2008).** Can Insurance Reduce Catastrophic Out-of-Pocket Health Expenditure? *Indira Gandhi Institute of Development Research, Mumbai, September*. Disponible en: <http://www.igidr.ac.in/pdf/publication/WP-2008-016.pdf>.



- Kalmy (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://cotiza.kalmy.mx/>
- KAYUM (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://kayum.mx/seguro-de-gastos-medicos-mayores/>
- La Latino Seguros (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://latinoseguros.com.mx/sitio2021/personas/gastos-medicos-mayores/>
- Lara di Lauro, E. (2005).** Seguros de Salud: Factores para Impulsar su Crecimiento. Milliman, Consultores y Actuarios. Disponible en: [https://amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Seguros\\_Salud\\_Mexico\\_%20Nov\\_2005.pdf](https://amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Seguros_Salud_Mexico_%20Nov_2005.pdf)
- Leal, F. G. (2005).** Discutiendo las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). UAM-Xochimilco.
- LFCE de 2014.** Nueva Ley Federal de Competencia Económica. 23 de mayo de 2014. DOF. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFCE\\_200521.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFCE_200521.pdf)
- LFIF de 2013.** Ley Federal de Instituciones de Fianzas Abrogada a partir de 2015 por decreto en 2013. 4 de abril de 2015. DOF. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lfif/LFIF\\_abro.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lfif/LFIF_abro.pdf)
- LFPC de 1992.** Nueva Ley Federal de Protección al Consumidor. 24 de diciembre de 1992. DOF. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_Federal\\_de\\_Proteccion\\_al\\_Consumidor.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_Federal_de_Proteccion_al_Consumidor.pdf)
- LGISMS de 2013.** Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros Abrogada a partir de 2015 por decreto en 2013. 4 de abril de 2015. DOF. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lgisms/LGISMS\\_abro.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lgisms/LGISMS_abro.pdf)
- LGS de 2021.** Última reforma a la Ley General de Salud. 22 de noviembre de 2021. DOF. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
- Liden, S. y Siebert, R. (2021).** Exploring the Heterogeneous Effects of State Price Transparency Laws on Charge Prices, Negotiated Prices, and Operating Costs. CESifo Working Paper No. 9348. Disponible en: [https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1\\_wp9348.pdf](https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1_wp9348.pdf)

- LISF de 2013.** Nueva Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. 4 de abril de 2013. DOF. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/341695/Ley\\_de\\_Instituciones\\_de\\_Seguros\\_y\\_de\\_Fianzas\\_compilada\\_hasta\\_el\\_22\\_de\\_junio\\_de\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/341695/Ley_de_Instituciones_de_Seguros_y_de_Fianzas_compilada_hasta_el_22_de_junio_de_2018.pdf)
- LITF de 2018.** Nueva Ley para Regular las Instituciones de Tecnología Financiera. 9 de marzo de 2018. DOF. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LRITF\\_200521.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LRITF_200521.pdf)
- LSCS de 2013.** Última reforma a la Ley Sobre el Contrato del Seguro. 4 de abril de 2013. DOF. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/211.pdf>
- MAPFRE (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://gastosmedicos.mx/seguros-de-gastos-medicos/>
- Mathauer, I. y Kutzin, J. (2018).** Voluntary health insurance: its potentials and limits in moving towards UHC. Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/WHO-HIS-HGF-Health-Financing-Policy-Brief-18.5>
- Medicalmex (2021).** Seguro de Gastos Médicos Mayores y Seguro de Salud. Consultado el 10 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://es.medicalmex.com/seguro-de-gastos-medicos-mayores/#Comparativa>
- Melnick, A. G., Shen, Y. y Yaling Wu, V. (2011).** The increased concentration of health plan markets can Benefit consumers through lower hospital prices. Health Affairs, 2011 Sep;30(9):1728-33. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2010.0406>
- MetLife (2010).** MédicaLife Familiar. Condiciones Generales. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/5f1877d4e6f11c5ca3c318aa/t/5fa8cc092057b138b46e18fc/1604897803535/METLIFE+++GMM+++CONDICIONES+GENERALES.pdf>
- MetLife (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.metlife.com.mx/seguros-individuales/salud-gastos-medicos-y-accidentes/>

- Meyers, G. (2018).** Behaviour-based Personalization in Health Insurance: a Sociology of a not-yet Market. PH Tesis. Disponible en: [https://limo.libis.be/primo-explore/fulldisplay?docid=LIRIAS2087689&context=L&vid=Lirias&search\\_scope=Lirias&tab=default\\_tab&lang=en\\_US&fromSitemap=1](https://limo.libis.be/primo-explore/fulldisplay?docid=LIRIAS2087689&context=L&vid=Lirias&search_scope=Lirias&tab=default_tab&lang=en_US&fromSitemap=1)
- Monahan, C. H., Dash, S. J., Lucia, K. W. y Corlette, S. (2013).** Realizing Health Reform's Potential. What States Are Doing to Simplify Health Plan Choice in the Insurance Marketplaces. Commonwealth Fund Issue Briefs, Vol. 34, pp.1-13. Disponible en: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_publications\\_issue\\_brief\\_2013\\_dec\\_1720\\_monahan\\_what\\_states\\_are\\_doing\\_simplify\\_rb.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_issue_brief_2013_dec_1720_monahan_what_states_are_doing_simplify_rb.pdf)
- Mordor Intelligence (2021).** China online insurance market - Growth, trends, Covid-19 impact, and forecasts (2021 - 2026). Consultado el 15 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/china-online-insurance-market>
- Moriya, A.S., Vogt, W.B., y Gaynor, M. (2010).** Hospital prices and market structure in the hospital and insurance industries. Health Economics, Policy and Law, 5(4), 459-479. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20478106/>
- Motta, M. (2018).** Política de competencia: Teoría y práctica. Fondo de Cultura Económica.
- Nicoletti, B. (2021).** Insurance 4.0. Benefits and Challenges of Digital Transformation. Palgrave Studies in Financial Services Technology, Roma. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58426-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58426-9_15)
- OECD (2009).** Health at a Glance 2009. OECD Indicators. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2009-62-en.pdf?expires=1635971655&id=id&accname=guest&checksum=-182B91553173684EC41F9FB93D188A4B](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2009-62-en.pdf?expires=1635971655&id=id&accname=guest&checksum=-182B91553173684EC41F9FB93D188A4B)
- OECD (2017).** Technology and innovation in the insurance sector. Disponible en: <https://www.oecd.org/pensions/Technology-and-innovation-in-the-insurance-sector.pdf>
- OECD (2018a).** Competition Assessment Toolkit. Reviews. Volume 1, Principles. Disponible en: <https://www.oecd.org/daf/competition/46193173.pdf>

- OECD (2018b).** Estudios de Evaluación de Competencia de la OCDE: México 2018. Aspectos clave del estudio sobre la evaluación de leyes y reglamentos de la competencia en dos sectores de la economía mexicana. Disponible en: <https://www.oecd.org/daf/competition/Aspectos-clave-evaluacion-competencia-mexico-2018.pdf>
- OECD (2019).** Health at a Glance 2019. OECD Indicators. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD (2020a).** The Impact of Big Data and Artificial Intelligence (AI) in the Insurance Sector. Disponible en: [www.oecd.org/finance/Impact-Big-Data-AI-in-the-Insurance-Sector.htm](http://www.oecd.org/finance/Impact-Big-Data-AI-in-the-Insurance-Sector.htm)
- OECD (2020b).** Regulatory and Supervisory Framework for Insurance Intermediation. Disponible en: <https://www.oecd.org/daf/fin/insurance/Regulatory-and-Supervisory-Framework-for-Insurance-Intermediation.pdf>
- Oracle (2021).** ¿Qué es el big data?. Consultado el 6 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.oracle.com/mx/big-data/what-is-big-data/>
- Pal, R. (2012).** Measuring incidence of catastrophic out-of-pocket health expenditure with application to India. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. Vol.12 (1), Marzo, pp. 63-85. Disponible en: [https://www.jstor.org/stable/41474530?casa\\_token=k-GVeJL-OnwAAAAA:qug8wWQ7--0IZU1Bt0HZjUi\\_YD3VuHE-QEfKdvls2m0nAs\\_dBhHXZwueR\\_5eXp5\\_3Kf0Kn-IHtZnBIb3-M5Pi-7Zp6OEB2M1w9Su7yE577w1ntID\\_8Dhxq](https://www.jstor.org/stable/41474530?casa_token=k-GVeJL-OnwAAAAA:qug8wWQ7--0IZU1Bt0HZjUi_YD3VuHE-QEfKdvls2m0nAs_dBhHXZwueR_5eXp5_3Kf0Kn-IHtZnBIb3-M5Pi-7Zp6OEB2M1w9Su7yE577w1ntID_8Dhxq)
- PANAMERICAN LIFE (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.palig.com/mexico/individuals-and-families/health#>
- Pauly, V. M. (1968).** The Economics of Moral Hazard: Comment. *American Economic Review* 58(13):531–37. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/1813785>
- Pérez, B. (2016).** Las insurtechs dedicadas a los seguros colaborativos permiten al consumidor obtener descuentos en su póliza. *Revista CESCO de Derecho de Consumo UCLM*, 19, pp. 52-55. Disponible en: <https://revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/1183/957>

- Plan Seguro (2016).** Reporte sobre la Solvencia y Condición Financiera 2016. Disponible en: <https://www.cnsf.gob.mx/EntidadesSupervisadas/InstitucionesSociedadesMutualistas/Reporte%20SCF/RR7E-FIA2RSCFH070120161231.pdf>
- Plan Seguro (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: [https://www.planseguro.com.mx/cotiza\\_seguro.php](https://www.planseguro.com.mx/cotiza_seguro.php)
- Priego (2019).** La Oficina de Intercambio de Información, el “Buró de Crédito” de las aseguradoras. PractiFinanzas. Disponible en: <https://practifinanzas.com/2019/05/oficina-intercambio-informacion-aseguradoras/>
- Prevem Seguros (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.prevemseguros.com.mx/productos#gatos-medicos-mayores>
- Private Health (2021).** Compare Policies. Consultado el 8 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.privatehealth.gov.au/dynamic/search/start>
- Rab, S (2019).** Artificial intelligence, algorithms and antitrust. *Competition Law Journal*, Vol. 18, No. 4. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/338905751\\_Artificial\\_intelligence\\_algorithms\\_and\\_antitrust](https://www.researchgate.net/publication/338905751_Artificial_intelligence_algorithms_and_antitrust)
- RASF de 2001.** Reforma y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas. 4 de junio de 2002. DOF. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/70175/Reglamento\\_de\\_Agentes\\_de\\_Seguros\\_y\\_Fianzas.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/70175/Reglamento_de_Agentes_de_Seguros_y_Fianzas.pdf)
- The National Archives (2021).** The Data Protection Act. Consultado el 27 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2018/12/contents/enacted>
- Ricci, O. y Battaglia, F. (2021).** The Development of InsurTech in Europe and the Strategic Response of Incumbents. En King, et al. (Ed.) *Disruptive Technology in Banking and Finance: An International Perspective*, pp. 135-158. Roma, Palgrave.
- Robinson, J.C. (2004).** Consolidation and Transformation of Competing in Health Insurance. *Health Affairs*, vol. 23, no. 6, 11–24. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.23.6.11>

- Rothschild, M. y Stiglitz, J. (1976).** Equilibrium in Competitive Insurance Markets. *Quarterly Journal of Economics*, 90(4):629-49. Disponible en: <https://www.uh.edu/~bsorensen/Rothschild&Stiglitz.pdf>
- Ryan, C. (2021).** How does Insurance Competition Affect Medical Consumption?. University of Minnesota - Economics Department. Disponible en: [https://www.terry.uga.edu/sites/default/files/inline-files/Ryan-%20Conor\\_Paper.pdf](https://www.terry.uga.edu/sites/default/files/inline-files/Ryan-%20Conor_Paper.pdf)
- Sagan, A. y Thomson, S. (2016).** Voluntary health insurance in Europe. World Health Organization, Observatory Studies Series 43. Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/310838/Voluntary-health-insurance-Europe-role-regulation.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/310838/Voluntary-health-insurance-Europe-role-regulation.pdf)
- Schut, E., Sorbe, S. y Høj, J. (2013).** Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands. OECD Economics Department Working Papers, No. 1010. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/5k4dlw-04vx0n-en>.
- Seguros Atlas (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.segurosatlas.com.mx/PersonaGastosMedicos.html>
- Seguros Banorte (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.segurosbanorte.com.mx/home>
- Seguros Bx+ (2014).** Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual. Producto Tradicional. Condiciones Generales. Disponible en: <https://www.vepormas.com/fwpf/storage/Buscador/pdf/CNSF-S0016-0419-2014%20-%202011.06.14.pdf>
- Seguros Bx+ (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/productos-seguros-pt-gm-mayores>
- Seguro de Gastos Médicos Mayores.mx (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.segurodegastosmedicosmayores.mx/cotizador#mi-cotizacion>
- Seguros Inbursa (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: [https://www.inbursa.com/Portal/?page=Document/doc\\_view\\_section.asp&id\\_documento=1653&id\\_category=41](https://www.inbursa.com/Portal/?page=Document/doc_view_section.asp&id_documento=1653&id_category=41)

- Seguros Monterrey (2020).** MINI-GUIA-DE-SELECCION-DE-RIESGOS-2020. Disponible en: <https://perseemprende.com/wp-content/uploads/2020/10/MINI-GUIA-DE-SELECCION-DE-RIESGOS-2020.pdf>
- Seguros Monterrey (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.mnyl.com.mx/personas/seguro-de-salud/alfa-medical.aspx>
- Sheingold, S., Nguyen, N. y Chappel, A. (2015).** Competition and Choice in the Health Insurance Marketplaces, 2014-2015: Impact on Premiums. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/reports/competition-choice-health-insurance-marketplaces-2014-2015-impact-premiums-0>
- Simon, H. A. (1947).** Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations. NY: The Free Press.
- Simpson, M. y Cooke, J. (2016).** Blockchain: competition issues in nascent markets. Norton Rose Fulbright, Competition world, 2016, 3era edición. Disponible en: <https://www.nortonrosefulbright.com/-/media/files/nrf/nrfweb/imported/competition-world-2016-third-edition.pdf?revision=079230f0-9762-43b8-a3a7-d95f53a85a9f&revision=079230f0-9762-43b8-a3a7-d95f53a85a9f>
- Sicuro (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://sicuro.mx/>
- Stole, L. A. (2007).** Price discrimination and competition. Handbook of industrial organization, 3, 2221-2299.
- Superintendencia de Seguros Privados (2021).** Estadísticas de mercado. Consultado el 20 de agosto de 2021. Disponible en: <http://www.susep.gov.br/menu/estatisticas-do-mercado>
- Taylor, A. E., Carman, K. G., Lopez, A., Muchow, A., Roshan, P. y Eibner, C. (2016).** Consumer Decision making in the Health Care Marketplace. RAND Corporation. Disponible en: [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR1567.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1567.html).
- Thaler, R. H., y Sunstein, C. R. (2008).** Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness. New Haven: Yale University Press.
- The Health Insurance Authority (2016).** Private Health Insurance. My Rights, My Choices. Disponible en: [https://www.hia.ie/sites/default/files/My%20Rights,%20My%20Choices\\_08.2016.pdf](https://www.hia.ie/sites/default/files/My%20Rights,%20My%20Choices_08.2016.pdf)

- The Healt Insurance Authority (2021).** Switching Health Insurance Plan / Provider. Consultado el 20 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.hia.ie/consumer-information/switching-health-insurance-plan-provider#:~:text=Currently%20only%20Laya%20Health-care%20and,insurers%20at%20your%20renewal%20date>
- Tirole, J. (1988).** The Theory of Industrial Organization. The MIT Press.
- Trish, E. E. y Herring, B. J. (2015).** How Do Health Insurer Market Concentration and Bargaining Power with Hospitals Affect Health Insurance Premiums? *Journal of Health Economics*, 42, pp. 104-114. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25910690/>
- Traditz (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://traditz.mx/gastos-medicos/>
- Varian, H. R. (1989).** Price discrimination. *Handbook of industrial organization*, 1, 597-654.
- Wooldridge, J. M. (2010).** Introducción a la econometría. Un enfoque moderno. Cengage Learning Editores.
- YoSeguro (2021).** Gastos Médicos Mayores. Consultado el 13 de septiembre de 2021. Disponible en: [https://yoseguro.com.mx/landing/gastos-medicos-mayores.html?gclid=Cj0KCQjwu7OIBhCsARIsALx-CUaNH0JpyaP8FhY67KxxdIB03sSRtc38OWInyp8mEvlRwN23ZsOisuUaAhWLEALw\\_wcB](https://yoseguro.com.mx/landing/gastos-medicos-mayores.html?gclid=Cj0KCQjwu7OIBhCsARIsALx-CUaNH0JpyaP8FhY67KxxdIB03sSRtc38OWInyp8mEvlRwN23ZsOisuUaAhWLEALw_wcB)



## Anexo I. Modelos econométricos

Este anexo proporciona detalles técnicos de los dos modelos econométricos presentados en el capítulo III del presente estudio. En particular, profundiza en las características y uso de los datos, así como en los supuestos de la información para el ajuste de los modelos.

### Modelo 1

#### *Descripción del modelo*

Este modelo estudia la relación entre las primas de las pólizas de los SGM y la estructura de mercado de las aseguradoras y hospitales. Se trata de un modelo exponencial transformado logarítmicamente que incluye diversas variables independientes (como edad, sexo, tipo de plan, entre otras) que explican el nivel de las primas de las pólizas de seguros, usando información de las pólizas contratadas entre 2018 y 2020. El modelo también incluye variables del nivel de concentración de las aseguradoras y la presencia de los hospitales de mayor tamaño.

El modelo se basa en Trish y Herring (2015), pero con algunas adecuaciones para captar particularidades del mercado mexicano. La especificación del modelo es:

$$\begin{aligned} \ln(\text{Prima}_{imt}) = & \beta_0 + \beta_1 \text{TamañoHosp}_{mt} + \beta_2 \text{PIBpercápita}_{mt} \\ & + \beta_3 \text{IHH\_Aseg}_{mt} + \beta_4 \text{Sexo}_{imt} + \beta_5 \text{Edad}_{imt} \\ & + \beta_6 \text{SA}_{imt} + \beta_7 \text{Plan}_{imt} + \beta_8 \text{Seg}_{imt} + v_t + \varepsilon_{imt} \quad (1) \end{aligned}$$

En donde:

$\text{Prima}_{imt}$  = Precio (prima pagada) por el asegurado  $i$  en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$\text{TamañoHosp}_{mt}$  = Presencia de hospitales de mayor tamaño (con 50, 75 o 100 camas).

$\text{PIBpercápita}_{mt}$  = PIB *per cápita* en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$\text{IHH\_Aseg}_{mt}$  = IHH de las aseguradoras (con base en las ventas) en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .

$\text{Sexo}_{imt}$  = Variable dicotómica del sexo del asegurado (femenino= 1; masculino=0).

$\text{Edad}_{imt}$  = Edad del asegurado  $i$  (años).

$SA_{imt}$  = Monto del límite máximo de responsabilidad del asegurado  $i$  (suma asegurada).

$Plan_{imt}$  = Subtipo de seguro contratado por el asegurado  $i$  ("Amplio", "Indemnizatorio", "Internacional" o "Limitado").

$Seg_{imt}$  = Compañía aseguradora que emite el seguro.

$v_t$  = Efectos fijos por año (2018, 2019 y 2020).

$100 * \beta_1, \dots, 100 * \beta_8$  son las semi-elasticidades de las primas respecto a las variables independientes.

$\varepsilon_{imt}$  = Término de error.

## Datos

La base de datos utilizada contiene información de las primas de las pólizas de los SGM, entre 2018 y 2020, misma que fue proporcionada por la CNSF. Los criterios de manejo de los datos fueron:

- i. Uso de las primas de seguros individuales con un solo asegurado. Esto permite conocer el valor de la prima y las características de los individuos asociadas al riesgo (edad y sexo), las cuales son importantes para determinar el valor de la póliza.
- ii. Exclusión de observaciones de seguros colectivos. El problema de incluir estas observaciones es que no hay información detallada de las características de los asegurados incluidos en una póliza de SGM colectivo que pueden afectar su costo, como el riesgo de la actividad laboral o las distribuciones de edad y sexo. También se desconoce el nivel de cobertura contratada por los empleadores.
- iii. Utilización únicamente de observaciones con primas de la póliza plausibles para un producto de SGM. En particular, con base en la información de la Condusef, no se consideraron las observaciones cuyo valor de la póliza fuera menor al costo mínimo de un plan de seguro básico estandarizado, de acuerdo con el sexo, la edad y la entidad federativa del contratante.<sup>157</sup>
- iv. Inclusión de pólizas con beneficiarios con edades entre cero y 99 años. Las observaciones de contratantes con 100 años o más son menos del 0.1% del total.

157. Condusef (2021a).

- v. Utilización únicamente de observaciones de seguros de las modalidades de planes indemnizatorio, limitado, amplio e internacional, que representan 81% de los seguros contratados. Los otros seguros —como los microseguros y el seguro básico estandarizado— constituyen una muestra pequeña que no contribuye a la significancia de la estimación, además de que estos seguros no necesariamente ofrecen una cobertura integral para el asegurado.

La concentración en los mercados de aseguradoras fue calculada con información de la prima emitida de SGM, a nivel de entidad federativa, respectivamente. Cada aseguradora se tomó como un grupo de interés económico independiente, salvo Seguros Inbursa y Patrimonial Inbursa. Las estimaciones son a nivel de entidad federativa, debido a que se desconoce la ubicación exacta del asegurado más allá de ese nivel geográfico.

La variable explicativa de interés —presencia de hospitales de mayor tamaño— es una variable dicotómica que indica la existencia de al menos un hospital con un cierto número de camas censables en cada entidad federativa.<sup>158</sup> Con base en una clasificación del Inegi que identifica a los hospitales grandes como aquéllos con al menos 50 camas, se optó por usar umbrales de 50, 75 y 100 camas censables para analizar el efecto sobre los precios a medida que aumenta el tamaño de los hospitales.<sup>159</sup> La información fue obtenida del registro de las estadísticas de salud en establecimientos particulares 2018 a 2020 del Inegi.<sup>160</sup>

## Resultados

El Cuadro 13 muestra los resultados del modelo 1 para los umbrales de presencia de al menos un hospital de 50, 75 y 100 camas censables. El estudio optó por presentar el criterio de 100 camas censables debido a que, conforme un hospital es más grande es más probable que cuente

---

158. Una cama censable es la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia. Incluye las camas censables de las cuatro ramas troncales de la medicina: cirugía; gineco-obstetricia; medicina interna; pediatría y demás camas censables.

159. Inegi (2019b, p. 2).

160. Inegi (2020b).

con mayor infraestructura (quirófanos, laboratorios, equipo médico general, entre otros). Los estimadores sugieren que la presencia de hospitales grandes favorece un aumento en las primas de las pólizas de los seguros individuales. Estos resultados son consistentes con la idea de que las aseguradoras no son capaces de negociar con los grandes hospitales, por lo que únicamente transfieren el costo a los consumidores. Particularmente, las primas son 12%  $[(e^{0.1133}-1)*100]$  más elevadas en los mercados con presencia de hospitales de más de 100 camas, siendo este efecto mayor en la medida que los hospitales presentes son más grandes (5.6%  $[(e^{0.1133}-1)*100]$  y 8.9%  $[(e^{0.0855}-1)*100]$  para hospitales de más de 50 y 75 camas, respectivamente.

**Cuadro 13. Resultados del modelo 1**

Variable	E1 (100 camas)		E2 (75 camas)		E3 (50 camas)	
	Estimador	Error estándar	Estimador	Error estándar	Estimador	Error estándar
Intercepto	5.4478	(0.2797)***	5.4547	(0.2880)***	5.4836	(0.2977)***
Tamaño_Hosp_100	0.1133	(0.0034)***	-	NA	-	NA
Tamaño_Hosp_75	-	NA	0.0855	(0.0031)***	-	NA
Tamaño_Hosp_50	-	NA	-	NA	0.0549	(0.0032)***
PIB per cápita	0.2904	(0.0149)***	0.3399	(0.0147)***	0.3916	(0.0146)***
IHH_Aseguradoras	-0.00002	(0.000002)***	-0.00004	(0.000002)***	-0.00004	(0.000002)***
Suma asegurada	0.0003	(0.00001)***	0.0003	(0.00001)***	0.0003	(0.00001)***
Edad	0.0334	(0.0001)***	0.0334	(0.0001)***	0.0334	(0.0001)***
Sexo (F)	0.0551	(0.0029)***	0.0555	(0.0029)***	0.0554	(0.0029)***
EF (Subtipo)	✓		✓		✓	
EF (Compañía)	✓		✓		✓	
EF (Año)	✓		✓		✓	
R <sup>2</sup>	0.7837		0.7833		0.7827	
Observaciones	172,109		172,109		172,109	

(\*\*\*) P<0.01, (\*\*) P<0.05, (\*) P<0.1, NA: No aplica. Errores robustos a prueba de heterocedasticidad.  
Fuente: COFECE con base en CNSF (2020a), Inegi (2020b) y el Expediente REC-004-2022 (folio 6).

El coeficiente del nivel de concentración de las aseguradoras es significativo, pero con el signo contrario al esperado. Las posibles razones de que este signo sea contraintuitivo son:

- i. Mala definición del mercado relevante para las aseguradoras. La definición del mercado relevante obedeció a la disponibilidad de la información y no a las condiciones del mercado, particularmente en su dimensión geográfica (mercado local o regional).

- ii. Las entidades con menos población tienen menos oferentes de servicios hospitalarios para todas las especialidades, por lo que las primas de las pólizas que cobran las aseguradoras son más baratas; es decir, una alta concentración con primas bajas.
- iii. Alta variabilidad no observable en el costo de las primas debido a “coberturas adicionales” (“trajes a la medida”), además de que una misma póliza podría significar un producto diferente debido a la oferta hospitalaria en algunas entidades (por ejemplo, la Ciudad de México respecto a una entidad del sur del país).

Por esta razón, el estudio omite hacer inferencias sobre el estimador de concentración de las aseguradoras sobre las primas de las pólizas, concentrándose únicamente en el efecto de la presencia de los grandes hospitales en el costo de las primas.

El resto de los estimadores del modelo tienen el signo esperado. En la medida que una asegurada sea del sexo femenino, tenga más edad o contrate una póliza con una mayor suma asegurada incrementará el valor de la prima de su póliza. El modelo también sugiere que las primas son más altas en los mercados donde la población tiene un mayor poder adquisitivo. Esto último es así porque en esos mercados también es donde se concentra la mayor infraestructura hospitalaria.

## **Modelo 2**

### *Descripción del modelo*

Este modelo estudia cómo la estructura de los mercados de los hospitales y de las aseguradoras determina los costos hospitalarios, estos últimos pagados por las aseguradoras. El modelo 2 es un modelo de regresión lineal entre el costo de la hospitalización y los niveles de concentración del mercado, tanto de las aseguradoras como de los hospitales, usando información de los siniestros ocurridos entre 2018 y 2020. El modelo también incluye información de la presencia de hospitales de mayor tamaño, variables características del asegurado (edad y sexo), así como variables sobre la característica de los siniestros reclamados (gravedad, tipo de siniestro, entre otros).

El modelo se basa en Moriya *et al.* (2010), Melnick *et al.* (2011) y Dauda (2017), con algunas adecuaciones para captar particularidades observadas en México. La forma funcional del modelo es:

$$\ln(Ph_{imt}) = \beta_0 + \beta_1 IHH\_Aseg_{mt} + \beta_2 IHH\_Hos_{mt} + \beta_3 Tama\tilde{n}oHosp_{mt} + \beta_4 PobAseg_{mt} + \beta_5 Sexo_{imt} + \beta_6 Edad_{imt} + \beta_7 TipoSeg_{imt} + \beta_7 CBD_{imt} + v_t + \eta_i \quad (2)$$

Donde:

- $Ph_{imt}$  = Precio pagado por las aseguradoras por costos hospitalarios por el siniestro  $i$  en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .
- $IHH\_Aseg_{mt}$  = IHH de las aseguradoras (prima emitida) en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .
- $IHH\_Hos_{mt}$  = IHH de los hospitales (número de camas) en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .
- $Tama\tilde{n}oHosp_{mt}$  = Presencia de hospitales con al menos 100 camas.
- $PobAseg_{mt}$  = Porcentaje de población asegurada en la entidad federativa  $m$  en el año  $t$ .
- $Sexo_{imt}$  = Variable dicotómica del sexo del asegurado (femenino=1; masculino=0).
- $Edad_{imt}$  = Edad del asegurado  $i$  (años).
- $TipoSeg_{imt}$  = Variable dicotómica del tipo de asegurado (individual=1; colectivo=0).
- $CBD_{imt}$  = Variable dicotómica que captura la gravedad del siniestro (1=siniestro es causa básica de defunción; 0, en caso contrario).
- $v_t$  = Efectos fijos por año (2018, 2019 y 2020).
- $\eta_i$  = Efectos fijos por grupo de enfermedad  $i$ .
- $100 * \beta_1, \dots, 100 * \beta_7$ , son las semi-elasticidades de las primas respecto a las variables independientes.
- $\varepsilon_{imt}$  = Término de error.

La especificación del modelo es consistente con el paradigma de estructura-conducta-desempeño, que postula que la estructura de una industria determina su conducta, misma que, a su vez, determina el desempeño de la industria y las empresas.<sup>161</sup> La estructura de una industria o mercado puede ser descrita por su nivel de concentración, el número de oferentes participantes, la estructura de costos, el grado de diferenciación de productos o el grado de integración vertical con los proveedores, entre otros aspectos. La conducta de las empresas incluye, entre otras cosas, sus políticas de fijación de precios, la forma de posicionar sus productos o servicios, o los recursos que utilizan en publicidad. El desempeño se refiere a los niveles de competencia y eficiencia en la industria o mercado.

161. Tirole (1988).

La inclusión de los IHH de seguros y hospitales como variables independientes en el modelo implica adoptar el supuesto de que las empresas compiten en cantidades o *à la Cournot*. El IHH se calcula con base en la cantidad de oferta o una variable *proxy* de ésta. Además, su utilización es consistente con la existencia de un vínculo causal entre estructura y desempeño, ya que fundamenta teóricamente que, dado que las empresas compiten en cantidades, a mayor concentración habrá mayor poder de mercado (hipótesis estructura-desempeño).<sup>162</sup>

### Datos

La base de datos utilizada contiene información de los siniestros de SGM reportados por las aseguradoras a la CNSF, entre 2018 y 2020. La base contiene información del costo de los siniestros, nombre y tipo de siniestro, aseguradora que pagó el siniestro por entidad federativa, así como características del paciente (edad y sexo). No hay información sobre el lugar y el hospital en donde se atendió el siniestro, por lo que no es posible delimitar exactamente el mercado relevante para la estimación de los índices de concentración.

Las aseguradoras reportaron información de más de 7,000 siniestros diferentes, pero la mayoría de éstos son eventos raros o poco frecuentes (50% de las reclamaciones corresponden a 74 siniestros). El riesgo de incluir todos los siniestros en el modelo es que los eventos más raros solo se atienden en las ciudades más grandes (con mayor infraestructura hospitalaria), lo que afecta los resultados debido a que:

- i. Aumenta la varianza del costo del siniestro. En general, los siniestros más raros son también los que representan una erogación más alta para las aseguradoras. Estos costos altos no necesariamente se deben a una mayor concentración de aseguradoras y hospitales en el mercado, sino a circunstancias propias del evento. El aumento de la variabilidad en el costo de los siniestros afecta la estimación de los estimadores de interés, porque el modelo estaría detectando las variaciones de los índices de concentración sobre el costo del siniestro.

---

162. Motta (2018, pp. 161-163) muestra que, con base en un modelo de equilibrio de Nash en cantidades, el IHH establece la existencia de una relación directa entre el grado de concentración y el grado promedio de poder de mercado.

- ii. Las entidades federativas con menor infraestructura hospitalaria no atienden siniestros raros. La atención de ciertos padecimientos únicamente ocurre en las entidades con mayor infraestructura hospitalaria, por lo tanto, al incluir padecimientos menos raros solo se aumentará la variabilidad de los costos de siniestro en las entidades más grandes. Estas últimas, debido a la mayor oferta hospitalaria, también son las que tienen los menores índices de concentración; es decir, el riesgo de incluir todos los padecimientos es que las entidades más grandes tendrán, tanto los costos del siniestro más altos como los índices de concentración más bajos. Consecuentemente, las entidades más pequeñas, al tener poca infraestructura hospitalaria tendrán los menores costos de siniestro con altos índices de concentración.

Con el fin de identificar el efecto del costo del siniestro respecto a las variaciones en los índices de concentración, el modelo se ajustó con una muestra de observaciones restringida, que no incluye todos los siniestros. Esto permitió analizar los siniestros que ocurren y se atienden en todas las entidades. Los criterios fueron:

- i. Uso de los siniestros con mayor frecuencia, que conjuntamente representan 30%, 40% y 50% de las reclamaciones.<sup>163</sup> No fue posible usar alguna prueba basada en la bondad de ajuste del modelo para elegir el mejor modelo, debido a que el tamaño de la muestra varía con el número de siniestros incluidos; sin embargo, más adelante se observará que los resultados de las estimaciones no cambian, independientemente de la proporción de la muestra. El coeficiente de determinación (R<sup>2</sup>) tampoco cambia significativamente con el número de siniestros.
- ii. Exclusión del primer y último percentil de los costos de hospitalización de cada siniestro, para eliminar valores atípicos.

---

163. CNSF (2020c). Monto de hospitalización: Se reporta el importe total reclamado (con dos decimales) sin descontar deducible ni coaseguro de gastos erogados por el concepto de hospitalización. En caso de registros cuyo monto no cubra la erogación de dichos gastos, como los planes indemnizatorios y básicos estandarizados, este campo se reporta en cero.



El pago del siniestro reportado por las aseguradoras podría no ser el costo total del siniestro porque las aseguradoras no necesariamente absorben todo el pago que reciben los hospitales. Ello depende de la cobertura de la póliza del asegurado, por lo que muchas veces el asegurado tiene que sufragar parte de la atención médica, independientemente del costo del coaseguro y deducible. En su lugar, se utilizó el “costo de la hospitalización”, que sería una buena variable *proxy* puesto que esta definición de costos está altamente correlacionada con el costo total del siniestro (coeficiente de correlación de 0.89).

El IHH de las aseguradoras se calculó con base en las ventas (primas emitidas) a nivel de entidad federativa, mientras que el IHH de los hospitales se calculó con el número de camas (censables y no censables) a nivel de entidad federativa.

Una limitante del modelo es que la medición de la concentración del mercado hospitalario no sería la adecuada. Esto se debe a que no hay información disponible de ocurrencia del siniestro (lugar y hospital), por lo que no es posible hacer una delimitación más acorde al tamaño del mercado relevante. En otras palabras, no fue posible identificar a los hospitales que atendieron a personas con SGM. Por ello, la dimensión producto considera tanto a hospitales grandes como pequeños (la desigualdad estatal hace imposible generar un criterio con base en el número de camas) y con dimensión geográfica a nivel de entidad federativa. No obstante, en todo caso, el efecto de la concentración de los hospitales estaría subestimado, debido a que los valores de IHH incorporados en el modelo serían inferiores a los datos reales, por lo que nuestras conclusiones serían conservadoras.

Una carencia del modelo es que no se incluye información de la calidad de los servicios hospitalarios.

Finalmente, se incluyó información de la gravedad del siniestro a través de una variable dicotómica que identifica a los siniestros que frecuentemente son causa básica de defunción.

## **Resultados**

Los coeficientes estimados fueron significativos y con el signo esperado (Cuadro 14). Los resultados sugieren que un aumento de 1% en el índice de concentración de las aseguradoras disminuyen los costos de hospitalización en 0.38%, mientras que un aumento en 1% puntos en el índice

de concentración de los hospitales aumenta el precio de los siniestros en 0.03% (columna 1 del Cuadro 14).<sup>164</sup> Es decir, una mayor concentración de las aseguradoras produce una disminución de costos hospitalarios proporcionalmente mayor que el aumento en estos costos que causaría una mayor concentración de los hospitales.

**Cuadro 14. Resultados del modelo 2**

Variable	E1 (30% reclamaciones)		E2 (40% reclamaciones)		E3 (50% reclamaciones)	
	Estimador	Error estándar	Estimador	Error estándar	Estimador	Error estándar
Intercepto	10.5509	(0.0360)***	10.5694	(0.0325)***	10.2932	(0.0471)***
IHH_Aseguradoras	-0.0002	(0.00001)***	-0.0002	(0.00001)***	-0.0002	(0.00001)***
IHH_Hospitales	0.00006	(0.00002)***	0.00002	(0.00001)	0.00001	(0.00001)
Población asegurada	0.0015	(0.0002)***	0.0023	(0.0002)***	0.0022	(0.0001)***
TamañoHosp	0.2914	(0.0095)***	0.2938	(0.0084)***	0.2839	(0.0075)***
Edad	0.0036	(0.0002)***	0.0033	(0.0002)***	0.0028	(0.0002)***
Sexo (1=F)	0.1785	(0.0074)***	0.1567	(0.0064)***	0.1706	(0.0058)***
Tipo (1=Individual)	-0.3237	(0.0073)***	-0.2862	(0.0064)***	-0.2745	(0.0057)***
Causa básica de defunción (1=SÍ)	0.3043	(0.0296)***	0.2488	(0.0265)***	0.2095	(0.0242)***
EF (padecimientos)	✓		✓		✓	
EF (año)	✓		✓		✓	
R <sup>2</sup>	0.2194		0.2016		0.2045	
Observaciones	204,061		271,677		342,248	

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Errores robustos a prueba de heterocedasticidad.

Fuente: COFECE con base en CNSF (2020a), Inegi (2020b) e Inegi (2021b).

No obstante, este efecto ocurre mayoritariamente en mercados donde no están presentes los grandes hospitales, ya que en presencia de estos últimos (variable "TamañoHosp") los costos de atención hospitalaria aumentan 33.8%  $[(e^{0.2914}-1)*100]$ . Es decir, las primas de los servicios hospitalarios son 33.8% más altos en los mercados donde están presentes los grandes hospitales, respecto a los mercados donde no lo están. Estos resultados son consistentes con la idea de que las aseguradoras no son capaces de negociar con los grandes hospitales, limitándose a transferir el costo a los consumidores.

164. El cambio porcentual de los costos debido a un incremento de 1% en el IHH es  $\frac{\partial y}{\partial IHH\_Aseg} \frac{IHH\_Aseg}{y} = [exp(\beta_1 * \Delta IHH\_aseg) - 1] 100 = [exp(-0.0002 * 19.2) - 1] 100 = -0.38\%$ , considerando al valor medio del en la muestra. Es decir, un aumento de 1% en el IHH reduce los costos en -0.38%. Similarmente, el cambio respecto al  $IHH\_Hosp$  es  $[exp(\beta_2 * \Delta IHH\_Hosp) - 1] 100 = [exp(0.00006 * 5.26) - 1] 100 = 0.03\%$  (0.01% y 0.005% para los escenarios E2 y E3, respectivamente). Para más detalles sobre la interpretación de los estimadores véase Wooldridge (2010, p. 45) y [https://ccsu.cornell.edu/wp-content/uploads/83\\_logv.pdf](https://ccsu.cornell.edu/wp-content/uploads/83_logv.pdf).

El resto de los estimadores tienen los signos esperados. Por ejemplo, en la medida que el siniestro sea reclamado por una persona asegurada del sexo femenino, que tenga mayor edad o que el tipo del siniestro sea una probable causa de defunción del asegurado, se incrementará el valor del costo del siniestro. El modelo también sugiere que las primas son más altas en los mercados donde hay una mayor población asegurada, donde justamente los usuarios tienen mayor poder adquisitivo. En esos mercados también se concentra la mayor infraestructura hospitalaria.

## Anexo II. Fallas de mercado que resuelven las *insurtech*

Cuadro 15. Relación entre las fallas del mercado de SGM y las eficiencias de las <i>insurtech</i>		
Tecnología	Eficiencias	Fallas de mercado que resuelve
<i>Big data</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de nuevos productos</li> <li>• Mejora precios de pólizas</li> <li>• Mejora predicción de siniestros y verificación de reclamaciones</li> <li>• Reduce riesgo moral</li> <li>• Brinda señales al asegurado sobre sus riesgos</li> <li>• Facilita proceso de verificación de usuarios y reclamaciones</li> <li>• Reduce tiempos de espera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información asimétrica</li> <li>• Inconsistencia intertemporal</li> <li>• Externalidades en precios de pólizas</li> <li>• Efecto encierro (<i>lock-in</i>)</li> </ul>
<i>Blockchain</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduce costos de distribución</li> <li>• Reduce tiempos de espera</li> <li>• Automatiza suscripciones y reclamaciones</li> <li>• Reduce fraude</li> <li>• Mejora intercambio de información de forma segura</li> <li>• Mayor transparencia</li> <li>• Sistematiza información clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de redes de distribución</li> <li>• Efecto encierro (<i>lock-in</i>)</li> <li>• Información asimétrica</li> </ul>
Inteligencia artificial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduce costos de distribución</li> <li>• Simplifica y adapta pólizas para cubrir necesidades de clientes</li> <li>• Optimiza decisiones y brinda asesoría robótica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de redes de distribución</li> <li>• Sesgos cognitivos</li> <li>• Arquitectura de decisiones</li> </ul>

Fuente: COFECE con datos de CNMC (2018), Deloitte (2016), Meyers (2018), OECD (2017), OECD (2020a), Ricci y Battaglia (2021).

## Anexo III. Número y características de los planes de SGM

**Cuadro 16. Productos o planes de SGM comercializados por las aseguradoras, 2021**

Aseguradora	Colectivo	Individual	Oferta total
1	1	33	34
2	1	25	26
3	19		19
4	10	6	16
5	1	14	15
6	5	10	15
7	2	12	14
8	3	9	12
9	1	11	12
10	5	6	11
11	2	8	10
12		10	10
13	2	8	10
14	2	7	9
15	2	7	9
16	5	3	8
17		8	8
18	2	5	7
19		7	7
20	6		6
21	1	4	5
22	2	3	5
23		5	5
24	3	2	5
25		2	2
26	1	1	2
27	1	1	2
28	1	1	2
29		1	1
30		1	1
31		1	1
32		1	1
<b>Suma</b>	<b>78</b>	<b>212</b>	<b>290</b>

<sup>1/</sup> Corresponde a los productos que, al cierre del ejercicio 2021, contaban con algún importe en su reserva de riesgos en curso, lo cual indica que durante el último año pudieron estarse comercializando.

Fuente: COFECE con datos del Expediente REC-004-2022 (folio 218).

Cuadro 17. Características de los planes de SGM individual para productos seleccionados de GNP								
Producto	Edad	Círculo médico	Suma Asegurada (millones de pesos)	Deducible	Coaseguro	Tope de Coaseguro	Uso de hospitales de mayor nivel	Cobertura
Línea Azul Premium	0-70 años (mayores a 65 sujeto a examen médico)	Novus, Excelsis, Tempus, Omnia, Decus y Certum	0.63; 1.14; 1.47; 1.78; 2.12; 3.5; 5.3; 6.9; 8.75; 10; 17.6; 25.3; 33.5; 41; 50.5; 64; 75.5; 138.	15,000; 18,500; 27,000; 32,500; 40,000; 49,500; 69,500; 86,500; 109,000;	5%, 10%, 15% y 20%	71,000 pesos para 5% y 10%; 106,000 pesos para 15% y 20%.	Penalización de 15% sobre los gastos de hospitalización	Básicas y adicionales con costo.
Línea Azul Platino				128,500; 150,000; 172,500				
Línea Azul Flexible			0.63; 1.14; 1.47; 1.78; 2.12; 3.5; 5.3; 6.95; 8.75; 10; 17.6; 25.35; 33.5; 41; 50.5; 86.5					
Línea Azul Versátil		Novus, Excelsis, Tempus y Omnia	0.53; 1.05; 1.6; 2.95; 5.8; 8.7; 14.25; 25; 30.85; 63.6	De 9500 hasta 84,000 de acuerdo con el nivel hospitalario		109,000 82,000 54,000 27,500	No definido	
Línea Azul Esencial		Omnia	4.1	16,000 y 27,000		10%	No definido	

Fuente: COFECE con datos de Asegúrate México (2021a).

## Anexo IV. Matriz de recomendaciones según las Herramientas para evaluar la competencia de la OECD

Fomentar la transparencia en el mercado relacionado de servicios hospitalarios								
No.	Título de la norma o ley	Categoría temática / palabra clave	Breve descripción del obstáculo potencial	Autoridad relevante	Sección del manual <sup>1</sup>	Objetivo	Daño a la competencia	Recomendación
1	No hay una normativa que trate aún esta materia	Transparencia en el mercado de servicios de atención a la salud	La falta de transparencia en el sector hospitalario contribuye a una baja negociación en los precios de los servicios de atención a la salud. Esto se traduce en un mayor gasto para los consumidores.	Profeco	D	El desarrollo de indicadores de precio-calidad de los servicios hospitalarios tiene como objetivo empoderar a los consumidores y a las aseguradoras, porque los asegurados tendrían más elementos para escoger los servicios hospitalarios con base en la relación precio-calidad y no en la marca del hospital, lo que ayudaría a limitar el poder de negociación de las grandes cadenas de hospitales frente a las aseguradoras.	La falta de transparencia de los servicios hospitalarios limita la negociación entre las aseguradoras y hospitales, lo que se refleja en mayores precios que pagan los consumidores por los servicios.	Que la Profeco desarrolle y publique indicadores que midan la relación precio-calidad de los servicios hospitalarios, similares a los indicadores de calidad de la atención médica de la clasificación "Los mejores hospitales privados de México" y el Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios del IMSS.
2	LGS	Transparencia en el mercado de servicios de atención a la salud	La falta de transparencia en el sector hospitalario contribuye a una baja negociación en los precios de los servicios de atención a la salud. Esto se traduce en un mayor gasto para los consumidores.	Secretaría de Salud	D	La utilización de las guías de práctica clínica (GPC) tiene como objetivo ayudar a los consumidores a tener información actualizada sobre el tratamiento de los diversos padecimientos y prever los costos de los servicios hospitalarios privados.	La falta de transparencia e información de los servicios hospitalarios se refleja en mayores precios que pagan los consumidores por los servicios.	Que la Secretaría de Salud impulse establecer la obligación para que los hospitales privados utilicen las Guías de Práctica Clínica elaboradas y publicadas por la misma Secretaría de Salud en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, para la atención de los padecimientos o enfermedades más comunes.

1 D: Limita las opciones y la información disponible para los clientes. Fuente: Coffee con información de OECD (2018a) y OECD (2018b).

Mejorar la movilidad de los consumidores								
No.	Título de la norma o ley	Categoría temática / palabra clave	Breve descripción del obstáculo potencial	Autoridad relevante	Sección del manual <sup>1</sup>	Objetivo	Daño a la competencia	Recomendación
3	LISF	Portabilidad de antigüedad de la póliza entre aseguradoras	La regulación obliga a que las aseguradoras garanticen a los asegurados el beneficio de antigüedad por cambios de plan dentro de la misma aseguradora, pero no cuando se cambian de aseguradora. Esto limita la movilidad de los asegurados porque algunas aseguradoras no les reconocen su historial de aseguramiento, obligándolos a incurrir en periodos de espera.	SHCP	D2	El propósito de esa medida es remover un costo de cambio importante para los asegurados, ya que podrán cambiarse de aseguradora sin tener que volver a incurrir en periodos de espera de algunos padecimientos. Asimismo, reducirá el buró del riesgo o engaño de los asegurados con siniestros hacia las aseguradoras.	Las restricciones a la movilidad de los usuarios limitan que los consumidores puedan cambiarse de aseguradora en busca de un mejor servicio. Ello limita la presión competitiva en el mercado porque las aseguradoras tienen menores incentivos para ofrecer un mejor servicio.	Que la SHCP promueva establecer la portabilidad de la antigüedad, que es el reconocimiento por parte de todas las aseguradoras del período que lleva la persona asegurada cubierta por una póliza. Ello siempre y cuando la nueva póliza no implique el aumento de la suma asegurada respecto a su póliza anterior.  También se recomienda a la SHCP impulsar la modificación del marco legal para establecer un buró de riesgos que sea operado por un agente independiente de las aseguradoras o que cualquier aseguradora que entre al mercado pueda formar parte de su consejo de administración.
4	LSCS y LISF	Exclusiones y reconocimiento de preexistencias	La regulación permite que las aseguradoras establezcan con libertad sus periodos de espera, siempre que tengan como único objeto la adecuada selección de riesgos y la eliminación de posibles casos de preexistencia. Además, no obliga a las aseguradoras a reconocer padecimientos preexistentes. Los largos periodos de espera y el no reconocimiento de preexistencia limita la movilidad de los asegurados.	SHCP	D2	Establecer estándares sobre el tipo y duración de las exclusiones tiene como finalidad reducir los costos de cambio y, con ello, aumentar la movilidad de los usuarios entre las aseguradoras, así como eliminar el efecto encierro o de usuario bloqueado o encerrado (lock-in). Por lo tanto, las aseguradoras tendrán más incentivos para atraer usuarios de sus rivales ofreciendo mejores planes.	Entre los costos de cambio que limitan la movilidad están las cláusulas de exclusión que imponen las aseguradoras, donde pueden estipular periodos de espera largos para cubrir algunos padecimientos. Los largos periodos de espera limitan la movilidad, lo que a su vez disminuye la intensidad de la competencia entre las aseguradoras.	Que la SHCP promueva el establecimiento de estándares sobre el tipo y duración de las exclusiones que las aseguradoras pueden fijar en las cláusulas de sus pólizas, así como para el reconocimiento de preexistencias cuando, después de transcurrido un tiempo, el asegurado no haya presentado síntomas o recibido tratamiento.

1 D2: Reduce la movilidad de los clientes entre proveedores de bienes o servicios al aumentar los costos explícitos o implícitos de cambiar de proveedor. Fuente: Cofece con información de OECD (2018a) y OECD (2018b).



<b>Mejorar la movilidad de los consumidores</b>								
No.	Título de la norma o ley	Categoría temática / palabra clave	Breve descripción del obstáculo potencial	Autoridad relevante	Sección del manual <sup>1</sup>	Objetivo	Daño a la competencia	Recomendación
5	Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros	CANCELACIÓN de póliza sin penalización	La regulación no establece claramente si los asegurados pueden cancelar su póliza, por lo que algunas aseguradoras suelen penalizar la cancelación anticipada con el 40% de la prima neta por el tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada). Esto desincentiva que los asegurados se cambien de aseguradora en el momento que lo deseen.	Condusef	D2	Esta medida tiene como objetivo incrementar la movilidad de los aseguradores y, con ello, la competencia entre aseguradoras.	La penalización económica por la cancelación anticipada de las pólizas limita la movilidad entre aseguradoras porque los asegurados no pueden cambiarse de aseguradora en el momento que lo deseen.	Que la Condusef establezca la posibilidad de que los asegurados cancelen de manera anticipada sus pólizas en cualquier momento, sin ser penalizados, de tal manera que todas las aseguradoras estarán obligadas a devolver la totalidad de la prima no devengada, —excluyendo el gasto de expedición;— esta obligación también aplicará por causa de revocación de la aseguradora.

1 D2: Reduce la movilidad de los clientes entre proveedores de bienes o servicios al aumentar los costos explícitos o implícitos de cambiar de proveedor. Fuente: Cofece con información de OECD (2018a) y OECD (2018b).

<b>Reducir costos de búsqueda</b>								
No.	Título de la norma o ley	Categoría temática / palabra clave	Breve descripción del obstáculo potencial	Autoridad relevante	Sección del manual <sup>1</sup>	Objetivo	Daño a la competencia	Recomendación
6	LISF	Exceso de planes o productos de SGM poco diferenciados	Existen en el mercado muchos planes de SGM que son poco diferenciados, lo que limita la elección del consumidor. La gran cantidad de planes puede confundir al consumidor y evitar que elija el plan adecuado a sus necesidades.	SHCP	D1	El objetivo de evaluar y regular la oferta de SGM es facilitar la elección del consumidor, así como aumentar la competencia entre las aseguradoras.	La gran cantidad de productos poco diferenciados y la escasa información y medios para comparar limita la elección y no parece que busquen atender la diversidad de preferencias de los consumidores. La baja capacidad de elección reduce la presión competitiva en el mercado porque las aseguradoras no compiten por ofrecer productos innovadores.	Que la SHCP evalúe las consecuencias de acotar el registro de los planes de SGM que las aseguradoras ofrecen a los consumidores a solo aquellos con características perceptiblemente distintas. En su caso, la SHCP deberá solicitar al Congreso de la Unión que haga las reformas necesarias.

1 D1: Limita las opciones y la información disponible para los clientes, D1: Limita la capacidad de los consumidores para decidir a quién le compran. Fuente: Cofece con información OECD (2018a) y OECD (2018b).

Reducir costos de búsqueda								
No.	Título de la norma o ley	Categoría temática / palabra clave	Breve descripción del obstáculo potencial	Autoridad relevante	Sección del manual <sup>1</sup>	Objetivo	Daño a la competencia	Recomendación
7	LPDUSF	Estándares de en las páginas web de las aseguradoras	La regulación no impone criterios o condiciones a las aseguradoras para que éstas mejoren sus sitios web. En consecuencia, dichos sitios no son una herramienta de consulta adecuada para que el consumidor se informe y haga su mejor elección sin necesidad de recurrir a un agente de seguros.	Conduusef SHCP	D1	El objetivo de establecer estándares mínimos en las páginas web de las aseguradoras y comparadores es facilitar la elección del consumidor.	Los sitios de consulta en línea (sitios web de las aseguradoras y comparadores de precios) no proveen de información suficiente para informar al consumidor, por lo que este debe acercarse a un agente de seguros. Además, los sitios no están obligados a informar sus posibles conflictos de interés con las aseguradoras.	Que la Conduusef y la SCHP promuevan el establecimiento de estándares mínimos que las páginas web de las aseguradoras y de los comparadores deben cumplir, con base en las mejores prácticas internacionales. Estos estándares deben proporcionar información actualizada e informar sobre sus posibles conflictos de interés
8	Circular Única	Comparadores de precios con información poco confiable e insuficiente	Las aseguradoras no están obligadas a compartir información con los comparadores, por lo que estos últimos tienen problemas para entrar al mercado, además de ofrecer un servicio con información limitada.	CNSF	D	La finalidad de esta medida es facilitar que surjan agentes independientes dispuestos a ofrecer a los consumidores información de los planes disponibles en el mercado	En la medida que los comparadores de precios no dispongan de información para ofrecer sus servicios, los consumidores no podrán contar con herramientas que les ayude a tomar una elección mejor informada, y ello también puede limitar la intensidad de la competencia.	Que la CNSF modifique la Circular Única para que, por un lado, pueda establecer las reglas para la promoción o prestación de servicios de intermediación de seguros que deben seguir los comparadores y otros intermediarios que comercializan SGM mediante canales digitales, y, por el otro, las aseguradoras estén obligadas a compartir información sobre precios, coberturas, cláusulas de exclusión y requisitos de contratación de todos sus planes a todos los interesados en ofrecer el servicio de los comparadores de SGM, que cumplan con las reglas anteriores. Esta última disposición deberá hacerse extensiva a la Conduusef, para que disponga de información completa y actualizada.

<sup>1</sup> D: Limita las opciones y la información disponible para los clientes, D1: Limita la capacidad de los consumidores para decidir a quién le compran. Fuente: Cofece con información OECD (2018a) y OECD (2018b).

No.	Título de la norma o ley	Categoría temática / palabra clave	Breve descripción del obstáculo potencial	Autoridad relevante	Sección del manual <sup>1</sup>	Objetivo	Daño a la competencia	Recomendación
9	Circular Única	Información de comisiones y bonos de los agentes	Existen conflictos de interés de los agentes con las aseguradoras de las que reciben mayores comisiones o bonos, ya que pueden promocionar solo sus productos. Aunque la regulación establece que el asegurado puede solicitar a su aseguradora información del importe de la comisión que reciben los agentes, la información no está disponible en el periodo en que los consumidores analizan sus opciones y también es probable que no sepan que tienen derecho a solicitarla.	CNSF	D	La finalidad de establecer la obligación de los agentes para mostrar la información de las comisiones y bonos de los agentes es reducir el conflicto de interés que surge del incentivo de los agentes de venta de colocar productos de una sola aseguradora.	Los agentes de ventas al promocionar únicamente los productos por los que reciben una mayor comisión o compensación limitan las opciones e información de los consumidores, además de la competencia entre las aseguradoras. Por lo que los consumidores pueden elegir productos o planes más caros o que no son adecuados a sus necesidades.	Que la CNSF establezca en la Circular Única la obligación de los agentes de mostrar a los consumidores la información de las comisiones y bonos que reciben de cada aseguradora, cuyos productos promocionen. La entrega de esta información debe hacerse antes de que el usuario elija sus productos, con independencia de que el asegurado la solicite.
10	RASFI y Circular Única	Comisiones o bonos de los agentes	Las comisiones contingentes, o "bonos", que se otorgan a algunos productos específicos pueden sesgar la asesoría y comercialización de los agentes, debido a que éstos pueden orientar al consumidor a adquirir productos que no necesariamente maximicen sus beneficios.	SHCP CNSF	D1	El propósito de esta medida es reducir el conflicto de interés que surge del incentivo de los agentes de venta de colocar productos de una sola aseguradora.	Al vender los productos de una sola aseguradora debido a los bonos que ofrece a los agentes limita la competencia de los planes, tanto dentro de la oferta de una aseguradora como entre aseguradoras, porque la elección de los planes no obedece a las características y beneficios de los productos.	Que la SHCP y la CNSF establezcan en el RASFI y Circular Única prohibir que los premios, bonos o comisiones contingentes que reciben los agentes estén vinculados a cumplir una meta específica de ventas de un mismo plan o una misma compañía, puesto que estos bonos pueden inducir a los agentes a tratar de vender un plan específico, en detrimento de otros planes más adecuados para el asegurado.

<sup>1</sup> A3: Limita la capacidad de ciertos tipos de proveedores para prestar un servicio u ofrecer un bien; D1: Limita la capacidad de los consumidores para decidir a quién le compran. Fuente: Cofece con información de OECD (2018a) y OECD (2018b).

Reducir las barreras de entrada								
No.	Título de la norma o ley	Categoría temática / palabra clave	Breve descripción del obstáculo potencial	Autoridad relevante	Sección del manual	Objetivo	Daño a la competencia	Recomendación
11	No hay una normativa que trate aún esta materia	Interconexión y comparación de datos	Los modelos novedosos requieren disposiciones regulatorias claras para la interconexión y comparación de datos a través de las interfaces de programación de aplicaciones informáticas, pero dichas disposiciones no se han emitido por la autoridad correspondiente.	CNSF	A3	El objetivo es facilitar su entrada al mercado de las empresas con modelos novedosos, emitiendo las disposiciones para la interconexión y comparación de datos.	La falta de estas disposiciones puede impedir la entrada de los nuevos competidores que requieran conectarse para obtener datos de usuarios.	Que la CNSF emita las disposiciones de carácter general referidas en el artículo 76 de la LITF, sobre interconexión y comparación de datos transaccional, previa autorización de los usuarios, lo que facilitará la entrada al mercado de intermediarios de datos, empresas tecnológicas <i>insurtech</i> y modelos novedosos al facilitar el intercambio de datos con empresas establecidas, previo pago del solicitante.

1. A3: Limita la capacidad de ciertos tipos de proveedores para prestar un servicio u ofrecer un bien; D1: Limita la capacidad de los consumidores para decidir a quién le compran. Fuente: Cofece con información de OECD (2018a) y OECD (2018b).

# PLENO

**Brenda Gisela Hernández Ramírez**

*Comisionada Presidenta en suplencia por vacancia\**

## COMISIONADOS

**Alejandro Faya Rodríguez**

**Ana María Reséndiz Mora**

**José Eduardo Mendoza Contreras**

\*En suplencia por vacancia en términos del artículo 19 de la Ley Federal de Competencia Económica.

# DIRECTORIO

## **Brenda Gisela Hernández Ramírez**

*Comisionada Presidenta en suplencia por vacancia*

## AUTORIDAD INVESTIGADORA

### **José Manuel Haro Zepeda**

*Titular de la Autoridad Investigadora*

#### **Bertha Leticia Vega Vázquez**

*Directora General de la  
Oficina de Coordinación*

#### **Francisco Rodrigo Téllez García**

*Director General de  
Investigaciones de  
Prácticas Monopólicas  
Absolutas*

#### **Sergio Rodríguez García**

*Director General  
de Investigaciones  
de Mercado*

#### **Juan Francisco Valerio Méndez**

*Director General de  
Mercados Regulados*

#### **Carlos García Cueva**

*Director General de  
Inteligencia de Mercados*

## SECRETARÍA TÉCNICA

### **Fidel Gerardo Sierra Aranda**

*Secretario Técnico*

#### **Myrna Mustieles García**

*Directora General de  
Asuntos Jurídicos*

#### **Juan Manuel Espino Bravo**

*Director General de  
Estudios Económicos*

#### **José Luis Ambriz Villalpa**

*Director General de  
Concentraciones*

## UNIDAD DE PLANEACIÓN, VINCULACIÓN Y ASUNTOS INTERNACIONALES

### **José Nery Pérez Trujillo**

*Jefe de la Unidad de Planeación, Vinculación y Asuntos Internacionales*

#### **Andrea Marván Saltiel**

*Directora General  
de Promoción a la  
Competencia*

#### **Karen Aguilar Zamora**

*Directora General de  
Planeación y Evaluación*

*Dirección General de  
Comunicación Social*

---

#### **Erika Alejandra Hernández Martínez**

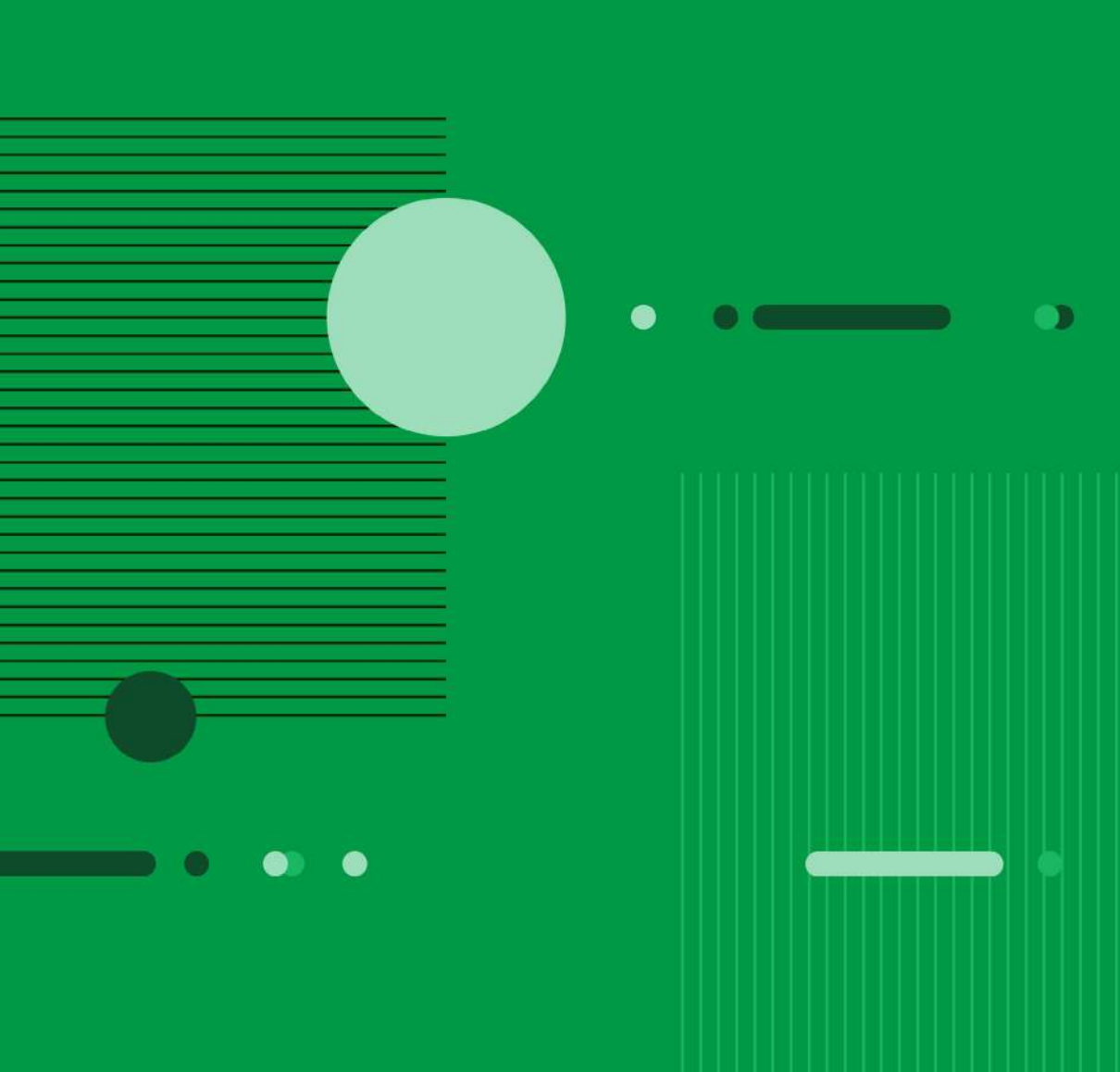
*Directora General de  
Asuntos Contenciosos*

#### **Pedro Isaac Alcalá Berhouague**

*Director General de  
Mercados Digitales*

#### **Mario Alberto Fócil Ortega**

*Director General de  
Administración*



**Comisión Federal de Competencia Económica**  
Av. Revolución N°725, Col. Santa María Nonoalco,  
Alcadía Benito Juárez, C.P. 03700,  
Ciudad de México, México.

**cofece.mx** |     