

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA y**  
**TECNOLOGÍA - ULACIT**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS ECONÓMICAS  
Y EMPRESARIALES  
(PROLACE)**

**TESIS DE DOCTORADO**

**Análisis de la apertura del mercado de seguros costarricense.  
Tendencias y oportunidades de mejora para su desarrollo.**

**Álvaro Chaves Gómez**

**San José, Costa Rica  
Agosto 2015**

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

---

Dr. Óscar Ugalde Hernández

(Presidente del Tribunal y Tutor de Investigación)

---

Dr. Saúl Núñez Cortés

(Lector)

---

Dr. Eduardo Castro Gagnetten

(Lector)

---

MBA Christian Joneliukstis Molina

Decano Facultad de Ciencias Empresariales

## **Dedicatoria**

A mi esposa Lorena por todo su apoyo. Gracias por apoyarme y ayudarme a perseverar durante todos estos años.

A mis hijos por su comprensión y paciencia. Espero que mi esfuerzo constante por la superación académica e intelectual les sirva de aliciente para seguir adelante, completar exitosamente estudios de posgrado pero sobre todo ser personas de bien, exitosas y felices.

A doña Marta, mi querida suegra, por darnos siempre apoyo moral, amor y motivación.

A todas las personas que de alguna forma, directa o indirectamente me han apoyado y se han interesado en el avance de mis estudios.

## DECLARACIÓN JURADA

Bajo fe de juramento declaro que el presente documento de tesis doctoral, titulado "*Análisis de la apertura del mercado de seguros costarricense. Tendencias y oportunidades de mejora para su desarrollo*", es de mi autoría y que en él no se ha reproducido, como si fuera mío, total o parcialmente, libros o documentos escritos por otras personas, impresos o no, para lo cual he destacado entre comillas los textos transcritos y he consignado los datos del autor y su obra. Por lo tanto, libero a la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología de cualquier responsabilidad en caso de que mi declaración sea falsa. Brindada en San José, Costa Rica el día 30 de Julio del año 2015.

## **Agradecimientos**

*A Dios en primer lugar y a mi familia.  
A mi tutor de tesis y amigo Dr. Óscar Ugalde  
A los lectores Dr. Saúl Núñez y Dr. Eduardo Castro  
A mi amigo Edgar Briceño por la motivación mutua.*

## **Abstract**

In Costa Rica, on July 2008, after eighty-four years of state monopoly, the insurance market was opened to competition. The present research analyzes the changes experimented in the market after six years since the insurance market opening. Three aspects of the operation of the insurance market in competition are evaluated: i) the likely occurrence of residual risks; ii) the possible exercise of market power by the dominant operator and, iii) the increasing or deterioration of insurance' consumer welfare.

As for the likely emergence of residual risks as a result of market opening, operation of two compulsory insurances is examined, both in Costa Rica and the United States of America: workers compensation and compulsory liability insurance for car drivers. It is expected that, as competition increases, insurance firms will tighten their criteria for risk selection, which would generate the appearance of residual risks. This will result in an increasing number of risks that would not find coverage due to their high-risk historical record.

To determine whether an insurance company is exerting market power, empirical evidence is sought in order to evaluate if any of two hypotheses of the theory of market power is present: the SCP hypothesis (Structure-Conduct-Performance) and the RMP hypothesis (Relative Market Power). The first states that in highly concentrated markets, dominant firms tend to agree to raise prices (collusion) and reduce supply in order to obtain higher profits. While the RMP hypothesis states that it is not high market concentration but high relative market share of the firm, which allows it to exercise market power and charge higher prices than the competition.

Finally, changes are evaluated on insurance consumer welfare as a result of market opening. According to neoclassical economic theory, monopoly reduces the overall consumer welfare, while the free market increases it by setting lower prices, more innovation, availability of products and improved services to consumers. To confirm neoclassical economic theory predictions relative to increased consumer welfare as a result of market opening is another purpose of this study. To this end, a qualitative research on insurance intermediaries is conducted.

## **RESUMEN EJECUTIVO**

En Julio 2008, después de ochenta y cuatro años de monopolio estatal, el Mercado de seguros costarricense se abrió a la competencia. El presente estudio analiza los cambios experimentados en el mercado luego de que seis años han transcurrido desde la apertura y diez aseguradoras extranjeras se han instalado en el país. Tres aspectos de la operación del mercado de seguros en competencia son evaluados: i) la posible ocurrencia de riesgos residuales; ii) el posible ejercicio de poder de mercado por parte del operador dominante y iii) la mejora o el deterioro del bienestar de los consumidores de seguros como resultado de la apertura del mercado.

Para efectos de estudiar la posible aparición de riesgos residuales como consecuencia de la apertura del Mercado de seguros se analizan dos seguros obligatorios y su funcionamiento tanto en Costa Rica como en los Estados Unidos: Riesgos del Trabajo y el Seguros Obligatorio de Automóviles. Se espera que a medida que aumente la competencia, las aseguradoras van a endurecer sus criterios de selección de riesgos,

con lo cual se quedarían riesgos sin asegurar, es decir se producirían riesgos residuales, conformados por todos los riesgos que no logren encontrar cobertura en el mercado.

Para determinar si una aseguradora está ejerciendo poder de Mercado se busca evidencia empírica para evaluar si alguna de las dos hipótesis de la Teoría de Poder de Mercado se están presentando en el Mercado de seguros costarricense: la hipótesis SCP (Structure-Conduct-Performance) y la hipótesis RMP (Relative Market Power). La primera establece que en mercados altamente concentrados, las firmas dominantes tienden a ponerse de acuerdo para subir los precios (colusión) y reducir la oferta buscando obtener mayores ganancias. Mientras que la hipótesis RMP establece que no es la alta concentración de Mercado sino la participación relativa de Mercado de la firma lo que le permite ejercer poder de mercado y fijar precios más altos que los de la competencia.

Finalmente, se evalúan los cambios en el bienestar de los consumidores de seguros como consecuencia de la apertura del Mercado. Según la teoría económica neoclásica, el monopolio reduce el bienestar general del consumidor, mientras que el Mercado competitivo lo aumenta mediante precios más bajos, mayor innovación, mayor disponibilidad de productos y servicios y mejor servicio al cliente. Confirmar si las predicciones de la teoría neoclásica relativas al aumento del bienestar de los consumidores de seguros como consecuencia de la apertura del Mercado de seguros es otro de los propósitos del estudio. Con este propósito se lleva a cabo una investigación cualitativa a partir del criterio de una muestra de intermediarios de seguros seleccionada con base a su conocimiento de ambos mercados: antes y después de la apertura.

## REVISIONES FILOLÓGICAS.

Heredia, mayo de 2015.

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE  
CIENCIA Y TECNOLOGÍA. ULACIT  
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS ECONÓMICAS  
Y EMPRESARIALES (PROLACE).

Presente.

Por este medio yo, Yóbeth Cabalceta, filóloga, profesional en Literatura y Lingüística por la Universidad Nacional de Costa Rica declaro que he leído y corregido la tesis de doctorado, que lleva por título "Análisis de la apertura del mercado de seguros costarricense. Tendencias y oportunidades de mejora para su desarrollo"; perteneciente al estudiante Álvaro Chaves Gómez, con cédula 6-100-039 y realizada bajo la tutoría del Dr: Óscar Ugalde Hernández.

El texto fue corregido en términos de estilo y coherencia eliminando errores de sintaxis, vicios de lenguaje y faltas ortográficas.

Como filóloga doy mi aval al trabajo escrito ya que el texto es legible, claro y adecuado en su forma y estilo. Lingüísticamente es apto y apropiado para los fines requeridos.

Agradeciendo su fina atención, respetuosamente:

Yóbeth Cabalceta Cortés.

Cédula 502590088.

Filóloga, Universidad Nacional.

Código Colegiado: 012710

Teléfono: 83780444

Correo electrónico: [ycluvia@gmail.com](mailto:ycluvia@gmail.com)

Yóbeth Cabalceta  
Filóloga UNA  
Código 012710

PUNTUACION, REDACCION Y COHERENCIA.

# **GLOSARIO**

**Accidente:** Es el acontecimiento inesperado, repentino e involuntario que pueda causar daños a personas o a cosas independientemente de su voluntad.

**A contrario sensu:** Locución latina que significa en sentido contrario.

**Actos de Dios:** Actos de la naturaleza que están fuera del alcance del control humano como inundaciones, huracanes, terremotos, maremotos etc. Es sinónimo de fuerza mayor.

**Agente de Seguros:** Persona física o jurídica independiente que desempeña una labor de intermediación entre las compañías aseguradoras y los consumidores que demandan los servicios de protección mediante una póliza de seguros.

**Asegurado(a):** Es la persona que, mediante el pago de la prima, tiene derecho al pago de las indemnizaciones a consecuencia de una pérdida por la realización de una eventualidad amparada por el contrato de seguro.

**Asegurador:** Es la empresa que asume la cobertura del riesgo, previamente autorizada a operar como tal por la Superintendencia de Seguros.

**Asegurable:** Es cualquier persona o bien que reúne las características predeterminadas para poder ser objeto de la cobertura del seguro.

**Amparo:** Cobertura, eventos por los cuales la aseguradora será responsable en caso de que llegaran a realizarse.

**Bonus-malus:** Latín por bueno-malo. Término usado en seguros para representar un sistema que ajusta las primas pagadas por un cliente de acuerdo con su historia individual de reclamos.

**Ciclo de Seguros:** Tendencia, en el mercado de seguros de propiedades y de responsabilidad civil, de las primas, las utilidades y la disponibilidad de cobertura a subir y bajar con alguna regularidad en el tiempo. Un ciclo de seguros está compuesto por 3 fases: restricción, expansión y contracción. Cuando el ciclo se encuentra en fase expansiva, los precios de los seguros bajan y aumenta la capacidad de aseguramiento que las firmas de seguros ofrecen en el mercado. A esta fase del ciclo se le denomina “mercado suave”. Cuando el mercado de seguros se está contrayendo y los precios suben, mientras que la capacidad ofrecida baja, tenemos lo que se conoce como un “mercado duro” de seguros.

**Cobertura:** Es el alcance del riesgo que se desea asegurar.

**Colusión:** Acuerdos a los que las empresas llegan cuando descubren que los beneficios que cada una de ellas puede obtener cooperando son superiores a los que obtendrían compitiendo. La colusión es una práctica competitiva desleal.

**Contrato de Seguros:** Es el contrato mediante el cual una parte se obliga al pago de una prima para poder tener derecho a recibir las indemnizaciones a consecuencia de una pérdida o daño amparada en el mismo. La otra parte se obliga a cubrir dichas indemnizaciones de acuerdo con el clausulado del contrato en donde, generalmente, se establecen las condiciones en que deben ocurrir los siniestros, se definen las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de pago, temporalidad del compromiso y definiciones de los aspectos relacionados con el seguro.

**Corredor de Seguros:** Es la persona que está vinculada con varias aseguradoras para la promoción de los servicios que ofrecen a los asegurados o personas que demandan estos servicios. Normalmente operan con varias compañías para ofrecer la mejor alternativa a sus clientes por lo que no se relacionan de manera exclusiva con ninguna compañía de seguros.

**Clima de negocios:** Es el entorno político, institucional y social donde las empresas, los inversionistas y los sujetos de los negocios toman sus decisiones y realizan sus operaciones.

**Deducible:** Cantidad o porcentaje establecido en una póliza cuyo importe ha de superarse para que se pague un reclamo. Es también sinónimo de franquicia.

**Extorno:** Parte de prima que el asegurador devuelve al asegurado a consecuencia de alguna modificación en las condiciones de la póliza contratada.

**Franquicia o deducible:** Cantidad por la que el asegurado es propio asegurador de sus riesgos y en virtud de la cual, en caso de siniestro, soportará con su patrimonio la parte de los daños que le corresponda. El régimen de franquicias se establece generalmente a iniciativa de la entidad aseguradora para que, al existir una repercusión económica del siniestro en el propio asegurado, procure éste evitar su ocurrencia o reducir sus efectos.

**Indemnizaciones:** Son los pagos que realizan las aseguradoras a los asegurados a consecuencia de pérdidas o daños a sus bienes o a sus personas.

**Índice de Herfindahl:** Es un índice que se utiliza para medir concentración de mercado en una industria. Se calcula mediante la sumatoria de las participaciones de mercado de cada firma elevada al cuadrado.

**Índice de siniestralidad:** Coeficiente o porcentaje que refleja la proporción existente entre el costo de los siniestros producidos en un conjunto o cartera determinada de pólizas y el volumen global correspondiente de las primas emitidas en el mismo periodo de operación.

**Información asimétrica:** Se dice que existe asimetría de información cuando, en un mercado, cada una de las partes que intervienen no cuenta con la misma información que la otra sobre el producto. La información asimétrica conduce a un fallo de mercado, que proporciona un resultado económico ineficiente.

**Interés asegurable:** Es el interés económico, legal y substancial de quien desee contratar una póliza a los fines de cubrir un riesgo. Es el objeto del contrato.

**Hedonismo:** El hedonismo es la doctrina filosófica basada en la búsqueda del placer y la supresión del dolor y de las angustias, como objetivo o razón de ser de la vida.

**Paradoja de Easterlin:** Se trata de un postulado formulado por el economista Richard Easterlin en artículo publicado en 1974 con el título "Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence". En dicho artículo muestra que, como predice la teoría económica neoclásica, en un país dado, la gente con mayores ingresos tiene una mayor tendencia a afirmar que es más feliz. Sin embargo, cuando se comparan los resultados de varios países, el nivel medio de felicidad que los sujetos dicen poseer no varía apenas, al menos en los países en los que las necesidades básicas están cubiertas en la mayor parte de la población.

**Poder de Mercado:** El Poder de mercado es la capacidad de una o varias empresas competidoras de elevar los precios en beneficio propio por encima de los niveles de precios de competencia y restringir la oferta por debajo de los niveles de competencia durante un periodo sostenido de tiempo, sin perder clientes.

**Póliza:** Contrato mediante el cual un asegurador contrae el compromiso de indemnizar, a cambio del cobro de una cantidad de dinero o prima, en el caso que se produzca el evento cuyo riesgo de ocurrencia es objeto de cobertura. Es el instrumento probatorio por excelencia del contrato.

**Pool de aseguramiento:** Un *POOL* de riesgos es una agrupación de interés económico, formada por varias aseguradoras o compañías de seguros, para la suscripción conjunta de determinados riesgos. El porcentaje de participación que tenga cada compañía en un *POOL*, será el mismo en que asuma el riesgo de determinada operación de seguro, e indemnizará, en caso de siniestro, en ese mismo porcentaje

**Prima:** Es el precio pactado por el seguro contratado. Es la remuneración que recibe la aseguradora para hacerle frente a los riesgos que está amparando en la póliza y es la contraprestación que está obligando a ambas partes a cumplir con lo establecido en el contrato.

**PRA:** Plan de Riesgo Asignado. Es un mecanismo de mercado residual mediante el cual los riesgos residuales se distribuyen aleatoriamente entre las aseguradoras de manera proporcional a su participación de mercado del seguro en el mercado voluntario.

**Reaseguradora:** Es la empresa que acepta contratar un riesgo que ya aceptó y expidió otra aseguradora.

**Reaseguro:** Es el método mediante el cual las compañías de seguros distribuyen sus riesgos entre otras compañías de seguros o de reaseguro para disminuir su responsabilidad frente a un asegurado y disminuir al máximo su pérdida probable.

**Reservas:** Es la cantidad determinada por la aseguradora, que considera necesaria para hacerle frente a las indemnizaciones que se le presentaran en un período determinado de tiempo. En otras palabras, la cantidad que tiene la compañía estimada para el pago de los siniestros y que calcula mediante las matemáticas y el cálculo actuarial.

**Responsabilidad civil:** Es la obligación o compromiso que tienen las personas, físicas o morales, de reponer la propiedad de otra persona, cuando se sea responsable del daño o menoscabo en la propiedad de otros.

**Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un siniestro. Es la posibilidad de que la persona o bien asegurado sufra el siniestro previsto en las condiciones de póliza. Es el suceso incierto, futuro y susceptible de ser valorado.

**Riesgos no asegurables:** Son aquellos que quedan fuera de la cobertura general por parte de las aseguradoras.

**Riesgo Residual:** Es el riesgo remanente después de que se han tomado todas las medidas de seguridad. En seguros es el riesgo que no es asegurado por ningún asegurador por considerar que se encuentra sobre los estándares de siniestralidad aceptables.

**Seguros autoexpedibles:** Los seguros autoexpedibles son pólizas de bajo costo, de fácil suscripción y que no requieren exámenes previos a su emisión. De acuerdo con la Ley de Seguros deben reunir ciertas características tales como la posibilidad de estandarización y comercialización masiva y la ausencia de análisis y exámenes previos.

**Seguros de Daños:** Su fin principal es reparar la pérdida sufrida a causa de un siniestro en el patrimonio del asegurado.

**Seguros de Personas:** Su fin es cubrir la vida y la integridad corporal de las personas.

**Seguro de responsabilidad civil:** Seguros cuyo fin es garantizar al asegurado frente a la responsabilidad civil en que pueda incurrir ante terceros por actos de los que sea responsable y proteger, así, su patrimonio.

**Selección adversa:** Describe una situación donde los tomadores de un seguro son más propensos a tener un siniestro que la población objetivo que utiliza el asegurador para establecer sus primas

**Selección de riesgos:** Conjunto de medidas, generalmente de carácter técnico, adoptadas por una entidad aseguradora, en virtud de las cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquellos que ofrecen menor peligrosidad, evitando la cobertura de los que, por poder originar frecuentes siniestros o de elevado importe, originarían un desequilibrio económico en los resultados de la empresa.

**Selección ventajosa:** Es el inverso de la selección adversa. En seguros, es cuando una persona con aversión al riesgo y con un perfil de riesgo bajo compra más seguros.

**Sine qua non:** Locución latina que significa, condición sin la cual no.

**Siniestro:** Es la realización del riesgo. Es cuando sucede lo que se está amparando en la póliza y es motivo de indemnización, por ejemplo un robo, un choque, una enfermedad o accidente, un incendio, etc.

**Siniestralidad:** Es el porcentaje entre la prima pagada y los siniestros pagados por la aseguradora.

**Suma Asegurada:** Es el valor asignado en la póliza como la responsabilidad máxima que debe pagar la Compañía de seguros en caso de pérdida o daño a los beneficiarios de la misma.

**Stop Loss:** (o stop loss reinsurance). Es aquel en que la cedente fija el porcentaje máximo de siniestralidad global que está dispuesta a soportar en determinado ramo o modalidad de seguro, corriendo a cargo del reasegurador el exceso que se produzca. Si, p. ej., este reaseguro afecta al ramo de temblor y terremoto, y el tope de siniestralidad establecido es del 75%, quiere decir que, al final del año, el reasegurador satisfará el importe que exceda, en la siniestralidad conjunta del ramo, del indicado porcentaje.

**Vigencia:** Es el período durante el cual la aseguradora se compromete a proteger, a cambio del pago de una prima, un bien o una persona.

## **SIGLAS UTILIZADAS**

<b>SIGLA O TÉRMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
AIG	American Insurance Group
ALICO	American Life Insurance Company
ARESEP	Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos
CAFTA	Tratado de Libre Comercio entre Centro América y los Estados Unidos
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CMi	Concentración de mercado
CONASSIF	Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero
COPROCOM	Comisión para promover la competitividad
CRhoy	Periódico digital Costa Rica hoy
DUI	Driving under influence (conducir bajo los efectos del alcohol o drogas)
E&S	Excess and supply (Exceso y excedente)
GAM	Gran Área Metropolitana
GCC	Consejo de Cooperación del Golfo
Hipótesis ES	Hipótesis de Eficiencia-Estructura
Hipótesis RMP	Hipótesis del Poder Relativo de Mercado
Hipótesis SCP	Hipótesis Estructura-Conducta-
HHI	Desempeño por sus siglas en inglés Índice de Herfindahl-Hirschman

---

III	Instituto de Información en Seguros por sus siglas en inglés
INS	Instituto Nacional de Seguros
JUA	Junta de Aseguramiento
MAIF	Fondo del seguro de autos de Maryland
NCCI	Consejo Nacional del Seguro de Riesgos del Trabajo
NFIP	Programa Nacional del Seguro de Inundaciones de Estados Unidos
OBWC	Oficina de Riesgos del Trabajo de Ohio
PIB	Producto Interno Bruto
PIMS	Impacto de estrategias de mercadeo en las utilidades
PMi	Participación Relativa de Mercado
PRA	Plan de Riesgo Asignado
RT	Riesgos del Trabajo
SBM	Sistema Bonus-Malus
SOA	Seguro Obligatorio de Automóviles
SRT	Seguro de Riesgos del Trabajo
SUGEF	Superintendencia General de Entidades Financieras

---

## INDICE DE CONTENIDO

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>10</b>
<b>SIGLAS UTILIZADAS .....</b>	<b>14</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>18</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>20</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>28</b>
1.1 SURGIMIENTO DEL MERCADO DE SEGUROS EN COSTA RICA.....	28
1.2 ESTABLECIMIENTO DEL MONOPOLIO DE SEGUROS.....	30
1.3 LA APERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS .....	31
1.4 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	34
1.4.1 EL MERCADO DE LIBRE COMPETENCIA Y EL BIENESTAR .....	34
1.4.2 LA TEORÍA DEL PODER DE MERCADO.....	36
1.4.3 EL MERCADO DE LOS RIESGOS RESIDUALES .....	38
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO .....	40
1.7 LAS HIPÓTESIS .....	41
1.8 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES A INVESTIGAR.....	41
1.9 DEDUCCIÓN E INDUCCIÓN.....	43
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>47</b>
2.1 MARCO REGULATORIO DEL MERCADO DE SEGUROS .....	47
2.2 ESTRUCTURA DEL MERCADO DE SEGUROS.....	51
2.3 TEORÍAS DEL BIENESTAR Y LA ECONOMÍA DE LA FELICIDAD .....	56
2.4 EL MONOPOLIO Y EL BIENESTAR.....	59
2.5 LA TEORÍA DEL PODER DE MERCADO .....	64
2.6 EL MERCADO DE RIESGOS RESIDUALES.....	71
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>78</b>
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	78
3.2 INVESTIGACIÓN SOBRE EL POSIBLE AUMENTO DEL BIENESTAR DEL CONSUMIDOR DE SEGUROS COMO RESULTADO DE LA APERTURA DEL MERCADO. ....	78
3.3 INVESTIGACIÓN SOBRE LA TEORÍA DEL PODER DE MERCADO. ....	93
<b>LOS MERCADOS RESIDUALES DE SEGUROS.....</b>	<b>101</b>
4. MERCADO DE RIESGOS RESIDUALES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA .....	101
4.1 LOS RIESGOS RESIDUALES.....	101
4.2 LOS CICLOS DE ASEGURAMIENTO .....	104
4.3 TIPOS DE MERCADOS RESIDUALES.....	108
4.4 EL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO.....	116
4.5 EL SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CONDUCTORES .....	123
4.6 SOLUCIONES DE MERCADO APLICABLES A RIESGOS RESIDUALES DE LOS SEGUROS OBLIGATORIOS DE COSTA RICA. ....	128
4.7 RECOMENDACIONES SOBRE EL SOA Y SU IMPACTO SOBRE LOS ACCIDENTES VIALES .....	148
4.8 RECOMENDACIONES DE SOLUCIONES DE MERCADO RESIDUAL.....	154
<b>LA TEORÍA DEL PODER DE MERCADO Y EL MERCADO DE SEGUROS DE COSTA RICA .....</b>	<b>161</b>
5.1 CONCENTRACIÓN DEL MERCADO DE SEGUROS .....	161
5.2 LA VARIABLE DEPENDIENTE PRECIO. ....	164
5.3 BÚSQUEDA DE EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE LA RELACIÓN QUE SUPONE LA TEORÍA DEL PODER DE MERCADO. ....	165

5.4	APLICACIÓN DEL MODELO CON INFORMACIÓN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS TRIMESTRALES DE LAS ASEGURADORAS	168
5.5	COMPETIR O COOPERAR: LA TEORÍA DE JUEGOS.....	174
5.6	POSICIÓN DEL MONOPOLISTA ANTE EL INGRESO DE COMPETIDORES. ....	176
5.7	CONCLUSIONES .....	182
<b>LA APERTURA DEL MERCADO Y EL BIENESTAR DE LOS CONSUMIDORES DE SEGUROS .....</b>		<b>185</b>
6.1.	LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA .....	185
6.2	EL CUESTIONARIO .....	187
6.3	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES E INDICADORES .....	191
6.4	TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS.....	201
6.5	VALORACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	207
6.6	CONCLUSIÓN: .....	210
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>		<b>212</b>
7.1	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE EL MERCADO RESIDUAL DE SEGUROS .....	212
7.2	CONCLUSIONES SOBRE LA EXISTENCIA DE EVIDENCIA EMPÍRICA QUE COMPRUEBE LA TEORÍA DE PODER DE MERCADO EN EL MERCADO DE SEGUROS DE COSTA RICA. ....	215
7.3	CONCLUSIONES SOBRE EL AUMENTO DE BIENESTAR DE LOS CONSUMIDORES DE SEGUROS DERIVADO DE LA APERTURA DEL MERCADO.....	216
7.4	CONCLUSIONES GENERALES .....	216
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>		<b>218</b>
1.-	LIBROS CONSULTADOS: .....	218
2.-	REVISTAS Y ARTÍCULOS .....	222
3.-	PERIÓDICOS .....	233
4.-	SITIOS WEB CONSULTADOS .....	233
<b>ANEXOS.....</b>		<b>236</b>
	CUESTIONARIO SOBRE LA APERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS Y EL BIENESTAR DEL CONSUMIDOR DE SEGUROS.....	236

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Las Hipótesis de trabajo .....	41
Tabla 2. Aseguradoras inscritas y su calificación de riesgo .....	52
Tabla 3. Intermediarios de seguros inscritos .....	53
Tabla 4. Resumen de variables e indicadores .....	85
Tabla 5. Criterios de aprobación de variables e indicadores .....	99
Tabla 6. Soluciones de mercado residual de riesgos del trabajo .....	123
Tabla 7. Soluciones de mercado residual SOA .....	127
Tabla 8. Resumen de Soluciones de mercado residual EUA .....	127
Tabla 9. <i>Muertes por accidentes de tránsito</i> .....	138
Tabla 10. Esquema Bonus-Malus .....	151
Tabla 11. Participación de mercado de las aseguradoras .....	163
Tabla 12. Resumen de variables e indicadores .....	190
Tabla 13. Características de la muestra .....	198
Tabla 14. Resumen de frecuencias por indicador .....	201
Tabla 15. Frecuencias de respuestas .....	203

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Participación de mercado de las aseguradoras .....	164
Gráfico 2. El índice de Herffindahl-Hirschmann y el precio .....	173
Gráfico 3. The Store Chain Model .....	175
Gráfico 4. Muestra encuestada según sexo .....	199
Gráfico 5. Muestra encuestada según experiencia .....	200
Gráfico 6. Muestra encuestada por edades .....	200
Gráfico 7. Frecuencias para la variable precio .....	204
Gráfico 8. Frecuencias para la variable oferta de seguros .....	205
Gráfico 9. Frecuencias para la variable servicio al cliente .....	206
Gráfico 10. Frecuencias para la variable innovación .....	206
Gráfico 11. Variable disminución del precio .....	207
Gráfico 12. Variable oferta de seguros .....	208
Gráfico 13. Variable mejor servicio al cliente .....	209
Gráfico 14. La variable innovación .....	209

# Introducción

---

## **Introducción**

Los seguros son una herramienta fundamental para la administración del riesgo y además cumplen una función social muy importante en la acumulación de ahorros y la asignación de recursos mediante la inversión de reservas. Tienen relación directa con el desarrollo y crecimiento económico de un país de manera que, generalmente, a medida que crece la economía va creciendo el negocio asegurador. Los seguros pueden estimular la inversión en proyectos que, de no existir la posibilidad de aseguramiento, no se realizarían por temor a incurrir en grandes pérdidas. Son por lo tanto, un elemento que contribuye significativamente con el mejoramiento del clima de negocios, tanto para inversionistas locales como para la atracción de inversión extranjera directa.

El primero de julio del año 2008, la Asamblea Legislativa de Costa Rica aprobó *la ley No.8653 o Ley Reguladora del Mercado de Seguros*, con la cual terminó uno de los últimos monopolios de seguros que quedaban a nivel mundial. Después de ochenta y cuatro años de monopolio, se inició un proceso de apertura competitiva del mercado de seguros costarricense. En el presente estudio, se analizan los cambios que se dieron durante los seis años de apertura del mercado, referidos a la mejora o el deterioro relativo en el bienestar de los consumidores en cuanto a: i) el aumento en la oferta de seguros, ii) la innovación en productos, iii) la mejora en el servicio al cliente y, iv) el cambio en los precios.

Adicionalmente, se analizan los cambios que se han dado en el mercado de seguros como resultado de la apertura y del ingreso de competidores. En un mercado de libre competencia, se supone que ninguna de las firmas podría influir sobre los precios y la oferta. Sin embargo, considerando la alta participación de mercado que conserva el anterior monopolista, conviene revisar si, en la práctica, el mercado se comporta como

un mercado de libre competencia o si el anterior monopolista podría estar ejerciendo poder de mercado para afectar los precios, la oferta, el servicio al cliente y la innovación. La teoría del poder de mercado predice que la estructura de este determina la conducta de la firma y, por lo tanto, su desempeño. Esta teoría se compone de dos hipótesis; la SCP (Estructura-Conducta-Desempeño) y la RMP (Poder relativo del mercado). La primera establece que, en mercados muy concentrados, las firmas dominantes tienden a ponerse de acuerdo para subir los precios (colusión) y disminuir la oferta para así obtener mayores utilidades. La Hipótesis RMP establece que no es la alta concentración del mercado sino la participación relativa de mercado de la firma, lo que le permite ejercer poder de mercado y fijar precios más altos que la competencia. La hipótesis del poder relativo de mercado predice que los consumidores tienden a preferir los productos del líder, aunque tengan un precio mayor, porque asumen que son de mayor calidad que los de sus competidores (Rhoades, 1985).

Por lo tanto, en la investigación se analiza la aplicación de la teoría del poder de mercado en el sector de los seguros en Costa Rica para determinar si existe suficiente evidencia empírica que permita aceptar o rechazar alguna, o bien, ambas hipótesis. Para la prueba de las dos hipótesis de la teoría de poder de mercado, se utilizarán los datos extraídos de los estados de resultados trimestrales reportados a la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) por las firmas aseguradoras<sup>1</sup>, desde su ingreso al mercado y durante los años transcurridos desde su apertura.

En mercados de seguros competitivos, la intensidad de la competencia impulsa a las firmas a establecer estrategias para bajar la siniestralidad promedio de su cartera y

---

<sup>1</sup> Por normativa, todas las aseguradoras inscritas deben presentar informes financieros trimestrales, lo mismo que anuales, estos últimos, debidamente auditados.

maximizar su rentabilidad, aplicando criterios de selección de riesgos (Pfeffer, 1974). Como consecuencia, van quedando riesgos que no consiguen cobertura y que se denominan residuales, los cuales podrían considerarse como externalidades negativas de los mercados de seguros competitivos.

En Costa Rica, mientras el mercado se mantuvo como monopolio estatal, el monopolista le brindó cobertura a todos los riesgos dispersando cualquier posible impacto negativo por alta siniestralidad entre la cartera total y su traslado mediante contratos de reaseguro. Actualmente, en un mercado de competencia, la intensidad competitiva va a impulsar a las firmas entrantes (y a las ya establecidas), a aplicar criterios de selección, procurando quedarse con los buenos riesgos y rechazar los que consideren como malos, los cuales se quedarían sin cobertura. A este comportamiento de las firmas entrantes, se sumaría el anterior monopolista en la medida en que, cuando las firmas entrantes intenten quitarle los mejores clientes, tratará de retenerlos, aplicando también criterios para seleccionar mejor los riesgos a efectos de controlar la siniestralidad de su cartera. Para el anterior monopolista retener los buenos clientes sería fundamental, puesto que con su pérdida ya no podría compensar el impacto de los malos, experimentando en consecuencia un aumento importante de su razón de pérdida<sup>2</sup>. Cabe señalar que la llamada razón de pérdida o índice de siniestralidad es un indicador que se puede utilizar en la predicción del resultado técnico de una aseguradora. El mismo es medido mediante lo que se conoce como el “índice combinado”, el cual se compone de la suma de los índices de gastos (gastos/primas) y el índice de pérdida, también conocido como de siniestralidad (reclamos/primas). La suma de ambos índices debería ser siempre menor al 100%. En caso de que la suma de ambas

---

<sup>2</sup> La razón de pérdida o de siniestralidad se calcula dividiendo los pagos por siniestros entre las primas.

razones supere el ciento por ciento, la aseguradora estaría teniendo pérdidas de operación, es decir, tendría un resultado técnico negativo. Ahora bien, este tipo de resultado no significa necesariamente que se vayan a reflejar pérdidas en el estado de resultados, ya que el rendimiento obtenido por la inversión de las reservas y los ingresos por primas podría compensar y revertir una pérdida técnica. Un resultado técnico negativo, o lo que es lo mismo un índice combinado superior al 100%, se puede producir como consecuencia del aumento de la siniestralidad, el aumento en los gastos de operación o bien, por una combinación de ambos. Por lo tanto, se considera que, para cualquier aseguradora, es importante mantener índices combinados por debajo del 100%, debido a que el rendimiento de las inversiones no es una variable bajo su control, en la medida en que esta va a depender del nivel de las tasas de interés prevalecientes en el mercado financiero.

En caso de que el anterior monopolista estuviera ejerciendo poder de mercado, bien fuera por colusión o porque los consumidores de seguros estuvieran siguiendo al líder, podría evitar la pérdida de los buenos riesgos y continuar brindando cobertura a los malos, ya que podría distribuir su alta siniestralidad entre el volumen total de la cartera. Sin embargo, cabría preguntarse; ¿durante cuánto tiempo podría mantener tal posición? Una posible respuesta sería: “eso va a depender del tiempo en que el asegurador esté en capacidad de retener los buenos riesgos sin tener que ofrecer los precios más bajos del mercado”. Es decir, mientras esté en capacidad de ejercer poder de mercado.

De no existir interferencias en el mercado, del tipo descrito en la teoría de poder de mercado, se plantea la hipótesis de que, a medida que vayan ingresando nuevas

firmas al mercado de seguros obligatorios de Costa Rica, el aumento de la competencia va a estimular a las firmas presentes y entrantes a “descremar el mercado” (Pfeffer, 1974), mediante la aplicación de criterios más rigurosos para la selección de los riesgos a asegurar. Como consecuencia, van a quedar excluidos del mercado los grupos de alto riesgo (i.e. conductores muy jóvenes o muy viejos, autos muy viejos o muy potentes, taxistas, agentes viajeros, motociclistas, empresas dedicadas a actividades económicas consideradas riesgosas, etc.) que pasarían a constituir los riesgos residuales del mercado de seguros de Costa Rica. Riesgos para los cuales no existirían opciones de cobertura ya que no habría un mercado residual que los asegurara<sup>3</sup>. En Costa Rica, actualmente, no existe un mercado de riesgos residuales o bien programas para atender los riesgos residuales. Sin embargo, ya se están presentando algunos síntomas que hacen prever la aparición de riesgos residuales en un horizonte cercano de tiempo. Por ejemplo. Durante los últimos años muchos conductores y dueños de motocicletas se han lanzado a las calles para protestar por el incremento de las primas del seguro obligatorio de vehículos que todos los años tienen que pagar. El problema parece originarse en la selección de riesgos que la aseguradora estatal está aplicando en un seguro que, por su naturaleza compulsiva y solidaria, se había tarifado, antes de la apertura, considerando las siniestralidades promedio de todos los vehículos y no las de un grupo en particular. Por lo tanto, el grupo de motociclistas, debido a su alta tasa de accidentes, podría constituirse en un grupo de riesgo residual a corto plazo rechazado por los aseguradores. Cabe señalar que esta conducta del asegurador es racional y comprensible, en la medida en que la tarifa diferenciada y más alta reflejaría la mayor siniestralidad mostrada por el grupo de conductores de motocicletas durante los últimos años. Según datos que aparecieron publicados en editorial del periódico La Nación del 28 de julio de 2015, el

---

<sup>3</sup> Un mercado de riesgos residuales está constituido por los programas especiales de aseguramiento que brindan cobertura a grupos considerados de alto riesgo, o “riesgos malos” (en función de sus estadísticas de siniestralidad y de los estándares de la industria), que las demás empresas no quieren asumir.

50% de los pacientes atendidos por la CCSS por accidentes de tránsito son motociclistas lo cual le ocasiona problemas financieros a esta institución con un déficit de más de doce mil millones de colones por este concepto. Como señala el editorialista: “*Más allá del problema de los seguros, el país debe también lanzarse a una campaña para disminuir el número de accidentes con motos*”.

En los Estados Unidos de América, existe un mercado residual constituido por los conductores de vehículos que, por haber sido multados por conductas irresponsables de manejo tales como conducción temeraria, exceso de multas de tránsito o, bien, por manejar intoxicados (DUI)<sup>4</sup>, son rechazados por las compañías de seguros. No contar con un seguro de responsabilidad civil en ese país significa no poder conducir un automóvil ya que éste es requisito *sine qua non*<sup>5</sup>. Del estudio del tratamiento que los diferentes estados de los Estados Unidos le han dado a los riesgos residuales, podrían sugerirse soluciones de mercado para el aseguramiento de este tipo de riesgos en Costa Rica. En la mayoría de los países desarrollados, las soluciones de mercado residual se pueden aplicar a cualquiera de los riesgos residuales que se generen en seguros obligatorios. De la misma manera, en Costa Rica, las soluciones de mercado residual podrían ser aplicadas a los riesgos residuales de ambos seguros obligatorios, tanto el SOA o seguro obligatorio de automóviles, como para los resultantes del aseguramiento de aquellos patronos que quedaran excluidos del mercado del seguro de riesgos del trabajo. Así mismo, a futuro, se podrían considerar soluciones similares para algunas propiedades que puedan quedar excluidas del mercado de seguros voluntario por estar ubicadas en zonas de alto riesgo debido a su alta exposición a algún “Acto de Dios”<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> *Driving under influence*, manejo bajo la influencia de alcohol o drogas

<sup>5</sup> Latín por “sin el cual no”

<sup>6</sup> En seguros se denominan Actos de Dios a los desastres naturales tales como: inundaciones, terremotos, huracanes, tsunamis, deslizamientos etc.

Por lo tanto, se incluye en la presente tesis, un análisis de diversos estudios y de la literatura disponible acerca de las soluciones de mercado residual aplicadas en la industria de seguros más desarrollada del mundo, la de Estados Unidos de América. Específicamente, se estudiará información de los mercados de riesgos residuales de los diferentes estados que conforman la Unión Americana. El análisis hará énfasis en las medidas que han tomado los diferentes estados para resolver el problema del aseguramiento de los riesgos residuales. A partir del análisis de las diferentes soluciones empleadas en los Estados Unidos, se propone la solución de mercado residual que, a juicio del autor de la presente investigación, cumpliría mejor función con respecto al aseguramiento de los riesgos residuales de los seguros obligatorios de Costa Rica, a medida que éstos vayan apareciendo. Prevenir, en este caso anticipar, la aparición de los riesgos residuales, es mejor que tener que lamentar, lo cual implicaría para futuros gobiernos, tener que enfrentar problemas sociales y disturbios como protestas, cierres de vías o cualquier otro tipo de manifestación civil, por no haber considerado a tiempo los problemas sociales que conllevan los riesgos residuales.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

*“Economically, competition is not considered as an end in itself, but rather as a mechanism for allocating which in many, if not all cases, promotes economic efficiency.”*

*George Norman and Jacques Francois Thisse.*

# **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 Surgimiento del mercado de seguros en Costa Rica**

Un mercado de seguros opera a través de empresas intermediarias financieras llamadas aseguradoras las cuales, a cambio del cobro de una prima, se comprometen a hacer un pago como compensación en caso de que ocurra determinado evento o siniestro. De esta manera, los clientes que pagan las primas se protegen contra la ocurrencia del siniestro transfiriendo el riesgo a las aseguradoras.

Por lo general, el mercado de seguros se divide en seguros de vida y seguros de no vida, también conocidos como seguros generales o seguros de daños. La separación del mercado en estas dos categorías está en función de los plazos a los cuales se emiten los seguros: vida a largo plazo y daños a corto plazo. En Costa Rica, se incluyen los seguros sobre accidentes y salud en el mercado de vida, aunque se contraten por plazos anuales como parte del llamado ramo de seguros personales. Existe en Costa Rica una tercera categoría; la de los Seguros Solidarios, que son los seguros obligatorios con carácter social. Este ramo se compone de dos líneas; los seguros contra los Riesgos del Trabajo y el Seguro Obligatorio de Automóviles. Cabe señalar que el seguro de Riesgos del Trabajo existe en nuestro país desde principios del siglo pasado, cuando se creó durante el Gobierno de Alfredo González Flores y se le encargó su administración al Banco Internacional de Costa Rica, primer banco estatal del país, lo cual refleja la vocación del país por los seguros sociales.

Los seguros, a nivel mundial, nacieron en Génova, Italia en el siglo XIV, para cubrir riesgos marítimos, es decir el primer seguro fue un seguro marítimo de carga (Specia, 2005). Pero, la primera póliza de vida no se emitió sino hasta el siglo XVI, dos siglos después, en el año 1.583<sup>7</sup>. El primer seguro que se vendió en Costa Rica fue un seguro de carga (seguro marítimo de daños) contratado en 1843 en Puntarenas, para asegurar la primera exportación de café a Londres por la Compañía de William Le Lacheur (Monge, 1974). Para esa época, el viaje por barco desde Puntarenas hasta Londres era largo y peligroso. Los buques de vela tenían que bajar hasta el Cabo de Hornos, enfrentarse con mares tempestuosos, atravesar el estrecho de Magallanes, ingresar al Atlántico y, desde el extremo sur de América, dirigirse hacia el norte, hasta llegar a su destino en Londres. Tanto para el dueño del barco como para el dueño de la carga, su aseguramiento era la única manera de trasladar los muchos riesgos asociados con el largo y azaroso viaje<sup>8</sup>.

Conforme fueron aumentando las exportaciones de café a Europa, en el transcurso de la segunda mitad del siglo XIX, fue aumentando el volumen del negocio asegurador en las líneas de daños, específicamente en los seguros de carga marítima e incendio. Atraídas por el auge del negocio asegurador entraron a operar en Costa Rica varias compañías aseguradoras inglesas, entre las cuales pueden ser mencionadas las Aseguradoras Northern y Aberdeen, ambas de Londres, representadas en Costa Rica por la firma LeLacheur Dent & Cia (Monge, 1974) propiedad de familias ligadas al negocio cafetalero. Asegurar la carga y asegurar contra incendio las bodegas e instalaciones del beneficio eran, desde entonces, condiciones impuestas por los bancos

---

<sup>7</sup> Resulta curioso como a lo largo de la historia los seres humanos han mostrado un mayor aprecio por los bienes materiales que por la vida misma.

<sup>8</sup> Nuevamente, parece que importaba más la carga que la vida de los marineros.

como requisito para el financiamiento de la actividad cafetalera. Cabe señalar que todos los bancos que operaban en ese tiempo en el país eran bancos privados, siendo el más importante el Banco Anglo, fundado en 1863 (Monge, 1974). Por otro lado, todas las compañías de seguros del ramo de daños con representación en el país eran inglesas, siendo Inglaterra a donde se transferían todas las utilidades del negocio asegurador.

## **1.2 Establecimiento del monopolio de seguros**

Se presentó, a finales del siglo XIX, inicialmente en Puntarenas, un fenómeno que los periódicos de la época llamaron “la plaga del incendiarismo” (Monge, 1974). Funcionaba así. Un comerciante aseguraba su local y el contenido contra incendio, una vez asegurado, trasladaba subrepticamente la mercancía a otro local y procedía a prenderle fuego al edificio asegurado para reclamar la indemnización, incluyendo, por supuesto, el cobro por la mercancía supuestamente perdida durante el incendio. El negocio, aunque fraudulento, resultaba muy lucrativo para nuestros antepasados, por lo que se extendió al valle central, donde aumentó considerablemente cuando los comerciantes empezaron a asegurar con varias compañías de seguros la misma propiedad, cobrando varias veces indemnización por el mismo siniestro.

Además del problema que representaba esta práctica fraudulenta para las firmas aseguradoras, las cuales se vieron obligadas a aumentar considerablemente las primas del seguro de incendio, se generaba un problema social, ya que las casas aledañas a la propiedad incendiada terminaban también consumidas por las llamas. Lamentablemente, las familias que las habitaban eran las víctimas inocentes del

siniestro, ya que, al no disponer de seguro se quedaban literalmente “en la calle”, debido a la avaricia y falta de escrúpulos de algunos comerciantes.

Después de varios intentos infructuosos por erradicar esta práctica por medio de leyes durante el Gobierno de Don Ricardo Jiménez(1924-1928), en 1924, se presentó a la Asamblea Legislativa un proyecto de ley redactado por el Ministro de Hacienda, Don Tomás Soley, en el cual proponía el establecimiento de un monopolio de seguros a favor del Estado, así como la creación de una institución pública denominada Banco Nacional de Seguros para su administración (Monge, 1974).

El proyecto fue aprobado a pesar de la fuerte oposición de los representantes de las compañías aseguradoras extranjeras, por el Congreso de La República el 30 de octubre de 1924. El 5 de noviembre de 1924, se publicó en la Gaceta No 249 bajo el nombre de “Ley de Monopolio de Seguros a favor del Estado”.

### **1.3 La apertura del mercado de seguros**

Setenta y nueve años después, el 8 de enero del año 2003, en Washington D.C, Estados Unidos de América, se anunciaba oficialmente el inicio de las negociaciones de un Tratado de Libre Comercio (CAFTA)<sup>9</sup> entre los Estados Unidos y los países de Centro América. A finales de ese mismo año, el 17 de diciembre de 2003, las negociaciones entre Estados Unidos y Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua concluyeron, mientras que Costa Rica solicitó más tiempo para continuar la discusión

---

<sup>9</sup> Central American Free Trade Agreement, por sus siglas en inglés.

con Estados Unidos alrededor de temas pendientes, entre los cuales estaban los seguros, las telecomunicaciones, los textiles y agricultura.

Finalmente, el 25 de enero de 2004, Costa Rica y Estados Unidos alcanzaron un acuerdo alrededor de todos los temas involucrados en el Tratado. En materia de seguros, se acordó la apertura total del mercado incluyendo tanto los seguros comerciales como los llamados seguros solidarios. Adicionalmente, se acordó el establecimiento de una *Superintendencia de Seguros*, para la regulación del mercado, que debería entrar a operar a más tardar a partir del 1 de enero de 2007.

La negociación del CAFTA en Costa Rica dividió a la sociedad costarricense en dos grupos y, por primera vez en la historia, el país tuvo que ir a un referéndum, en este caso para decidir sobre la aprobación o rechazo del Tratado. En el referéndum, realizado el 7 de octubre de 2007, participó el 60% de la población en edad de votar y ganó el SI por una estrecha mayoría al obtener el 51% de los votos emitidos.

El debate previo al referéndum se centró, más que en el intercambio comercial entre ambos países, en la supuesta imposición de un modelo de desarrollo que algunos veían contenido en las cláusulas del CAFTA. Los opositores acusaban al Tratado de imponer un modelo de desarrollo neoliberal basado en el llamado “consenso de Washington”, ya que involucraba, entre otros temas, la privatización de instituciones públicas. Cabe aclarar que, si bien el Tratado planteaba la apertura de los mercados de seguros y telecomunicaciones, no incluía ninguna disposición sobre privatizar las instituciones públicas encargadas de la administración de esos monopolios. El tenso clima alrededor de la discusión del tratado propició movilizaciones callejeras de

protesta en su contra las cuales tuvieron su culminación el 26 de febrero de 2007, con la mayor marcha callejera de que se tiene conocimiento en la historia del país.

Quienes estaban en contra señalaban que el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, entre otras cosas; no era libre, ni era un tratado de comercio ya que afectaba todo el “*tejido institucional de la nación*”, además de que era asimétrico y castigaba a los pequeños productores costarricenses, sin llegar a beneficiar a los consumidores. En resumen, se insistía en que más que un tratado, era la imposición de un modelo de estado de corte neoliberal por parte de los Estados Unidos (Mora, 2006).

Por su parte, los impulsores del tratado afirmaban que éste crearía muchos empleos de calidad y que su no ratificación, implicaría un retroceso para el país. El Presidente Óscar Arias en entrevista publicada en BBC mundo.com el 7 de diciembre de 2006, afirmó que si el Congreso de Costa Rica no ratificaba el Tratado; “*nos lleva el diablo*” (BBC Mundo.com, 2006).

Cabe señalar que la negociación del CAFTA involucró en Costa Rica a dos gobiernos de diferentes partidos políticos; el de Abel Pacheco de la Unidad Social Cristiana, y el de Óscar Arias del Partido Liberación Nacional.

La Agenda de implementación del CAFTA aprobada por Costa Rica, incluyó 12 proyectos de ley que el Gobierno de Costa Rica se comprometió a aprobar en el Congreso como requisito *sine qua non* para que el acuerdo entrara en vigencia.

En materia de seguros, se acordó que el proceso de apertura sería gradual por etapas con plazos perentorios de manera que, inmediatamente con la entrada en vigor del Tratado, se legalizaría la compra de seguros en el exterior por parte de residentes en Costa Rica y se podría proveer *transfronterizamente* algunos seguros como los marítimos y los de carga espacial. A más tardar, con fecha 1 de enero del 2008, se permitiría el establecimiento en Costa Rica de compañías aseguradoras en todos los seguros comerciales, exceptuándose los solidarios u obligatorios. A más tardar el 1 de enero de 2011 se permitiría la competencia en todos los seguros incluyendo los solidarios. Es decir, la apertura del mercado a esa fecha sería total.

El primero de julio de 2008, seis meses después de lo previsto en el CAFTA, la Asamblea Legislativa de Costa Rica aprobó la ley No.8653 o Ley Reguladora del Mercado de Seguros, que fue publicada en el Diario Oficial La Gaceta del 7 de Agosto del mismo año. Con la publicación de esta Ley, se terminó el monopolio de seguros establecido en el año 1924 por la Administración del Presidente Ricardo Jiménez Oreamuno que se mantenía como el último monopolio de seguros conocido en el mundo occidental. El antecedente más reciente, en oriente, había sido la apertura del mercado de seguros de la India en el año 2000 y, en América, la apertura del mercado de seguros del Uruguay en 1994.

## **1.4 Definición del problema**

### **1.4.1 El mercado de libre competencia y el bienestar**

Según la teoría económica neoclásica, el monopolio disminuye el bienestar general de los consumidores, mientras que el mercado de libre competencia lo aumenta mediante el establecimiento de precios más bajos, mayor innovación, mayor

disponibilidad de productos y mejores servicios. En un monopolio, el costo del seguro, o sea la prima, se establece unilateralmente por el monopolista sin que corresponda con los precios que se obtendrían en un mercado de libre competencia o, inclusive, con los precios internacionales de mercados competitivos. Por lo tanto, de conformidad con la teoría económica neoclásica, es de esperar que se haya producido un aumento en el bienestar de los consumidores de seguros de Costa Rica, producto de la apertura del mercado, medido en términos de las variables; primas, oferta de seguros, servicio al cliente y mayor innovación en cuanto a la variedad de los seguros disponibles. Pero, ¿se confirma lo que la teoría económica predice?

A seis años de la apertura del mercado, hay instaladas en el país 12 firmas aseguradoras (10 firmas extranjeras y dos nacionales), 33 sociedades agencia de seguros, 20 corredurías de seguros, 54 expendedores autorizados de seguros auto expedibles y, hay registrados en la SUGESE (Superintendencia de Seguros), 511 productos de seguros. ¿Dado el incremento en el número de firmas aseguradoras, la variedad y la cantidad de intermediarios y el aumento en los seguros disponibles, es posible afirmar que ha habido un crecimiento en el bienestar de los consumidores de seguros, de acuerdo con lo que afirma la teoría económica?.

En caso contrario, ¿será posible que algunas de las condiciones de mercado existentes antes de la apertura del monopolio, se mantengan por distorsiones derivadas del poder de mercado que podría estar ejerciendo el anterior monopolista? ¿Ha habido, efectivamente, una mejoría en las condiciones del mercado según la percepción de los intermediarios de seguros, como conocedores de los clientes y la industria? Comprobar si estos supuestos se cumplen contrastando la situación actual con la que existía previamente a la apertura del monopolio es otro de los propósitos del estudio.

El estudio se realiza considerando los datos disponibles sobre precio, cantidad de productos e innovación, a partir de la percepción de los intermediarios de seguros que ejercían como tales antes de la apertura del mercado y se mantienen ejerciendo sus funciones actualmente en su condición de conocedores del mercado y de los consumidores.

### **1.4.2 La teoría del poder de mercado**

Rhoades (1985) concluyó que, en la industria de bancos de los Estados Unidos, las firmas con una alta participación de mercado ejercen una forma de poder de mercado que denominó “diferenciación inherente de producto”, la cual tiene un impacto positivo directo sobre el desempeño de la firma. Las pruebas, sobre una muestra de 6.492 bancos de los Estados Unidos, confirmaron que la participación de mercado “*per se*” es una fuente de altas utilidades en la industria de bancos de ese país. De manera similar, Garza-García (2012) encontró evidencia en el mercado de bancos de México de una fuerte correlación positiva entre la participación de mercado y las utilidades de los bancos.

La Teoría del poder de mercado se compone de dos hipótesis. La primera conocida como hipótesis SCP (Structure-Conduct-Performance) establece que existe una relación positiva y directa entre la concentración del mercado, la conducta de las firmas y sus utilidades. Esta relación se explica por una posible colusión entre las firmas dominantes, las cuales confabulan para mantener precios más altos y reducir la oferta en busca de maximizar sus utilidades. La otra hipótesis es la RMP (*Relative Market Power*) la cual establece que no es la concentración de mercado la que explica la conducta, los precios y los resultados económicos de las firmas sino su participación

relativa de mercado (*market share*). Según esta hipótesis, la firma líder del mercado puede cobrar precios más altos y mejorar sus utilidades, gracias a que la imagen que los consumidores tienen de ella se traslada a sus productos ejerciendo de esta manera, poder de mercado. Conviene destacar que, la imagen de la firma trasladada al producto, es tan sólo una percepción del consumidor que no necesariamente tiene que ser cierta.

El presente estudio hace un análisis del mercado de seguros costarricense desde la apertura, buscando evidencia empírica para soportar alguna o ambas hipótesis de la Teoría del Poder de Mercado. Para ello, se trata de determinar: ¿en qué medida la participación relativa de mercado de cada firma aseguradora, o bien la concentración del mercado, pueden ser determinantes para su conducta y los resultados económicos que obtiene? Por lo tanto, se trata de determinar si la alta participación de mercado que conserva el anterior monopolista podría explicar tanto su conducta como su desempeño. Es decir, si los consumidores prefieren comprar los seguros del líder de mercado (anterior monopolista), independientemente de si el precio es o no competitivo. De la misma forma, ¿podría la concentración de mercado estar influyendo en la fijación de precios más altos por parte de las firmas que entraron a competir con el monopolista mediante un acuerdo colusivo tácito o explícito? ¿Hay algún indicio de que la alta concentración del mercado pueda estar limitando la innovación en productos y que, por lo tanto, la oferta de seguros se mantenga hoy con productos iguales o muy similares a los existentes antes de la apertura? ¿Están las firmas entrantes aplicando estrategias para enfocarse en los segmentos de mercado menos riesgosos y más rentables?. Es decir, ¿hay indicios de que las firmas entrantes están aplicando selección de riesgos para descremar el mercado, buscando así controlar su siniestralidad y maximizar la rentabilidad mediante el aseguramiento de los buenos riesgos exclusivamente? ¿Hay indicios de que se estén quedando grupos de la población sin posibilidades de

aseguramiento o que estén enfrentando primas muy altas, situación que los podría llevar a convertirse en riesgos residuales a corto o mediano plazo?

### **1.4.3 El mercado de los riesgos residuales**

El término riesgo residual se usa para describir aquellos riesgos que no son aceptables para el estándar del mercado de las firmas de seguros. Conforme las firmas aseguradoras se plantean estrategias para mejorar su rentabilidad, empiezan a discriminar riesgos que en condiciones normales posiblemente serían objeto de seguros, pero que, al aplicar criterios más rigurosos de selección descartan, mediante un proceso que se conoce como “descremar el mercado” (Pfeffer, 1974). Esto da origen a la aparición de riesgos residuales, los cuales son todos aquellos riesgos que ningún asegurador está dispuesto a tomar, pero que el Estado tiene la obligación de tutelar para garantizar los mismos derechos a todos los ciudadanos.

En un monopolio estatal, como el que había en Costa Rica, estos riesgos los asume la institución encargada de la administración del monopolio, dispersándolos entre el volumen asegurado. Pero, cuando el mercado se abre y la institución pública deja de ser monopolista y debe competir con otras firmas: ¿está obligada a asumir estos riesgos? De ser así ¿en qué condiciones? Si ninguna aseguradora, incluyendo la estatal, se hace cargo de estos riesgos ¿cómo se asegurarían? ¿Existe, por parte del órgano regulador conciencia de que se podría presentar a corto plazo un problema de este tipo en el país?

Por lo tanto, parece conveniente analizar la experiencia con el aseguramiento de riesgos residuales en mercados de seguros más desarrollados para aprender acerca de su manejo. Específicamente, se estudiará la literatura disponible y algunos estudios realizados sobre los mercados residuales de los diferentes estados de los Estados Unidos

de América, a efectos de analizar la manera en que estos mercados de seguros más desarrollados han resuelto el problema.

Otros casos potenciales que podrían constituirse en el futuro en componentes del mercado residual lo constituye la población de la tercera edad y su acceso a seguros de vida y salud. Esta población es la más vulnerable y es la que más requiere de este tipo de seguros.

La presente investigación contribuye con el estudio del problema que podrían representar los riesgos residuales de los seguros obligatorios para los habitantes que lleguen a ser excluidos del aseguramiento por constituir grupos de riesgo por encima del estándar de la industria o del mercado asegurador. Es decir, aquellas personas tanto físicas como jurídicas que no consigan aseguramiento con ninguna firma por ser consideradas de alto riesgo. El Estado debe procurar, en estos casos, resolver la situación facilitándoles, directa o indirectamente, opciones de aseguramiento, o sea lo que se conoce como programas de mercado residual.

## **1.5 Objetivos de la investigación**

### ***Objetivo General:***

- 1.5.1 Estudiar los cambios que se han producido en el mercado de seguros de Costa Rica después de seis años de la apertura del monopolio estatal de seguros.

## **1.6 Objetivos específicos del estudio**

1.6.1 Evaluar los cambios que, a seis años de la apertura del mercado de seguros, se dieron en términos de la mejora o el deterioro relativo en el bienestar de los habitantes en cuanto a; i) el aumento en la oferta de seguros, ii) la innovación en productos, iii) la mejoría en el servicio al cliente y iv) la reducción de precios que, en teoría, debieron producirse con el paso del monopolio al mercado de libre competencia. Para ello, se hará un examen ex ante y ex post de la situación del mercado de seguros en cuanto a disponibilidad de productos, precios, servicio al cliente e innovación, todo referido a la oferta de seguros.

1.6.2 Buscar evidencia empírica en el mercado de seguros de Costa Rica para comprobar o refutar alguna (o ambas) hipótesis de la Teoría de Poder de Mercado. Esto con el propósito de determinar si el operador dominante ha ejercido poder de mercado para manipular de alguna forma los precios.

1.6.3 Realizar un análisis de los mercados de riesgos residuales de los seguros obligatorios en los diferentes Estados de la Unión Americana para, a partir de la experiencia de estos mercados, adaptar y proponer alternativas de aseguramiento o bien, recomendar medidas para establecer un mercado para el aseguramiento de los riesgos residuales de los seguros obligatorios en Costa Rica.

## **1.7 Las Hipótesis**

**Tabla 1. Las Hipótesis de trabajo**

HI: La apertura del mercado de seguros y el ingreso de otras firmas aseguradoras aumentó el bienestar de los consumidores de seguros medido en términos de precios, oferta de productos, servicio al cliente e innovación.	HI0: La apertura del mercado de seguros y el ingreso de otras firmas aseguradoras no aumentó el bienestar de los consumidores de seguros en términos de precios, productos, servicio al cliente e innovación.
HII: En el mercado de seguros de Costa Rica existe evidencia suficiente para apoyar la hipótesis RMP.  HIII: En el mercado de seguros de Costa Rica existe evidencia suficiente para apoyar la hipótesis SCP.	HII0: En el mercado de seguros de Costa Rica no existe evidencia suficiente para apoyar la hipótesis RMP.  HIII0: En el mercado de seguros de Costa Rica no existe evidencia suficiente para apoyar la hipótesis SCP.
HIII: El aumento en el número de competidores va a impulsar a las firmas a concentrarse en nichos de mercado rentables mediante la selección de riesgos dando origen a riesgos residuales.	HIII0: Interesadas en ganar participación de mercado las firmas que ingresen al mercado de seguros costarricense no van a hacer selección de riesgos.

## **1.8 Definición de las variables a investigar**

**HIPÓTESIS I: Aumento en el bienestar con el paso del monopolio al mercado de libre competencia.**

**Aumento en el bienestar de los consumidores de seguros:** Se medirá mediante la valoración de los siguientes indicadores por parte de un grupo de intermediarios de seguros seleccionados por su conocimiento de ambos mercados: antes y después de la apertura del monopolio. De esta forma y de acuerdo con el criterio de estos expertos se trataría de determinar lo siguiente:

**Oferta de productos:** Si el número de productos de seguros disponibles al día de hoy es considerablemente mayor.

**Precio:** Si los precios de los seguros después de la apertura del mercado son menores a los del monopolio.

**Variedad de los productos:** Si es más fácil ahora encontrar un seguro para cualquier necesidad de aseguramiento de los consumidores.

**Servicio al cliente:** Si los tiempos de atención, tanto de aseguramiento como de reclamos, se han acortado con la apertura del mercado.

**Innovación:** Si después de la apertura ofrecen seguros más innovadores, y las firmas se anticipan a las necesidades de los consumidores.

## **HIPÓTESIS II (Poder de mercado)**

### **Variables independientes:**

**Participación relativa de mercado:** Se obtiene mediante la división de la sumatoria de las primas totales devengadas durante un año por una aseguradora entre la sumatoria de las primas totales generadas durante el mismo período por toda la industria aseguradora.

**Concentración del mercado:** Se mide mediante el índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) el cual mide la concentración de las firmas en un mercado. Es utilizado por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos de América desde 1982 para analizar los efectos de adquisiciones y fusiones de empresas sobre la estructura del mercado. Se calcula mediante la sumatoria de las participaciones relativas de mercado de las firmas

elevada al cuadrado. El índice es útil para medir los efectos de la concentración de mercado cuando la hipótesis SCP se aplica (Laine, 1995).

**Variable dependiente:**

**Precio:** Es la razón resultante de dividir las primas ganadas entre los gastos del negocio de seguros reportados en los informes trimestrales de cada aseguradora. Se tomará esta razón como la variable dependiente *precio del seguro*.

**HIPOTESIS III**

**Selección de riesgos:** Conjunto de medidas, generalmente de carácter técnico, adoptadas por una entidad aseguradora, en virtud de las cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquellos que ofrecen menor peligrosidad, evitando la cobertura de aquellos que, por poder originar frecuentes siniestros o ser de elevado importe, originarían un desequilibrio económico en los resultados de la empresa.

**Riesgo residual:** Es el riesgo o conjunto de riesgos que se quedan sin asegurar cuando las firmas aseguradoras aplican selección de los mismos en el mercado de los seguros de daños. Se pueden identificar los riesgos residuales, de manera incipiente, en aquellos grupos que han debido enfrentar aumentos sostenidos en sus primas de un año a otro. (La discriminación de precios, en este caso, se considera indicador de la aparición de un riesgo residual incipiente).

**1.9 Deducción e Inducción**

El presente estudio comprende tres investigaciones que giran alrededor de la apertura del mercado costarricense, su situación actual y tendencias.

La primera, consiste en un estudio de los mercados de riesgos residuales pertenecientes a los diferentes estados de los Estados Unidos de América para los seguros obligatorios, tratando de identificar, de esta forma, las mejores alternativas de mercado residual de seguros aplicables a los riesgos residuales del mercado de seguros costarricense. Esto, anticipando la aparición de riesgos residuales en los seguros obligatorios como consecuencia del aumento competitivo entre las firmas que se espera ocurra con la apertura del mercado.

La segunda, es un estudio sobre el mercado de seguros para comparar la situación al momento de la apertura (final del monopolio), en términos del bienestar relativo de los consumidores de seguros y determinar si ha habido cambios en el nivel del mismo en los consumidores, seis años después de la apertura ahora en un mercado de libre competencia. Para efectos de evaluar los cambios en el bienestar de los consumidores de seguros se investigará el comportamiento de las variables: precio, oferta de productos, servicio al cliente e innovación antes y después de la apertura del mercado, según el criterio de un grupo de intermediarios de seguros seleccionados por su conocimiento de ambos mercados.

La tercera, consiste en un análisis de la estructura, la conducta y el desempeño de las firmas aseguradoras utilizando la Teoría del Poder de Mercado. Esta teoría se fundamenta en dos hipótesis que establecen por una parte, que existe una correlación positiva y directa entre la concentración del mercado, la conducta de la firma y su desempeño y, por otra, que hay relación entre la participación relativa de mercado de la firma y su conducta y desempeño, medido en términos de precios.

En el primer caso, a partir de una hipótesis *ad hoc* (inferencia) sobre el futuro del mercado costarricense, derivada del comportamiento observado en otros mercados

más desarrollados, se predice la aparición de riesgos residuales conforme vaya aumentando la intensidad competitiva entre las aseguradoras. Anticipando esta situación, se estudian algunas de las opciones de aseguramiento aplicados para este tipo de riesgos en mercados más desarrollados como el de los Estados Unidos de América. En los otros dos casos, el abordaje de la investigación es de tipo deductivo. Quiere decir que, a partir del análisis de la literatura y utilizando teorías existentes, se someten a prueba hipótesis para determinar su validez y aplicabilidad a la situación actual del mercado de seguros con respecto a; i) el posible aumento o disminución en el bienestar relativo de los consumidores como resultado de la apertura del mercado medido en términos de precios, disponibilidad de productos, servicio al cliente e innovación y, ii) si se están presentando situaciones como las explicadas por la Teoría de Poder de Mercado, en el sentido de que la estructura actual del mercado de seguros influya en la conducta de las firmas y su desempeño. Para ello se busca evidencia empírica que respalde o rechace alguna o ambas hipótesis de la Teoría de Poder de Mercado.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

---

*Innovation-originated market power could provide better results than the invisible hand and price competition.*

*Joseph Schumpeter*

# **MARCO TEÓRICO**

## **2.1 Marco Regulatorio del Mercado de Seguros**

El mercado de seguros está regulado por la Ley No.8653 del 1 de Julio del 2008 o Ley Reguladora del Mercado de Seguros así como también por los Reglamentos relacionados emitidos por el Consejo de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF). La Ley Reguladora del Mercado de Seguros en su primera parte, contiene 27 artículos relacionados con el negocio asegurador, las firmas aseguradoras y los intermediarios de seguros. En la segunda parte, se crea la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) como un órgano de máxima desconcentración adscrito al Banco Central de Costa Rica y bajo la dirección del Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF). La tercera parte de la ley se refiere exclusivamente al Instituto Nacional de Seguros (en adelante INS) y contiene normas orientadas a facilitarle su funcionamiento en un mercado de competencia. La parte final de la ley contiene disposiciones relativas al Cuerpo Nacional de Bomberos, al cual le otorga personería jurídica propia bajo la figura de órgano de máxima desconcentración adscrito al INS. Además, le asigna rentas propias provenientes de un impuesto del 4% sobre todas las pólizas de seguros que emitan las compañías de seguros en el país. La Ley no entra a regular el contrato de seguros, materia sobre la cual ya existe una ley aprobada por la Asamblea Legislativa; la Ley 8956 o Ley Reguladora del Contrato de Seguros que fue publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 175 del 12 de setiembre del 2011.

En términos de la regulación del mercado de seguros, la Ley 8653 establece tres tipos de entidades bajo las cuales pueden operar las firmas aseguradoras; a) Entidades

de derecho privado constituidas en el país como sociedades anónimas, cuyo objeto social exclusivo debe ser la actividad aseguradora; b) Entidades aseguradoras constituidas como tales en otros países que pueden operar en Costa Rica por medio de sucursales, pero que deben tener como objeto social exclusivo la actividad aseguradora y; c) Entidades aseguradoras constituidas como cooperativas que tengan como objetivo único ejercer la actividad aseguradora de manera exclusiva con sus asociados. El Estado puede ejercer la actividad aseguradora por medio del INS y de las sociedades anónimas entre los bancos del Estado y el INS que la misma ley reguladora autoriza. Así mismo, la Ley, reconociendo el principio de unicidad del Estado, obliga a sus entes a asegurar con el INS, siempre y cuando este les brinde los mejores términos y condiciones del mercado. En igualdad de condiciones con otros aseguradores, los entes estatales deben dar preferencia al Instituto Nacional de Seguros (INS). La Ley reafirma y mantiene el respaldo estatal al INS, lo cual le otorga a este asegurador una ventaja competitiva importante frente al resto de aseguradores.

Para las Entidades aseguradoras que se constituyan al amparo de la Ley, se establece un capital mínimo como requisito para operar, en unidades de desarrollo (UD), dependiendo del ramo de la actividad aseguradora. La Ley permite tres tipos diferentes de aseguradoras: i) Entidades aseguradoras de seguros personales que requieren un capital mínimo de tres millones de unidades de desarrollo ( U.D. 3.000.000); ii) Entidades aseguradoras de seguros generales (no vida o daños) con un capital mínimo de tres millones de unidades de desarrollo (U.D 3.000.000) y; iii) Entidades de seguros mixtas de seguros personales y generales con un capital mínimo requerido de siete millones de unidades de desarrollo (U.D. 7.000.000). Por otra parte,

las Entidades Reaseguradoras tienen un requerimiento de capital mínimo para operar de diez millones de unidades de desarrollo (U.D.10.000.000).

En cuanto a intermediarios de seguros, la Ley define dos figuras: I) Los agentes de seguros y las sociedades agencias de seguros. Los primeros son personas físicas que realizan intermediación de seguros y están ligadas a una o más Entidades aseguradoras mediante un contrato que les permite actuar por su nombre y cuenta, o solo por su cuenta<sup>10</sup>. Las sociedades agencias de seguros son personas jurídicas inscritas como sociedades anónimas de objeto único, que actúan por contrato con una o más Entidades aseguradoras en términos parecidos a los agentes de seguros. II) Las sociedades corredoras de seguros que son sociedades anónimas cuyo objeto exclusivo es la intermediación de seguros. La diferencia con las sociedades agencias está en que no actúan ni por cuenta ni a nombre de ninguna Entidad aseguradora pues su relación de asesoría y servicio es directamente con el cliente. Las corredurías de seguros realizan su actividad por medio de corredores que son personas físicas con licencia y acreditación ante la Superintendencia General de Seguros (Sugese).

Las Entidades Aseguradoras pueden establecer además contratos con intermediarios diferentes de los anteriores para la distribución de seguros autoexpedibles, que son seguros sencillos, estandarizados y de bajo costo. Este tipo de seguros se puede vender en cualquier establecimiento comercial, incluyendo bancos, farmacias, tiendas etc.

---

<sup>10</sup> Cuando el intermediario actúa por nombre y cuenta de la aseguradora quien contrata con el agente adquiere obligaciones contractuales con la aseguradora. Cuando el intermediario solo actúa por cuenta, las actuaciones del agente deben ser validadas por la aseguradora.

La ley faculta a los bancos y grupos o conglomerados financieros a ejercer la intermediación de seguros, pero las entidades financieras reguladas por la Superintendencia de Entidades Financieras (SUGEF) no pueden exigir que los contratos de seguros que requieran sus clientes, como resultado de su relación financiera, deban ser adquiridos con determinadas entidades aseguradoras o a través de intermediarios de seguros previamente señalados o establecidos. Tal situación se considera una práctica monopolista prohibida por la Ley 7472, o Ley de defensa efectiva del consumidor del 20 de diciembre de 1995.

La regulación del mercado está a cargo de la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) cuyo objetivo es: “velar por la estabilidad y el eficiente funcionamiento del mercado de seguros”<sup>11</sup>, así como proporcionar al asegurado la más amplia información. Dentro de sus funciones están: autorizar, regular y supervisar a las personas físicas y jurídicas que intervengan en contratos o actos relacionados con la actividad aseguradora.

En materia de regulación de la oferta (productos) y de los precios de los seguros, todas las aseguradoras están obligadas a registrar sus productos en la SUGESE, antes de que puedan ser comercializados, para lo cual deben adjuntar las notas técnicas que sustenten la prima respectiva (precio). En caso de que SUGESE determine que el precio es insuficiente para garantizar el pago de los beneficios ofrecidos en la póliza, la aseguradora debe ajustar el precio hacia arriba. En aras de la defensa de los intereses del consumidor, la función de SUGESE es procurar que las aseguradoras tengan la capacidad suficiente para cumplir con lo que ofrecen en los clausulados de las pólizas

---

<sup>11</sup> Ley 8653, art. 29, Objetivos y funciones de la Superintendencia General de Seguros.

que vendan, evitando que se establezcan, motivados por la competencia, precios que podrían resultar ruinosos para la firma. Por lo tanto, la superintendencia no interviene directamente en la fijación de precios, más que por excepción y exclusivamente en defensa de los intereses de los consumidores, y para garantizar que el asegurador esté en capacidad de honrar el compromiso adquirido con el asegurado.

En cambio, el precio de las pólizas de los seguros obligatorios (Riesgos del Trabajo y SOA) debe ser autorizado por la SUGESE a solicitud del asegurador, el cual debe justificar cualquier variación a los precios vigentes, variaciones que, históricamente, siempre han sido hacia arriba. En este momento, si bien el mercado de los seguros obligatorios o solidarios está abierto a la competencia, según lo establecido en el transitorio 2 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, ningún asegurador, aparte del INS, ha solicitado la autorización y registro de pólizas para ofrecer coberturas por los riesgos del trabajo o el seguro obligatorio de autos.

## **2.2 Estructura del Mercado de Seguros**

El mercado de seguros de Costa Rica está formado por las firmas aseguradoras y los intermediarios autorizados por SUGESE, así como por los consumidores de seguros que pueden ser tanto personas físicas como jurídicas.

### **2.2.1 Firmas Aseguradoras y reaseguradoras**

De conformidad con la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, las aseguradoras que operan en Costa Rica pueden ser de tres tipos: *de seguros personales*; *de seguros generales*; y *las mixtas que combinan ambos ramos*. En cuanto a la

naturaleza del ente, la Ley autoriza el funcionamiento de entidades aseguradoras bajo la forma de sociedades anónimas y de asociaciones cooperativas inscritas en el país y que tengan como objeto único la actividad aseguradora. En el caso de las cooperativas, estas asociaciones solo pueden operar el negocio asegurador con sus propios asociados.

La Ley de Seguros, autoriza la operación en el país de agencias representantes de aseguradoras inscritas en otro país con el cual se tengan tratados comerciales y cuyo objetivo único sea el negocio de seguros. El siguiente cuadro resume las firmas aseguradoras autorizadas para operar en el país y el ramo o los ramos de seguros en que pueden operar.

**Tabla 2. Aseguradoras inscritas y su calificación de riesgo**

Aseguradora	Ramo autorizado	Calificación de Riesgo
Aseguradora del Istmo	Seguros Personales	AA-
Atlantic Southern	Seguros Personales	N.D.
Best Meridiam	Seguros Personales	C++
Pan American Life	Seguros Personales	AAA
Seguros del Magisterio	Seguros Personales	AA+ +
Oceánica de Seguros	Seguros Generales	N.D.
Quálitas	Seguros Generales	BBB
Sagicor	Seguros Personales y Generales	AA
ASSA	Seguros Personales y Generales	AAA
INS	Seguros Personales y Generales	AAA
MAPFRE	Seguros Personales y Generales	AA +
Seguros Bolívar	Seguros Personales y Generales	AA +

Fuente: Superintendencia General de Seguros

Adicionalmente, están autorizadas como proveedores de seguros transfronterizos dos firmas que operan en el país como agencias de aseguradores inscritos en otro país al amparo del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos (CAFTA), ellas son; Caledonian Insurance Group y Factory Mutual Insurance Company. No hay registrada hasta la fecha ninguna reaseguradora. Sin embargo, cabe señalar que la ley de Seguros mantiene la autorización que tenía el INS bajo el monopolio para operar también como reasegurador, por lo tanto es la única firma reaseguradora registrada en Costa Rica.

### **2.2.2 Intermediarios de Seguros**

Hay registradas en SUGESE 33 sociedades agencias de seguros y 1.011 agentes de seguros, personas físicas, relacionados con una aseguradora.

**Tabla 3. Intermediarios de seguros inscritos**

<b>Aseguradora</b>	<b>Agentes de Seguros (Personas físicas)</b>	<b>Sociedad Agencia de Seguros (Personas Jurídicas)</b>
ASSA	25	1
INS	677	29
MAPFRE	72	
Pan American Life	43	1
Best Meridien Insurance	92	
Seguros del Magisterio	27	2
Quálitas	18	
Aseguradora del Istmo	4	
Atlantic Southern Insurance	40	
Oceánica de Seguros	13	

Fuente: Superintendencia General de Seguros

A la fecha, se ha cancelado solamente una autorización para operar como aseguradora. Se trata de la cancelación de la firma de seguros personales ALICO (American Life Company) debido a la compra de su cartera total por parte de Pan American Life Insurance. Cabe recordar que ALICO era propiedad de AIG, aseguradora mundial con sede en los Estados Unidos que entró en problemas que casi la llevan a la quiebra durante la crisis de los mercados financieros en la década anterior, ocasionados por el aseguramiento de derivados financieros emitidos contra hipotecas sub prime.

Se encuentran inscritas en SUGESE 20 Sociedades Corredoras de Seguros o Corredurías. Son intermediarios que no tienen relación directa con ninguna aseguradora, ya que actúan como asesores de seguros para sus clientes que pueden ser tanto personas físicas como jurídicas. Hay registradas y autorizadas 54 empresas como operadores de seguros autoexpedibles. Cabe señalar que 10, de las 12 firmas aseguradoras, ya tienen registrados productos autoexpedibles para la venta en el país.

### **2.2.3 Barreras de Ingreso al mercado de seguros**

*Requisitos de capital.* Las aseguradoras que quieran establecerse en el país deben cumplir con el requisito de capital mínimo establecido en el artículo 11 de la Ley de Seguros, el cual deben depositar inicialmente en el Banco Central y podrán retirar conforme vayan realizando las inversiones una vez autorizados para operar por SUGESE. Los requisitos varían dependiendo de que se trate de un solo ramo de seguros o de ambos (mixtos). Para operar solo un ramo, sea de seguros personales o generales, el requisito de capital mínimo es de 3 millones de Unidades de Desarrollo que, al 10 de abril de 2014, eran cotizados a razón de 832 colones por Unidad de Desarrollo

(aproximadamente US\$1.50 por cada Unidad de Desarrollo). Para las aseguradoras mixtas (seguros personales + generales) el requerimiento de capital mínimo es más del doble que para las de un solo ramo; 7 millones de Unidades de Desarrollo.

*Acceso a los canales de distribución.* El anterior monopolista conserva la mayoría de la fuerza de ventas (intermediarios). De las 33 sociedades agencia de seguros autorizadas por SUGESE, 29 son del INS (85%). De los 1011 agentes de seguros autorizados, 677 son del INS (67%). Esto constituye una barrera de ingreso para las firmas ya que, a medida que ingresen al mercado deberán invertir en la formación de su propia fuerza de ventas, con la desventaja de que se trataría de vendedores nuevos sin conocimiento del mercado ni de los clientes, lo cual representa costos adicionales debido a la curva de aprendizaje y de experiencia que deben enfrentar.

*Reacción esperada.* La experiencia durante estos cinco años desde la apertura del mercado, ha demostrado que las firmas entrantes van a enfrentar una fuerte reacción de parte del operador dominante (anterior monopolista), en la forma de represalias que podrían incluir una guerra de precios y otras medidas para la defensa de la cartera de clientes y su posición de mercado como operador dominante.

#### **2.2.4 Oferta**

SUGESE tiene registrados y autorizados 511 productos; 294 seguros del ramo de seguros generales y 217 del ramo de seguros personales, distribuidos entre 66 líneas de seguros.

## **2.3 Teorías del bienestar y la economía de la felicidad**

Los economistas neoclásicos trataron de medir el bienestar que las personas derivan del consumo mediante la teoría de la utilidad suponiendo que en las preferencias mostradas por cada consumidor, está implícito su concepto de bienestar y felicidad. Sin embargo, se ha logrado determinar que el bienestar no es solo un asunto de la relación de la persona con el consumo ya que no depende solo del poder de compra, sino además de la forma en que ese poder de compra la relaciona y posiciona dentro de su grupo social (Rojas, 2009). Por lo tanto, se dice que el ingreso tiene dos efectos sobre el bienestar; puede otorgar mayor poder de compra, pero también puede otorgar una mejor posición social relativa (Fuentes, Rojas, 2001). Cabe señalar que, dependiendo del concepto de bienestar que tenga el consumidor, puede asignarle a algunos bienes una mayor o menor función posicional. Por ejemplo, a finales del siglo XIX, cuando se empezaron a comercializar los seguros en Costa Rica, las familias de ingreso alto comenzaron a adquirir seguros de vida, no solo por la necesidad de seguridad y protección, sino también como un símbolo de estatus que las diferenciaba del resto. Tener un seguro de vida se relacionaba, en esa época, con un nivel de ingreso y un estatus social muy alto, ya que era un lujo que solo las personas de mayores ingresos podían costear (Monge, 1974).

Diversos estudios (Diener, Biswas-Diener, 2002) han encontrado que existe una relación estadísticamente significativa, aunque débil, entre ingreso y bienestar. Aumentos considerables en el ingreso van teniendo cada vez menos efecto sobre el bienestar y la felicidad lo anterior en términos económicos, quiere decir que el ingreso presenta rendimientos marginales decrecientes en la generación de bienestar (Rojas,

2009). Esto es consistente con Pigou (1943), considerado el pionero de la economía del bienestar, quien afirmó que el dinero tiene una utilidad marginal decreciente, es decir, que conforme aumenta la cantidad de dinero en manos de un consumidor, disminuye su utilidad marginal.

Edgeworth (1967), afirmaba que, cuando se repiten las condiciones que dan placer, estas mismas condiciones conforme se reiteran, van generando cada vez menos placer. Esto tiene implicaciones para lo que se conoce actualmente como consumo hedonístico, en referencia al consumo de productos y servicios dirigidos a la obtención de placer mediante el gozo de los sentidos. Cabe señalar que esta concepción del consumo hedonístico es contraria a la clásica, porque sustituye la utilidad como el centro de la decisión, por el placer (Auletta, Dakduk, 2013). Es decir, se sustituye la funcionalidad y el análisis racional del consumidor, por la emoción y la búsqueda de placer como eje de la decisión de consumo.

La llamada paradoja de Easterlin (1973) establece que la felicidad no se ve afectada por el crecimiento económico. La paradoja se podría interpretar en el sentido de que la felicidad no depende solo del acceso a bienes económicos, sino que hay otro tipo de bienes que cuentan para alcanzar la felicidad y que son “bienes que el dinero no puede comprar”. Un ejemplo son los llamados *bienes relacionales* que, si bien no se compran con dinero, son tiempo intensivos (Rojas, 2009). Por lo tanto, conllevan un costo de oportunidad que se podría medir en función del ingreso que se deja de percibir por dedicarlo a cultivar este tipo de bienes.

Según Platón (1923), la pobreza no viene por la disminución de la riqueza sino por la multiplicación de los deseos. Fuentes y Rojas (2001) encontraron que la brecha aspiracional tiene una relación inversa con la felicidad. Stutzer (2004) encontró que la brecha aspiracional no siempre se logra cerrar con el ingreso, de manera que, cuando las aspiraciones de ingreso de las personas aumentan más rápido que su ingreso, se genera frustración e infelicidad (Graham, Pettinato, 2002).

En términos de la epistemología del bienestar Dohmen (2003) y Veenhoven (2003) consideran que el bienestar más que una experiencia de consumo, es una experiencia de vida que puede entenderse en tres planos; cognitivo (de la razón), afectivo (de las emociones) y el hedónico (de los sentidos). Se supone que los seguros contribuyen con el bienestar general de la sociedad al mejorar las perspectivas de planes que podrían frustrarse por la ocurrencia de eventos negativos y, además, contribuyen con el crecimiento de la producción total estimulando la ejecución de proyectos que, de no contar con posibilidades de aseguramiento, podrían no llevarse a cabo por temor a incurrir en grandes pérdidas. Los seguros sirven como mecanismo para la transferencia de los riesgos tanto de las empresas como de las familias hacia las firmas aseguradoras.

En términos del bienestar personal, los seguros generan una sensación de tranquilidad que contribuye con el bienestar, en la medida en que reducen el temor ante el riesgo y brindan mayor seguridad ante lo desconocido y los eventos imprevistos como podrían ser la muerte, los accidentes, o bien, los llamados Actos de Dios (catástrofes naturales). De manera que, se podría decir, que los seguros contribuyen con el bienestar del consumidor a nivel de los planos cognitivo y emocional, contribución

que se deriva de la sensación de seguridad y tranquilidad que pueden otorgar a quienes los contratan.

## **2.4 El monopolio y el bienestar**

Un monopolio es una industria en la cual existe un único productor de un bien o servicio. El vendedor único del producto en el mercado se llama monopolista y es un “fijador de precios”<sup>12</sup>, a diferencia de una firma en un mercado competitivo que sería “tomadora de precios”<sup>13</sup> porque no podría influir en la fijación de los mismos. El monopolista, por lo tanto, está en capacidad de establecer el precio por encima de su curva de costo marginal y lo hará en la medida en que se comporte racionalmente, es decir, que busque maximizar su utilidad.

El monopolista, aprovechando su poder de mercado, establece un precio más alto y ofrece una menor cantidad de producto, con lo cual reduce el excedente del consumidor, definido éste como la diferencia entre el precio que el consumidor paga y el que estaría dispuesto a pagar comparativamente en un mercado de competencia. En consecuencia, el excedente del productor, o sea la diferencia entre el precio recibido y el precio al cual el productor estaría dispuesto a vender, aumenta. Por lo tanto, mientras el bienestar del monopolista aumenta el del consumidor disminuye. Aparece con la acción del monopolista un peso muerto debido a la contracción de la oferta y, en la medida en que el consumidor compra menos cantidad, hay una pérdida de peso muerto del

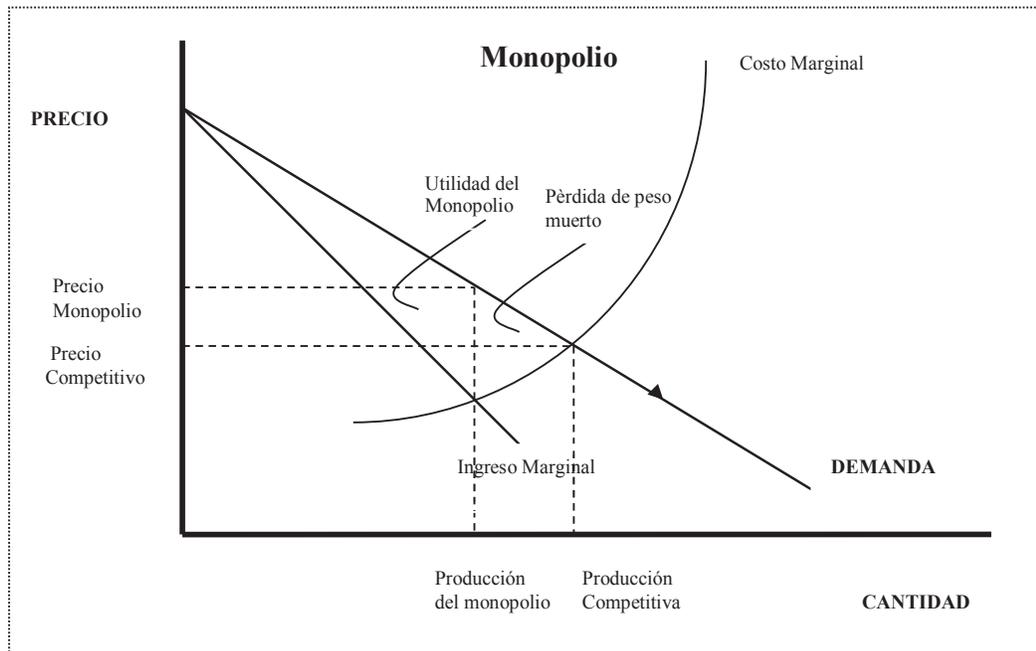
---

<sup>12</sup> Price-Setter

<sup>13</sup> Price-Taker

excedente del consumidor. Es por eso que se afirma que un monopolio no es eficiente ni en términos de asignación de recursos ni de producción.

**Gráfico 1. Pérdida de peso muerto del monopolio**



Fuente: Hirshleifer, Glazer, 1994

Para medir el poder de mercado de un monopolio se utiliza el índice de Lerner (Feinberg, 1980) el cual se define como la diferencia entre el precio del monopolista y el costo marginal asociado. Se calcula mediante la fórmula  $PM = \frac{P - MQ}{P}$ . El índice de Lerner puede tomar valores entre 0 y 1 de manera que si el monopolista fija un precio igual al costo marginal el índice sería igual a cero, lo que correspondería con el caso de un mercado competitivo. Entre mayor sea la diferencia entre el costo marginal y el precio, mayor sería el índice y, por lo tanto, mayor sería el poder de mercado del monopolista. También se puede calcular el poder de mercado en función de la

elasticidad de la demanda, ya que el índice de Lerner es igual al inverso de la elasticidad, por lo que el poder de mercado =  $1/\varepsilon$ . Por lo tanto, a mayor elasticidad de la demanda, menor poder de mercado y viceversa.

Entre los autores neoclásicos que estudiaron el monopolio destaca la teoría de la competencia de Cournot (Alvarez, 2010), ya que permite aplicar el mismo principio a diferentes grados de competencia, empezando por el caso del monopolio puro. Para Cournot (Álvarez, 2010) la competencia perfecta no es el punto de referencia ni la norma, sino un caso particular de competencia en el cual ninguno de los productores tiene capacidad para influir en los precios, debido a la presencia de muchos competidores y la amenaza de productos sustitutos perfectos entre ellos mismos.

Por otro lado, Walras (Álvarez, 2010) consideró las situaciones de competencia imperfecta, incluido el monopolio, como desviaciones de la situación ideal constituida por la competencia perfecta. Sin embargo, mantuvo una posición política a favor de la intervención del Estado en la administración de los ferrocarriles como monopolista, por considerar que esta actividad constituía un monopolio natural que no debía estar en manos privadas. En resumen, Walras asume una posición normativa contraria a la existencia de monopolios privados pero favorable a la intervención del Estado en el caso de monopolios naturales (Alvarez, 2010).

Edgeworth (1925) sostiene la tesis de que si un monopolista quiere conservar su poder de mercado, no puede cobrar el precio máximo que un consumidor estaría dispuesto a pagar sino uno intermedio entre su costo marginal y el precio máximo. Para Edgeworth, se debe tener presente que un monopolista tiene otras ventajas que una

firma en competencia perfecta normalmente no tiene, como por ejemplo, las economías derivadas de la producción en gran escala y el ahorro en gastos de publicidad.

En general, los autores neoclásicos centran el análisis de la competencia en el precio, aunque existen otros factores de igual importancia como sería el caso de la competencia en calidad, la cual incluye entre otros; la innovación, la localización y el servicio.

Kirzner (1973) afirma que el único caso en que el monopolio aparece en el libre mercado es cuando una firma tiene propiedad exclusiva de un recurso esencial y que, por lo tanto, la renta del monopolio es la renta de ese recurso y no la renta obtenida por la actividad del monopolista.

La teoría económica neoclásica afirma que el mayor bienestar que obtienen los consumidores en un mercado de competencia pura frente a un monopolio se deriva de las condiciones competitivas en que operan las firmas. La competencia entre ellas hace que deban estar respondiendo permanentemente a amenazas de los otros competidores, lo cual empuja los precios hacia abajo. Como resultado de los precios más bajos, aumenta la cantidad demandada y, por lo tanto, el bienestar de los consumidores es mayor. Mientras que, en un monopolio, debido a la falta de competencia los precios son comparativamente más altos y la cantidad ofrecida es menor debido a esto se supone que el bienestar de los consumidores también es menor. Sin embargo, Herrera (2013) afirma que no hay argumentos racionales suficientes para concluir que un mercado con un solo oferente (monopolio) sea peor que otro con muchos oferentes (libre competencia) o con pocos (oligopolio).

Friedman (2012) afirma que hay tres alternativas para un monopolio; que sea público, privado, o bien que se derive de la regulación pública. Ninguna de las tres alternativas es deseable. Por lo general, el monopolio emerge como producto de la intervención del Gobierno, situación que podría evitarse promoviendo que las empresas asuman su responsabilidad social y se preocupen no solo por generar utilidades, pero también por el bienestar de la comunidad. Para Friedman (2012), el gobierno existe por la libre voluntad de la gente y es solamente un medio para alcanzar un fin. Por lo tanto, no debe considerarse un fin en sí mismo.

A principios del siglo pasado, cuando Don Tomás Soley, entonces Ministro de Hacienda del Gobierno de Don Ricardo Jiménez (1924-1928), le comunicó mediante carta al Presidente, su intención de presentar un proyecto de ley para declarar monopolio del Estado el negocio de los seguros, su argumento central fue que el Estado debía intervenir en... ciertos negocios que tienen “carácter predominante de servicios públicos” (Monge, 1974) como era el caso de los seguros. Para Don Tomás, “la industria privada no podía realizar la función social del seguro, solo la función mercantil” (Monge, 1974). Si bien Don Tomás no consideraba que la actividad del seguro constituyera un monopolio natural, valoró su función social por encima de la mercantil. Posiblemente, en esta posición influyeron fuertemente los acontecimientos de aquella época, especialmente el llamado “incendiarismo” (Monge, 1974), así como la conformación del mercado de seguros, entonces en manos exclusivamente de firmas extranjeras. Por lo cual, tanto las primas como las utilidades del negocio de seguros se exportaban, eliminando el posible beneficio que se podría derivar de su inversión en el propio país.

## **2.5 La teoría del poder de mercado**

Pese a que los economistas neoclásicos afirman que el establecimiento de precios en condiciones competitivas tiene siempre un impacto positivo sobre el bienestar, diversos estudios han sugerido que esta conclusión clásica podría no ser tan cierta. Sutton (1997), encontró que precios muy competitivos pueden tener un efecto retroactivo mediante una mayor concentración del mercado. Norman y Thisse (2000) sugieren que el establecimiento de precios en condiciones altamente competitivas, puede llevar a una mayor concentración del mercado y a la pérdida de bienestar para la economía como un todo. Motta (2004) encontró que, en un contexto de diferenciación horizontal, una competencia más intensa puede llevar a mayor concentración del mercado.

Por lo tanto, es importante estudiar la relación que pueda existir entre la concentración de mercado y la participación relativa de mercado de las firmas aseguradoras en Costa Rica, con su conducta y desempeño (Teoría del Poder de Mercado). Lo anterior como elementos para determinar si las firmas tienen capacidad para establecer precios más altos o restringir la oferta ejerciendo poder de mercado, lo que podría resultar en una disminución del bienestar de los consumidores. Como antecedente, conviene citar el estudio realizado en la industria latinoamericana de bancos (Chortareas, Garza-García, Girardone, 2010), en el cual se encontró evidencia de una correlación positiva entre participación de mercado y rentabilidad en el mercado de bancos de Costa Rica, indicadora de la existencia de Poder de Mercado, específicamente de la hipótesis RMP. Este resultado se estima que podría deberse, en buena medida, a que los bancos más grandes (todos públicos, tres de ellos estatales), concentran más del

60% del mercado. Cabe recordar que el monopolio sobre las cuentas corrientes se mantuvo en Costa Rica hasta el año 1996, lo cual explica la alta participación relativa de mercado que mantienen los bancos del Estado. Situación similar se podría estar presentando en la industria de seguros de Costa Rica la cual se mantuvo como monopolio del Estado durante 84 años y cuyo mercado se abrió hace apenas seis años.

Poder de mercado es la capacidad que tiene una firma de aumentar el precio por encima de su curva de costo marginal y de disminuir la cantidad ofrecida sin perder clientes (Clarke, R., S. Davis y M. Waterson, 1984). La disminución de la oferta produce una pérdida de peso muerto para el consumidor que se considera socialmente indeseable, razón por la cual los gobiernos establecen regulaciones anti-monopolio tendientes a limitar la capacidad de las firmas de adquirir y ejercer poder de mercado. Una forma de ejercer el poder de mercado es mediante la colusión, o puesta de acuerdo entre las firmas que tengan alta participación de mercado, en mercados muy concentrados, para influir sobre los precios y las cantidades ofrecidas, lo cual es considerado un comportamiento anti-competitivo. Recuérdese que, en mercados competitivos, se supone que las firmas participantes no tienen poder de mercado, en la medida en que no pueden influir individualmente sobre el precio ni sobre la cantidad ofrecida del bien.

La teoría del poder de mercado propone que existe una relación directa entre la estructura del mercado, la conducta y el desempeño de la firma. Se compone de dos hipótesis; la hipótesis SCP (Structure-Conduct-Performance) y la hipótesis RMP (Relative Market Power), ambas establecen que las características observables de la estructura del mercado, su grado de concentración y la participación relativa de mercado

de cada firma, permiten determinar el comportamiento de las firmas, lo cual a su vez se manifiesta en los resultados económicos. El llamado Paradigma de Harvard (Porter, 1980) es útil como marco conceptual para explicar la relación SCP. El Paradigma define cinco características de la estructura del mercado (cinco fuerzas) que determinan la conducta y el desempeño del mercado. Estas características, que Porter (1980) denomina fuerzas, son: la amenaza de ingreso, la amenaza de sustitutos, el poder negociador de los consumidores, el poder negociador de los productores y la intensidad de la competencia entre las firmas.

Uno de los primeros esfuerzos por encontrar evidencia de la relación entre los niveles de concentración del mercado y su rentabilidad es el estudio de Bain (1951), quien tiene el mérito de haber sido el primero que formuló la hipótesis sobre concentración-utilidad (Pope, Yu-Luen, 2008). Sobre la base de la teoría del precio, Bain formuló la hipótesis de que las utilidades más altas resultantes de un mercado muy concentrado eran el resultado de un comportamiento oligopólico entre los participantes. Posteriormente, los estudios de Collins y Preston (1969), Weiss (1974) y Pearlman (1977), realizados en el mercado de seguros de los Estados Unidos, concluyeron que la concentración de mercado y la rentabilidad de la industria están positivamente correlacionados.

Bain (1951) aportó evidencia empírica de la relación entre la estructura del mercado y el desempeño de la firma por vía de su conducta. Es decir, evidencia que apoya la hipótesis SCP. Bain (1951) sugiere que mercados con pocas firmas y altas barreras de ingreso pueden incentivar políticas de precios altos entre las firmas, buscando maximizar las utilidades mediante arreglos colusivos tácitos para la fijación

de precios altos. Como resultado de la investigación realizada con datos de 355 empresas, Bain (1951) encontró que, en industrias con concentraciones superiores al 70%, la rentabilidad promedio (medida como la razón de las utilidades después de impuestos entre el capital) era del 11.5% mientras que este indicador era tan solo de 7.5% en industrias con concentraciones menores al 70%. Stigler (1964) hizo una importante contribución al sugerir que la posibilidad de colusión entre las firmas aumenta con la concentración del mercado y que, es la colusión la que finalmente determina el desempeño de las firmas. En el estudio realizado en la industria de bancos del Consejo de Cooperación del Golfo (GCC)<sup>14</sup> Saeed y Matthews (2009) encontraron evidencia que apoya la concentración del mercado como la característica significativa y determinante para explicar la rentabilidad de las firmas.

Rhoades (1985) analizó el papel potencial que tiene la participación de mercado de la firma sobre el precio y sus utilidades, encontrando evidencia que apoya la hipótesis RMP. La hipótesis sugiere que los consumidores atribuyen a los productos del líder de mercado una calidad superior, asociando el producto con la imagen de la firma, razón por la cual están dispuestos a pagar precios más altos. Esta sugerencia explica los esfuerzos en publicidad y mercadeo que hacen las firmas líderes para informar a los consumidores acerca de su posición de mercado y la respuesta positiva que obtienen y que es medida en ventas y utilidades. Rhoades (1985) aporta argumentos y datos que favorecen la participación de mercado más que la concentración como fuente de poder de mercado, lo cual tuvo repercusiones en las políticas anti-monopolio en los Estados Unidos.

---

<sup>14</sup> Los países Árabes del CGG son Bahrain, Omán, Kuwait, Qatar, Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos.

Cabe aclarar que el debate acerca de cuál tiene mayor relevancia para efectos de detectar poder de mercado, entre la concentración y la participación de mercado, se inició con Shepherd (1986). Este autor plantea argumentos teóricos a favor de la participación de mercado y su relación con la mayor rentabilidad de la firma, basándose tanto en la expectativa neoclásica de que a mayor participación de mercado corresponde mayor rentabilidad, así como también en el modelo de Cournot sobre el monopolio. Para la prueba empírica, Shephard utilizó un modelo de regresión aplicado sobre datos de las 500 firmas más grandes tomadas de la lista de la revista Fortune 500 del año 1970 y descubrió que existía una significativa correlación entre participación de mercado y rentabilidad.

Demsetz (1973) y Brozen (1982) en estudios independientes, el primero sobre el mercado de seguros de daños en los Estados Unidos, revierten la relación entre participación de mercado y rentabilidad al afirmar que, antes de la participación de mercado como variable para explicar rentabilidad, está la forma en que las firmas ganaron tal participación de mercado. Es decir, que son las firmas líderes en costos las que, gracias a precios más bajos, van ganando mayor participación de mercado y llegan posteriormente a ser las más rentables y a adquirir poder de mercado. Como resultado de este enfoque surgió una nueva hipótesis; la de Estructura-Eficiencia o ES por sus siglas en inglés, la cual sugiere que la estructura del mercado en que opera una firma es determinada por la eficiencia (Demsetz, 1973, 1974) y Peltzman (1977). En la industria de bancos de Estados Unidos de América se han realizado bastantes estudios sobre los efectos de la eficiencia en la relación SCP. Entre otros, se pueden mencionar los de Smirlock (1985), Berger (1995), Berger y Hannan (1993 y 1998). Sin embargo, esta hipótesis ES no sería de aplicación para el caso de la industria de seguros de Costa Rica,

debido a que la participación de mercado más alta, perteneciente al operador dominante (INS), es consecuencia directa de su papel como monopolista durante 84 años en el mercado costarricense. Por lo tanto, al no ser aplicable a la situación actual del país no se somete a prueba en el presente estudio.

Carrol (1993) estudió la relación existente entre las características de mercado y el desempeño de las firmas en el seguro de riesgos del trabajo en los Estados Unidos. Cabe señalar que, en Costa Rica, este seguro sigue siendo un monopolio, aunque no jurídico sino de hecho, del INS, debido a que no ha ingresado aún ningún otro asegurador a ofrecer coberturas para este tipo de riesgos.

Chidambaram, Pugel, y Saunders (1997) encontraron evidencia de una relación positiva que les permitió concluir que la estructura y características del mercado contribuyen a crear un reducido nivel de competencia entre las aseguradoras en lo referente a los ramos de no vida (daños). Por otra parte, en estudio realizado en el mercado de los seguros de vida de Estados Unidos, Cummins, Denenberg y Scheel (1972) concluyeron que existía una relación inversa entre competencia y concentración de mercado y, a la vez, una relación positiva entre concentración de mercado y rentabilidad.

La mayoría de los estudios realizados en la industria mundial de seguros en busca de evidencia de correlación, entre la estructura del mercado de seguros y su rentabilidad, se han realizado a nivel del mercado de seguros de los Estados Unidos (i.e. Joskow (1973); Carroll (1993); Chidambaran, Pugel y Saunders (1997); Bajtelsmit y Bouzouita (1998); Choi y Weiss (2005)). A nivel internacional, destaca el estudio

realizado por Nat Pope y Yu-Luen Ma (Pope, Ma, 2008) para examinar la relación entre concentración de mercado y la rentabilidad en el sector de seguros de daños a nivel internacional. El estudio, que incluye información de la industria de seguros de daños de veintitrés países, concluye que el efecto de la concentración del mercado sobre la rentabilidad del mercado asegurador varía dependiendo del nivel de liberalización del mercado. Los autores encontraron evidencia de que la existencia de altas barreras de entrada al ingreso de firmas externas facilita el comportamiento colusivo entre las firmas, lo cual tiende a aumentar el poder de mercado de estas.

Berry-Stolzle *et al* (2010) analizaron datos de 456 compañías de seguros de 50 países en desarrollo, con el propósito de evaluar diferentes estrategias para el ingreso y crecimiento de las firmas de seguros entrantes en mercados emergentes. Evaluaron específicamente cinco decisiones estratégicas relacionadas con: a) el grado de diversificación de productos; b) si las firmas debían concentrarse en el ramo de vida o de no vida; c) que tan rápido debían crecer; d) los niveles de apalancamiento y e) el tamaño óptimo de la firma. Encontraron que las estrategias más exitosas para entrar en mercados emergentes de seguros son las relacionadas con: i) tasas de crecimiento altas en cuanto a participación de mercado; ii) rápido crecimiento del tamaño de la firma; iii) mayor énfasis en el ramo de seguros de vida y iv) bajo apalancamiento. Cabe señalar que los mercados de seguros emergentes atraen a muchas firmas extranjeras porque tienen las tasas de rentabilidad y de crecimiento del mercado más altas, en comparación con las de mercados más desarrollados (Berry-Stolzle *et al*, 2010).

Wright (1977), estudió la relación entre concentración, cambios en la concentración, diferenciación del producto y economías de escala en una muestra de

206 firmas industriales con datos del período comprendido entre los años 1947 y 1963. Encontró evidencia de que la diferenciación del producto afecta los cambios en la concentración relativa del mercado en mercados muy concentrados, porque evita la erosión de la participación de mercado de las firmas más grandes. Cummins (1972) encontró que la concentración y la competitividad están inversamente relacionadas, por lo que concluyó que mercados muy concentrados tienen precios más altos que los mercados con menor concentración. O sea, que a mayor concentración del mercado menor competitividad y mayor nivel de precios.

## **2.6 El mercado de riesgos residuales**

En un mercado competitivo, las firmas aseguradoras están en libertad de seleccionar los riesgos que están dispuestos a asegurar por lo que los solicitantes considerados de “alto riesgo”<sup>15</sup>, de conformidad con los estándares de la industria, podrían ser rechazados y no encontrar aseguradora que les brinde la cobertura requerida (Pfeffer, 1974). Estos riesgos “no asegurables”, según los estándares de la industria aseguradora, se denominan riesgos residuales. Mientras que, se denomina mercado residual o mercado de riesgos residuales, a los sistemas de aseguramiento de líneas de seguros, algunas de ellas con coberturas obligatorias (i.e. riesgos del trabajo y responsabilidad civil de autos), que sirven como cobertura de último recurso para empresas o individuos que son rechazados por las firmas aseguradoras. La existencia de riesgos residuales podría considerarse como una externalidad negativa del mercado

---

<sup>15</sup> Se consideran como “alto riesgo” aquellos individuos o firmas con un historial pobre debido a pérdidas ocasionadas por: medidas de seguridad inadecuadas, ciertos tipos de profesiones u oficios riesgosos, profesiones en las cuales el riesgo de demandas por mal praxis pueda ser elevado, o bien, ubicaciones peligrosas por el riesgo de robo, vandalismo o la exposición a desastres naturales.

competitivo ya que se trata de riesgos que no encuentran cobertura como resultado de la alta competencia entre las firmas aseguradoras.

En muchos países, existen riesgos cuya cobertura mediante un seguro deviene en obligatoria por ley, como medida para la protección del bienestar común de la población. Aquellos consumidores considerados no asegurables, debido a los estándares de selección de las aseguradoras, se ven en una situación de desventaja contra tales riesgos, puesto que se les inhibe de realizar la actividad cuyo riesgo asociado sea de aseguramiento obligatorio. Tal es el caso de los consumidores considerados no asegurables en relación con los seguros obligatorios de responsabilidad civil de automóviles y de Riesgos del Trabajo en los Estados Unidos. Pero también podría ser el caso de algunos seguros que, aunque no sean obligatorios, pueden considerarse como esenciales. Por ejemplo los seguros de salud y de vida para personas mayores de 65 años, lo mismo que los seguros de daños para las propiedades ubicadas en zonas expuestas a los llamados Actos de Dios<sup>16</sup>.

Las firmas que requieran contratar obligatoriamente un seguro contra riesgos del trabajo para sus trabajadores y que se desempeñen en actividades consideradas riesgosas, para los estándares de la industria aseguradora, podrían ser discriminadas e inhibidas de operar ante la negativa de las firmas aseguradoras de brindarles la cobertura. En resumen, todos los riesgos que sean excluidos por los estándares de selección de las aseguradoras conforman los riesgos residuales, y las medidas de aseguramiento que se implementen para atenderlos serían el llamado mercado de riesgos residuales o mercado residual de seguros.

---

<sup>16</sup> Desastres naturales

Cabe destacar que, en algunos países con mercados de seguros desarrollados, como es el caso de los Estados Unidos de América, el tamaño del mercado residual ha venido en crecimiento como resultado del aumento de la competencia entre aseguradores y las estrategias implementadas para disminuir sus tasas de siniestralidad por debajo del promedio de la industria. Sin embargo, parece que sucede lo contrario en los países de Europa. Ya que, según el estudio realizado por Pfeffer (1974), el mercado residual tiende a disminuir en estos países, gracias a mecanismos de defensa social efectivos que se establecieron hace varias décadas cuando los países europeos identificaron el riesgo residual como un problema social de atención urgente. Con un sentido de solidaridad, la industria de seguros privada de los diferentes países de la Unión Europea creó fondos comunes llamados *pooles* de seguros, a nivel nacional, para el aseguramiento de riesgos residuales con el aporte de todas las firmas aseguradoras. Por su parte, los gobiernos establecieron mecanismos de detención de pérdidas (*stop-loss*) para riesgos catastróficos, los cuales actúan como reaseguradores de los *pooles* de aseguramiento (Pfeffer, 1974). Esto indica que, cuando el problema social derivado de los riesgos residuales es detectado y tomado en serio a tiempo, es posible detener su crecimiento evitando que se convierta en un problema mayor para la sociedad. Precisamente, esa es una de las razones para estudiar el tema aún antes de que se presente y termine convirtiéndose en un problema nacional.

### **2.6.1 Aseguramiento bajo condiciones de información asimétrica**

Gracias a los estudios realizados por Akerlof (1970) y Rothschild y Stiglitz (1976) sobre economía de la información en la industria de seguros, este mercado es considerado uno de los más afectados por la información asimétrica. La asimetría de la información se presenta cuando el solicitante del seguro maneja información acerca de su perfil de riesgo que la aseguradora desconoce. Tal asimetría puede llevar a una situación conocida como selección adversa. La selección adversa<sup>17</sup> se presenta como resultado de que la propensión a comprar seguros y la cantidad comprada, están positivamente correlacionadas con el riesgo siniestral de la persona. Es decir, las personas con mayor perfil de riesgo tienden a comprar más seguros. Esta es la situación inversa a la del riesgo residual y se presenta cuando el solicitante de un seguro conoce bien su riesgo siniestral, mientras que la compañía de seguros lo desconoce. Un ejemplo típico es el de los fumadores y la compra de seguros de vida. Si los fumadores, que tienen una expectativa menor de vida, tienden a comprar más seguros, las firmas enfrentarán mayores tasas de siniestralidad y tendrían que subir las primas. Como resultado, los no fumadores podrían no comprar seguros de vida o comprar menos, resultando en una mayor siniestralidad y en pérdidas para las firmas aseguradoras que terminan cayendo en una espiral o círculo vicioso que, en teoría al menos, podría llevar a la quiebra de la industria.

Como resultado de la selección adversa se presenta un sub aseguramiento por el cual la cantidad de equilibrio de seguros es menor que la cantidad eficiente y el precio de equilibrio del seguro está por encima del precio eficiente (Akerlof, 1970) y

---

<sup>17</sup> En algunos mercados también se conoce como riesgo moral

(Rothschild, Stiglitz, 1976). Lo eficiente sería asegurar a todos los que demanden seguros pero, en el equilibrio, los individuos con la menor siniestralidad van a permanecer sin seguro en razón del mayor precio resultante de la selección adversa. Para mitigar la selección adversa las firmas recurren a mecanismos tales como los deducibles o franquicias, las clasificaciones de grupos de riesgo y a buscar información sobre el perfil de riesgo y la experiencia siniestral del solicitante. Otro tipo de medidas son aquellas relacionadas con la intervención del Estado, bien sea obligando al aseguramiento general de las personas (buenos y malos riesgos), o mediante la aplicación de subsidios a las coberturas de seguros como por ejemplo en el caso de los seguros de cosechas (Einav, Finkelstein, 2011).

La selección adversa puede presentarse en mercados como el de Costa Rica con el seguro obligatorio de vehículos. Actualmente, lo que se asegura es el vehículo que no necesariamente es conducido siempre por el dueño o contratante del seguro. Por lo tanto, la aseguradora al ofrecer la cobertura desconoce el perfil de riesgo de la persona que va a conducir el vehículo. El hecho de que se trate de un seguro que obligatoriamente debe adquirirse y que ofrece para todos los vehículos una misma cobertura, mitiga un poco el riesgo en la medida en que exista un único asegurador. Pero, en un mercado en competencia, la selección adversa perjudicaría a aquellos aseguradores que terminen quedándose con los malos riesgos, situación que va a impactar negativamente la siniestralidad de su cartera y a llevar su índice combinado a niveles superiores al 100%, generando resultados técnicos negativos.

### **2.6.2 La selección ventajosa; cuando la información asimétrica favorece a las firmas.**

Por otro lado, se puede presentar una situación contraria a la selección adversa en aquellos casos de personas con alta aversión al riesgo. Estas personas, por lo general, presentan estadísticas de baja siniestralidad pero a la vez tienden a comprar más seguros. Por lo tanto, son consumidores que se vuelven muy rentables para las firmas aseguradoras. En estas circunstancias; alta aversión al riesgo, baja siniestralidad y alta tendencia a la compra de seguros, se presenta una situación conocida como “selección ventajosa”, que es una imagen espejo de la selección adversa, pero que también lleva a ineficiencia del mercado de seguros por el sobre aseguramiento que produce.

La selección ventajosa no es solo una posibilidad teórica sino que ha sido documentada en varios estudios. Por ejemplo, Finkelstein y McGarry (2006) encontraron evidencia empírica de selección ventajosa en el mercado de cuidados de salud prolongados de los Estados Unidos ya que, los individuos más cautelosos (es decir con mayor aversión al riesgo), invertían más en cuidados preventivos y eran los menos propensos a usar este tipo de cuidados. Sin embargo, al mismo tiempo, eran los que más seguros de salud compraban.

# CAPÍTULO III

## METODOLOGÍA

---

*Physics generally judge models according to their ability  
to account for the facts, not their mathematical rigor.*  
Herbert Gintis

# **METODOLOGÍA**

## **3.1 Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación se refiere al plan o estrategia que tiene como objetivo obtener la información requerida para efectos de someter a prueba las hipótesis de estudio. La presente investigación plantea tres áreas de estudio relacionadas que tienen que ver con: i) el posible aumento del bienestar del consumidor de seguros como resultado de la apertura del mercado de seguros en Costa Rica, medido a través de las variables: precio, productos disponibles, servicio al cliente e innovación; ii) la búsqueda de evidencia que permita corroborar o refutar si existe poder de mercado en el mercado de seguros de Costa Rica; iii) un estudio documental de los mercados de riesgos residuales de Estados Unidos. En el tercer caso, se busca poder extraer conclusiones acerca de la forma en que algunos de estos mercados han resuelto el problema de los riesgos residuales, así como la posible aplicación de algunas de esas medidas en Costa Rica. Anticipándose de esta manera a la aparición de riesgos residuales que se predice ocurrirán conforme aumente la intensidad competitiva del mercado de los seguros obligatorios, tanto para el SOA como los riesgos del trabajo.

## **3.2 Investigación sobre el posible aumento del bienestar del consumidor de Seguros como resultado de la apertura del Mercado.**

Dado que la medición del bienestar es difícil, por tratarse de un tema subjetivo (Rojas, 2009), se tratará de medir el bienestar del consumidor de seguros haciendo referencia a cuatro variables; *precio de los seguros; cantidad de seguros disponibles (oferta), servicio al cliente e innovación.*

Se trata entonces de un diseño no experimental transeccional para recoger opiniones de intermediarios de seguros que tienen experiencia trabajando en ambos mercados tanto el monopolio antes del 2008 y el mercado de competencia después de la apertura. La investigación por lo tanto, es de tipo cualitativa y consiste en analizar las opiniones de un grupo de intermediarios de seguros conformado alícuotamente con representantes de cada uno de los tres tipos de canales que operan actualmente en el mercado de seguros costarricense: 1.-agentes independientes, 2.- agentes de sociedad agencia de seguros y 3.- corredores de seguros.

### **3.2.1 La investigación cualitativa**

El objetivo de la investigación es recabar el criterio de intermediarios de seguros acerca del comportamiento de las variables seleccionadas (precio, oferta de seguros, servicio al cliente e innovación) tanto durante el monopolio como en un mercado competitivo. Para lo cual, se aplicará un cuestionario pre codificado usando la escala de Lickert, con respuestas cerradas, a una muestra de intermediarios, con el propósito de conocer su percepción acerca de si ha habido mejora, deterioro o se mantiene igual el bienestar de los consumidores durante el monopolio y después de la apertura.

La unidad de análisis es el intermediario de seguros. Actualmente, hay tres tipos de intermediarios de seguros en el mercado costarricense. Los agentes de seguros, que son personas físicas autorizadas por SUGESE para realizar labores de intermediación de seguros mediante contrato con una o varias aseguradoras. Hay registrados en SUGESE 1011 personas como agentes independientes de seguros. Adicionalmente, están registrados en SUGESE 31 sociedades agencia de seguros y 20 sociedades corredoras

de seguros, que son sociedades anónimas que operan por medio de corredores inscritos y autorizados por SUGESE, a diciembre de 2014.

La población de los intermediarios de seguros que interesa está constituida solo por los agentes y agencias de seguros que operan desde antes del año 2008 y que se mantienen activos como intermediarios. Se selecciona esta muestra de población porque son sus miembros quienes mejor conocen el mercado, los seguros y las variables que interesan: precio, cantidad (oferta), servicio al cliente e innovación, tanto durante el monopolio como en la actualidad en un mercado de competencia.

La población de corredores de seguros está constituida por los corredores de las 20 corredurías que operan actualmente y ya operaban antes de 2008 como intermediarios de seguros. Cabe señalar que, antes de que entrara a regir la nueva Ley de Seguros, no existía la figura jurídica de correduría de seguros ni la de corredor. Sin embargo, la mayoría de las actuales Corredurías de Seguros se desempeñaron durante el monopolio como Sociedades Agencia de Seguros del INS. Por ejemplo, este es el caso de los dos mayores bancos del país: el Banco Nacional y el Banco de Costa Rica que transformaron sus Sociedades Agencia de Seguros en Corredurías de Seguros, a partir de la apertura del mercado y al amparo de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros que creó dicha figura.

Para efectos de aplicar el cuestionario, se seleccionó una muestra de 16 personas por cada uno de los tres grupos de intermediarios. Cada integrante de la muestra cumple con el criterio principal que es el conocimiento de ambos mercados (antes y después de la apertura). Por lo tanto, se trata de seleccionar muestras no probabilísticas,

puesto que no serán elegidas al azar, aplicando el criterio de selección “conocimiento del mercado de seguros durante y después del monopolio”. De acuerdo con lo que señala Hernández (1991), en las investigaciones cualitativas interesan específicamente los casos que cumplan con el criterio de selección a efectos de que ayuden a entender el fenómeno de estudio y permitan responder las preguntas de investigación. Por lo tanto, en este tipo de investigaciones, el tamaño de la muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, ya que el objetivo no es generalizar los resultados del estudio en una población más amplia (Hernández, 1991). Se trabaja entonces con muestras no probabilísticas o dirigidas, donde la elección de los elementos que la componen depende de razones relacionadas solo con las características de la investigación (Hernández, 1991). Según Neuman (2010), en este tipo de investigaciones, el tamaño de la muestra no se fija necesariamente de previo a la recolección de los datos sino que se empieza perfilando un número aproximado de casos y se va recolectando información hasta llegar a la “saturación de categorías”, que es aquella situación donde los casos nuevos ya no van agregando información o datos novedosos.

Para efectos de recabar la información correspondiente, la muestra de intermediarios de seguros está constituida por cuotas seleccionadas de los tres grupos de intermediarios de la siguiente forma: 33% de agentes de seguros personas físicas, 33% de Sociedades Agencia de Seguros y 33% de las Corredurías. En vista de que la población es bastante homogénea con respecto al conocimiento de los productos de seguros antes y después de la apertura del mercado, la muestra a estudiar será de 48 intermediarios seleccionados de la siguiente forma: 16 agentes de seguros personas físicas, 16 agentes de Sociedades Agencias de Seguros y 16 corredores de seguros.

En todos los casos, los entrevistados deben cumplir con el principal criterio de selección: que estén desempeñando sus funciones como intermediarios de seguros desde al año 2007, o antes, y continúen desempeñándose como tales al momento de la entrevista. Lo cual sirve para garantizar el conocimiento de ambos mercados (antes y después de la apertura). Cabe señalar que a todos los encuestados se les pidió que no anotaran su nombre en la encuesta, para efectos de poder garantizarles mayor la confidencialidad de la información que brindaran.

### **3.2.2 El cuestionario**

Para recopilar los datos se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas, con cinco opciones de respuesta previamente delimitadas para que sean más fáciles de codificar y analizar. Las preguntas o afirmaciones fueron codificadas utilizando la escala de Likert. Para la aplicación de la escala se utiliza un cuestionario compuesto por un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, sobre los cuales se le solicita al entrevistado que elija una opción de las cinco categorías de la escala que se le presentan. A cada una de las opciones se le asigna, de previo, un valor numérico, de manera que, para cada respuesta, se obtiene una puntuación respecto de la afirmación. Al final, se suman las puntuaciones de todos los cuestionarios para poder evaluar las variables y la hipótesis de trabajo. Para lograr un buen diseño del cuestionario es importante tener presente que el número de categorías de respuesta tiene que ser igual para todas las preguntas o afirmaciones, respetando siempre el mismo orden o jerarquía de las opciones para todas las frases.

Con el objetivo de medir cada variable, se definieron cinco indicadores. Estos indicadores son los que se utilizan directamente para medir las variables mediante las diferentes preguntas y afirmaciones del cuestionario. Para cada indicador, se establece al menos una afirmación o frase, a las cuales deben responder los entrevistados escogiendo solo una de cinco opciones que se le ofrecen en cada caso. Las opciones han sido precodificadas mediante una escala del 1 al 5, de manera que 5 sería la calificación más alta, correspondiente a la opción más favorable hacia la hipótesis y 1 la alternativa que totalmente contraria a la hipótesis. El valor intermedio (No sabe/No responde) equivale a 3. Los indicadores seleccionados para recabar información sobre las variables son los siguientes:

**Variable Precio.** Se consideraron como sus indicadores: las primas, las coberturas, la relación entre las primas y las coberturas, los descuentos o recargos a las primas, y los “combos”. Este último indicador se refiere a la posibilidad de que los consumidores accedan a mejores precios si compran varios seguros al mismo tiempo, o bien, varias combinaciones predeterminadas (combos) de seguros. En un mercado de competencia, se espera que estos indicadores reflejen precios menores cuando se comparan con los precios del monopolio. Por lo tanto, las primas, en un mercado de competencia, deberían ser menores (y posiblemente las coberturas mayores), a las ofrecidas por el monopolista durante su ejercicio exclusivo. De ser así, esto indicaría que el bienestar del consumidor de seguros ha aumentado, a raíz de la apertura, ya que tiene que destinar una menor parte de su ingreso al pago de seguros. Por lo tanto, un comportamiento de la variable precio que refleje una disminución después de la apertura estaría a favor de lo que establece la hipótesis de trabajo.

**Variable Oferta de Productos.** Se consideran como indicadores de esta variable: la variedad de seguros; las líneas de seguros disponibles; la disponibilidad de productos; la posibilidad de combinar productos o coberturas y la disponibilidad de canales de venta.

**Variable Servicio al Cliente.** Los indicadores para medir esta variable son: el tiempo de respuesta de aseguramiento. El tiempo de respuesta para el pago de reclamos. La disponibilidad de canales de pago. La disponibilidad de productos de aseguramiento automático (productos autoexpedibles). El fácil acceso a la información de los seguros para el consumidor.

**Variable Innovación.** Los indicadores son: Productos novedosos. Campañas novedosas de promoción del seguro. Modalidades nuevas de seguros (i.e. seguro de mascotas etc.). Uso de medios electrónicos para el aseguramiento. Uso de medios electrónicos para el trámite de reclamos.

En todos los casos, es de esperar que los indicadores muestren una mejoría en el entorno actual de mercado (competencia), con respecto de la situación durante el monopolio, según el criterio de los encuestados. Se presenta a continuación un cuadro resumen de las variables y sus correspondientes indicadores.

**Tabla 4. Resumen de variables e indicadores**

<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>PRECIO</b>	<b>PRIMAS</b>
	<b>COBERTURAS</b>
	<b>RELACIÓN PRIMAS/COBERTURAS</b>
	<b>DESCUENTOS (RECARGOS)</b>
	<b>COMBOS (CROSS-SELLING)</b>
<b>VARIEDAD DE LA OFERTA</b>	<b>VARIEDAD DE SEGUROS</b>
	<b>LÍNEAS DISPONIBLES POR RAMO DE SEGURO</b>
	<b>PRODUCTOS DISPONIBLES POR LÍNEA DE SEGURO</b>
	<b>COMBINACIONES DE PRODUCTOS O COBERTURAS</b>
	<b>AUMENTO DE LA DISPONIBILIDAD DE CANALES DE VENTA</b>
<b>SERVICIO AL CLIENTE</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA PARA ASEGURAMIENTO</b>
	<b>TIEMPO DE RESPUESTA PARA PAGO DE RECLAMOS</b>
	<b>FACILIDADES DE CANALES DE PAGO</b>
	<b>AUMENTO DE PRODUCTOS AUTOEXPEDIBLES</b>
	<b>FACILIDADES DE ACCESO A INFORMACIÓN (INTERNET, CONTACT CENTERS, ETC.)</b>
<b>INNOVACIÓN</b>	<b>DESARROLLO DE PRODUCTOS NOVEDOSOS</b>
	<b>CAMPAÑAS NOVEDOSAS PARA PROMOCIÓN DEL SEGURO</b>
	<b>NUEVAS MODALIDADES DE SEGUROS</b>
	<b>USO NOVEDOSO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA EL ASEGURAMIENTO</b>
	<b>USO NOVEDOSO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA EL TRÁMITE DE RECLAMOS</b>

Fuente: Elaboración propia

### 3.2.3 Definición operacional de las variables y sus indicadores

**3.2.3.1 Variable Precio y sus indicadores:** El precio de un seguro se conoce como la prima. La prima se define como la cantidad de dinero que debe pagar el tomador del seguro a la aseguradora, como contraprestación por la cobertura del riesgo asegurado. Por lo tanto, el precio incluye las dimensiones de la prima y la cobertura correspondiente. Se supone que ambas (precio y cobertura) tienen una relación directa y positiva de manera que, a mayor cobertura, mayor precio y viceversa.

#### Indicadores de la variable precio:

Prima: Es la cantidad de dinero que debe pagar el tomador del seguro a la aseguradora a cambio de la cobertura por el riesgo asignado. La prima depende de la duración del seguro, de la probabilidad de que suceda el siniestro, de su costo y de la cobertura o monto asegurado.

Cobertura: La cobertura de un seguro es el riesgo que cubre la póliza contratada con todas sus limitaciones, delimitaciones y exclusiones.

Relación entre la prima y la cobertura o razón prima/cobertura: Para las pólizas de seguros generales (los que cubren bienes inmuebles, como casas y automóviles), el valor de la propiedad y la cantidad de cobertura son los factores más importantes para la determinación de la prima. Al comparar la razón prima/cobertura se puede determinar con mayor certeza si un seguro es más barato o más caro que otro. Por ejemplo, ante

primas iguales, se puede determinar cuál seguro es mejor comparando los precios con las coberturas que cada prima incluye.

Descuentos (recargos) y valores agregados: Las aseguradoras pueden aplicar un sistema de bonificaciones y penalizaciones o sea de descuentos y recargos sobre la prima básica, en función de los siniestros declarados en los últimos doce meses por el asegurado. Si no hubo siniestros se pueden aplicar descuentos y si se produjeron indemnizaciones por siniestros, la aseguradora podría aplicar recargos. Por lo general, los descuentos y recargos se aplican a las pólizas de los seguros de responsabilidad civil obligatoria o voluntaria, autos, daños propios, robo e incendio para casa de habitación y comercial. Adicionalmente, como una forma de incentivar el consumo de algunos seguros, las aseguradoras suelen incluir valores agregados conocidos como “asistencias” en el caso de los seguros generales. Por ejemplo, algunos aseguradores ofrecen el servicio de asistencia de grúa en carretera o asistencia en el hogar para promover la venta de los seguros de autos y de incendio respectivamente.

Combos o mercadeo cruzado: En marketing, se llama venta cruzada (del inglés *cross-selling*) a la táctica mediante la cual un vendedor trata de vender productos complementarios a los que consume o pretende consumir un cliente. Su objetivo es aumentar los ingresos de una compañía. Utilizando esta táctica, las compañías de seguros pueden estimular a sus clientes a adquirir varios seguros conjuntamente, ofreciéndoles descuentos por la compra conjunta, como una forma de aumentar sus ingresos. Por ejemplo, a una persona que va a comprar un seguro para su automóvil podría interesarle adquirir además el seguro de incendio para su casa y una póliza de

vida personal. Podría ayudarle a tomar una decisión en ese sentido si se le ofrecen descuentos, o precios atractivos por la compra del “combo”.

### **3.2.3.2 La Variable “Variedad de la oferta” y sus indicadores:**

*Variedad de seguros:* Las aseguradoras ofrecen seguros tan diversos como los riesgos que cubren. Por lo general, los diferentes tipos de seguros se clasifican en dos grandes ramos: Seguros Personales y Seguros Generales o lo que es lo mismo; seguros de vida y seguros de no vida también conocidos como seguros de daños. En Costa Rica, a estos dos grandes ramos se le suma un tercero; el de los seguros obligatorios, también llamados seguros solidarios el cual incluye los seguros de riesgos del trabajo y el seguro obligatorio de automóviles. Mediante el indicador se trata de determinar si la oferta (variedad) de seguros ha crecido como resultado de la apertura del mercado.

*Líneas disponibles por ramo de seguros:* Los ramos de seguros a su vez se componen de líneas de seguros. En Costa Rica, los ramos de seguros se mantienen iguales antes y después de la apertura del mercado (3 ramos), pero el indicador trata de determinar si las líneas de seguros que componen cada uno de los tres ramos han aumentado.

*Seguros disponibles por línea de seguros:* A su vez las líneas de seguros se componen de seguros individuales o productos de seguros. El indicador trata de determinar si los productos de seguros han aumentado después de la apertura o si se mantiene un número parecido de productos.

Combinaciones de productos y de coberturas: El indicador trata de determinar si el aumento de la variedad de seguros disponibles después de la apertura del mercado (en caso de que se diera) es el resultado de productos y coberturas nuevas o solo es el resultado de una combinación de los mismos productos y coberturas que había disponibles antes de la apertura del mercado.

Aumento en la disponibilidad de canales de venta: Se espera, a partir de la experiencia en otros mercados de seguros que a mayor cantidad de canales de venta, corresponde un mayor acceso de los consumidores a los seguros. Internet ha representado una revolución, no solo en cuanto a la disponibilidad y acceso a la información, sino además en cuanto a la disponibilidad y acceso de los consumidores a los diferentes productos que se ofrecen en el mercado. Los seguros no son la excepción y, hoy en día, los llamados canales electrónicos de ventas (Internet) se han convertido en los de mayor crecimiento en los países desarrollados. Se espera que, a raíz del ingreso de competidores al mercado, se haya dado un crecimiento de los medios electrónicos para la venta de seguros en Costa Rica.

**3.2.3.3 La variable Servicio al cliente y sus indicadores:** Cualquier compañía de seguros tiene dos procesos principales de cara a sus clientes, lo que se denomina el *front-office*. Estos procesos son; el proceso de aseguramiento<sup>18</sup> y el proceso de los reclamos. Por lo tanto, la variable servicio al cliente en las aseguradoras tiene que ver con la forma en que la aseguradora maneja estos dos procesos de su *front-office* de cara al cliente a los intermediarios.

---

<sup>18</sup> En inglés se denomina “*underwriting*” al proceso mediante el cual una aseguradora evalúa el riesgo y decide si lo asegura o no.

Tiempo de respuesta para el aseguramiento: El indicador trata de determinar si el tiempo de respuesta de las aseguradoras a una solicitud de aseguramiento ha disminuido cuando se compara con la situación antes de la apertura del mercado. Es decir, si luego de la apertura del mercado los clientes están recibiendo respuestas más rápidas a sus solicitudes de aseguramiento.

Tiempo de respuesta para el trámite y pago de reclamos: Igual que en el caso del indicador anterior, se trata de determinar si el tiempo de respuesta de las aseguradoras ha disminuido cuando se compara con la situación antes de la apertura del mercado para el pago de los reclamos de sus clientes. Es decir, si luego de la apertura del mercado, los clientes reciben una respuesta más rápida a su solicitud de pago de un siniestro que durante el monopolio.

Facilidades de pago (aumento de la disponibilidad de canales de pago): De manera similar a las facilidades que brindan los medios electrónicos a los consumidores para acceder a la compra de productos, internet se ha convertido en un medio ágil y eficiente para el pago de productos y servicios y otras transacciones. Con este indicador se trata de determinar si el ingreso de aseguradores al mercado ha representado un aumento en la disponibilidad de canales para el pago de los seguros. Por medio de internet un consumidor de seguros podría, desde la comodidad de su casa, contratar, pagar y renovar sus pólizas de seguros, lo cual representaría una mejora significativa en materia de servicio al cliente y mayor bienestar de los consumidores de seguros.

Aumento de los productos autoexpedibles: Los seguros autoexpedibles son pólizas de bajo costo, de fácil suscripción y que no requieren exámenes previos a su emisión. Por

lo tanto, su contratación es inmediata y automática. Quiere decir que la contratación y compra del seguro no tiene ningún proceso de análisis previo (*underwriting*)<sup>19</sup> por parte de la aseguradora, por lo que su suscripción es automática. El indicador trata de determinar si la oferta de este tipo de productos ha aumentado a raíz de la apertura del mercado.

*Facilidades de acceso a la información de seguros:* Tradicionalmente, los seguros han sido un servicio financiero que requiere de algún tipo de asesoría para su contratación, razón por la cual existen los intermediarios o asesores de seguros. Sin embargo, durante la última década, en los países desarrollados los medios electrónicos, en particular el internet, han cambiado la estructura de los mercados de seguros, al acercar la aseguradora a los consumidores. Actualmente, los consumidores sin salir de su casa pueden acceder a mucha información sobre los productos y coberturas disponibles, así como cotizar precios de diferentes aseguradoras. En este caso, el indicador trata de determinar si el ingreso de nuevos competidores ha mejorado el acceso a la información contribuyendo con la creación de una cultura de seguros. Es decir, si la apertura del mercado está contribuyendo con la formación de consumidores de seguros mejor informados sobre el tema y más conscientes de los riesgos y sus consecuencias.

---

<sup>19</sup> Adicionalmente, en el *underwriting* las aseguradoras miden la exposición al riesgo para determinado cliente y establecen la prima que debe cobrarse para asegurarlo.

#### **3.2.3.4 La Variable Innovación y sus indicadores:**

La palabra innovación proviene del latín *innovare*. Este concepto se utiliza, de manera específica, para nuevas propuestas, inventos y su implementación económica. La innovación tiene que ver con: nuevos productos, nuevos mercados, nuevos modelos, nuevos procedimientos, nuevos procesos, nuevas vías de distribución, nuevas campañas de publicidad, nuevas frases publicitarias, etc.

Productos novedosos: Mediante este indicador se trata de determinar en qué medida, el ingreso de aseguradores al mercado ha ocasionado la aparición de productos novedosos, diferentes a los ofrecidos antes de la apertura del mercado.

Campañas de publicidad novedosas para promover el consumo de seguros. Con este indicador se trata de determinar en qué medida ha habido innovación, a partir de la apertura, por ejemplo en materia de anuncios y publicidad de seguros para promover su consumo.

Nuevas modalidades de seguros: Por medio de este indicador se trata de determinar si, a raíz del ingreso de aseguradores al mercado, se están ofreciendo modalidades o tipos de seguros que no se habían ofrecido durante el monopolio. Es decir, si se están desarrollando nuevos productos para dar cobertura a riesgos que antes, durante el monopolio, no se consideraban. Los seguros de salud para mascotas son un ejemplo. Antes de la apertura del mercado el asegurador estatal nunca consideró la oferta de esta modalidad de productos, posiblemente por considerarlo “no esencial”. Sin embargo, el ingreso de competidores lo ha inclinado a ofrecer coberturas novedosas como esta.

Uso novedoso de los medios electrónicos. Mediante dos indicadores se trata de determinar si, a raíz de la apertura, se está innovando en el uso de los medios electrónicos para cubrir los dos procesos principales de un asegurador; el aseguramiento y el pago de reclamos. Por ejemplo, antes de la apertura el monopolista contaba con un sitio web que no le permitía al consumidor hacer transacciones. Se trata de determinar si la apertura impulsó cambios y aplicaciones novedosas en el uso de los medios electrónicos para apoyar la venta de seguros, tanto por parte del anterior monopolista como de las aseguradoras entrantes.

Una vez recolectadas las boletas con las respuestas de los intermediarios seleccionados para la entrevista, los resultados fueron tabulados, sumando los valores de las respuestas se evaluó si permiten concluir que existe evidencia empírica para aceptar o rechazar la hipótesis de trabajo: “La apertura del mercado ha aumentado el bienestar de los consumidores medido en términos de precio, oferta de productos y servicios, servicio al cliente e innovación”.

### **3.3 Investigación sobre la Teoría del Poder de Mercado.**

Otra parte de la investigación incluye la búsqueda de evidencia empírica que permita corroborar o refutar alguna, o bien ambas, hipótesis de la teoría del poder de mercado, la cual relaciona las variables independientes: concentración de mercado y participación de mercado con la variable dependiente precio. Para ello se recogió y tabuló información de los reportes financieros trimestrales que todas las firmas aseguradoras deben presentar ante la SUGESE y además subir a su sitio web.

El primer paso, una vez recolectada y tabulada la información, fue realizar un análisis de correlación para tratar de medir la asociación entre las variables. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación, el cual describe la fuerza de la relación entre dos conjuntos de variables. También se le conoce como  $r$  de Pearson y puede adoptar valores entre  $-1$  a  $+1$ .

Para determinar la proporción en que las variables dependientes se explican como consecuencia de un cambio en las independientes, se utilizó el coeficiente de determinación, el cual se calcula elevando al cuadrado el coeficiente de correlación. La relación esperada entre las variables se resume en el cuadro No. 3. Adicionalmente, se corrieron varias pruebas de residuos. Cabe señalar que para el análisis de la información se utilizó un software especialmente diseñado para el análisis econométrico y estadístico llamado *EViews*, con el objetivo de lograr un manejo más eficiente de los datos y un análisis más preciso de la información para determinar si existe evidencia empírica que permita aceptar o rechazar alguna o ambas hipótesis de la Teoría de Poder de mercado.

Pervan y Pavic (2003) en estudio realizado sobre la concentración de mercado y la rentabilidad de las empresas en la economía de Croacia, probaron varios tipos de funciones matemáticas, llegando a la conclusión de que la función lineal es la que representa mejor la conexión entre ambas variables. Por lo tanto, en el presente estudio se utilizará una función de regresión lineal simple para probar ambas hipótesis de manera simultánea.

El modelo de regresión lineal se usa para explicar el comportamiento de una variable dependiente o endógena, representada mediante la letra  $Y$ , en función de un

conjunto de variables explicativas  $X_i$ , mediante una relación de dependencia que puede ser simple, en cuyo caso  $i=1$ , o múltiple cuando  $i>1$ .

La primera hipótesis de la teoría de poder de mercado es la hipótesis Estructura-Conducta - Desempeño (SCP), la cual sugiere que existe una relación positiva entre la concentración de mercado, la conducta y el desempeño de la firma (Stiegler, 1964). El poder de mercado se explica debido a que, en un mercado muy concentrado, es muy probable que se den conductas colusivas, en la medida en que las empresas que deben ponerse de acuerdo son pocas. La expresión matemática de la hipótesis SCP es del tipo  $P_i = \beta_0 + \beta_1 CM_i + u_i$ , donde  $P_i$  es el precio y  $CM_i$  es la concentración del mercado, medida mediante el índice de Herfindahl-Hirschman (HH):  $HH_i = \sum (MS)^2$ , mientras que  $u_i$  es una variable aleatoria (estocástica), que se conoce como término de perturbación o término de error. Para confirmar la hipótesis SCP se esperaría que  $\beta_1 > 0$ . Mientras que para  $\beta_1 = 0$  la conclusión sería que la concentración del mercado, medida por el índice de Herfindahl, no influye entre las firmas líderes para favorecer una colusión entre ellas. Por lo tanto, la ecuación para probar la hipótesis SCP sería:

$$P_i = \beta_0 + \beta_1 \sum (MS)^2 + u_i$$

La hipótesis del Poder Relativo del Mercado (RMP) sugiere que es en realidad la participación de mercado la que refleja el poder de mercado (Rhoades, 1985 ; Shepherd, 1986) y no la concentración del mercado. La expresión matemática para la hipótesis RMP es del tipo;  $P_i = \beta_0 + \beta_1 MS_i + u_i$ , donde  $MS_i$  representa la participación relativa

de mercado de la firma y  $u_i$  es una variable aleatoria (estocástica) que se conoce como término de perturbación o término de error.

Para probar las dos hipótesis, en relación con el precio, se plantea la siguiente ecuación a efectos de buscar evidencia empírica de relación entre el precio y el desempeño de las firmas, como resultado de la concentración del mercado y de la participación relativa de mercado de las firmas. Estas dos últimas variables se toman como variables independientes y la primera, o sea el precio, como la variable dependiente (Byeongyong, Weiss; 2005).

$$P_i = \beta_0 + \beta_1 HHI_i + \beta_2 PM_i + u_i \quad (1)$$

Donde:  $P_i$  es el precio,  $HHI_i$  es el índice de Herfindahl- Hirschman que representa el grado de concentración del mercado,  $PM_i$  es la participación de mercado de la firma y  $u_i$  es el término de error.

Se supone que la relación que predice la hipótesis SCP es una relación de causa efecto simultánea entre la estructura del mercado, la conducta y el desempeño de la firma (Carroll, 1993), por lo que podría haber algún sesgo al usar análisis de regresión para estimar la ecuación (1). Sin embargo, Byeongyoung y Weiss (2005) comprobaron, mediante la aplicación de la prueba aumentada Durbin-Wu-Hausman, que no existe endogeneidad respecto de las variables de concentración y participación de mercado a la hora de evaluar las hipótesis SCP y RMP mediante ecuaciones de regresión lineal simple.

Como se mencionó anteriormente, los datos fueron tomados de la información financiera enviada trimensualmente por las aseguradoras a la SUGESE. Con la información financiera de cada aseguradora se procedió al análisis cuantitativo de los datos mediante la ayuda de la computadora, utilizando para ello un programa estadístico en el cual se definen las variables y se introducen los datos en una matriz de datos. Posteriormente, luego de ejecutar el programa se procedió a la exploración y análisis de los datos para determinar si existe evidencia suficiente para la aprobación de alguna o de ambas hipótesis.

Para confirmar la hipótesis SCP, en cuanto a la relación del precio con la concentración del mercado se esperaría que, en la ecuación 1,  $\beta_1 > 0$  mientras que para  $\beta_1 = 0$  la conclusión sería que la concentración del mercado, medida por el índice de Herfindahl, no influye entre las firmas líderes favoreciendo una colusión entre ellas.

Para buscar evidencia sobre la hipótesis RMP que establece una relación entre participación relativa de mercado de las firmas con el precio, se esperaría que en la ecuación 1,  $\beta_2 > 0$ , mientras que si  $\beta_2 = 0$  no habría relación entre la participación de mercado y el precio.

### **3.3.1 Definición de las variables**

#### **3.3.1.1 Variables independientes:**

**3.3.1.2 Participación relativa de mercado:** Se obtiene mediante la división de la sumatoria de las primas totales devengadas durante un año por una aseguradora

entre la sumatoria de las primas totales generadas durante el mismo período por toda la industria aseguradora.

3.3.1.3 **Concentración del mercado:** Se utiliza el índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) que mide la concentración de las firmas en un mercado. Es utilizado por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos de América desde 1982 para analizar los efectos de adquisiciones y fusiones de empresas sobre la estructura del mercado. Se calcula mediante la sumatoria de las participaciones relativas de mercado de las firmas elevada al cuadrado. El índice es útil para medir los efectos de la concentración de mercado cuando la hipótesis SCP se aplica (Laine, 1995).

#### 3.3.1.4 **Variable dependiente:**

3.3.1.4.1 **Precio:** Razón de primas ganadas dividida entre los gastos del negocio de seguros incluyendo los reclamos incurridos. Es la variable precio del seguro. Esta definición operativa de la variable precio resulta muy útil para efectos de analizar y comparar los precios de los seguros entre los diferentes aseguradores que operan en el mercado costarricense. Hay suficiente información disponible, tanto en la SUGESE como en los sitios web de las aseguradoras, las cuales tienen, por normativa, que subir a su sitio de internet los informes financieros trimestrales.

**Tabla 5. Criterios de aprobación de variables e indicadores**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Precio (Signo )</b>	<b>Explicación</b>
Dependiente: Precio	Primas/Reclamos		Precio del seguro
Independientes: Concentración	Indice Herfindahl	+	Prueba SCP
Partic de mercado	Razón de: Primas Directas / Total	+	Prueba RMP

Fuente: Elaboración propia

# CAPÍTULO IV

## LOS MERCADOS RESIDUALES DE SEGUROS

---

*Experiencia e imaginación siguen vidas  
paralelas, aunque va muy retardada  
aquella respecto de esta. La hipótesis vuela,  
el hecho camina... José Ingenieros,  
El Hombre Mediocre*

# **LOS MERCADOS RESIDUALES DE SEGUROS**

## **4. Mercado de riesgos residuales en los Estados Unidos de América**

### **4.1 Los riesgos residuales**

En un mercado de seguros competitivo, las firmas aseguradoras pueden decidir no aceptar algunos riesgos debido a que podrían ocasionarles un aumento de los reclamos y de la siniestralidad de su cartera. Estos riesgos, que son rechazados y no logran conseguir cobertura con ninguna firma aseguradora a nivel comercial, se denominan riesgos residuales. Para garantizar el acceso a los seguros para todos los habitantes, el gobierno de los Estados Unidos, tanto a nivel federal como estatal, ha creado programas especiales de aseguramiento destinados a brindar cobertura a los riesgos residuales. A estos programas de aseguramiento se les denomina “mercados residuales”. La existencia de riesgos residuales en el mercado de seguros más desarrollado del mundo se puede explicar en la medida en que, en los Estados Unidos, existe una amplia y arraigada cultura de seguros que estimula la demanda por seguros por lo que muchas veces excede la oferta disponible<sup>20</sup>.

En todos los estados de los Estados Unidos de América, existen programas especiales para brindar aseguramiento a los riesgos que no encuentran cobertura entre las firmas del llamado mercado admitido, también conocido como mercado voluntario. El mercado admitido o mercado voluntario está constituido por todas las firmas de

---

<sup>20</sup> Hay que tomar en cuenta además que la oferta de seguros se ve afectada por los llamados ciclos del seguro, situación que se analiza más adelante.

seguros que operan bajo la regulación y con licencia para practicar el negocio asegurador en un estado. El nombre, mercado admitido, hace referencia a que las firmas han sido “admitidas” por el regulador de seguros del estado para operar comercialmente<sup>21</sup>.

Las firmas de seguros del mercado admitido pueden decidir no brindar cobertura a determinados clientes por alguna, o por varias, de las siguientes razones:

1. La experiencia siniestral del solicitante (i.e. la sumatoria de los reclamos presentados en el pasado), es superior al promedio de los demás clientes de la aseguradora, o está por encima del estándar del mercado. Por lo tanto, la aseguradora podría esperar un mayor número de reclamos.
2. El cliente puede presentar algunas características especiales de riesgo que la aseguradora considera que no está en capacidad de evaluar y tarifar.
3. El riesgo podría estar expuesto a peligros de naturaleza catastrófica por su ubicación geográfica tales como; huracanes, terremotos, maremotos, inundaciones, etc.
4. El entorno judicial y regulatorio del estado puede inhibir o estimular a las aseguradoras a ofrecer mayor o menor cobertura. Por ejemplo, en estados con menor regulación y sin restricciones a la fijación de tarifas, las firmas de seguros podrían inclinarse por aceptar más riesgos y aumentar los límites de sus coberturas, a diferencia de los estados que tienen mayor regulación y restricciones a la libre fijación de las primas comerciales del seguro. Circunstancias que tienden a restringir o a estimular la oferta de seguros.

---

<sup>21</sup> Cabe señalar que la regulación del mercado de seguros se hace a nivel de cada uno de los estados.

5. El nivel de las tasas de interés puede influir sobre la capacidad de aseguramiento ofrecido y el apetito de riesgo de las firmas aseguradoras. Por ejemplo, en un entorno de altas tasas de interés, las aseguradoras podrían estar dispuestas a aceptar más riesgos que en un entorno de tasas de interés bajas ya que, el rendimiento por la inversión de las primas captadas podría ser suficiente para cubrir pérdidas de operación ocasionadas por altas tasas de siniestralidad y, además, generar utilidades<sup>22</sup>. Por lo tanto, en un entorno de tasas de interés altas, las aseguradoras podrían ser menos rigurosas en la determinación de sus criterios de selección de riesgos, y en un entorno de tasas de interés bajas, el rendimiento a obtener por las inversiones podría dejar de ser atractivo y hacer que las aseguradoras se vuelvan más selectivas, fijando estándares de aseguramiento más altos. Por lo general, en un entorno de tasas de interés bajas, los riesgos residuales tienden a aumentar, mientras que en un entorno de tasas de interés altas los riesgos residuales pueden disminuir.

Además de las razones anteriores, es importante considerar otro factor de naturaleza global que trasciende el ámbito estatal y el nivel federal; los llamados “ciclos de aseguramiento” o “*Underwriting Cycles*”. Estos ciclos se presentan en el negocio asegurador a nivel mundial e influyen en la determinación del tamaño del mercado residual de los estados ya que las firmas aseguradoras locales no están exentas de sufrir sus efectos. Es necesario aclarar que los ciclos de aseguramiento afectan particularmente a las líneas de seguros generales y que es precisamente en estas líneas y en los seguros obligatorios en donde, generalmente, se presentan los riesgos residuales.

---

<sup>22</sup> Cabe recordar aquí lo mencionado anteriormente acerca del índice combinado y como una pérdida en la cuenta técnica de una aseguradora, puede ser compensada e incluso revertida por el efecto de los altos rendimientos de la cartera de inversiones.

## **4.2 Los ciclos de aseguramiento**

Un ciclo de aseguramiento se define como la tendencia, en el mercado de seguros de propiedades y de responsabilidad civil, de las primas, las utilidades y la disponibilidad de cobertura a subir y bajar con alguna regularidad en el tiempo (Rubin y Shi, 2010). El ciclo se refiere al hecho de que las subidas y bajadas en el precio y las utilidades se repiten con regularidad cada cierto tiempo, como consecuencia de la acción de fuerzas internas del mercado de seguros que lo afectan a nivel mundial. Sin embargo, es necesario precisar que la ciclicidad no es una característica exclusiva del negocio asegurador ya que existe en el mundo de los negocios en general. Por ejemplo, con frecuencia, en cualquier industria, es común escuchar hablar del “ciclo del negocio” haciendo referencia a subidas y bajadas en los precios y las utilidades que experimentan las firmas de esa industria con alguna periodicidad. La diferencia, entre el ciclo de seguros y los ciclos de otras industrias, está en que los ciclos del negocio asegurador muestran mayor volatilidad, es decir presentan picos más altos y valles más profundos, que los ciclos de otros negocios (Hines, 1979).

En buena medida, la diferencia entre el ciclo normal de otros negocios y el ciclo de los seguros se debe a las fuerzas que generan la ciclicidad y que empujan hacia arriba, o hacia abajo, los precios y las utilidades. Por lo general, en cualquier industria, tales fuerzas se presentan del lado de la demanda, mientras que, en la industria de seguros surgen del lado de la oferta y obedecen, especialmente, a cambios en las expectativas de las firmas aseguradoras. Es importante recordar que el seguro es un bien

perecedero que no se puede almacenar y que las pólizas de los seguros generales deben renovarse al año, con su vencimiento, de lo contrario el seguro desaparece<sup>23</sup>.

La demanda por seguros es estable, tiene pocas variaciones y, a diferencia de otras industrias, a la industria de seguros no la afectan factores físicos como el tamaño de la planta, la tierra o el equipo. Sin embargo, la oferta (o sea la capacidad de aseguramiento que brindan las aseguradoras) está sujeta a variaciones que son el resultado de la influencia de factores tanto financieros como psicológicos, como son las tasas de interés de mercado y el optimismo o pesimismo de los aseguradores. Es por ello que algunos economistas afirman que el negocio asegurador es de naturaleza tanto “financiera como psicológica” (Steward, 1984).

Cuando se estudia la historia del negocio asegurador de Costa Rica, se puede apreciar como el fenómeno denominado “incendiarismo” (Monge, 1974), que se presentó a finales del siglo XIX e inicios del XX, provocó el ingreso y la salida de aseguradores extranjeros, todos ingleses, del mercado costarricense en un período relativamente corto de tiempo así como un incremento sostenido en las primas de los seguros de incendio. Situación que propició un clima de incertidumbre y pesimismo, debido a los cuantiosos pagos por reclamos que los aseguradores tuvieron que enfrentar, y su consecuencia directa que fue el incremento de las primas de los seguros de incendio (Monge, 1974). Este clima, sumado a la preocupación del gobierno por la salida de divisas debidas a las primas y las utilidades del negocio asegurador, culminó con la creación del monopolio de los seguros en manos del estado en el año 1924.

---

<sup>23</sup> Excepción a la regla son los seguros de responsabilidad civil ya que pueden generar reclamos aún después de extinguidos.

Para algunos estudiosos del tema de la ciclicidad del negocio asegurador (Steward, 1984), el ciclo de seguros se puede dividir en tres fases. La primera fase, se denomina la fase de disciplina de aseguramiento, o de restricción. Se presenta cuando las aseguradoras, para recuperarse por pérdidas de periodos anteriores, imponen criterios de selección rigurosos y controles estrictos para tratar de bajar la siniestralidad de su cartera. La siguiente fase, es la fase de competencia y se inicia cuando los aseguradores, confiando en que han controlado la siniestralidad de sus carteras, tratan agresivamente de aumentar su participación de mercado, para lo cual bajan las primas y suavizan los criterios de selección de los riesgos a asegurar. La última fase, llamada fase de contracción del mercado aparece cuando, a la caída en los precios y la rentabilidad que ocasiona el aumento de la competencia entre las firmas, se viene a sumar un evento o siniestro extraordinario que produce la contracción del mercado y el regreso a la primera fase.

En resumen, un ciclo de seguros está compuesto por 3 fases: restricción, expansión y contracción. Cuando el ciclo se encuentra en fase expansiva, los precios de los seguros bajan y aumenta la capacidad de aseguramiento que las firmas de seguros ofrecen en el mercado (Steward, 1984). A esta fase del ciclo se le denomina “mercado suave”. Cuando el mercado de seguros se está contrayendo y los precios suben, mientras que la capacidad ofrecida baja, tenemos lo que se conoce como un “mercado duro” de seguros.

En el fondo, el problema que subyace y favorece la alta volatilidad del negocio asegurador se deriva de una situación que es atípica de un mercado de competencia, pero que es característica del negocio de los seguros generales. La firma aseguradora, a

la hora de negociar el seguro, no conoce el costo real de la póliza ya que dicho costo va a ser determinado con precisión hasta el vencimiento de la póliza. Sin embargo, desde la emisión hasta el vencimiento, el costo final de la póliza puede ser afectado por eventos que están fuera del control del asegurador.

Mientras, que en el mercado de competencia las fuerzas de la oferta y la demanda hacen que el mercado tienda hacia el equilibrio alrededor de la igualdad entre el precio y el costo marginal, en un mercado de seguros competitivo, esta tendencia no ocurre porque la aseguradora desconoce cuál es el costo marginal de las pólizas que vende hoy y que vencen hasta dentro de un año. Pólizas que, sin embargo, le pueden generar reclamos, incluso muchos años después del vencimiento, como sucede con los seguros de responsabilidad civil<sup>24</sup>.

#### **4.2.1 El ciclo del reaseguro**

Existe un mercado secundario de la industria de seguros conformado por las reaseguradoras. Estas son firmas a las cuales acuden las aseguradoras para transferir parcial o totalmente sus riesgos, por lo que se les podría considerar como las “aseguradoras de las aseguradoras”. Las expansiones y contracciones de la capacidad de reaseguros, así como el aumento o disminución en el precio de éste, son otra causa que contribuye, de manera significativa, con la aparición de los ciclos de aseguramiento. Tanta es su influencia que, a nivel mundial, ningún mercado está exento de sufrir los efectos del ciclo del reaseguro, ya que afecta, incluso, a las firmas aseguradoras que operan en mercados monopolistas y oligopólicos. A manera de ejemplo, mientras en

---

<sup>24</sup> Las líneas de responsabilidad civil se conocen como seguros “cola larga” debido a que tienen consecuencias (reclamos) en el tiempo que pueden trascender el plazo de la póliza. *Nota del Autor.*

Costa Rica existió el monopolio de seguros, los ciclos de aseguramiento se sintieron como consecuencia de las variaciones del mercado secundario de reaseguros, ya que el monopolista tenía que enfrentar precios más altos para obtener el reaseguro de su cartera y los reaseguros facultativos, en los años en que el mercado estaba “duro”, mientras que podía disfrutar de precios bajos cuando el mercado de reaseguros estaba “suave”. Los consumidores de seguros podían sentir el impacto del ciclo en las primas que el monopolista cobraba, en la medida en que reflejaban las variaciones del costo del reaseguro. Por lo tanto, el consumidor podía verse afectado, o beneficiado, por los ciclos de reaseguros cuando el monopolista le trasladaba, vía precio, cualquier variación de los precios del reaseguro. No está de más recordar que el monopolista estaba en capacidad de trasladar las variaciones en el costo de sus reaseguros, sin temor a perder clientes, gracias a su poder de mercado y a la falta de regulación de primas y tarifas.

### **4.3 Tipos de mercados residuales**

Cuando las aseguradoras del mercado admitido no brindan cobertura de seguros a todos los consumidores de los seguros obligatorios, como es el caso de los riesgos del trabajo y la de responsabilidad civil para conductores, se presenta un problema social para cuya solución tienen que intervenir las autoridades del estado y, en algunas ocasiones, incluso el gobierno federal.

Las soluciones que, generalmente se ofrecen en los diferentes estados a los consumidores de seguros que son excluidos por las firmas del mercado admitido, se pueden clasificar, para efectos de estudio, en dos grandes tipos. El primer tipo es aquel

que permite clasificar las soluciones según su naturaleza jurídica<sup>25</sup>. En esta primera tipología se clasifican las soluciones de mercado residual en privadas, públicas y mixtas. El segundo tipo, es aquel mediante el cual pueden ser clasificadas las soluciones según su especialidad, es decir, según la línea de seguro que atiendan. Cabe aclarar que esta separación es útil solo para efectos de estudio porque, en la práctica, se presentan normalmente combinaciones de ambas categorías. Ese sería el caso de una aseguradora estatal especializada en atender una sola línea de seguros del mercado residual, como por ejemplo las aseguradoras estatales de riegos del trabajo.

#### **4.3.1 Los mercados residuales según su naturaleza**

Según sea la naturaleza de la solución de mercado residual, dependiendo si el Estado participa o no, se pueden encontrar tres tipos de soluciones: la privada, la pública y la solución de mercado residual mixta (pública-privada).

##### **4.3.1.1 Las soluciones de naturaleza privada**

Los mercados residuales privados en los Estados Unidos, se conocen como mercados de exceso y excedente (E&S)<sup>26</sup> y se aplican a cualquier tipo de riesgos, tanto los que requieren de seguro obligatoriamente como también para los seguros voluntarios de propiedades. Los mercados de exceso y excedente están constituidos por las aseguradoras que no forman parte del mercado admitido del estado pero que pueden ofrecer cobertura a las personas (físicas y jurídicas) que han sido excluidas por las firmas del mercado admitido. Las firmas de E&S se consideran como aseguradoras de

---

<sup>25</sup> Entendiendo por naturaleza jurídica que en la solución participe o no el estado directamente.

<sup>26</sup> *Excess and Surplus insurance lines.*

último recurso y no de primera elección, por lo que no compiten, ni en tarifas ni en coberturas, con las firmas del mercado voluntario.

Para tener acceso a esta solución, el interesado debe demostrar haber sido rechazado por tres aseguradores del mercado admitido. Como la regulación del estado no cubre la operación de la aseguradora no admitida<sup>27</sup>, los estados que permiten este tipo de solución de mercado residual, regulan fuertemente el funcionamiento de los intermediarios que operan con líneas de exceso y excedente. Dichos intermediarios deben especializarse y operar exclusivamente en el mercado no admitido y, para ser autorizados, deben cumplir con requisitos y regulaciones más rigurosos que los que requiere cualquier agente de seguros de una firma de seguros admitida. Además, el intermediario del mercado de exceso está en la obligación de reportar al estado información detallada de cada póliza que sea colocada con una firma no admitida así como verificar que se cumpla con la condición de que el solicitante haya sido rechazado previamente por tres aseguradoras admitidas. Finalmente, el intermediario es también responsable por la recaudación y el pago de los impuestos estatales, los cuales, por lo general, son más altos que los que el estado le cobra a las firmas admitidas.

Al comprador del seguro en el mercado no admitido se le tiene que advertir que la aseguradora no está autorizada para operar en el estado y que, por lo tanto, en caso de quiebra o insolvencia de la firma, el asegurado no está cubierto por el fondo de garantía estatal que respalda a todas las pólizas suscritas por las aseguradoras del mercado admitido. A cambio de estas limitaciones, la aseguradora de E&S tiene libertad para fijar tarifas y cambiar las coberturas que ofrece, por lo que goza de mayor flexibilidad.

---

<sup>27</sup> Por supuesto que la aseguradora debe estar inscrita y regulada en algún otro estado de la Unión Americana.

No obstante lo anterior, en los últimos años, y con el propósito de proteger a las firmas admitidas, los estados han impuesto restricciones a las firmas de exceso para evitar que puedan ofrecer precios o términos de aseguramiento más favorables que los del mercado admitido y pasen, de aseguradores de último recurso, a convertirse en aseguradores de primera elección. De todos modos, y a pesar de las restricciones, los mercados de líneas de seguros de exceso y excedente han funcionado razonablemente bien y han sido muy útiles al actuar “como una válvula de escape” para el mercado admitido (Newman, 2010).

Adicionalmente, cabe mencionar que hay situaciones en las cuales el riesgo de pérdida monetaria potencial puede ser tan alto que la cobertura solicitada podría estar fuera del alcance de una sola compañía de seguros, razón por la cual sus solicitantes no logran encontrar cobertura en el mercado admitido. Estos casos, no asegurados por aseguradores del mercado admitido debido a que el riesgo de pérdida monetaria es muy alto para una sola aseguradora, pueden encontrar soluciones de aseguramiento en el esfuerzo combinado de aseguradores y reaseguradores del mercado voluntario, bajo la forma de un *pool* de aseguramiento. Conviene aclarar que este mecanismo es informal, de naturaleza temporal y coyuntural, por lo que su aparición depende del ciclo de seguros en que se encuentre el mercado. Por lo general, se presentan de manera espontánea en “mercados suaves” y con menos frecuencia en los “mercados duros”. En los *pooles* no participan las autoridades estatales ni las federales, siendo estas agrupaciones totalmente voluntarias. Quiere decir, que la decisión de unirse para ofrecer una cobertura atañe exclusivamente a las firmas admitidas que quieran formar el *pool* de aseguramiento para asumir determinado riesgo.

#### **4.3.1.2 Las soluciones mixtas o de mercado compartido**

Las compañías de seguros de los mercados admitidos también pueden cooperar con las autoridades estatales y las federales para el establecimiento de mercados residuales. A este tipo de soluciones, se le conoce como “mercado compartido”.

Una solución de mercado compartido, o solución de tipo mixta, la constituyen *las juntas de aseguramiento o JUA*<sup>28</sup> por sus siglas en inglés. Las JUA son entidades jurídicas con personería propia cuyos integrantes son las mismas firmas del mercado admitido de un estado. En las JUA, las firmas participantes comparten tanto las primas como los siniestros de los seguros que ofrecen a las personas rechazadas en el mercado admitido. Son una especie de *pool* de aseguramiento para cuya administración las firmas participantes escogen, entre sus miembros, a una compañía de seguros para que sirva como compañía de servicio asignada y sea la encargada de recibir y tramitar las solicitudes de aseguramiento de los riesgos residuales. Las firmas que actúan como aseguradores de servicio, se ocupan de recibir las primas, emitir las pólizas y ajustar los reclamos, actuando en nombre de la JUA. Al final del período fiscal, las pérdidas y ganancias de la asociación son distribuidas entre todos los miembros en forma proporcional a su participación de mercado de la línea en el mercado voluntario. En el caso de pérdidas, las firmas asociadas deben aportar los fondos necesarios para cubrir el déficit, también de manera proporcional a su participación del mercado voluntario.

*Los sindicatos.* Son otra forma de *pool* de aseguramiento. Se parecen mucho a los JUA pero tienen algunas diferencias. Quizá la más importante está en que los

---

<sup>28</sup> *Joint Underwriting Associations*

sindicatos, además de tener personería jurídica propia, actúan por su cuenta como otra aseguradora privada, emitiendo y atendiendo las pólizas que suscriben en el mercado residual con su propio personal. Para evitar que los sindicatos compitan con las otras aseguradoras del mercado asegurando riesgos que no sean residuales, se establece que deben actuar como solución de último recurso y no como aseguradora de primera elección. Es decir, antes de acudir al aseguramiento por parte del sindicato, el cliente debe demostrar que ha sido rechazado al menos por tres aseguradoras, garantizando así que se trata de un riesgo residual.

Los planes de riesgo asignado (PRA)<sup>29</sup>. Cuando una empresa o persona física no encuentra cobertura en el mercado admitido, el intermediario de seguros puede presentar la solicitud de seguro de su cliente a una oficina estatal especializada que se encarga de distribuir aleatoriamente las solicitudes entre las compañías de seguros admitidas, de manera proporcional al segmento del mercado voluntario que la compañía de seguros atiende en el estado. Por ejemplo, si una aseguradora tiene el 20% del mercado voluntario de una determinada línea, la oficina que asigna los riesgos, por cada 100 solicitudes que reciba, le va a asignar 20 escogidos de forma aleatoria.

La principal responsabilidad de la oficina estatal, como se mencionó anteriormente, es la distribución de las solicitudes que reciba y que han sido previamente rechazadas por el mercado voluntario, de manera aleatoria entre las compañías admitidas, controlando que se respete la proporcionalidad entre la participación del mercado voluntario y el porcentaje del mercado residual atendido por cada aseguradora. Este tipo de solución es empleada en varios estados, especialmente en

---

<sup>29</sup> *Assigned Risk Plans (ARP)* en inglés.

las dos líneas de seguro obligatorio: la de responsabilidad civil para conductores de autos y el seguro de riesgos del trabajo.

#### **4.3.1.3 Las soluciones públicas.**

Existen dos tipos de soluciones públicas; las creadas por los estados y las soluciones federales, o sea, las que han sido creadas por el Congreso Federal. En ambos casos, se trata de aseguradoras que funcionan bajo la forma de entidades públicas y que pueden competir con las firmas privadas. Algunas funcionan de manera monopolística en el estado, por lo que son las únicas autorizadas para ofrecer la cobertura de determinada línea de seguros.

La existencia de monopolios estatales en un país que promueve la competencia y el libre mercado, llama la atención, especialmente si se considera que una de las condiciones del Gobierno de los Estados Unidos para negociar el Tratado de Libre Comercio (TLC) con Costa Rica fue la eliminación del monopolio estatal de seguros. En la actualidad, hay cuatro estados de la Unión Americana en los cuales funcionan aseguradoras públicas que todavía ofrecen el seguro de riesgos del trabajo de manera monopolística. Estos son: Washington desde 1911, Ohio desde 1912, Wyoming desde 1915 y North Dakota desde 1919. Cabe señalar además, los casos de los estados de Nevada y Virginia Occidental que fueron los últimos que abrieron el mercado del seguro de riesgos del trabajo a la competencia en 1999 y 2008 respectivamente (Newman, 2010).

En Costa Rica, la eliminación del monopolio estatal del seguro de riesgos del trabajo administrado por el INS, fue un requisito para la firma del TLC, requisito que todavía no termina de concretarse en la práctica, pese a que estaba previsto, en la Ley de Seguros aprobada en 2008, para cumplirse a más tardar el 1 de enero de 2011<sup>30</sup>. Más adelante, se hará nuevamente referencia a este tipo de soluciones públicas, en el apartado correspondiente al estudio de soluciones de mercado residual que ofrecen los estados para atender líneas específicas de seguros.

Ejemplos de soluciones de mercado residual que fueron creadas a nivel federal, son los programas especiales de aseguramiento de propiedades contra riesgos de viento (huracanes y tornados) y riesgos de agua (inundaciones). Estos son los casos de los Planes FAIR para los riesgos de viento y el Programa Nacional del Seguro contra Inundaciones (NFIP)<sup>31</sup>. Aunado a esto se puede mencionar en este apartado de programas federales para brindar soluciones de mercado residual el programa de aseguramiento contra riesgos del trabajo para los empleados del Gobierno Federal de los Estados Unidos.

#### **4.3.2 Los mercados residuales de los seguros obligatorios según especialización o línea de seguro**

Tanto el seguro de responsabilidad civil para conductores de autos como el seguro de riesgos del trabajo, son obligatorios en todos los estados de los Estados Unidos de América.

---

<sup>30</sup> A finales del 2010, el entonces diputado del Frente Amplio, José María Villalta presentó un recurso de inconstitucionalidad contra el transitorio de la Ley de Seguros que permitía la apertura del mercado de los seguros obligatorios lo que frenó su entrada en vigencia. El recurso fue resuelto favorablemente para la apertura mediante sentencia de la Sala Constitucional cuyo texto completo se conoció a mediados del 2014.

<sup>31</sup> *National Flood Insurance Program*

#### **4.4 El seguro de riesgos del trabajo**

El seguro de riesgos del trabajo es un seguro de responsabilidad civil que toman los empleadores para asegurar a sus trabajadores contra cualquier accidente o enfermedad laboral que pueda ocurrir en, o con ocasión del trabajo. El seguro tiene dos propósitos fundamentales. Por una parte, busca que los trabajadores que se accidenten en el trabajo o se enferman por causa de éste, tengan acceso a la atención médica oportuna que requieran y por otra, que puedan recibir una compensación adecuada por la parte del ingreso que pierden, mientras no estén en capacidad de regresar al trabajo. Es un seguro de responsabilidad civil objetiva, lo cual quiere decir que el trabajador tiene derecho a recibir los beneficios del seguro, tanto la atención médica como las prestaciones económicas, independientemente de quien tenga la culpa por el accidente, siempre que éste ocurra en el lugar o, a causa del trabajo. Debido a que son las leyes de cada estado las que determinan los beneficios que tiene derecho a recibir cada trabajador, éstos pueden variar de estado a estado.

La primera legislación sobre riesgos del trabajo a nivel estatal, se aprobó en el estado de Maryland en 1902. Cuarenta y siete años después, para 1949, todos los estados de la Unión Americana ya contaban con leyes para el funcionamiento de programas de seguros de riesgos del trabajo, a nivel de cada uno de ellos<sup>32</sup>.

En la mayoría de los estados, el seguro de riesgos del trabajo es ofrecido por empresas de seguros privadas. Sin embargo, en doce estados funcionan fondos estatales de riesgos del trabajo que compiten con los aseguradores privados y, en cuatro estados

---

<sup>32</sup> Cabe señalar que los empleados federales se rigen por leyes especiales en la materia que datan de 1906.

funcionan aseguradores estatales que operan el seguro de manera monopolística. Para efectos de evitar que los fondos estatales de riesgos del trabajo estrujen o desplacen a los aseguradores privados, las legislaciones respectivas establecen que los primeros deben actuar como aseguradores de último recurso. Es decir, deben ofrecer el seguro de riesgos del trabajo solo a empresas que han sido previamente rechazadas por al menos dos firmas del mercado admitido. En cambio, los aseguradores privados, pueden rechazar cualquier riesgo que consideren inconveniente además de que pueden ofrecer a las empresas la posibilidad de “combos” de seguros, o sea, grupos de coberturas que incluyen, además del seguro de riesgos del trabajo, otros seguros.

Según datos de la Oficina de Estadísticas del Trabajo, el gasto por el pago del seguro de riesgos del trabajo de las empresas para el año 2010 en los Estados Unidos, fue del orden del 1.6% del total de gastos por salarios, en el promedio de todas las empresas del país. El porcentaje pagado más alto correspondió a las empresas de construcción (4.5%) y el más bajo a las empresas de servicios (1.3%), lo cual refleja el riesgo relativo de cada una de esas actividades económicas.

A continuación, se presentan los diversos mecanismos de mercado residual para el seguro de riesgos del trabajo que se aplican en los Estado Unidos, incluyendo los cuatro estados en donde el seguro funciona igual que un monopolio estatal, administrado por una aseguradora o fondo estatal.

#### **4.4.1 Planes de Riesgo Asignado (PRA)<sup>33</sup> del seguro de riesgos del trabajo.**

Estos planes funcionan de manera parecida para ambos seguros obligatorios, tanto riesgos del trabajo como el seguro de responsabilidad civil para conductores. Para administrar la solución, existe una oficina del estado, o bien, una organización contratada para tal efecto<sup>34</sup>, que se encarga de recibir las solicitudes de los empleadores que fueron rechazados por el mercado voluntario, y las distribuye aleatoriamente entre los aseguradores del mercado admitido, de manera proporcional a la participación del mercado voluntario de riesgos del trabajo que cada uno tenga en el estado. Antes de ser aceptado en el PRA, el empleador tiene que demostrar haber sido rechazado por al menos dos aseguradores del mercado voluntario<sup>35</sup>.

#### **4.4.2 El Fondo Estatal de Riesgos del Trabajo.**

En doce estados operan fondos estatales de riesgos del trabajo que únicamente ofrecen este seguro y que funcionan como aseguradores de último recurso. El Fondo acepta todos los riesgos rechazados por los aseguradores privados y, generalmente, depende de la oficina del Gobernador.

#### **4.4.3 El Pool de seguros de riesgos del trabajo.**

En algunos estados, entre el 80% y el 90% de los riesgos del mercado residual de riesgos del trabajo es asignado a un *pool* de aseguramiento para riesgos del trabajo.

---

<sup>33</sup> ARP por su siglas en inglés “*Assigned Risk Plan*”

<sup>34</sup> En varios estados, el PRA es administrado por un organismo con sede en Boca Ratón, Florida y que se especializa en brindar este tipo de servicio; el Consejo Nacional del Seguro de Compensación.

<sup>35</sup> En la jerga de seguros los términos mercado voluntario y mercado admitido son sinónimos.

El *Pool* de seguros es una agrupación de interés económico, formada por varias aseguradoras o compañías de seguros, para la suscripción conjunta de riesgos del trabajo que son excluidos del mercado voluntario. El porcentaje de participación que tiene cada compañía en el *POOL*, será el mismo en que asuma el riesgo de las pólizas emitidas, y deberá indemnizar, en caso de siniestro, en ese mismo porcentaje. El *pool* puede contratar un asegurador de servicio para que atienda los clientes, emita las pólizas y pague los reclamos a cambio de un honorario. O bien, puede contratar una organización especializada en brindar servicios a los clientes de este tipo de pólizas. Este es el caso, por ejemplo, del Consejo Nacional del Seguro de Compensación el cual administra el *pool* de aseguramiento de riesgos del trabajo más grande del país: el *Pool* Nacional de Aseguramiento de Riesgos del Trabajo. Hay estados que cuentan con los dos mecanismos, es decir tanto el *pool* de aseguramiento como el Plan de Riesgo Asignado, por lo que la oficina, o la organización contratada para tramitar las solicitudes, puede escoger si envía la solicitud al pool de seguros de riesgos del trabajo o lo asigna a un asegurador mediante un plan de riesgo asignado (PRA).

#### **4.4.4 Las JUA (*Joint Underwriting Association*) de Riesgos del Trabajo.**

Las JUA son entidades jurídicas con personería propia cuyos integrantes son las mismas firmas del mercado admitido de un estado. En las JUA, las firmas participantes comparten tanto las primas como los siniestros de los seguros que ofrecen a las empresas rechazadas en el mercado admitido. Son una especie de *pool* de aseguramiento, para cuya administración las firmas participantes escogen, entre sus miembros, a una compañía de seguros para que sirva como compañía de servicio asignada y se encargue de recibir y tramitar las solicitudes de aseguramiento de los

riesgos residuales del seguro de riesgos del trabajo<sup>36</sup>. Las firmas que actúan como firmas de servicio, se encargan de recibir las primas, emitir las pólizas y ajustar los reclamos, actuando en nombre de la JUA. Al final del período fiscal, las pérdidas y ganancias de la asociación son distribuidas entre todos los miembros, de manera proporcional a su participación del mercado voluntario, en la línea de riesgos del trabajo. En el caso de se generasen pérdidas durante el ejercicio económico, las firmas asociadas deben aportar los fondos necesarios para cubrir el déficit, también de manera proporcional a su participación del mercado voluntario.

#### **4.4.5 La aseguradora estatal de riesgos del trabajo.**

Como se mencionó anteriormente, en cuatro estados de la Unión Americana, el seguro de riesgos del trabajo es ofrecido de manera monopolística por una empresa propiedad del estado. Sin embargo, es necesario indicar que esta es una solución que ha ido, poco a poco, cediendo espacio a la iniciativa mixta, mediante la privatización o mutualización de la aseguradora estatal. La mayoría de los estados que han abolido los monopolios del seguro de riesgos del trabajo, lo han cambiado por soluciones tipo Planes de Riesgo Asignado (PRA) o bien, combinaciones de PRA y JUA.

Los cuatro estados donde todavía funcionan aseguradoras estatales que ofrecen el seguro de riesgos del trabajo de manera monopolística son: Washington desde 1911, Ohio desde 1912, Wyoming desde 1915 y North Dakota desde 1919. Donde operan monopolios estatales, las empresas solo tienen dos posibilidades de aseguramiento; comprar el seguro de riesgos del trabajo a la aseguradora estatal o, bien, solicitar el

---

<sup>36</sup> La aseguradora designada para servir las pólizas se conoce como “*servicing carrier*”.

beneficio de acogerse a un auto aseguramiento de sus riesgos del trabajo. Para esta segunda opción, las empresas deben cumplir regulaciones muy estrictas que solo las empresas muy grandes logran satisfacer. Por ejemplo, en el estado de Washington, tan solo 400 empresas, las más grandes del estado<sup>37</sup>, han logrado la aprobación estatal para operar sus propios planes de auto aseguramiento de riesgos del trabajo.

Los monopolios estatales de riesgos del trabajo han sido criticados por los patronos, quienes les señalan varias debilidades que, según afirman, a la postre, tarde o temprano, van a obligar a las autoridades estatales a abrir el mercado del seguro de riesgos del trabajo, como lo han hecho los demás estados. Las principales debilidades que se apuntan por parte de algunos empleadores, son las siguientes:

- Incapacidad para escoger sus clientes. Las aseguradoras estatales tienen la obligación de asegurar a todas las empresas, independientemente de su siniestralidad.
- Falta de competitividad. No tienen objetivos de rentabilidad ni de eficiencia.
- Pobre administración y frecuentes fraudes, generalmente asociados con casos de corrupción política.
- Ausencia de buen servicio al cliente.
- Problemas reiterados de insolvencia.

Sin embargo, a pesar de las críticas de patronos, el 2 de Noviembre de 2010, se llevó a cabo una elección en el estado de Washington para decidir si se mantenía o se privatizaba la aseguradora estatal de riesgos del trabajo. La elección fue ganada en

---

<sup>37</sup> Estas 400 empresas autorizadas a autoasegurar sus riesgos del trabajo representan, en conjunto, el 25% del total de la fuerza laboral empleada del estado.

amplia mayoría por quienes votaron a favor de mantener el seguro de riesgos del trabajo como monopolio estatal.

De acuerdo con los datos publicados en el último informe económico (OBWC, 2013), el Fondo de Riesgos del Trabajo del estado de Ohio es el más grande de los cuatro que operan aún como monopolio. Tiene activos totales por \$28 billones de dólares<sup>38</sup> y brinda aseguramiento a 254,000 empresas de Ohio. Para el 2013, aprobó 97.041 nuevos reclamos, llegando a 958.625 reclamos abiertos, por los cuales pagó, por concepto de gastos médicos e indemnizaciones, la suma de \$2 billones de dólares. En años recientes, los programas de riesgos del trabajo de Virginia Oeste y Nevada fueron privatizados mediante “mutualización”<sup>39</sup> de los fondos estatales. El 1 de Julio de 2008, Virginia Oeste pasó de un monopolio estatal de riesgos del trabajo a un mercado abierto que sigue las normas y políticas del NCCI (*National Council of Compensation Insurance*)<sup>40</sup>. La apertura del mercado de riesgos del trabajo se dio mediante un proceso gradual que inició en 2005 con la creación de una mutual a la cual el estado le fue trasladando, paulatinamente, la cartera del fondo estatal de riesgos del trabajo. El proceso de “mutualización”<sup>41</sup> culminó tres años más tarde, en 2008, con la apertura total del mercado del seguro de riesgos del trabajo en el estado.

---

<sup>38</sup> Esta suma representa más de 20 veces el patrimonio total del INS, estimado para 2013 en \$1.2 billones.

<sup>39</sup> El término se refiere a la transformación de la empresa estatal en una mutual de seguros.

<sup>40</sup> El Consejo Nacional del Seguro de Compensación (NCCI) es una oficina de recolección de datos especializada en riesgos del trabajo, propiedad de las aseguradoras que la integran.

<sup>41</sup> Transformación de la aseguradora estatal en una mutual de seguros.

**Tabla 6. Soluciones de mercado residual de riesgos del trabajo**

<b>Tipo de Solución</b>	<b>Aplicada en:</b>
Planes de Riesgo Asignado (PRA)	23 Estados
Juntas de Aseguramiento (JUA)	Estado de La Florida
Pool de Riesgos del Trabajo	10 Estados
Aseguradora Estatal (Monopolio)	4 Estados
Autoaseguramiento	Disponible solo para casos de empresas muy grandes
Fondo Estatal de Riesgos del Trabajo	12 Estados

Fuente: Elaboración propia

#### **4.5 El seguro obligatorio de responsabilidad civil para conductores**

En los Estados Unidos, los conductores con un mal historial debido a múltiples y reiteradas violaciones y multas de tránsito, pueden ser rechazados por los aseguradores cuando solicitan el seguro de responsabilidad civil para conductores de autos. Como el seguro es requisito para poder conducir, los conductores rechazados se ven inhibidos de hacerlo, lo cual les puede ocasionar un problema serio, si se toma en cuenta que el automóvil en los Estados Unidos es indispensable para el desplazamiento y para muchos una herramienta indispensable para su trabajo. Los conductores rechazados en el mercado voluntario, pasan a formar parte del mercado de riesgos residuales del estado. Cabe señalar que en la mayoría de los estados, conducir sin seguro es considerado un delito fuertemente reprimido y penado no solo con multa sino también

con cárcel y motivo de suspensión por vida de la licencia de conducir. En los pocos estados donde no se considera delito, el conductor que tiene un accidente de tránsito debe responder financieramente por los daños ocasionados con su propio patrimonio para lo cual debe suscribir, como requisito para conducir un automóvil un bono de garantía. En caso de no contar con el respaldo financiero suficiente para cubrir los daños ocasionados por el accidente, puede perder el derecho a conducir un automóvil de por vida y enfrentar duras penas de cárcel.

En todos los cincuenta estados de la Unión Americana, incluyendo el Distrito de Columbia, existen mecanismos de mercado residual para garantizar el acceso al seguro de responsabilidad civil para todos los conductores. Cabe señalar que el primer mercado residual fue establecido hace 76 años, en el estado de New Hampshire. Actualmente, todos los estados aplican alguna de las soluciones de mercado residual que se describen a continuación:

#### **4.5.1 El Plan de Riesgo Asignado (PRA)**

Este es el mecanismo de mercado residual más utilizado. Funciona de manera similar al plan de riesgo asignado que fue señalado en el apartado anterior como solución de mercado residual para el seguro de riesgos del trabajo. Mediante esta solución, una oficina especializada del estado (la oficina de Riesgo Asignado), es la encargada de recibir las solicitudes de las personas rechazadas en el mercado voluntario y distribuir las de manera aleatoria entre todos los aseguradores, de manera proporcional al segmento de mercado que atienden esa misma línea de seguro. Una vez asignado el riesgo, la aseguradora es responsable por el aseguramiento de la persona y por el

resultado de la póliza, independientemente de que genere pérdidas o ganancias. Las primas que los conductores tienen que pagar por las pólizas de riesgo asignado son más altas que las del mercado voluntario y los montos de las coberturas más bajos. Casi siempre, las primas resultan insuficientes para cubrir los reclamos, por lo que la mayoría de estas pólizas genera pérdidas que deben ser asumidas por las aseguradoras. Este tipo de mecanismo se conoce como de “riesgo compartido”, porque el riesgo es distribuido aleatoriamente entre todos los aseguradores, y la totalidad del riesgo residual se comparte entre los aseguradores de manera proporcional a la participación del mercado voluntario que cada uno tenga en la línea.

El PRA se utiliza en 43 estados y también en el Distrito de Columbia. El último estado en ponerlo en operación, para atender su mercado residual de conductores, fue Massachusetts que inició el proceso de traslado de una Facilidad de Reaseguro a una solución PRA en 2008.

#### **4.5.2 La JUA o Asociación Conjunta de Aseguramiento (JUA por sus siglas en inglés).**

Es otra solución utilizada en algunos estados. Se trata de un *pool* de aseguramiento formado por todas las aseguradoras admitidas en el estado para el cual designan a una de ellas para que reciba y tramite las solicitudes de los conductores rechazados en el mercado admitido. La aseguradora designada se encarga de tramitar tanto el aseguramiento como el pago de los reclamos y, al final del período fiscal, distribuye las pérdidas o utilidades generadas, de manera proporcional a la participación

del mercado voluntario que tenga cada asegurador en el estado. Este mecanismo se utiliza en cuatro estados de la Unión; Florida, Hawaii, Michigan y Missouri.

#### **4.5.3 La Facilidad de Reaseguro**

El tercer mecanismo empleado es la Facilidad de Reaseguro que consiste en un fondo de reaseguro creado por el estado para atender el mercado residual. Mediante este mecanismo, las aseguradoras del mercado admitido tramitan las pólizas de los conductores rechazados en el mercado voluntario para cederlas a la Facilidad de Reaseguros, la cual es responsable por el pago de todos los reclamos que se presenten. Al final del ejercicio fiscal, las pérdidas o ganancias que tenga la Facilidad de Reaseguro se distribuyen entre todas las aseguradoras, de manera proporcional a su participación en el mercado voluntario. Este mecanismo, a diferencia del primero, se considera un mecanismo de “pérdidas compartidas” porque no se comparten los riesgos residuales, como en el primer caso, sino las pérdidas que estos puedan generar. Este mecanismo se aplica solamente en los estados de New Hampshire y Carolina del Norte.

#### **4.5.4 El MAIF.**

Maryland es el único estado que tiene un mecanismo diferente a los tres anteriores para el manejo del mercado residual. Se trata de un fondo estatal denominado *Maryland Automobile Insurance Fund* (MAIF). El fondo fue creado en 1973, y en él no participan los aseguradores del mercado voluntario del estado. Sin embargo, en los años en que se generan pérdidas, los aseguradores admitidos están obligados a contribuir para cubrirlas, trasladando el costo a las pólizas del mercado voluntario que atienden.

De acuerdo con datos del *Insurance Information Institute* (III, 2014) de los Estados Unidos, durante el año 2012 el mercado residual de ese país aseguró un total de 1.930.000 vehículos, lo cual representó el 1% del total de la flota vehicular.

**Tabla 7. Soluciones de mercado residual SOA**

Tipo de Solución	Aplicada en:
Planes de Riesgo Asignado (PRA)	43 Estados + Distrito de Columbia
Juntas de Aseguramiento (JUA)	Florida, Hawaii, Michigan y Missouri
Facilidad de Reaseguro	New Hampshire y North Carolina
MAIF	Maryland

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 8. Resumen de Soluciones de mercado residual EUA**

SOLUCION	NATURALEZA	AMBITO	TIPO DE SEGUROS
PLAN DE RIESGO ASIGNADO (PRA)	MIXTA	ESTATAL	RT Y RS AUTOS
JUNTAS DE ASEGURAMIENTO (JUA)	MIXTA	ESTATAL	RT Y RS AUTOS
SINDICATOS	MIXTA	ESTATAL	PROPIEDAD, RT, RS AUTOS
POOLES DE ASEGURAMIENTO	PRIVADA	ESTATAL	RT, RS AUTOS
PLANES FAIR	PÚBLICA	FEDERAL	PROPIEDADES
SEGURO CONTRA INUNDACIONES	PÚBLICA	FEDERAL	PROPIEDADES

(NFIP)			
SEGURO CONTRA TERREMOTOS DE CALIFORNIA (CEA)	PÚBLICA	ESTATAL	PROPIEDADES
FONDO ESTATAL DE RIESGOS DEL TRABAJO	PÚBLICA	ESTATAL	RIESGOS DEL TRABAJO
MONOPOLIOS DE SEGUROS ESTATALES	PÚBLICA	ESTATAL	RIESGOS DEL TRABAJO
COMPAÑÍAS DE EXCESO Y EXCEDENTE (E&S)	PRIVADA	ESTATAL	PROPIEDAD, RT, RS AUTOS
FACILIDAD DE REASEGURO	MIXTA	ESTATAL	PROPIEDAD Y RT

Fuente: Elaboración propia

#### **4.6 Soluciones de mercado aplicables a riesgos residuales de los seguros obligatorios de Costa Rica.**

En Costa Rica, existen dos seguros obligatorios; el seguro obligatorio de automóviles (SOA) y el seguro de riesgos del trabajo (SRT). Ambos se mantuvieron como monopolio del estado hasta el año 2011 cuando, mediante un transitorio de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros vigente (misma ley que derogó el monopolio de seguros), se aprobó su apertura a partir del 1 de enero de 2011 para lo cual, la Superintendencia de Seguros (SUGESE) debía normar las condiciones bajo las cuales otros aseguradores podrían ofrecerlos. El citado transitorio de la Ley de Seguros, fue impugnado ante la Sala Constitucional el 21 de diciembre de 2010 por el diputado del Partido Frente Amplio; José María Villalta. La Sala, en el por tanto de la sentencia del

28 de Noviembre del 2013, declaró que la apertura de los seguros obligatorios no rozaba con lo dispuesto por la Constitución Política, por lo que estos seguros podían ser ofrecidos por otros aseguradores. Quedaba, sin embargo, pendiente de conocerse la sentencia completa, cuyo texto se consideraba indispensable para que la Superintendencia de Seguros (SUGESE) pudiera emitir la normativa para regular el ingreso de otros aseguradores al mercado de ambos seguros.

En la edición del 26 de agosto de 2013, en la sección de nacionales, el diario Extra informó que la sentencia completa de la Sala Constitucional ya estaba en manos de la Superintendencia (Diario Extra, 2013). En ese mismo artículo, fueron incluidas declaraciones del Superintendente de Seguros, en el sentido de que un grupo de abogados de SUGESE ya estaba trabajando con el texto de la sentencia, para determinar el tipo de normativa necesaria para permitir y regular el ingreso de otros aseguradores al mercado del seguro de riesgos del trabajo.

Sin embargo, según se menciona en el mismo artículo, el seguro obligatorio de automóviles “es una historia aparte”, ya que, su apertura, aparentemente va a requerir de un decreto especial del gobierno de La República, debido a que el monopolio del INS sobre este seguro, se sustenta en legislación especial que está incluida dentro de la Ley de Tránsito vigente, la cual ha sido recientemente reformada.

#### **4.6.1 El Seguro de Riesgos del Trabajo.**

Según opinan algunos expertos en el tema, para que el seguro de riesgos del trabajo pueda ser ofrecido por otros aseguradores, sería necesario hacer ajustes en el texto del Código de Trabajo, ya que la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada en La Gaceta No. 57 de 24 de marzo de 1982, mediante la cual se reformó dicho Código establece en el Artículo 193.- *Todo patrono, sea persona de Derecho Público o de Derecho Privado, “está obligado a asegurar a sus trabajadores contra riesgos del trabajo por medio del Instituto Nacional de Seguros”<sup>42</sup>, según los artículos 4 y 18 del Código de Trabajo”.*

La misma ley en su artículo 201 establece lo siguiente:

*[En beneficio de los trabajadores, declárase obligatorio, universal y forzoso el seguro contra los riesgos del trabajo en todas las actividades laborales. El patrono que no asegure a los trabajadores, responderá ante éstos y el ente asegurador, por todas las prestaciones médico-sanitarias, de rehabilitación y en dinero, que este Título señala y que dicho ente asegurador haya otorgado.]* Código de Trabajo, artículo 201.

Sin embargo, en la resolución del recurso de inconstitucionalidad presentado en diciembre de 2010 por el ex diputado Villalta contra el transitorio de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros que permite la apertura de los seguros obligatorios, la Sala Constitucional considera que el mercado de los seguros solidarios está abierto y que, en consecuencia, cualquier asegurador autorizado para operar en el país en los ramos respectivos podría solicitar autorización con el objetivo de ofrecerlos al público en

---

<sup>42</sup> El subrayado no es del texto original.

general. Obviando cualquier escollo legal que pueda persistir para el ingreso de otros aseguradores al mercado de riesgos del trabajo<sup>43</sup>, según la hipótesis de trabajo en que se sustenta este capítulo, quienes finalmente ingresen al mercado de riesgos del trabajo van a enfocarse en el segmento de empresas que, históricamente, haya mostrado las menores tasas de siniestralidad en materia de accidentes y enfermedades laborales. Como consecuencia de esta conducta de las firmas entrantes, van a ir quedando excluidas las empresas con las mayores siniestralidades en materia laboral, o bien, aquellas que se dediquen a actividades que tengan las tasas más altas de accidentes laborales. Por lo tanto, van a aparecer riesgos residuales, es decir, empresas a las cuales ninguna aseguradora está dispuesta a brindarle cobertura contra sus riesgos del trabajo. Son por lo tanto, empresas que no podrían operar mientras no encuentren el aseguramiento o cobertura de riesgos del trabajo que requieren como requisito para poder hacerlo.

#### **4.6.1.1 La selección de buenos riesgos**

La información necesaria para que cualquier asegurador pueda seleccionar las empresas que representan los mejores riesgos, en materia de accidentes y enfermedades laborales, está disponible y se puede acceder sin dificultad. Por ejemplo, para encontrar las empresas que se podrían considerar los mejores clientes para asegurar en riesgos del trabajo, bastaría con centrar la atención en el segmento de empresas que participan exitosamente en los programas de prevención y salud ocupacional del INS o, bien, aquellas que tienen entre sus objetivos la meta de mantener un record de cero accidentes laborales todos los años. Un punto de partida para acceder a esta información, es la lista

---

<sup>43</sup> Según manifestaciones de la SUGESE, la apertura de riesgos del trabajo es un hecho puesto que no se requiere de modificaciones sustanciales a la normativa, ya que basta con sustituir el texto donde diga INS por “la aseguradora”, de conformidad con lo establecido en la sentencia de la Sala Constitucional.

de empresas que el INS publica todos los años, dentro de la celebración de los premios “PREVENTICO” que esta institución otorga a las empresas con las siniestralidades más bajas en materia de accidentes laborales.

Durante el año 2011, las empresas ganadoras del premio PREVENTICO, según informara el INS en un boletín de prensa (, fueron: “Inversiones y Procesadora Tropical Inprot S.A., Volio y Trejos S.A., Inversiones Eólicas Guanacaste, Alimentos Prosalud S.A., Arcelor Mittal de Costa Rica S.A., Baxter Productos Médicos Ltda, Boston Scientific de Costa Rica R.L., Bridgestone de Costa Rica S.A., Compañía Nacional de Chocolates D C R S.A., Holcim (Costa Rica) S.A. y Productos de Concreto S.A.” (Boletín de Prensa INS, 2012) .

Además señala el mismo boletín, que fueron entregados por primera vez dos premios en categorías especiales a las empresas Holcim de Costa Rica (Premio a la Proyección Solidaria en Salud Ocupacional) y Alimentos Prosalud S.A. (Premio a la Innovación en Salud Ocupacional). Ese mismo año, también se creó el Premio al Gerente del Año Comprometido con la Salud Ocupacional del cual fue ganador el Señor Carlos Toro, Gerente General de la Compañía Nacional de Chocolates.

Para exponer otro caso. Una aseguradora entrante podría evitar los riesgos malos para concentrarse en asegurar solo buenas empresas en riesgos del trabajo, mediante el estudio de las estadísticas de siniestralidad por sector de actividad económica que se encuentran disponibles para el público en general, en varias fuentes como: el Ministerio de Trabajo, la Comisión Nacional de Salud Ocupacional y, por supuesto, el mismo INS. La siguiente información es un resumen de la que aparece en la página web del INS:

[Para la década comprendida entre 1998 y 2007, el INS tramitó 1,2 millones de denuncias de lesiones por causa del trabajo, con tasas entre 118 y 166 por cada mil trabajadores asegurados. Las lesiones ocupacionales fueron más de dos veces más frecuentes en hombres que en mujeres. La razón es que los hombres se emplean más en los sectores más peligrosos de agricultura, minas y construcción, mientras que las mujeres tienen empleo más frecuentemente en el sector servicios donde ocurren menos accidentes. Las ramas de actividad más peligrosas, para esa década, fueron las de agricultura, silvicultura y pesca, de extracción de minas y canteras, y de construcción. Por lo tanto, se podría concluir (deducir) que los más fuertes candidatos para formar el mercado residual de riesgos del trabajo, a futuro, van a salir de las empresas que operan en estos sectores de actividad económica.] [http: www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)

Otro ejemplo. Para las empresas del sector construcción el acceso al seguro de riesgos del trabajo podría ser difícil en un mercado de competencia en el que las empresas aseguradoras establecieran criterios muy rigurosos para seleccionar los mejores riesgos, como resultado de estrategias para atraer y retener solo los clientes más rentables del mercado. En estas circunstancias, las aseguradoras entrantes rechazarían las empresas con altas tasas de siniestralidad en accidentes laborales. Durante el año 2008, el Instituto Nacional de Seguros reportó, en las estadísticas de Riesgos del Trabajo de ese año, 134.923 accidentes laborales, de los cuales, 23.362 sucedieron en personas trabajadoras del sector construcción, lo que representa el 17.31 % del total de la población accidentada.

#### **4.6.1.2 Importancia de la prevención.**

La estrategia de atracción de los mejores clientes pasa por el alineamiento de los objetivos de la aseguradora con los objetivos de las empresas que apliquen las mejores prácticas en materia de prevención de accidentes laborales. Las empresas que constituyen buenos riesgos para el aseguramiento de sus trabajadores contra accidentes y enfermedades laborales, generalmente, son aquellas que: 1.- establecen como prioridad la prevención de los riesgos y enfermedades laborales, por lo que invierten en campañas, programas y acciones concretas en materia de salud ocupacional. 2.- Cuentan con personal profesional especializado en salud ocupacional y medicina laboral 3.- Invierten en infraestructura para atender lesiones de accidentes menores ocurridos en el sitio de trabajo.

La aseguradora interesada en atraer y mantener este tipo de clientes, debe estar dispuesta a involucrarse con ellos apoyando programas para la prevención de riesgos y enfermedades laborales. Ofreciéndoles estímulos económicos que se reflejen en primas de seguros más bajas. Para ambas empresas, tanto la aseguradora como para el cliente, los buenos resultados de la prevención de accidentes laborales deben reflejarse en la última línea del estado de resultados. De manera que a medida que los costos de la póliza disminuyan por menores reclamos disminuyan también las primas (costos) para los patronos e impacten positivamente los estados de resultados de ambos, la aseguradora como las empresas aseguradas.

Por lo tanto, contribuir con la creación de una clara conciencia acerca de la importancia de la prevención de accidentes y enfermedades laborales entre patronos y

trabajadores, debería formar parte de los objetivos del asegurador. El aforismo inglés *“accidents never happen, they are caused by careless people”*<sup>44</sup> cobra vigencia y viene al caso para enfatizar la importancia de que los aseguradores co-inviertan con los patronos, en programas y acciones preventivas de accidentes y enfermedades laborales en el lugar de trabajo. En el negocio asegurador el mejor reclamo es el que no se hace, lo que es otra forma de decir que más vale prevenir que lamentar. Finalmente, los aseguradores deben tener claro que se trata de una relación de negocios ganar-ganar de naturaleza simbiótica por lo que la ganancia debe ser mutua y poder reflejarse para ambos (asegurador y asegurado) en la última línea del estado de resultados.

#### **4.6.2 El seguro obligatorio de automóviles (SOA).**

El SOA es la forma más común del principio de responsabilidad civil objetiva. La responsabilidad objetiva se fundamenta en que hay actividades que suponen, por sí mismas, algunos riesgos. En el caso del SOA, la simple posesión y manejo de un automóvil supone un riesgo, tanto para el conductor como para terceros (i.e. acompañantes, otros conductores y peatones). Por lo tanto, el simple hecho de conducir un automóvil conlleva de por sí una gran responsabilidad hacia terceras personas que pueden sufrir graves daños, tanto materiales como en su integridad física, como consecuencia de un accidente de tránsito. Mediante el seguro obligatorio de automóviles, se busca garantizar la reparación de los daños ocasionados a la integridad física de las personas, aunque no medie culpa o negligencia de parte del conductor del vehículo involucrado.

---

<sup>44</sup> Los accidentes nunca ocurren solos, son causados por gente descuidada.

El seguro obligatorio de automóviles (SOA) de Costa Rica y el seguro obligatorio de responsabilidad civil para conductores de los Estados Unidos difieren en que el SOA asegura el vehículo, y el seguro de responsabilidad civil en los Estados Unidos asegura al conductor. Sin embargo, ambos tienen el mismo objetivo; tratar de resarcir los daños a la integridad física y ayudar a las víctimas a recuperarse de las lesiones que pueda ocasionarles un accidente de tránsito.

El SOA de Costa Rica está regulado por el capítulo III de la Ley de tránsito por vías públicas terrestres y seguridad vial, N.º 9078. Dicha ley en su artículo 56 establece lo siguiente: *[Seguro obligatorio de vehículos. Todo vehículo automotor deberá estar asegurado de conformidad con lo dispuesto en este capítulo y su reglamento, así como por lo que dispone la Ley N.º 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de 22 de julio de 2008, y sus reformas, y demás sobre la materia.]* Ley de Tránsito, art. 56. El segundo párrafo del mismo artículo establece la obligatoriedad para las aseguradoras que ofrezcan el seguro, de emitirlo para cualquier vehículo que lo solicite y... *“cumpla con los requisitos exigidos por la legislación para circular en el país” sic.*

Si bien, en teoría, la obligatoriedad que tienen las aseguradoras de emitir el seguro a quien lo solicite<sup>45</sup>, según lo que establece este artículo, impediría que se queden riesgos sin cobertura (excepto cuando el vehículo no cumpla con los requisitos legales para poder circular en el país), en la práctica, ya se han venido presentando problemas con grupos de conductores que se sienten discriminados por tener que enfrentar, para el aseguramiento de sus vehículos, tarifas que consideran desproporcionadamente más altas que las cobradas a otros vehículos. Tal es el caso de

---

<sup>45</sup> En un mercado abierto, el aseguramiento siempre será voluntario, por lo que esta obligación no cabría en un mercado competitivo. Pretender eliminar la posibilidad de riesgos residuales por norma jurídica sería similar a pretender alcanzar la felicidad por decreto.

los dueños de motocicletas que han tenido que enfrentar aumentos continuos en las primas del SOA durante los últimos años. Ahora bien, es importante señalar que el aumento de las tarifas del SOA para las motocicletas no ha sido arbitrario, sino que se relaciona con la alta tasa de accidentes de las motocicletas y su tendencia creciente, según se refleja en las estadísticas de accidentes de tránsito de este grupo. La discriminación en las tarifas que aplica el asegurador, y que está provocando reclamos del grupo de las motociclistas, es una clara señal de que el asegurador (todavía como monopolista) está endureciendo sus criterios de selección de riesgo para castigar con tarifas más caras a los grupos de conductores considerados como “riesgos malos” en razón de sus estadísticas de accidentabilidad.

#### **4.6.2.1 Principales causas de los accidentes de tránsito**

Según datos publicados por el Departamento de Planificación del Poder Judicial, durante el 2011 las muertes por accidentes de tránsito afectaron mayoritariamente al grupo de peatones, el cual aportó un total de 196 víctimas, seguido por el grupo de los conductores de motocicleta con 124 muertes y los conductores y acompañantes de automóvil con 79 y 78 muertes respectivamente (Poder Judicial, 2012). Estos cuatro grupos conforman el 80,4% de todas las muertes por accidentes de tránsito ocurridas durante el 2011. Según se puede apreciar en el siguiente cuadro, tomado de los datos suministrados por el Departamento de Planificación del Poder Judicial, la imprudencia de los conductores es la principal causa de los accidentes viales (Poder Judicial, 2012). Invadir el carril contrario, conducir en estado de ebriedad, el exceso de velocidad y el irrespeto a las señales de tránsito, constituyen las principales causas de muerte por accidentes de tránsito, ya que ocasionan el 82.6% del total de accidentes viales.

**Tabla 9. Muertes por accidentes de tránsito**

Móvil de la Colisión	Total	Hombres		Mujeres	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>270</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>
Al invadir carril contrario	134	119	35,0	15	32,5
Irrespeto a señalamiento vial	48	32	11,5	16	18,9
Viraje en "U"	9	9	3,4	-	-
Mal estacionamiento	5	5	0,3	-	-
Manejar ebrio	61	56	22,6	5	5,4
Derrape	6	1	4	5	18,9
Hablar por celular	6	4	0,3	2	-
Quedarse dormido	3	2	0,3	1	-
Falla mecánica	2	2	1	-	-
Mala visibilidad (neblina/ polvo)	2	2	1,4	-	-
Pérdida de control	10	10	3	-	2,7
Problema de salud	1	1	0,3	-	-
Exceso de velocidad	30	24	13,5	6	21,6
Conducir orilla de la carretera	2	2	1,7	-	-
Otros	3	1	1,7	2	-

Fuente: Sección de Estadística del Departamento de Planificación del Poder Judicial

Del cuadro anterior, es posible concluir que, más del 80% de las causas de los accidentes de tránsito, están asociadas directamente con los conductores. Por lo tanto, lo lógico y apropiado sería que el seguro se asociara directamente con los conductores, como ocurre en Estados Unidos, y no únicamente con el vehículo como actualmente establece la Ley del Tránsito. Nótese, en el cuadro anterior, que apenas el 1% de los accidentes son atribuibles directamente a fallas mecánicas del vehículo.

Durante el año 2013 se registraron entre 7 mil y 8 mil accidentes de tránsito por mes (CRhoy, 2013). Lo cual representa entre 250 y 285 eventos diarios, con un crecimiento promedio del 7% de un año a otro.

En un estudio sobre accidentes de tránsito realizado en el cantón de Alajuela por funcionarios del COSEVI, durante el año 2010, se pudo determinar que, de 555 accidentes de tránsito ocurridos en ese cantón, en 226 (43%) estuvieron involucradas motocicletas, en 229 (42%) vehículos de pasajeros, en 37 vehículos de carga (7%) y en 25 (5%), vehículos de transporte público (Guémez, 2010). Nótese que la mayor frecuencia estuvo entre las motocicletas, sin que sea éste el tipo de vehículo más numeroso que circula en las vías del país.

En estudio realizado por la Universidad de Costa Rica (Pujol, 2001), utilizando información proveniente de 24.367 boletas de accidentes o choques viales, durante el año 2001, en 26 cantones, 10 de los cuales son de la Gran Area Metropolitana (GAM) y 16 fuera de la GAM, se contabilizaron 22.135 accidentes viales con 43.468 vehículos involucrados; 40.870 vehículos de 4 ruedas y 2.598 motocicletas. Los conductores de motocicleta representaron el 5,98% de los conductores del total de automotores accidentados. Sin embargo, estimaciones de los flujos vehiculares en los cantones de la muestra, han arrojado datos referentes a que las motocicletas no superaron el 4% del total del flujo vehicular y, en muchos lugares, fueron menores para ese año, lo cual se evidencia que la tasa de accidentabilidad de las motocicletas es mayor que la de los otros vehículos.

Sin embargo, lo más alarmante no es solamente la mayor tasa de accidentabilidad de las motocicletas sino la gravedad y las consecuencias de los choques ocurridos en las mismas. Los muertos “*in situ*”<sup>46</sup> detectados en la muestra de casi 25 mil boletas, fueron 38 de vehículos de cuatro ruedas (o más) y 22 de motocicleta, los

---

<sup>46</sup> Latín por “en el sitio”.

lesionados graves 196 y 210 respectivamente y los lesionados leves 1.592 en vehículo de cuatro o más ruedas y 1.261 en motocicleta. Esto implica que si un conductor sufre un accidente vial, en caso de conducir una motocicleta su riesgo de morir en el sitio del accidente es 9.11 veces mayor que para un conductor de vehículo de cuatro o más ruedas. La probabilidad de tener lesiones graves como resultado de un accidente en moto es 16.85 veces mayor y la de sufrir lesiones leves, 12.43 veces más alta (Pujol, 2001).

Para el conjunto de todas las vías de los 26 cantones de la muestra los resultados por billón de kilómetros vehículo dieron 4.980 choques viales, 30,8 muertes, 212 lesionados graves y 1.025 lesionados leves (Pujol, 2001). Lo que significa que hay un muerto por cada 161 choques viales y, por cada 10 muertos, hay 68,8 lesionados graves y 332,6 lesionados leves. En el estudio, se pudo estimar que la tasa de muertes por billón de kilómetros vehículo para los 26 cantones de la muestra fue de 30,8. Cabe señalar que, para el 2002, la tasa de muerte por billón de kilómetros vehículo fue de 9,4 en los Estados Unidos y de 7,0 en el Reino Unido (Evans, 2004).

#### **4.6.2 La cobertura del SOA y el costo de los accidentes de tránsito.**

En cualquier país donde opere el seguro obligatorio de automóviles (SOA), su precio va a depender de la cobertura ofrecida por el seguro. Sin embargo, es posible distinguir entre tres tipos o modelos de precios y coberturas dependiendo del mercado de seguros que se trate. Para efectos ilustrativos y de comparación se van a considerar solo tres mercados; el europeo, el de Estados Unidos y Canadá y el de la región de Latinoamérica.

En el mercado europeo, las legislaciones del SOA buscan que los daños provocados por los accidentes de tránsito, tanto materiales como las lesiones físicas a las personas, sean cubiertos en su totalidad por las pólizas de seguros que tienen que ser suscritas obligatoriamente por todos los conductores. A este primer modelo se le denomina “sistema de máximos”, ya que el SOA busca brindar la máxima cobertura, de manera ilimitada. El objetivo es procurar, a cualquier precio y para cualquier accidente de tránsito, el resarcimiento de la totalidad de los daños ocasionados.

En segundo lugar, está el sistema utilizado en los Estados Unidos y Canadá, el cual podría denominarse como “sistema de mínimos compensado”. En estos dos países, las coberturas del SOA no son suficientes para cubrir completamente los costos tanto materiales como de servicios médicos derivados de un accidente de tránsito. Sin embargo, los conductores, conscientes de la responsabilidad que adquieren al conducir un vehículo, toman coberturas adicionales de manera voluntaria. De ahí, su denominación de “sistema de mínimos compensado”, ya que es un sistema que, si bien brinda la mínima cobertura es compensada por los conductores mediante la compra de coberturas adicionales de manera voluntaria.

Finalmente, está el “sistema de mínimos puro” utilizado en los países latinoamericanos que tienen en vigencia seguros obligatorios para automóviles. A diferencia de lo que ocurre con el SOA en Canadá y Estados Unidos, en los países latinoamericanos la cobertura con que cuenta el conductor es la mínima, sin compensación porque, posiblemente por cultura de seguros (más bien por falta de ella), la contratación de coberturas adicionales por parte de los conductores, de manera voluntaria, es relativamente muy baja.

En Costa Rica los accidentes de tránsito tienen un costo para el país de 625 mil millones de colones anuales, lo cual equivale, aproximadamente, al 2% del PIB (CRhoy, 2013). Se estima que las lesiones causadas por los accidentes en carretera, tienen un costo promedio de veinte millones de colones por víctima, mientras que el monto asegurado de manera obligatoria por el SOA para cada automóvil, por lesionado, es de tan solo seis millones de colones. Al contar Costa Rica con un régimen de seguridad social universal, los 14 millones no cubiertos por el SOA tienen que ser absorbidos por la CCSS.

De acuerdo con datos publicados por el semanario Universidad del miércoles 22 de enero de 2014 el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense del Seguro Social subvenciona el mercado de los seguros obligatorios, específicamente al Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA) (Semnario Universidad, 2014). Por ejemplo, durante el 2013, la CCSS le facturó al INS, por concepto de gastos médicos por atención a lesionados en accidentes viales, la suma de 12.675.981.868,71, de los cuales el INS canceló menos de la mitad. La razón: el asegurador solamente pagó los montos establecidos en la cobertura del SOA, la cual resulta insuficiente para cubrir todos los costos de la atención médica que requieren los lesionados de accidentes de tránsito.

Sin embargo, pese a que los 6 millones de colones de cobertura son insuficientes, en diciembre del 2012, para resolver una huelga de motociclistas que protestaban por el alto costo del SOA, se redujo aún más la cobertura para estos vehículos, desde 6 millones de colones a 3.5 millones de colones. Tan importante reducción en la cobertura se hizo precisamente en el seguro del grupo que presentaba la

mayor frecuencia y los mayores costos por accidentes viales. Posiblemente, por falta de conocimiento en materia de seguros de parte de los dirigentes de los motociclistas, la huelga concluyó cuando estos aceptaron cambiar una disminución del 42% en la cobertura del seguro por una rebaja de apenas el 23% en la prima. Con esta medida, aprobada el 6 de diciembre de 2012 por la SUGESE, se vino a agravar la situación, ya de por sí crítica, provocada por la insuficiente cobertura del SOA y el incremento constante de los costos de la atención médica. Al final del día, quienes sufren las consecuencias, son los asegurados de la Caja Costarricense del Seguro Social, institución que debe cubrir, con sus propios recursos, el faltante, según lo establece el artículo 66 de la Ley del Tránsito vigente.

Si bien, el costo económico de los accidentes de tránsito para el país ya es de por sí elevado, el costo en vidas es todavía más alarmante e invaluable<sup>47</sup>. La violencia vial que se vive en las carreteras del país contra peatones y motociclistas, así como contra los propios conductores y sus acompañantes cobra en promedio una muerte al día ya que, todos los meses, pierden la vida al menos treinta personas por esta causa. El grupo etario más afectado, lo constituye el de las personas de entre 20 y 29 años, que son las más vulnerables frente a este tipo de muerte violenta, y que representó el 22,6 % del total de muertes por esta causa para el 2011 (Poder Judicial, 2012).

En cuanto a género, el 80% de las muertes se da en hombres y el 20% en mujeres. Malas noticias para la gente de la tercera edad: el atropello es la principal causa de muerte violenta de adultos mayores en Costa Rica. Anualmente, los atropellos cobran la vida de no menos 30 personas adultos mayores y, para el 2011, esta cifra

---

<sup>47</sup> La vida es una de esas cosas que el dinero no puede comprar.

ascendió a 36 (Poder Judicial, 2012). Los niños de cinco o menos años resultan más afectados por el atropello de vehículos que por cualquier otro tipo de accidente del tránsito. Durante el 2011, perdieron la vida 19 niños en las carreteras costarricenses, de los cuales el 63,2% lo fueron por atropello. Actualmente, día a día se libra una guerra en las calles y carreteras del país, de la cual (como suele ocurrir en las guerras), las principales víctimas son quienes no participan directamente en ella, o sea, los peatones.

#### **4.6.2.3 Selección adversa y selección ventajosa.**

Después de los estudios realizados por Akerlof (1970), Rothschild y Stiglitz (1976) sobre economía de la información en la industria de seguros, se pudo conocer que el mercado de seguros es uno de los más afectados por la información asimétrica. Cabe recordar que la asimetría de la información se presenta cuando el solicitante del seguro tiene información acerca de su perfil de riesgo que la aseguradora desconoce. Dicha asimetría puede llevar a una situación conocida como selección adversa. Actualmente, con el SOA, podría existir selección adversa por parte del grupo de conductores con las mayores tasas de accidentes que aseguran sus vehículos solo con el seguro obligatorio. Lo anterior por cuanto el SOA asegura el vehículo se tiende a ignorar para efectos de determinar la prima a cobrar, la conducta del conductor y su perfil de riesgo. Esta situación se atenúa por ahora gracias a la persistencia del monopolio del SOA en manos de la aseguradora estatal. Pero, cuando ingresen otras firmas y el conductor pueda elegir la aseguradora con plena conciencia y conociendo muy bien su propio perfil de riesgo y sus hábitos de manejo, los buenos riesgos se van a ir para la aseguradora que sepa premiar su buena estadística siniestral. Cabe señalar que la aseguradora podría estar en desventaja porque para vender el seguro como está

actualmente diseñado solo debe contemplar solo las características del vehículo y no el perfil de riesgo y hábitos de manejo del conductor. Además, hay que tener presente que la ley de tránsito vigente la obliga a venderle el seguro a quien se lo solicite por lo que no podría hacer selección de riesgo.

En el caso del grupo de los motociclistas, de llegar a mantenerse el SOA en la situación actual, significaría que todos pagarían la misma prima por la misma cobertura, independientemente de su perfil individual de riesgo. Cabe destacar que hay diferencias sustanciales dentro de los perfiles de riesgo de este mismo grupo. Mientras que muchos motociclistas pasan buena parte de su vida conduciendo su motocicleta en zonas urbanas de alta afluencia de tránsito (i.e. los mensajeros), hay otros que solo utilizan la motocicleta durante los fines de semana para realizar paseos recreativos. Sin embargo, todos terminan pagando la misma tarifa.

De igual forma, además de selección adversa, se puede presentar infra aseguramiento en la medida en que la única cobertura que contrata la mayoría de estos conductores es insuficiente para cubrir, por lo menos, los costos de atención médica por lesiones derivadas de un accidente vial. Tal es el caso nuevamente, de los motociclistas que solo contratan el SOA con la cobertura disminuida de 3.5 millones de colones. El grupo conformado por los conductores que únicamente aseguran sus vehículos con el seguro obligatorio y a la vez tienen los vehículos de modelos más viejos del parque vehicular, sería otro grupo que podría ser un firme candidato para formar parte del mercado residual del SOA.

Se puede estar presentando una situación contraria a la selección adversa en aquellos casos de personas con alta aversión al riesgo que compran autos de modelo reciente con altos estándares de seguridad, para los cuales adquieren coberturas adicionales de seguro voluntario. Estas personas, por lo general, tienen baja siniestralidad y a la vez son quienes tienden a comprar más coberturas de seguros. Por lo tanto, son consumidores que se vuelven muy rentables para las firmas aseguradoras. En estas circunstancias; alta aversión al riesgo, baja siniestralidad y alta tendencia a la compra de seguros, se presenta una situación conocida como “selección ventajosa”, que es una imagen espejo de la selección adversa, pero que también lleva a ineficiencia del mercado de seguros por el sobre aseguramiento que produce.

La selección ventajosa no es solo una posibilidad teórica sino que ha sido documentada en varios estudios. Por ejemplo, está el estudio realizado por Finkelstein y McGarry (2006), el cual fue citado anteriormente, cuyos autores encontraron evidencia empírica de selección ventajosa en el mercado de cuidados de salud prolongados de los Estados Unidos ya que, los individuos más cautelosos (es decir con mayor aversión al riesgo), invertían más en cuidados preventivos y eran los menos propensos a usar este tipo de cuidados. Sin embargo, al mismo tiempo, eran los que más seguros de salud compraban.

Podría considerarse de interés corroborar, como se ha hecho en otros países (Evans, 2004), si los conductores de vehículos nuevos son los más cuidadosos al conducir y en consecuencia tienen menos accidentes. De ser así, con los conductores de vehículos de modelos más recientes (excluyendo las motos), se podría estar presentando selección ventajosa y sobre aseguramiento. Ocurriría sobre aseguramiento en la medida,

en que, por tratarse de vehículos nuevos, generalmente financiados por un banco o intermediario financiero, cuentan con mayores coberturas de seguros porque sus compradores están obligados a tomar “seguros voluntarios” sobre el automóvil, durante todo el plazo del crédito. La mayoría de las veces se mantiene el monto asegurado de acuerdo con el monto original del crédito. Por lo tanto, al tener mayores coberturas de seguros para su automóvil y a la vez ser los que menos accidentes estos conductores sufren se vuelven muy rentables para cualquier asegurador. Se estima que este segmento del mercado representa alrededor de una tercera parte del parque vehicular costarricense y constituye el objetivo de mercado buscado por los aseguradores.

Actualmente, el segmento de los conductores que aseguran sus automóviles con seguros voluntarios es disputado por varias aseguradoras, las cuales, en la medida en que el INS se mantiene como monopolista del SOA, se ven inhibidas de incluir la cobertura del seguro obligatorio dentro de su canasta de productos. Hacerlo, brindando además facilidades a quienes aseguren tanto con SOA como con el seguro voluntario, les podría servir como estrategia para atraer más conductores de automóviles del segmento más rentable.

Con este propósito, cuando el mercado del SOA finalmente se abra, las aseguradoras que actualmente se disputan el segmento de conductores que demanda seguros voluntarios, podrían incluir el costo del SOA entre sus ofertas de seguro voluntario de automóviles con planes y precios atractivos. Esto en la medida en que puedan comprobar que la siniestralidad de este grupo fuera más baja que la siniestralidad de los que solo compran el seguro obligatorio. Con adecuada información y campañas de aseguramiento voluntario en coberturas de automóviles podría

propiciarse una situación similar a la de los países que cuentan con un “sistema de mínimos compensado” para el seguro obligatorio de automóviles, con el consiguiente beneficio para la sociedad en general.

Finalmente, es preciso recordar que, actualmente, el asegurador estatal tiene que incluir en el cobro del seguro obligatorio los impuestos al ruedo, así como otras contribuciones con destino específico que la ley establece. Esta situación puede inducir a error a los consumidores del SOA que tienden a identificar el monto total pagado por el marchamo con el costo del seguro, cuando éste solo representa el 20% del monto total. Los rubros incluidos en el pago del marchamo son: el seguro obligatorio de automóviles, el aporte al Consejo de Seguridad Vial, el impuesto de ventas, el impuesto a la propiedad de vehículos, las infracciones a la ley del tránsito, las infracciones por estacionómetros, el impuesto a favor de las municipalidades, la ARESEP (solo buses y taxis), el canon de transporte público (solo buses y taxis), el timbre fauna y el timbre de los *Scouts*.

## **4.7. Recomendaciones sobre el SOA y su impacto sobre los accidentes viales**

### **4.7.1. Aumento de la cobertura.**

Dada la gravedad de la situación descrita en materia de accidentes de tránsito se hace necesario y urgente introducir ajustes en el SOA. El más importante (y quizá el más urgente), sería el ajuste de la cobertura del seguro obligatorio de manera automática para que aumente conforme aumentan los costos de la atención médica. Si bien, el país no podría darse el lujo de tener un sistema de máximos parecido al europeo, la cobertura

debería ser al menos, suficiente para cubrir los costos de la atención médica de los lesionados en accidentes viales. La magnitud del daño que se ocasiona, como consecuencia de un accidente vial, es tal que el valor del automóvil se torna insignificante frente a los costos derivados, tanto en lo que respecta a daños a la propiedad como, especialmente, a los costos de los cuidados médicos necesarios para atender a los lesionados. Como se mencionó anteriormente, el costo promedio por accidente, solo de la atención médica, es de alrededor de veinte millones de colones, mientras que, la mayoría de los vehículos involucrados en accidentes de tránsito (i.e. las motos) que ocasionan lesionados, tiene un valor inferior a dicho costo promedio.

#### **4.7.2. Cambio del objeto asegurado.**

Otro cambio que debe considerarse, es la posibilidad de sustituir el objeto del seguro de manera que este pase, de asegurar el automóvil, a asegurar al conductor. Lo anterior con el propósito de que el conductor sea pecuniariamente responsable por el total de los costos de los accidentes de tránsito que ocasione y que el seguro no alcance a cubrir. Como evidencia para soportar dicho cambio se debe tomar en cuenta que el 99% de las causas de los accidentes de tránsito están asociados con el conductor, mientras que apenas el 1% se relacionan con el automóvil de acuerdo con datos del Poder Judicial de Costa Rica (2011).

Otro argumento a favor de un cambio de esta naturaleza es que, cuando se asegura al conductor, es posible aplicar sistemas de premios y castigos sobre las primas, de manera que la asignación de la tarifa sea consecuente con el historial individual de

accidentes del conductor como ocurre en el sistema *bonus-malus* que se describe a continuación.

#### **4.7.3. Implantación de un Sistema Bonus-Malus (SBM).**

El sistema más utilizado en todos los países desarrollados, para calcular las primas del seguro de responsabilidad civil para conductores en particular y del seguro de automóviles en general, es el llamado *Sistema Bonus-Malus* (SBM). En el SBM se divide a los conductores por clases, de manera que cada clase tiene su propio descuento o recargo, el cual es aplicado anualmente a la prima básica. Por ejemplo, un año en el cual no hubiera reclamos implicaría un aumento de un punto en la escala absoluta que podría corresponder en la escala relativa con un descuento del 20%, 10% o del 5% sobre la prima básica aplicada. Tal aumento o rebaja se aplica al momento del aniversario del contrato. Para el SOA, el aniversario del contrato corresponde con el año calendario puesto que el seguro cubre de enero a diciembre de cada año.

La clase inicial asignada al conductor, puede depender de la edad, el sexo, el lugar de residencia, la potencia y el tipo (i.e. una moto) del vehículo que conduzca. En los países donde se aplica este sistema se han logrado resultados muy positivos en materia de seguridad vial, en la medida en que el sistema tiende a estimular a los conductores a ser más cuidadosos y evitar accidentes, ya que éstos le representarían un recargo importante en la prima a pagar el siguiente año por el seguro. En un estudio realizado sobre 30 Sistemas *Bonus-Malus* (Sojung C. Park, Jean Lemaire y Choong Tze Chua, 2010), los autores concluyeron que el diseño de un Sistema *Bonus-Malus* (SBM) está influenciado por el desarrollo económico de cada país. Por lo tanto, los países más

desarrollados tienden a tener SBM más sofisticados y robustos, mientras que, en los países en desarrollo, este tipo de sistemas no se aplica o se aplica de manera muy rudimentaria. Adicionalmente, concluyeron que la cultura también influye en el diseño de un SBM, de manera que países con PIB per cápita parecido pueden tener diferentes SBM, dependiendo de la cultura de cada uno. Cabe señalar que Asia es el único continente en el cual todos los países, sin excepción, cuentan con Sistemas Bonus-Malus, mientras que los países del centro y el norte de Europa son los que aplican los Sistemas Bonus-Malus más rigurosos, según los datos arrojados por el estudio en referencia (Sojung C. Park et al, 2010). En un sistema Bonus-Malus, se parte del establecimiento de una escala con porcentajes que incluyen un mínimo y un máximo correspondiendo con las diferentes categorías de la escala. Se presenta, a manera de ejemplo, una tabla que ilustra la forma como podrían ser establecidas las categorías y los porcentajes de la prima a pagar en un sistema *Bonus-Malus* simple.

Tabla 10. Esquema Bonus-Malus

CATEGORÍA	% DE LA PRIMA
1	200
2	180
3	160
4	150
5	140
6	120
7	100
8	90
9	80
10	70

Fuente: elaboración propia

Al momento del inicio del Sistema, todos los conductores de una misma clase, se ubicarían en la escala siete, equivalente a una prima del 100% de la tarifa aplicable. Quiere decir, que cualquier conductor de vehículo que compre el SOA, a partir del momento en que se ponga en marcha el sistema, pagaría la tarifa de la categoría 7 equivalente al 100%, durante el primer año. Si no tuviera siniestros el año siguiente la póliza del vehículo se expide con la prima de la siguiente categoría hasta llegar a la categoría más alta, o sea la categoría 10, la cual equivaldría con el pago de la prima mínima, en este caso un 70% de la tarifa. Si en un año determinado, el vehículo tiene un siniestro que causa un reclamo por un costo superior o igual a un colón, el año siguiente se renovarían el SOA con la tarifa de la categoría anterior. Si en otro año, el vehículo tiene dos o más siniestros, cada uno de los cuales causara reclamos por uno o más colones, al año siguiente se renueva el SOA con la tarifa de dos categorías anteriores y así sucesivamente. Ahora bien, mientras el conductor no tenga reclamos, iría subiendo de categoría, a diferencia de los conductores que presenten reclamos los cuales descenderían tantas categorías como reclamos presenten en un solo año. En resumen, las tarifas correspondientes se van aplicando cada año, según la siniestralidad del año anterior que presente el conductor. Por ejemplo, un buen conductor con cero accidentes podría mantenerse en un costo del 70% de la prima, categoría 10, mientras que otro, que tuviera varios accidentes en su historial, podría tener un costo equivalente al 120%, ubicándose en la categoría 6. Cada año, se toma en cuenta la experiencia siniestral del conductor durante el año inmediatamente anterior, para ubicarlo en la escala que le corresponda, y así sucesivamente hasta llegar al máximo (200%). De tener más accidentes, una vez alcanzada la tarifa máxima de la escala, el conductor pasaría a formar parte del mercado residual.

En la actualidad, el SOA solo asegura el vehículo, mientras que con el Sistema *Bonus-Malus*, se tendría que tomar en cuenta tanto al vehículo como al tomador del seguro. Por lo tanto, si el tomador del seguro le vendiera el vehículo a otra persona que no haya tenido experiencia previa con el SOA, el comprador tendría que pagar una tarifa correspondiente con la categoría inicial de la escala, es decir 7, o sea una prima equivalente al 100% de la tarifa. Mientras tanto, el vendedor conservaría su experiencia siniestral previa y sobre el vehículo que compre<sup>48</sup> pagaría la tarifa en la cual estuviera ubicado en la escala al momento de la venta del vehículo anterior.

Hay que tener presente que la única forma en que se puede hacer corresponder la prima con el riesgo individual, es cuando se conoce (y se toma en cuenta) el historial del conductor, el cual, generalmente, no corresponde con el historial del vehículo, ya que este último puede haber pasado por varios dueños y conductores en el transcurso de un mismo año. Lo grave del asunto es que, si observamos el comportamiento de los accidentes de tránsito y su frecuencia creciente, se podría concluir que el sistema actual de tarificación general por grupos y según el tipo de vehículo, aplicado para calcular las primas del SOA, no tiene ningún impacto positivo sobre la conducta de los conductores. Se ha demostrado mediante diversos estudios (Evans, 2004) que la conducta de los conductores es incluso más importante que su habilidad como tales cuando de evitar accidentes se trata.

Podría entonces afirmarse que el sistema de cálculo del SOA, actualmente establecido sobre “mínimos puros”, está teniendo más bien un impacto negativo sobre la seguridad vial. Ya que, al tomarse en cuenta para el cálculo del seguro solamente el tipo

---

<sup>48</sup> Una moto podría tener una escala diferente con una tarifa diferente en razón de la siniestralidad del grupo.

de vehículo, ignorando el historial individual del conductor, se estimula (involuntariamente) un manejo menos responsable por parte de los conductores, que no ven penalizadas sus conductas en el costo del seguro obligatorio que tienen que pagar el siguiente año.

## **4.8 Recomendaciones de soluciones de mercado residual**

### **4.8.1. Mercado Residual aplicable en Costa Rica.**

Cuarenta y tres de los cincuenta estados de la Unión Americana (86%) utilizan los Planes de Riesgo Asignado (PRA) para brindar aseguramiento a los riesgos residuales. Poco a poco, los estados que mantenían otro tipo de soluciones se han ido trasladando a soluciones PRA, las cuales son aplicadas para los mercados residuales de ambos seguros obligatorios. Por lo tanto, tomando en cuenta la experiencia acumulada durante muchos años por el mercado estadounidense, sería posible extrapolar que la mejor solución de mercado residual aplicable a los riesgos residuales, tanto del SOA como de los riesgos del trabajo en Costa Rica, sería la de los Planes de Riesgo Asignado.

De manera adicional, cabe señalar que este tipo de solución sería la más conveniente, no solo porque sea la más utilizada en los Estados Unidos sino, entre otras, por las siguientes razones:

- Su aplicación no requiere de grandes reformas legales.
- No requiere de la creación de entes burocráticos. Su coordinación y control puede asignarse a una oficina especializada de la Superintendencia de Seguros (SUGESE).

- Al no requerir de la creación de entes burocráticos para su aplicación y control esta sería la solución de mercado residual más fácil de implantar y de menor costo.
- Se puede aplicar a los riesgos residuales que puedan aparecer en cualquiera de los dos mercados de seguros obligatorios; riesgos del trabajo y SOA.
- La asignación de los riesgos residuales de ambos seguros, en proporción al segmento del mercado voluntario que atienda cada aseguradora de manera aleatoria, es el mecanismo de elección que utilizan todas las soluciones de mercado residual<sup>49</sup> de los Estados Unidos para repartir proporcionalmente el riesgo entre toda la industria utilizando el principio del riesgo compartido.

#### **4.8.2. Aplicación de Sistema *Bonus-Malus* para SOA y RT.**

Dada la crítica situación actual en materia de accidentes del tránsito y seguridad vial sería importante poner en operación sistemas para el establecimiento de las primas a pagar por los conductores (también podría aplicarse a los empleadores), que permitan premiar o castigar a los asegurados, dependiendo de su historial individual de reclamos. Por lo tanto, se recomienda la implementación de un Sistema *Bonus-Malus* (SBM) para calcular las primas, con la ventaja de que el mismo Sistema *Bonus-Malus* podría aplicarse para ambos seguros obligatorios. Cabe señalar que el SBM es utilizado actualmente en todos los países desarrollados con resultados muy positivos tanto en materia de seguridad vial, así como también en la seguridad de los trabajadores en el sitio de trabajo.

---

<sup>49</sup> Se excluyen los monopolios estatales de seguros

Mediante la utilización del SBM se estaría incentivando a los conductores a cambiar su conducta de manejo para que sean más cuidadosos previniendo y evitando accidentes de tránsito. De igual manera, se estimularía a los empleadores y trabajadores a prevenir los accidentes y las enfermedades laborales. En ambos casos, el incentivo económico funcionaría como un disuasivo de los accidentes viales y un argumento de persuasión para la prevenir los accidentes laborales. Un accidente vial podría representar para el conductor costos más altos por el pago del seguro el año entrante y, eventualmente, su exclusión del mercado voluntario. Mientras que un historial de cero accidentes laborales en el año le significaría ahorros importantes en las primas a pagar por el seguro a las empresas.

De acuerdo con Lemaire y Zi (1994), la aparición y el diseño de los Sistemas *Bonus-Malus*, se relaciona directamente con la madurez del mercado de seguros. De manera que, a mayor madurez del mercado de seguros, mayor robustez de los sistemas BMS implementados. En Costa Rica, el mercado competitivo de seguros apenas recién inicia, después de 86 años de monopolio, durante los cuales no fue necesario cambiar los sistemas tradicionales de cálculo de primas para ambos seguros obligatorios debido a la falta de competencia. Hasta hace poco, el INS utilizó un sistema de bonificaciones y recargos para calcular las primas del seguro voluntario de automóviles durante el monopolio que podría considerarse un embrión o antecedente (aunque mal aplicado) de un Sistema *Bonus-Malus* que resultó costoso para la aseguradora, ya que todos los años las bonificaciones concedidas resultaron en promedio diez veces más costosas para el asegurador que lo recaudado por concepto de recargos.

El establecimiento de un SBM debería ser el resultado de decisiones políticas que tengan por objetivo la prevención mediante recargos en el pago del seguro del vehículo que sean consecuencia de los accidentes de tránsito en que haya participado durante el año inmediatamente anterior. Este tipo de medidas ha demostrado ser eficaz (Sojung C. Park et al, 2010) en otros países y podría servir para contener la espiral creciente de accidentes viales que azota el país y que deja una costosa estela de muerte y discapacidad.

El Sistema *Bonus-Malus* (SBM) también se ha aplicado exitosamente en los países más desarrollados para el cálculo de las primas del seguro de riesgos del trabajo con efectos positivos sobre la prevención de los accidentes laborales (Venter, 1990). La forma de cálculo actual de la prima, utilizada por el INS, mediante liquidaciones anuales que toman en cuenta los costos del seguro durante el año inmediatamente anterior, facilitaría su traslado hacia la implementación de un sistema *Bonus-Malus*. Gracias a la disponibilidad de información estadística de los sectores y de la historia individual de las empresas, en materia de siniestros pagados por el seguro de riesgos del trabajo no sería muy difícil implantar un SBM en el país. Como resultado del desarrollo y madurez que vaya adquiriendo el mercado abierto se podría esperar la migración hacia un SBM en un plazo indeterminado tal como ha sido la tendencia en países más desarrollados. Sin embargo, la guerra que se libra en las calles y que cobra cada día más víctimas, especialmente entre los peatones, requiere de soluciones de corto plazo. A falta de que sea el propio desarrollo del mercado de seguros, o bien, el desarrollo económico del país, los que puedan promover el establecimiento de Sistemas *Bonus-Malus per se* y dada la situación imperante en materia de inseguridad vial, así como el costo creciente tanto monetario como en vidas que representa el aumento anual de los

accidentes viales en el país, es urgente buscar y adoptar medidas que puedan tener un impacto positivo a corto plazo sobre la seguridad vial.

La experiencia de los países europeos muestra que un SBM aplicado al seguro de riesgos del trabajo es un buen incentivo económico para estimular a los patronos a invertir en la seguridad laboral de sus empleados, premiando la baja siniestralidad (*bonus*) y castigando, mediante el cobro de primas más altas, a las empresas que más accidentes laborales tengan.

#### **4.8.3. Hace falta un mercado residual para asegurar la infraestructura pública**

Así como no existen mercados residuales para los seguros obligatorios en Costa Rica, tampoco existe un mercado residual para el aseguramiento de propiedades ubicadas en zonas expuestas a los llamados Actos de Dios. Es decir, propiedades ubicadas en zonas expuestas a sufrir el embate de desastres naturales como inundaciones, terremotos, deslizamientos de tierra y huracanes entre otros. Si bien esto es preocupante para los dueños de tales propiedades, la ausencia de coberturas de seguros para obras de infraestructura pública como puentes, carreteras y centros de educación públicos que estén expuestos a tales desastres debería ser preocupación no solo del Gobierno de turno, sino también de todos los habitantes. Se estima que anualmente, los desastres naturales que afectan periódicamente a nuestro país tienen un costo en daños materiales de alrededor del 2% del PIB (Mora, 1997). A esta pérdida monetaria habría que sumarle el costo de recuperar la infraestructura, para lo cual hay que desviar recursos del erario público y limitar aún más las inversiones necesarias para

el desarrollo de otras obras indispensables para el crecimiento y desarrollo del país. Otros países más previsores que el nuestro ya cuentan con fondos o reservas para atender los daños a la infraestructura pública que puedan ser ocasionados por desastres naturales o bien, trasladan esos riesgos reasegurándose contra ellos a nivel internacional.

# CAPÍTULO V

## La Teoría del Poder de Mercado y el mercado de seguros de Costa Rica

---

*Paradoxically, the potential for market power over price through the generation of new products can lead to greater competition in markets than when there is a complete absence of market power, which is the case under so-called perfect competition.*  
**Richard McKenzie (2008)**

# **LA TEORÍA DEL PODER DE MERCADO Y EL MERCADO DE SEGUROS DE COSTA RICA**

La teoría del poder de mercado predice que la estructura del mercado va a determinar tanto la conducta de la firma como su desempeño. Esta teoría se compone de dos hipótesis; la llamada hipótesis SCP por sus siglas en inglés (Structure-Conduct-Performance) y la hipótesis del poder relativo del mercado, o RMP por sus siglas en inglés (Relative Market Power). La hipótesis SCP establece que, en mercados muy concentrados, las firmas dominantes tienden a confabular para subir los precios (colusión) y disminuir la oferta, para así obtener mayores utilidades. La Hipótesis RMP establece que no es la alta concentración del mercado sino la alta participación relativa de mercado de la firma, lo que le permite a esta última ejercer poder de mercado y fijar precios más altos que la competencia. Esta hipótesis RMP, o hipótesis del poder relativo de mercado, predice que los consumidores tienden a preferir los productos del líder, aunque los mismos tengan un precio mayor, porque asumen que son de mayor calidad que los de sus competidores. Es preciso aclarar que tal preferencia se basa solamente en una percepción del consumidor que no necesariamente debe ser cierta para surtir sus efectos.

## **5.1 Concentración del mercado de seguros**

Si bien, el 1 de Julio de 2008, mediante la aprobación de la Ley 8653 por la Asamblea Legislativa de Costa Rica, se abrió oficialmente el mercado de seguros costarricense, no fue sino hasta el año 2010 que ingresó al mercado la primera aseguradora extranjera. Entre 2010 y 2014 ingresaron un total de 10 aseguradoras que, sumadas a las dos que existen desde la abolición del monopolio ( INS y Seguros del

Magisterio), elevan a doce las firmas que componen actualmente la industria de seguros de Costa Rica. A cuatro años de la apertura, el mercado sigue muy concentrado. Tres firmas aseguradoras: INS, Panamerican Life y ASSA, actualmente se reparten el 94% del mercado. El anterior monopolista (INS), retiene el 85% del mercado <sup>50</sup>, constituyéndose en el operador dominante. Sin embargo, su actual participación, aunque muy alta, es el resultado de una pérdida de participación de mercado de aproximadamente 5% por año, durante los últimos 3 años.

Cummins (1972), demostró que las variables concentración y competencia están inversamente relacionadas. Es decir, que a mayor concentración de un mercado corresponde un menor nivel de competencia y viceversa. También concluyó que los mercados con mayores concentraciones tienen mayores niveles de precio que los mercados menos concentrados. Uno de los primeros esfuerzos de investigación realizados para tratar de encontrar evidencia empírica acerca de la relación entre los niveles de concentración del mercado y su rentabilidad es el estudio de Bain (1951), quien tiene el mérito de haber sido el primero que formuló la hipótesis sobre concentración-utilidad (Pope, Yu-Luen; 2008). Sobre la base de la teoría del precio, Bain formuló la hipótesis de que las utilidades más altas generadas en un mercado muy concentrado eran el resultado de un comportamiento oligopólico entre los participantes. Posteriormente, los estudios de Collins y Preston (1969), Weiss (1974) y Pearlman (1977), todos realizados en el mercado de seguros de los Estados Unidos, concluyeron que la concentración de mercado y la rentabilidad de la industria están positivamente correlacionados. En el siguiente cuadro se muestran las participaciones relativas de

---

<sup>50</sup> Calculado con base en las primas recibidas por cada aseguradora

mercado de las doce firmas aseguradoras que conforman el mercado de seguros costarricense.

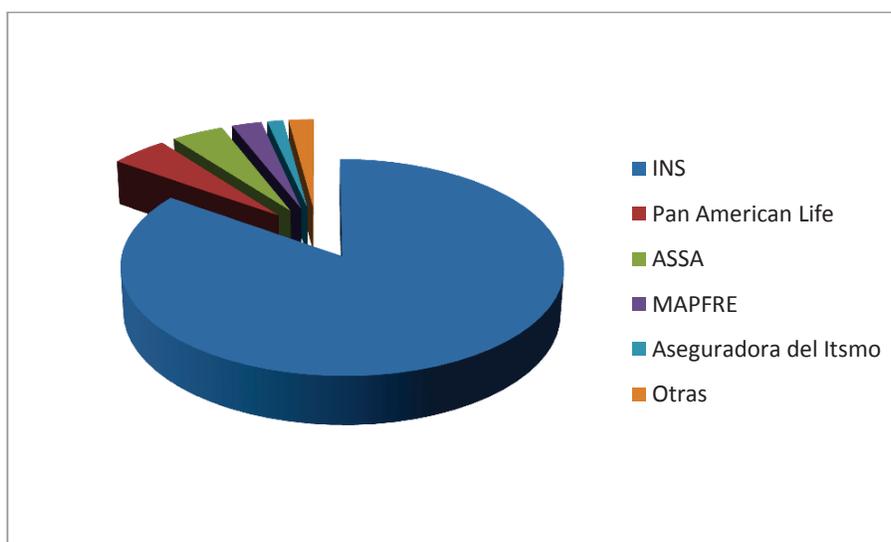
**Tabla 11. Participación de mercado de las aseguradoras**

ASEGURADORA	% PARTICIPACIÓN DE MERCADO
INS	84.80%
Pan American Life	4.81%
ASSA	4.40%
MAPFRE	2.53%
Aseguradora del Itsmo	1.36%
Quálitas	0.97%
Seguros del Magisterio	0.56%
Best Meridian	0.21%
Atlantic Southern	0.20%
Oceánica de Seguros	0.11%
Sagicor	0.03%
Seguros Bolívar	0.02%

Fuente: datos tomados de SUGESE

En el siguiente gráfico se puede apreciar la concentración del mercado de seguros en tres firmas. Sin embargo, la mayor parte del mercado continúa en manos del anterior monopolista y actual operador dominante del mercado, el INS.

**Gráfico 1. Participación de mercado de las aseguradoras**



Fuente: Elaboración propia con datos de SUGESE

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, cinco aseguradoras acaparan el 98% del mercado, mientras que el operador dominante (INS) concentra el 85% del mercado. En un mercado tan concentrado, el índice de Herffindahl-Hirschmann es alto aunque, a medida que el anterior monopolista pierde participación de mercado, el índice disminuye.

## **5.2 La variable dependiente precio.**

*La variable Precio:* Se consideró para efectos de estimar los valores de la variable precio, el resultado de dividir las primas recibidas por la aseguradora en un período de tres meses entre los gastos del negocio de seguros, incluyendo los reclamos incurridos, durante ese período. Esta definición operativa del precio resulta muy útil para efectos de analizar y poder comparar los precios de los seguros entre los diferentes aseguradores que operan en el mercado costarricense, independientemente del tamaño y

composición de sus carteras. La información para calcular el indicador del precio se tomó tanto de la SUGESE como de los sitios web de las aseguradoras, las cuales tienen, por normativa, que subir a su sitio de internet los informes financieros trimestrales.

### **5.3 Búsqueda de evidencia empírica sobre la relación que supone la Teoría del Poder de Mercado.**

Para poder determinar si existe relación entre las variables independientes concentración de mercado y participación de mercado con la variable dependiente precio se planteó una ecuación de regresión lineal simple que fue sometida a prueba mediante un modelo econométrico. El modelo de regresión lineal simple se usa para explicar el comportamiento de una variable dependiente o endógena, representada con la letra Y, en función de un conjunto de variables explicativas  $X_i$ , mediante una relación de dependencia que puede ser simple, en cuyo caso  $i=1$ , o múltiple cuando  $i>1$ . La hipótesis SCP de la teoría de poder de mercado sugiere que existe una relación positiva entre la concentración de mercado, la conducta y el desempeño de la firma (Stiegler, 1964). La existencia del poder de mercado se explica debido a que, en un mercado muy concentrado, es probable que se den conductas colusivas, en la medida en que las empresas que deben *ponerse de acuerdo* son pocas. La expresión matemática de la hipótesis SCP es del tipo  $P_i = \beta_0 + \beta_1 CM_i + u_i$ , donde  $P_i$  es el precio de la industria y  $CM_i$  es la concentración del mercado, medida mediante el índice de Herfindahl-Hirschman (HH):  $HH_i = \sum (MS)^2$ . Mientras que  $u_i$  es una variable aleatoria (estocástica), que se conoce como término de perturbación o término de error. Para confirmar la hipótesis SCP se esperaría que  $\beta_1 > 0$ . Mientras que para  $\beta_1 = 0$  la conclusión sería que la concentración del mercado, medida por el índice de Herfindahl, no influye entre las firmas líderes para favorecer una colusión entre ellas.

Por lo tanto, la ecuación para comprobar la hipótesis SCP es del tipo:

$$P_i = \beta_0 + \beta_1 \sum (MS)^2 + u_i$$

La hipótesis del Poder Relativo del Mercado (RMP) sugiere que es más bien la participación de mercado de la firma la que refleja su poder de mercado Rhoades (1985), Shepherd (1986) y no la concentración del mercado. La expresión matemática para la hipótesis RMP es del tipo;  $P_i = \beta_0 + \beta_1 MS_i + u_i$ , donde  $MS_i$  representa la participación relativa de mercado de cada firma y  $u_i$  es una variable aleatoria (estocástica) que se conoce como término de perturbación o término de error.

Para buscar evidencia empírica que permita comprobar o rechazar ambas hipótesis, se plantea la siguiente ecuación que relaciona la variable precio con el desempeño de las firmas, como resultado, tanto de la concentración del mercado como de la participación relativa de mercado de cada una de las firmas. Estas dos últimas variables se toman como variables independientes y la primera, el precio, como la variable dependiente (Byeongyong, Weiss; 2005). Por lo tanto, la ecuación de regresión lineal simple que se somete a prueba es:

$$P_i = \beta_0 + \beta_1 HHI_i + \beta_2 PM_i + u_i$$

Donde:  $P_i$  es el precio,  $HHI_i$  es el índice de Herfindahl- Hirschman que mide el grado de concentración del mercado,  $PM_i$  es la participación de mercado de la firma y  $u_i$  es el término de error.

Se supone que la relación que predice la hipótesis SCP es una relación de causa efecto simultánea entre la estructura del mercado, la conducta y el desempeño de la firma (Carroll, 1993), por lo que podría haber algún sesgo al usar análisis de regresión para estimar la ecuación. No obstante, Byeongyoung y Weiss (2005) comprobaron, mediante la aplicación de la prueba aumentada Durbin-Wu-Hausman, que no existe endogeneidad con respecto de las variables de concentración y participación de mercado a la hora de evaluar las hipótesis SCP y RMP mediante ecuaciones de regresión lineal simple.

Como se mencionó anteriormente, los datos se tomaron de la información financiera enviada trimensualmente por las aseguradoras a la SUGESE que, además, deben publicar en sus sitios web en cumplimiento de lo que establece la normativa. Con la información financiera de cada aseguradora se procedió al análisis cuantitativo de los datos mediante la ayuda de un programa econométrico por computadora denominado *EViews*. Posterior a la introducción de la base de datos se obtuvieron los resultados que se comentan en el siguiente apartado.

Para tratar de comprobar que existe una relación como la descrita por la hipótesis SCP en el mercado de seguros costarricense, en lo referente a la relación del precio con la concentración del mercado, se esperaría que en la ecuación 1,  $\beta_1 > 0$  mientras que para  $\beta_1 = 0$  la conclusión sería que la concentración del mercado, medida por el índice de Herfindahl, no influye entre las firmas líderes favoreciendo una colusión entre ellas.

Para buscar evidencia sobre la hipótesis RMP que establece una relación entre participación relativa de mercado de las firmas con el precio, se esperaría que en la ecuación 1,  $\beta_2 > 0$ , mientras que si  $\beta_2 = 0$  no habría relación entre la participación de mercado y el precio.

#### **5.4 Aplicación del modelo con información de los estados financieros trimestrales de las aseguradoras**

Como se mencionó anteriormente, los datos financieros para el cálculo de la variable dependiente y las independientes se extrajeron de los informes trimestrales (intermedios) de cada una de las doce aseguradoras que operan actualmente en el mercado. Se ordenaron en una tabla excel y, posteriormente, se incluyeron en una base de datos para correrlos con la aplicación denominada *EViews*. Esta es una aplicación informática desarrollada como herramienta econométrica y estadística que corre sobre una plataforma de Windows. *EViews* es muy útil para efectuar análisis de regresión de datos en áreas que incluyen tanto el análisis y la evaluación científica de datos, así como el análisis financiero, la elaboración de pronósticos macroeconómicos, pronósticos de ventas, simulaciones y el análisis de costos.

Para efectos de correr los datos de las variables se consideraron dos modelos para la variable dependiente. El primer modelo (efectos *pooled*) supone que todas las aseguradoras se comportan de forma similar respecto de la variable dependiente. Es decir se supone que existe algún grado de colusión entre las firmas. El segundo modelo (efectos fijos), asume que las doce aseguradoras se comportan de manera diferente, es decir, que no hay colusión entre ellas.

Se incluyó información de 18 períodos trimestrales (del 2010 al II semestre del 2014) de las doce aseguradoras para un panel total de 134 observaciones. Es importante aclarar que, como cada aseguradora ingresó en una fecha diferente al mercado de seguros costarricense, los datos no son uniformes para los 18 períodos considerados. Por lo tanto, existen baches de información en la medida en que no todas las 12 aseguradoras operaron simultáneamente durante los 18 períodos analizados. Como ya se mencionó, solamente el INS y Seguros del Magisterio operan desde la apertura del mercado (2008). El resto de aseguradoras ingresó al mercado a partir del 2010, aunque en fechas diferentes. Por esta razón, no hay datos de todas las doce aseguradoras operando simultáneamente para todos y cada uno de los 18 períodos considerados.

**5.4.1 Análisis de los datos para la variable dependiente Precio, Modelo I: Efectos pooled (sin efectos). Se asumen estrategias similares para todas las firmas aseguradoras.**

**Modelo precio efectos pooled (sin efectos)**

Dependent Variable: PRECIO  
 Method: Panel Least Squares  
 Date: 11/05/14 Time: 19:03  
 Sample: 2010Q1 2014Q2  
 Periods included: 18  
 Cross-sections included: 12  
 Total panel (unbalanced) observations: 134

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-7.130100	9.498192	-0.750680	0.4542
ÍNDICE_HHI	14.01594	11.44579	1.224550	0.2229
PARTICIPACIÓN_MERCADO	-0.269182	1.043887	-0.257865	0.7969

Los resultados obtenidos con el modelo I (sin efectos o efectos pooled) para la ecuación de la variable precio  $P_i = \beta_0 + \beta_1 HHI_i + \beta_2 PM_i + u_i$  son los siguientes:

$$\beta_0 = -7.13 ; \beta_1 = 14.01 \text{ y } \beta_2 = -0.269$$

La concentración del mercado medida por medio del índice de Herfindahl Hirschman presenta un coeficiente estimado ( $\beta_1$ ) de 14.01. Esto muestra que un aumento en la concentración de mercado aumenta el precio del mercado, lo cual es consistente con lo que la hipótesis SCP predice. Sin embargo, el valor de la t estadística de 1.2245 sugiere un nivel bajo de significancia. El coeficiente estimado para la participación de mercado es -0.269 con una t estadística negativa de -0.2578 pero una probabilidad del 79.7%.

El estadístico de Durbin-Watson (d) es igual a 1.4039. Por lo tanto, es mayor que uno pero menor que 1.5 =  $1 < d < 1.5$  resultando que el estadístico es inferior a 2 que es el valor al cual debería acercarse para poder concluir con certeza que no hay autocorrelación positiva entre los residuos.

**Prueba sobre errores**

Panel unit root test: Summary  
 Series: RESID03  
 Date: 11/05/14 Time: 19:26  
 Sample: 2010Q1 2014Q2  
 Exogenous variables: None  
 User specified lags at: 1  
 Newey-West bandwidth selection using Bartlett kernel

Method	Statistic	Prob.**	Cross-sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	-6.21283	0.0000	9	105
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
ADF - Fisher Chi-square	58.9492	0.0000	9	105
PP - Fisher Chi-square	49.3781	0.0001	9	114

\*\* Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

Conclusión = Los errores son ruido blanco.

**5.4.2 Análisis de los datos para la variable dependiente Precio, Modelo II: Se supone estrategias diferentes para todas las firmas aseguradoras.**

**(Modelo precio efectos fijos)**

Dependent Variable: PRECIO  
 Method: Panel Least Squares  
 Date: 11/05/14 Time: 19:04  
 Sample: 2010Q1 2014Q2  
 Periods included: 18  
 Cross-sections included: 12  
 Total panel (unbalanced) observations: 134

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-10.79864	9.667537	-1.117000	0.2662
INDICE_HHI	18.27199	11.64822	1.568651	0.1194
PARTICIPACION_MERCADO	0.413455	1.045708	0.395383	0.6933

Los resultados obtenidos con el modelo II (con efectos fijos o estrategias diferentes) para la ecuación  $P_i = \beta_0 + \beta_1 HHI_i + \beta_2 PM_i + u_i$  son los siguientes:

$$\beta_0 = -10.7986; \beta_1 = 18.2719 \text{ y } \beta_2 = 0.4134$$

La concentración del mercado medida por medio del índice de Herfindahl Hirschman presenta un coeficiente estimado ( $\beta_1$ ) de 18.27. Esto muestra que ante un aumento en la concentración de mercado también aumenta el precio del mercado, lo cual es consistente con lo que la hipótesis SCP predice. Sin embargo, el valor de la t estadística de 1.56 sugiere un nivel bajo de significancia. El coeficiente estimado para la participación de mercado es 0.4134 con una t estadística de 0.3953 y una probabilidad del 69%. El estadístico de Durbin-Watson es igual a 1.8230 > 1.5. Aunque ligeramente menor que 2, se podría concluir que no hay autocorrelación positiva entre los residuos.

**Prueba sobre errores: Los errores son ruido blanco**

Panel unit root test: Summary  
 Series: RESID04  
 Date: 11/05/14 Time: 19:24

Sample: 2010Q1 2014Q2  
 Exogenous variables: Individual effects  
 User specified lags at: 1  
 Newey-West bandwidth selection using Bartlett kernel

Method	Statistic	Prob.**	Cross-sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	-4.88432	0.0000	9	105
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
Im, Pesaran and Shin W-stat	-2.09115	0.0183	9	105
ADF - Fisher Chi-square	36.0934	0.0069	9	105
PP - Fisher Chi-square	40.7631	0.0016	9	114

\*\* Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

### 5.4.3 Prueba efectos redundantes modelo precio

Redundant Fixed Effects Tests  
 Equation: EQ04\_PRECIO\_EFFIJO  
 Test cross-section fixed effects

Effects Test	Statistic	d.f.	Prob.
Cross-section F	3.271200	(11,120)	0.0006
Cross-section Chi-square	35.142378	11	0.0002

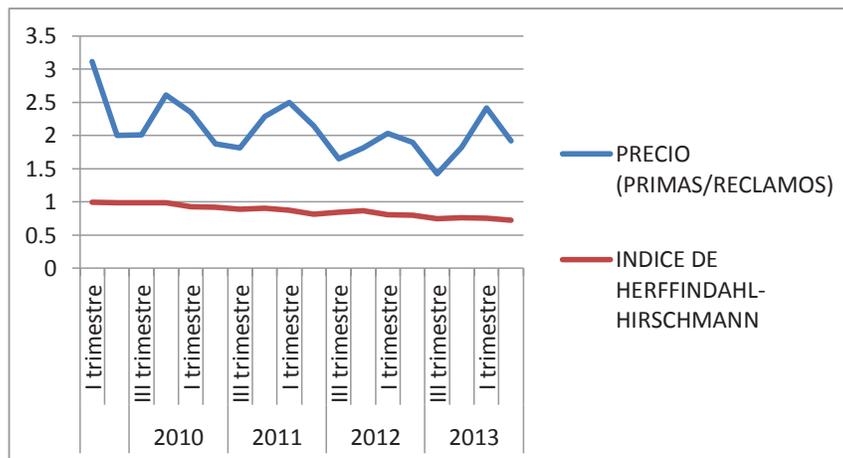
Cross-section fixed effects test equation:  
 Dependent Variable: PRECIO  
 Method: Panel Least Squares  
 Date: 11/05/14 Time: 19:27  
 Sample: 2010Q1 2014Q2  
 Periods included: 18  
 Cross-sections included: 12  
 Total panel (unbalanced) observations: 134

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-7.130100	9.498192	-0.750680	0.4542
ÍNDICE_HHI	14.01594	11.44579	1.224550	0.2229
PARTICIPACIÓN_MERCADO	-0.269182	1.043887	-0.257865	0.7969

### 5.4.4 Relación entre concentración medida por Herfindahl y el precio.

El siguiente gráfico muestra la relación entre las variables precio y concentración. Como se puede observar, la curva del precio tiende a disminuir a medida que disminuye la concentración del mercado como la hipótesis SCP sugiere: a mayor concentración del mercado corresponde un mayor nivel de precios y viceversa.

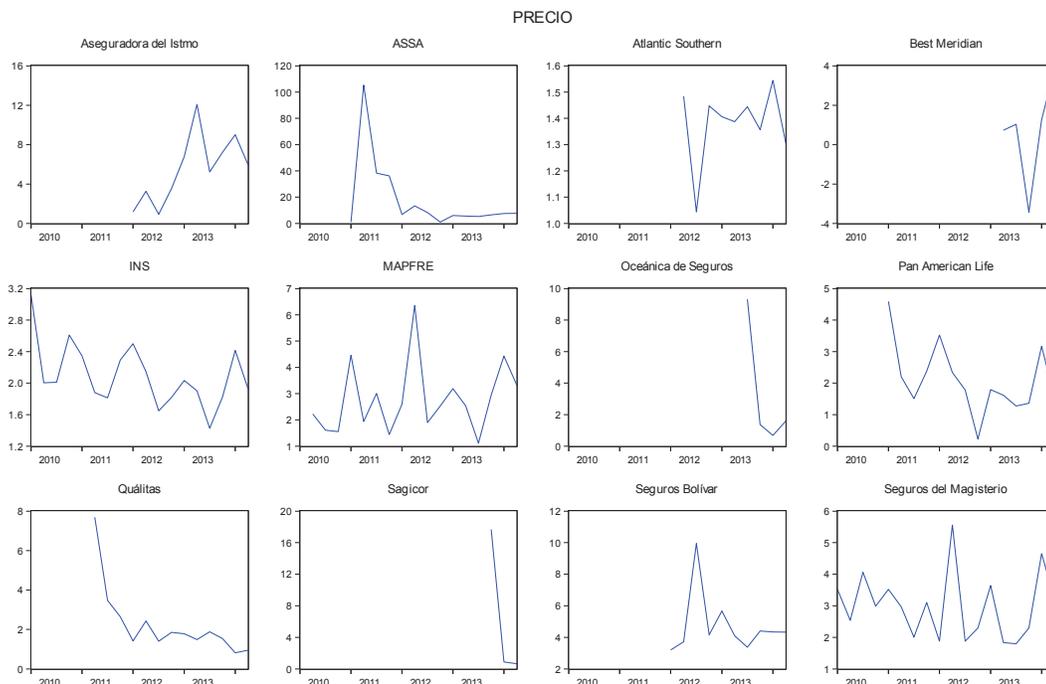
**Gráfico 2. El índice de Herffindahl-Hirschmann y el precio**



Fuente: Elaboración propia

A partir de los valores obtenidos con la aplicación del modelo econométrico no es posible concluir que exista evidencia empírica suficiente para establecer que alguna de las hipótesis de la teoría del poder de mercado se esté presentando en la industria de seguros costarricense. *A contrario sensu*, es posible afirmar que la evidencia empírica más bien apunta hacia una situación de mercado en la cual no se está presentando colusión entre las firmas aseguradoras. Tal aseveración puede corroborarse con el mejor desempeño del modelo econométrico con efectos fijos. O sea, asumiendo que todas las firmas tienen estrategias diferentes respecto del precio.

Al graficar los datos es posible apreciar que el comportamiento respecto del precio de cada firma aseguradora es diferente, según se puede observar a continuación en los gráficos que arroja el modelo econométrico utilizando Eviews y que reflejan el comportamiento de cada firma respecto de los precios.



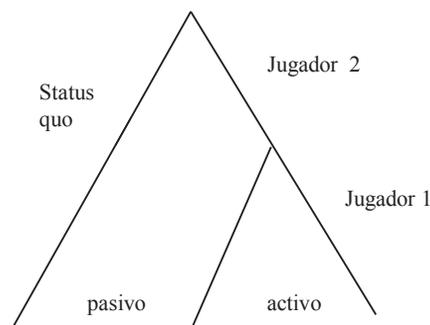
## **5.5 Competir o cooperar: La Teoría de Juegos**

En la Teoría de Juegos, la diferencia entre un juego cooperativo y uno no-cooperativo radica en que en el segundo se excluyen las coaliciones como opción. Por lo tanto, cada jugador debe escoger, de manera independiente, una estrategia racional propia. Un mercado competitivo no excluye la posibilidad de coaliciones. De hecho, se ha logrado determinar en estudios realizados en otros mercados de seguros que, a mayor concentración del mercado, mayor probabilidad de que se presenten conductas colusivas entre las firmas (Byeongyong, Weiss; 2005). Preciso es señalar que la conducta colusiva no se presenta fácilmente ya que hay factores que la inhiben. Entre ellos, se puede mencionar la falta de comunicación y la falta de información compartida entre las firmas participantes. Sin embargo, por lo general, no es tanto la falta de comunicación o de información compartida lo que dificulta la cooperación entre las firmas, sino más

bien la dificultad de llegar a acuerdos vinculantes. La dificultad estriba en garantizar que un acuerdo de cooperación se va a mantener entre las partes ya que la posibilidad de ganar algo (i.e. mayor participación de mercado) sacando ventaja de la ruptura del acuerdo, es una opción que puede resultar demasiado tentadora para alguno de los participantes. Esta es una situación hipotética que se analiza en el famoso dilema del prisionero.

La apertura del mercado de seguros costarricense y el ingreso de competidores al mercado de seguros podría simularse, de manera bastante cercana a la realidad, mediante el juego de la “cadena de tiendas” conocido en inglés como el *Store Chain Model*. Se trata de un juego secuencial de entradas donde el jugador 1 (el monopolista) se enfrenta a una secuencia finita de potenciales firmas entrantes, todas del mismo tipo. Después de una entrada el jugador 1 (monopolista) puede mostrar una conducta pasiva o activa que puede ser observada por las otras firmas potenciales entrantes. En cada etapa, el juego se puede representar mediante un árbol con información perfecta, en el cual un jugador 2 (entrante) juega primero y el jugador 1 (monopolista) juega después, algo parecido a lo que se muestra en la siguiente figura.

**Gráfico 3. The Store Chain Model**



Fuente: Elaboración propia

La forma en que el jugador 1 (monopolista) se comporte, bien sea pasivo o activo, es decir cooperador o agresivo, como respuesta al ingreso de una firma, va a ser vista por las firmas potenciales entrantes y tomada en cuenta para decidir su ingreso al mercado. Por ejemplo, si el monopolista se muestra muy agresivo (activo) defendiendo su territorio en procura de mantener su participación de mercado, esta respuesta podría inhibir a algunos jugadores a ingresar. Manteniendo una conducta agresiva frente a cada ingreso, el monopolista se podría ganar una reputación. Por otra parte, si la respuesta del monopolista al ingreso de las otras firmas fuera pasiva (cooperador), esto podría estimular a las demás firmas a ingresar. También los jugadores entrantes podrían escoger entre tratar de quitarle mercado al monopolista o bien cooperar con él para compartirlo. Por lo tanto, podría ser que el monopolista ganara más mostrando una conducta agresiva (activa) que una cooperadora (pasiva) en la medida en que lograra disuadir a algunos competidores de entrar al mercado. Aunque conviene recordar que, en este caso, la teoría de juegos predice que el equilibrio de Nash se alcanzaría mediante la cooperación (colusión) entre las firmas, la tentación por limitar el ingreso y conservar el mercado, podría hacer que el monopolista decida no cooperar. Esta segunda opción fue la seleccionada por el INS como conducta frente al ingreso de potenciales competidores.

## **5.6 Posición del monopolista ante el ingreso de competidores.**

El INS resumió su comportamiento ante el ingreso de competidores mediante una frase que publicó en avisos dentro de las instalaciones físicas de la institución con el propósito de divulgarla entre el personal y los clientes: “Está prohibido perder un cliente”. La frase era, al mismo tiempo, una instrucción de la administración superior que iba acompañada del empoderamiento a la Dirección de Cliente Corporativo y las

Sedes del INS para permitirles negociar los precios de las pólizas de los clientes del seguro de automóviles voluntario y de incendio a efectos de evitar que se fueran con la competencia. La frase resumía una estrategia de retención de clientes muy agresiva que llevaba implícita la declaratoria de una guerra de precios.

“Prohibido perder un cliente”, definía por lo tanto una conducta activa/agresiva frente a los aseguradores entrantes para tratar de conservar la mayor participación de mercado posible, a cualquier costo. La estrategia de pelear por todos y cada uno de sus clientes para retenerlos era una declaratoria de guerra de precios, razón por la cual fue objeto de una denuncia de la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) ante la Comisión para Promover la Competencia (Coprocom), así como de una sanción de esta última para el INS por prácticas monopolísticas. Se cita a continuación, textualmente, la noticia aparecida en la edición del periódico La Nación del 24 de setiembre de 2014:

## **[ INS recibe multa de ¢94 millones por prácticas anticompetitivas**

[POR Juan Pablo Arias](#) / [juan.arias@nacion.com](mailto:juan.arias@nacion.com) - Actualizado el 24 de septiembre de 2014 a: 06:06 p.m.

Caso data del 2011, cuando la aseguradora estatal ofrecía descuentos en los seguros de vehículos y contra incendios

San José

La Comisión para Promover la Competencia (Coprocom) impuso una multa de ¢94 millones al INS por prácticas anticompetitivas enmarcadas dentro de su política institucional "No perder un cliente", la cual estuvo vigente hasta diciembre del 2011.



El INS conserva la posición dominante del mercado de seguros tras la apertura del monopolio en agosto del 2008. [Ampliar](#)

La resolución se dio el pasado 12 de agosto, pero el proceso data desde el 2011, cuando la Superintendencia General de Seguros (Sugese) denunció al INS por "mejorar cualquier oferta hecha por la competencia a sus clientes".

Específicamente, se relacionó este caso a los descuentos ofrecidos en pólizas de automóvil y contra incendios que ofrecía la aseguradora estatal.

Para justificar la multa, la Coprocom señaló que las prácticas monopolísticas relativas son perjudiciales al proceso de competencia y libre concurrencia. También calificó como grave la infracción cometida por el Instituto Nacional de Seguros (INS) pues consideró este comportamiento como "excesivo" en su posición dominante.

A marzo pasado, fecha utilizada en el análisis de la Comisión, la participación del Instituto era de un 94% en el mercado de pólizas de vehículos y de un 87% en el seguro contra incendios.

**Denuncia del supervisor.** Entre los argumentos, la Superintendencia de Seguros señaló que los descuentos concedidos por una empresa en situación de posición dominante deben estar basados en una contrapartida económicamente justificada.

"Los descuentos por fidelidad, aplicados por una empresa que ocupe una posición de dominante son considerados abusivos, ya que producen el efecto de obstaculizar el acceso al mercado de los competidores", indicó la Sugese ante la Comisión.

Además, resaltó que el INS había "abusado" de su posición dominante al poner en práctica los descuentos.

"La política de 'No perder un cliente' establecida por el INS no está asociada al volumen de compras que realicen los consumidores, sino a evitar a toda costa que sus clientes emigren a la competencia sin considerar las consecuencias que esos descuentos pueden provocar en la solvencia de los productos de seguros", citó la Coprocom con base en los argumentos de Sugese.

El Instituto, por su parte, alegó que la Superintendencia hizo una mala interpretación del concepto de 'política de competencia'. Además, indicó que el propio INS fue el que impulsó la apertura del mercado de seguros.

**Resolución.** Junto a la multa por ¢94 millones, la Coprocom ordenó al INS abstenerse de otorgar descuentos de manera discriminatoria, sin parámetros objetivos y estandarizados, de manera tal que esa institución aseguradora no abuse del poder sustancial o que genere barreras u obstáculos para evitar la participación de otras aseguradoras.

Se intentó conocer la posición del presidente ejecutivo del INS, Sergio Alfaro, sin embargo no fue posible obtener una respuesta pese a la gestión ante la oficina de prensa de la entidad. ]

La resolución de Coprocom confirma que existió una conducta agresiva por parte del INS para tratar de retener participación de mercado, frente al ingreso de competidores, lo que, de por sí descartaría cualquier sospecha de colusión o, por lo menos, de cooperación del INS con los competidores entrantes. Por el contrario, el INS como operador dominante se ha mostrado activo/agresivo incluso llevando al mercado a una guerra de precios.

Por lo tanto, si el INS como operador dominante tuvo que recurrir a la guerra de precios para tratar de conservar sus clientes, se puede afirmar que no ha podido ejercer poder de mercado aprovechando su alta participación de mercado para retener los clientes sin tener que recurrir a una rebaja de sus precios. Una de las razones por las cuales no le ha sido posible ejercer poder de mercado es porque el seguro en Costa Rica es todavía como un producto genérico. El INS no supo diferenciar sus seguros durante los 84 años que duró el monopolio por lo que, al momento de la apertura, los consumidores no encontraron diferencia entre los seguros del INS y los de sus competidores.

### 5.6.1 Racionalidad de una estrategia de retener mercado a cualquier costo.

Durante la década de los años setenta, se llevaron a cabo estudios en la Universidad de Harvard buscando evidencia empírica acerca del posible impacto de las estrategias de mercadeo sobre las utilidades de las firmas. Algunos de estos estudios fueron conocidos como los estudios PIMS<sup>51</sup>. De los estudios realizados, destaca el publicado por la revista Harvard Business Review llevado a cabo por Buzell, Gale y Sultan (1973), en el cual los autores concluyen que existe evidencia empírica de una correlación positiva entre participación de mercado y rentabilidad, después de analizar datos de 600 empresas incluidas en la muestra del estudio PIMS. Cabe mencionar que, durante esa época estaba en boga una filosofía empresarial conocida como “producto-céntrica”, según la cual lo más importante para competir, era el producto que una firma llevaba al mercado. Si el producto era suficientemente bueno, los clientes “harían fila para comprarlo”. Por lo tanto, los esfuerzos para lograr ventajas competitivas por parte de las empresas, se concentraban en los departamentos de producción y control de calidad. Varias razones se mencionaban entonces para tratar de explicar el porqué de esta relación positiva entre la participación de mercado y la rentabilidad de la firma. Las más importantes eran: i) las economías de escala; ii) el poder de mercado y iii) la calidad de la administración. Una firma con alta participación de mercado podía disfrutar de las tres. Por una parte, su alto volumen de ventas le permitiría tener costos más bajos que la competencia gracias a sus economías de escala. Además, podía ejercer poder de mercado en razón de su alta participación de mercado, lo cual le permitiría competir sin tener que sacrificar utilidades, es decir manteniendo precios altos. Finalmente, sus altas utilidades le permitirían contratar y retener los mejores cuadros gerenciales.

---

<sup>51</sup> *Profit Impact of Market Strategies (PIMS)*

Con el correr del tiempo, el poder de los compradores (clientes) ha venido ganando importancia en el mercado al punto de que, actualmente, se habla de una filosofía empresarial “cliente-céntrica” que ha desplazado la vieja concepción “producto-céntrica”. Como parte de esta nueva corriente filosófica (mercadológica), se ha llegado a desechar la supuesta correlación positiva entre participación de mercado y rentabilidad de la firma. La experiencia sufrida por firmas muy grandes, todas líderes de mercado que, a partir de los ochentas, empezaron a ver sus utilidades caer, pese a sus altas participaciones de mercado, como es el caso de; *IBM, Pan American, United Airlines, Kodak y Sears*, por citar solo unas cuantas, puso en duda que las firmas líderes de mercado fueran necesariamente las más rentables. De igual forma, tampoco un mercado en crecimiento era sinónimo de firmas con utilidades crecientes. Más bien, empezaron a verse casos de firmas dentro de mercados de poco crecimiento que experimentaban un alto crecimiento de su valor de mercado, gracias a sus altas utilidades. Tal es el caso de los relojes suizos *SWATCH* que compiten en una industria de poco crecimiento, como es la industria de fabricación de relojes con resultados muy favorables.

Las firmas empezaron a cuestionarse si una alta participación de mercado traía por sí sola, es decir por añadidura, altas utilidades y comenzaron a proponerse como prioridad buscar altas utilidades, por encima de la participación de mercado como objetivo. Lo importante, ya no es ser líder de mercado, lo importante es concentrarse en el segmento de mercado que resulte ser el más rentable para la firma. Es decir, la clave está en encontrar los segmentos de mercado más rentables y ocuparlos para lograr mayores rentabilidades. A propósito viene al caso un viejo chiste de economistas que dice: “Los economistas dedicados a la academia, trabajan para hacer mercados

perfectos. Pero, los economistas que no están en la academia, se dedican a buscar lugares donde los mercados no son perfectos para hacer ganancias”.

Un ejemplo de que la mayor participación de mercado no es sinónimo de altas utilidades, se puede encontrar actualmente en la industria de los teléfonos móviles. Mientras que, para el año 2013, *Android* era el sistema operativo utilizado en el 81% de todos los teléfonos móviles vendidos, el sistema de Apple, iOS, apenas ocupaba el 12.9% del mercado de teléfonos móviles. Sin embargo, los datos de las utilidades para ese año de la industria de teléfonos móviles muestran que Apple hizo más utilidades que todas las demás firmas juntas, obteniendo el 56% de todas las utilidades del mercado de teléfonos móviles. Por lo tanto, ya no basta con ser el líder del mercado para ser el más rentable podrían obtenerse altas rentabilidades concentrándose en un segmento de mercado que sea muy rentable, aunque no sea el más grande. El objetivo a perseguir es la rentabilidad y no solamente la mayor participación de mercado, pensando que las utilidades vendrían solas, por añadidura. Una alta participación de mercado, *per se*, no le garantiza a la firma una alta rentabilidad.

## **5.7 Conclusiones**

### **5.7.1 El mercado tiende hacia una mayor selección por parte de las firmas aseguradoras.**

La posición agresiva del INS para retener participación de mercado a cualquier costo, podría estimular a las firmas entrantes a seleccionar mejor a sus clientes para concentrarse en los más rentables con el objetivo de obtener mayores utilidades. Esto

podría llegar a confirmar la hipótesis III que señala que las firmas entrantes se van a enfocar en seleccionar los “buenos riesgos” porque resultan más rentables. Una estrategia de este tipo va a producir riesgos residuales porque el operador dominante cuando empiece a experimentar pérdidas por el aumento de su siniestralidad tendrá que ser más riguroso en seleccionar los riesgos que asegure.

Es probable que la estrategia activa/agresiva frente al ingreso de competidores le haya permitido hacerse de una reputación al INS que podría haber desestimulado el ingreso de otras firmas al mercado de seguros de Costa Rica. Sin embargo, no se dispone de información fidedigna al respecto ni de datos empíricos que lo comprueben.

#### **5.7.2 No hay evidencia de colusión en el mercado de seguros costarricense**

El resultado de la aplicación del modelo II que supone estrategias diferentes para las firmas, muestra que no existe evidencia empírica de colusión en el mercado de seguros costarricense. Al no existir suficiente evidencia empírica para comprobar las hipótesis se opta por aceptar las hipótesis nulas II que establecen que no existe suficiente evidencia empírica para apoyar ninguna de las dos hipótesis que conforman la Teoría de Poder de Mercado, actualmente, en el mercado de seguros de Costa Rica.

*HII0: En el mercado de seguros de Costa Rica no existe evidencia empírica suficiente para apoyar la hipótesis RMP.*

*HII0: En el mercado de seguros de Costa Rica no existe evidencia empírica suficiente para apoyar la hipótesis SCP.*

# CAPÍTULO VI

## LA APERTURA DEL MERCADO Y EL BIENESTAR DE LOS CONSUMIDORES DE SEGUROS

---

*When you have excluded the impossible, whatever remains,  
however improbable, must be the truth.  
Sir Arthur Conan Doyle*

# **LA APERTURA DEL MERCADO Y EL BIENESTAR DE LOS CONSUMIDORES DE SEGUROS**

En vista de que la medición del bienestar es una tarea difícil, por tratarse de un tema subjetivo (Rojas, 2009), mediante la presente investigación se trató de medir el bienestar del consumidor de seguros referido a cuatro variables: i) el precio de los seguros; ii) la cantidad de seguros disponibles (oferta), iii) el servicio al cliente y, iv) la innovación. Para ello se utilizó un diseño no experimental transeccional para efectos de recoger opiniones de expertos en el tema de los seguros acerca de las variables sometidas a estudio: precios, productos, servicio al cliente e innovación en dos momentos; antes de la apertura y seis años después de la apertura del mercado. La investigación fue de tipo cualitativa recogiendo las opiniones de un grupo de intermediarios de seguros, representativo de cada uno de los tres tipos de canales utilizados actualmente en el mercado de seguros costarricense: los agentes independientes, los agentes de las sociedades agencia de seguros y los corredores.

## **6.1. La investigación cualitativa**

El objetivo de la investigación cualitativa fue recabar criterio experto por parte de algunos intermediarios de seguros acerca del comportamiento de las variables seleccionadas (precio, oferta de seguros, servicio al cliente e innovación) antes y después de la apertura del mercado de seguros. Para este propósito, se aplicó un cuestionario pre codificado mediante la escala de Lickert con respuestas cerradas a un grupo de 48 intermediarios, con el propósito de indagar cuál es su percepción acerca de si ha habido mejora, deterioro o se mantiene igual el nivel de bienestar de los consumidores de seguros después de la apertura del mercado. Para tratar de medir el

bienestar de los consumidores de seguros se utilizaron cuatro variables con sus respectivos indicadores según se detalla en la tabla 12 que se presenta más adelante.

La población de los intermediarios de seguros de la cual se tomó la muestra está constituida por todos los agentes y agencias de seguros que operan desde antes del año 2008 y se mantienen activos como intermediarios. Se seleccionó dicha población porque sus integrantes son quienes conocen el mercado, los seguros y las variables que interesan: precio, cantidad (oferta), servicio al cliente e innovación, tanto durante el monopolio como en la actualidad.

Como se mencionó anteriormente, para aplicar el cuestionario se seleccionó un grupo de 48 intermediarios escogidos sobre la base de su conocimiento del mercado de seguros antes y después de la apertura. Por lo tanto, todos los intermediarios seleccionados cumplen con el criterio de selección, esto es, conocimiento de ambos mercados. Se trata por lo tanto, de una muestra no probabilística en la medida en que sus participantes no fueron elegidos al azar, sino adrede aplicando el criterio de selección mencionado. De acuerdo con lo que señala Hernández (1991), en las investigaciones cualitativas interesan específicamente los casos que cumplan con el criterio de selección a efectos de que ayuden a entender el fenómeno de estudio y permitan responder las preguntas de investigación. Por lo tanto, en este tipo de investigaciones, el tamaño de la muestra no es importante desde una perspectiva probabilística (Hernández, 1991). Se trabaja con muestras no probabilísticas o dirigidas, donde la elección de los elementos que la componen depende de razones relacionadas solo con las características de la investigación (Hernández, 1991). Según Neuman (2010) en este tipo de investigaciones, el tamaño de la muestra no se fija necesariamente

de previo a la recolección de los datos sino que se empieza perfilando un número aproximado de casos y se va recolectando información hasta llegar a la “saturación de categorías”, que es aquella situación donde los casos nuevos ya no van agregando información o datos novedosos.

Para efectos de recabar la información correspondiente, la muestra de expertos estuvo constituida por cuotas seleccionadas de los tres grupos de intermediarios de manera alícuota, o sea, 33% de agentes de seguros independientes, 33% de agentes de Sociedades Agencia de Seguros y 33% de corredores de seguros. Dadas las limitaciones de tiempo y el hecho de que la población es muy homogénea, en términos del conocimiento de los productos de seguros, la muestra se constituyó con 48 intermediarios de seguros seleccionados de la siguiente forma: 16 agentes de seguros personas físicas, 16 agentes de Sociedades Agencias de Seguros y 16 corredores de seguros. En todos los casos, los entrevistados cumplen con el criterio de selección, esto es, son intermediarios de seguros desde antes del año 2008 y continuaban desempeñándose como tales al momento de la entrevista.

## **6.2 El cuestionario**

Para recopilar los datos se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas y cinco opciones de respuesta para que fueran más fáciles de codificar y analizar posteriormente el cual se muestra en el Anexo 1. Las alternativas de respuestas, todas ellas afirmaciones, fueron previamente codificadas utilizando la escala de Likert. Como se sabe, para la aplicación de esta escala se utiliza un cuestionario con un conjunto de afirmaciones, sobre las cuales se le solicita al entrevistado que elija una opción de

respuesta de las cinco que se le presentan. A cada una de las opciones se le asigna, previamente, un valor numérico de manera que, para cada respuesta, se obtiene una puntuación que se utiliza para medir cuantitativamente las variables. Al final, se suman las puntuaciones de todos los cuestionarios para efectos de someter a prueba la hipótesis valorando los criterios de los encuestados respecto de la misma. Para efectos del diseño del cuestionario el número de categorías de respuesta es igual para todas las afirmaciones, respetando siempre el mismo orden o jerarquía de las opciones para cada ítem.

Las variables se miden de manera indirecta utilizando para ello una serie de indicadores, para ser exactos cinco indicadores para cada variable. Los indicadores permiten medir las variables por medio de las diferentes afirmaciones del cuestionario y las respuestas que seleccionen los expertos. Cada indicador tiene al menos una afirmación o frase para la cual cada entrevistado seleccionó una de cinco opciones que se le ofrecen y que fueron previamente codificadas en una escala del 1 al 5. Correspondiendo 5 a la calificación más favorable hacia la hipótesis y 1 a la alternativa totalmente contraria a la hipótesis. El valor intermedio (No sabe/No responde) equivale a 3. Los indicadores seleccionados para recabar información sobre las variables son los siguientes:

***Variable Precio.*** Se consideraron como indicadores: las primas, las coberturas, la relación entre las primas y las coberturas, los descuentos o recargos sobre las primas, y los “combos”. Este último concepto referido a la posibilidad de que los consumidores puedan acceder a mejores precios si compran varios seguros, o bien, varias combinaciones predeterminadas (combos) de seguros. En un mercado de competencia,

se espera que este indicador corresponda con precios menores, cuando se comparan con los precios de los seguros durante el monopolio. Por lo tanto, las primas, en un mercado de competencia, deberían ser menores y las coberturas mayores, a las ofrecidas por el monopolista. De ser así, esto indicaría que el bienestar del consumidor de seguros ha aumentado, a raíz de la apertura, gracias a que tiene que destinar una menor parte de su ingreso al pago de seguros.

***Variable Oferta de Productos.*** Se consideran como indicadores de esta variable: la variedad de seguros; las líneas de seguros disponibles; la disponibilidad de productos, las combinaciones de productos y/o coberturas y la disponibilidad de canales de venta.

***Variable Servicio al Cliente.*** Los indicadores para medir esta variable son: el tiempo de respuesta de aseguramiento; el tiempo de respuesta para el pago de reclamos, la disponibilidad de canales de pago; la disponibilidad de productos de aseguramiento automático (productos autoexpedibles) y el acceso y disponibilidad de información acerca de seguros para el consumidor.

***Variable Innovación.*** Los indicadores son: Productos novedosos. Campañas novedosas de promoción del seguro. Modalidades nuevas de seguros (i.e. seguro de mascotas etc.). Uso de medios electrónicos para el aseguramiento. Uso de medios electrónicos para el trámite de reclamos.

En todos los casos, se esperaría que los indicadores muestren una mejoría en el entorno actual de mercado (competencia), con respecto de la situación durante el

monopolio, según el criterio de los encuestados. Se presenta a continuación un cuadro resumen de las variables y sus correspondientes indicadores.

**Tabla 12. Resumen de variables e indicadores**

VARIABLES	INDICADORES
<b>PRECIO</b>	<b>PRIMAS</b>
	<b>COBERTURAS</b>
	<b>RELACIÓN PRIMAS/COBERTURAS</b>
	<b>DESCUENTOS (RECARGOS)</b>
	<b>COMBOS (CROSS-SELLING)</b>
<b>VARIEDAD DE LA OFERTA</b>	<b>VARIEDAD DE SEGUROS</b>
	<b>LÍNEAS DISPONIBLES POR RAMO DE SEGURO</b>
	<b>PRODUCTOS DISPONIBLES POR LÍNEA DE SEGURO</b>
	<b>COMBINACIONES DE PRODUCTOS O COBERTURAS</b>
	<b>AUMENTO DE LA DISPONIBILIDAD DE CANALES DE VENTA</b>
<b>SERVICIO AL CLIENTE</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA PARA ASEGURAMIENTO</b>
	<b>TIEMPO DE RESPUESTA PARA PAGO DE RECLAMOS</b>
	<b>FACILIDADES DE CANALES DE PAGO</b>
	<b>AUMENTO DE PRODUCTOS AUTOEXPEDIBLES</b>
	<b>FACILIDADES DE ACCESO A INFORMACIÓN (INTERNET, CONTACT CENTERS, ETC.)</b>
<b>INNOVACIÓN</b>	<b>DESARROLLO DE PRODUCTOS NOVEDOSOS</b>
	<b>CAMPAÑAS NOVEDOSAS PARA PROMOCIÓN DEL SEGURO</b>
	<b>NUEVAS MODALIDADES DE SEGUROS</b>
	<b>USO NOVEDOSO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA EL ASEGURAMIENTO</b>
	<b>USO NOVEDOSO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA EL TRÁMITE DE RECLAMOS</b>

Fuente: Elaboración propia

## **6.3 Definición operacional de las variables e indicadores**

### **6.3.1. La variable precio**

El precio de un seguro se conoce como la prima. La prima se define como la cantidad de dinero que debe pagar el tomador del seguro a la aseguradora, como contraprestación por la cobertura del riesgo asegurado. Por lo tanto, el precio incluye las dimensiones de la prima y la cobertura correspondiente. Se supone que ambas (precio y cobertura) tienen una relación directa y positiva de manera que a mayor cobertura, mayor precio y viceversa.

*Indicadores de la variable precio:*

*Prima:* Es la cantidad de dinero que debe pagar el tomador del seguro a la aseguradora a cambio de la cobertura por el riesgo asignado. La prima depende de la duración del seguro, de la probabilidad de que suceda el siniestro, de su costo y de la cobertura o monto asegurado.

*Cobertura:* La cobertura de un seguro es el riesgo que cubre la póliza contratada con todas sus limitaciones, delimitaciones y exclusiones.

*Relación entre la prima y la cobertura o razón prima/cobertura:* Para las pólizas de seguros generales (aquellos que cubren bienes inmuebles como serían las casas y los automóviles), el valor de la propiedad y la cantidad de cobertura son los factores más importantes para la determinación de la prima. Al comparar la razón prima/cobertura se

puede determinar con mayor certeza si un seguro es más barato o más caro que otro. Por ejemplo, ante primas iguales, se puede determinar cuál seguro es mejor comparando los precios con las coberturas que cada prima incluye.

*Descuentos (recargos) y valores agregados:* Las aseguradoras pueden aplicar un sistema de bonificaciones y penalizaciones. O sea, de descuentos y recargos sobre la prima básica, en función de los siniestros declarados en los últimos doce meses por el asegurado. Si no hubo siniestros, pueden aplicarse descuentos y si se produjeron indemnizaciones por siniestros, la aseguradora podría aplicar recargos sobre la prima. Por lo general, los descuentos y recargos se aplican a las pólizas de los seguros de responsabilidad civil obligatoria o voluntaria, autos, daños propios, robo e incendio para casa de habitación y comercial. Adicionalmente, como una forma de incentivar el consumo de algunos seguros, las aseguradoras suelen incluir valores agregados conocidos como “asistencias” en el caso de los seguros generales. Por ejemplo, algunos aseguradores ofrecen el servicio de asistencia de grúa en carretera o asistencia en el hogar para promover la venta de los seguros de autos y de incendio respectivamente.

*Combos o mercadeo cruzado:* En marketing, se llama venta cruzada (del inglés cross-selling) a la táctica mediante la cual un vendedor trata de vender productos complementarios a los que consume o pretende consumir un cliente. Su objetivo es aumentar los ingresos de una compañía. Utilizando esta táctica, las compañías de seguros pueden estimular a sus clientes a adquirir varios seguros conjuntamente, ofreciéndoles descuentos por la compra conjunta, como una forma de aumentar sus ingresos. Por ejemplo, a una persona que va a comprar un seguro para su automóvil

podría interesarle adquirir además el seguro de incendio para su casa y una póliza de vida personal.

### **6.3.2. La variable “variedad de la oferta” y sus indicadores:**

*Variedad de seguros:* Las aseguradoras ofrecen seguros que son tan diversos como los riesgos que cubren. Por lo general, los diferentes tipos de seguros se clasifican en dos grandes ramos: Seguros Personales y Seguros Generales. Ambos definidos como: seguros de vida y seguros de no vida, también conocidos como seguros de daños. En Costa Rica, a estos dos grandes ramos se le suma un tercero; el de *los seguros obligatorios, también llamados seguros solidarios* que incluyen los seguros de riesgos del trabajo y el seguro obligatorio de automóviles. Mediante el indicador se trata de determinar si la oferta (variedad) de seguros ha crecido como resultado de la apertura del mercado.

*Líneas disponibles por ramo de seguros:* Los ramos de seguros a su vez se componen de líneas de seguros. En Costa Rica, los ramos de seguros se mantienen de igual manera antes y después de la apertura del mercado (3 ramos), pero el indicador trata de determinar si las líneas de seguros que componen cada uno de los tres ramos han aumentado.

*Seguros disponibles por línea de seguros:* A su vez las líneas de seguros se componen de seguros individuales o seguros colectivos. El indicador busca determinar si los productos de seguros, tanto individuales como colectivos, han aumentado después de la apertura o si se mantiene un número similar de productos.

*Combinaciones de productos y de coberturas:* El indicador trata de determinar si el aumento de la variedad de seguros disponibles después de la apertura del mercado (en caso de que se diera), es el resultado de productos y coberturas nuevas o solo es el resultado de una combinación de los mismos productos y coberturas que había disponibles antes de la apertura del mercado.

*Aumento en la disponibilidad de canales de venta:* Se espera, a partir de la experiencia en otros mercados de seguros que a mayor cantidad de canales de venta, corresponda un mayor acceso de los consumidores a los seguros. Internet ha representado una revolución, no únicamente en lo referente a la disponibilidad y acceso a la información, sino además en cuanto a la disponibilidad y acceso de los consumidores a los diferentes productos que se ofrecen en el mercado. Los seguros no son la excepción y, hoy en día, los llamados canales electrónicos de ventas (Internet) se han convertido en los de mayor crecimiento en los países desarrollados. Se espera que, a raíz del ingreso de competidores al mercado, se dé un crecimiento de los medios electrónicos para la venta de seguros en Costa Rica.

### **6.3.3. La variable servicio al cliente.**

Una compañía de seguros tiene dos procesos principales de cara a sus clientes, o lo que se denomina como *front-office*. Estos procesos son; el proceso de aseguramiento<sup>52</sup> y el proceso de reclamos. Por lo tanto, la variable servicio al cliente en

---

<sup>52</sup> En inglés se denomina “*underwriting*” al proceso mediante el cual una aseguradora evalúa el riesgo y decide si lo asegura o no.

las aseguradoras tiene que ver con la forma en que estos dos procesos tanto para el cliente como para los intermediarios.

*Tiempo de respuesta para el aseguramiento:* El indicador trata de determinar si el tiempo de respuesta de las aseguradoras ante una solicitud de aseguramiento ha disminuido, cuando se compara con la situación antes de la apertura del mercado. Es decir, si posteriormente a la apertura del mercado, los clientes están recibiendo una respuesta más rápida para sus solicitudes de aseguramiento.

*Tiempo de respuesta para el trámite y pago de reclamos:* Igual que en el caso del indicador anterior, este indicador trata de determinar si el tiempo de respuesta de las aseguradoras ha disminuido cuando se compara con la situación antes de la apertura del mercado para el pago de los reclamos de sus clientes. Es decir, si posteriormente a la apertura del mercado, los clientes reciben una respuesta más rápida para sus solicitudes de pago de un siniestro que el tiempo de respuesta durante el monopolio.

*Facilidades de pago (aumento de la disponibilidad de canales de pago):* De manera similar a las facilidades que brindan los medios electrónicos a los consumidores para acceder a la compra de productos, internet se ha convertido en un medio para el pago de servicios muy importante, que facilita y agiliza las transacciones. Mediante este indicador se trata de determinar si el ingreso de aseguradores al mercado ha representado un aumento en la disponibilidad de canales para el pago de los seguros. Por medio de internet un consumidor de seguros podría, desde la comodidad de su casa, contratar, pagar y renovar sus pólizas de seguros, lo cual representaría una mejora

significativa en materia de servicio al cliente y bienestar de los consumidores de seguros.

*Aumento de los productos autoexpedibles:* Los seguros autoexpedibles son pólizas de bajo costo, de fácil suscripción y que no requieren exámenes previos para su emisión. Por lo tanto, su contratación es inmediata y automática. Esto quiere decir que la contratación y compra del seguro no tiene ningún proceso de análisis previo (*underwriting*) por parte de la aseguradora, por lo que su suscripción es automática. El indicador trata de determinar si la oferta de este tipo de productos ha aumentado a raíz de la apertura del mercado.

*Facilidades de acceso a la información de seguros:* Tradicionalmente, los seguros han sido un servicio financiero que requiere de algún tipo de asesoría para su contratación, razón por la cual existen los intermediarios o asesores de seguros. Sin embargo, durante la última década, en los países desarrollados, los medios electrónicos, en particular el internet, ha cambiado la estructura de los mercados de seguros al acercar la aseguradora a los consumidores. Actualmente, los consumidores, sin salir de su casa, pueden acceder a mucha información sobre los productos y coberturas disponibles, así como cotizar precios de diferentes aseguradoras. En este caso, el indicador trata de determinar si el ingreso de nuevos competidores ha mejorado el acceso a la información para los consumidores contribuyendo con la creación de una cultura de seguros. Es decir, si la apertura del mercado está contribuyendo en la tarea de formar consumidores de seguros mejor informados y más conscientes de los riesgos y sus consecuencias.

#### **6.3.4. La variable innovación.**

La palabra innovación proviene del latín *innovare*. Este concepto se utiliza, de manera específica, para las nuevas propuestas, inventos y su implementación económica. La innovación tiene que ver con; nuevos productos, nuevos mercados, nuevos modelos, nuevos procedimientos, nuevos procesos, nuevas vías de distribución, nuevas campañas de publicidad, nuevas frases publicitarias, etc.

*Productos novedosos:* Mediante este indicador se trata de determinar en qué medida, el ingreso de aseguradores al mercado ha ocasionado la aparición de productos novedosos, diferentes a los que se ofrecían antes de la apertura del mercado.

*Campañas de publicidad novedosas para promover el consumo de seguros.* Mediante este indicador se trata de determinar en qué medida ha habido innovación, a partir de la apertura, específicamente en materia de publicidad de seguros para promover el consumo de los mismos.

*Nuevas modalidades de seguros:* Mediante este indicador se trata de determinar si, a raíz del ingreso de aseguradores al mercado, se están ofreciendo modalidades o tipos de seguros que no habían sido ofrecidos durante el monopolio. Es decir, si se están desarrollando nuevos productos para dar cobertura a riesgos que antes no se consideraban. Por ejemplo; los seguros de salud para mascotas. Este es un caso de innovación ya que, durante el monopolio, el asegurador estatal nunca consideró la oferta de este tipo de productos, posiblemente por considerarlo “no esencial”. Ahora el ingreso

de competidores ha impulsado al INS a ofrecer coberturas novedosas, como la mencionada, contra riesgos que nunca fueron tomados en cuenta durante el monopolio.

*Uso novedoso de los medios electrónicos.* Mediante dos indicadores se trata de determinar si, a raíz de la apertura, se está innovando en el uso de los medios electrónicos para cubrir los dos procesos principales de un asegurador; el aseguramiento y el pago de reclamos. Por ejemplo, antes de la apertura el monopolista contaba con un sitio web que no le permitía al consumidor hacer transacciones. Se trata de determinar si la apertura impulsó cambios y aplicaciones novedosas en el uso de los medios electrónicos para apoyar la venta de seguros, tanto por parte del anterior monopolista como de las aseguradoras entrantes.

### 6.3.5 Características de la muestra encuestada

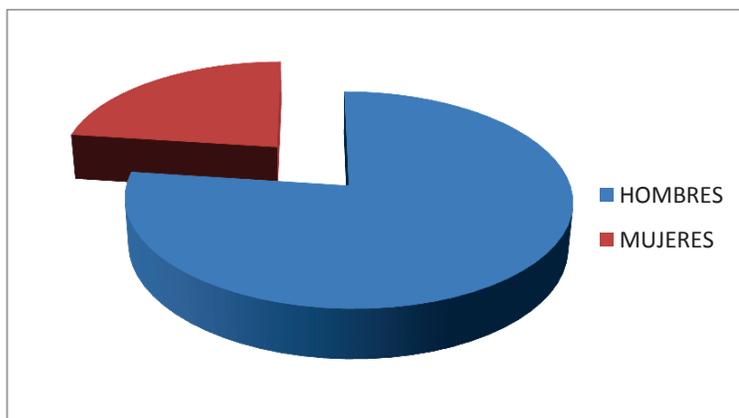
**Tabla 13. Características de la muestra**

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ENCUESTADA		
SEXO		
	HOMBRES	37
	MUJERES	11
	TOTAL	48
ESTADO CIVIL		
	SOLTERO	13
	CASADO	26
	DIVORCIADO	5
	OTRO	4
EXPERIENCIA		
	DE 6 AÑOS A MENOS DE 10 AÑOS	21
	DE 10 A 15 AÑOS	9
	MÁS DE 15 AÑOS	19
EDAD		

MENOS DE 30 AÑOS	1	8
MÁS DE 30 AÑOS PERO MENOS DE 40	2	17
MÁS DE 40 AÑOS	3	23
LUGAR DE RESIDENCIA		
	SAN JOSÉ	31
	HEREDIA	4
	CARTAGO	10
	ALAJUELA	2
	GUANACASTE	1

Fuente: Elaboración propia

#### Gráfico 4. Muestra encuestada según sexo



Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en el gráfico anterior la mayoría de la muestra está compuesta por hombres (77%) y un 23% son mujeres.

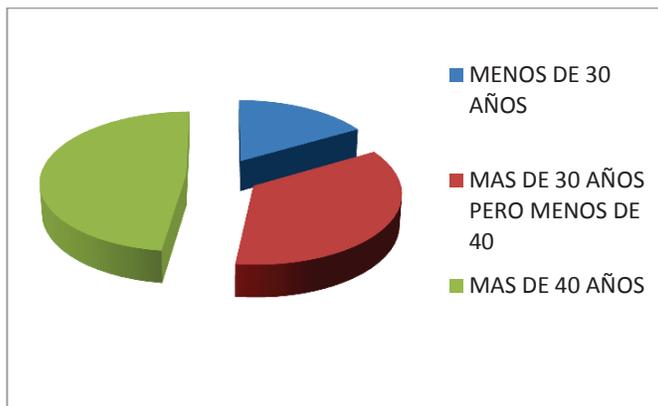
**Gráfico 5. Muestra encuestada según experiencia**



Fuente: Elaboración propia

La distribución de la muestra por años de experiencia es más o menos homogénea, con predominio de encuestados con menos de 15 años de experiencia.

**Gráfico 6. Muestra encuestada por edades**



Fuente: Elaboración propia

Las edades de los integrantes de la muestra encuestada reflejan que casi el 50% de los encuestados tiene más de 40 años, lo cual resulta lógico debido a que se

encuestaron intermediarios de seguros con más de seis años de experiencia para que tuvieran experiencia en ambos mercados (antes y después de la apertura del mercado).

Una vez realizadas todas las entrevistas, los resultados fueron tabulados, y se hizo la suma de los valores de las respuestas y se procedió a evaluar en qué medida el criterio de los intermediarios encuestados permitía aceptar o rechazar la hipótesis de trabajo que dice: “*La apertura del mercado ha aumentado el bienestar de los consumidores medido en términos de precio, oferta de productos y servicios, servicio al cliente e innovación*”.

#### **6.4 Tabulación de las respuestas**

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de las respuestas obtenidas mediante la aplicación de los cuestionarios precodificados a los expertos entrevistados.

**Tabla 14. Resumen de frecuencias por indicador**

VARIABLE	PREGUNTA	FRECUENCIAS	INDICADOR
<i>PRECIO</i>	6	2(3);4(17);5(28)	precio
	7	2(7);4(22);5(19)	precio
	8	1(2);2(8);4(23);5(15)	menos exclusiones
	9	1(2);2(11);4(15);5(20)	precio bajo
	10	2(5);4(27);5(16)	precio + cobertura
	11	2(1);4(18);5(29)	más descuentos
	12	1(3);2(22);3(5);4(16);5(2)	menos recargos
	13	1(1);2(4);3(1);4(25);5(17)	asistencias gratis
	14	2(9);3(3);4(28);5(8)	asistencias gratis
	15	1(1);2(19);4(20);5(9)	asistencias gratis
	16	1(3);2(14);4(18);5(12)	mejor precio en combos
<i>OFERTA</i>	17	2(7);4(13);5(28)	mayor variedad

	18	2(12);3(1);4(19);5(16)	mas líneas disponibles
	19	1(11);2(13);3(1);4(18);5(5)	se aseguran los mismos riesgos
	20	1(3);2(17);3(1);4(21);5(6)	se ofrecen los mismos seguros
	21	1(1);2(5);4(25);5(17)	facilidad de compra
	22	2(6);3(4);4(13);5(25)	oferta de autoexpedibles
	23	2(13);3(5);4(15);5(15)	oferta de autoexpedibles
	24	1(2);2(7);3(4);4(29);5(6)	combos
	25	1(2);2(8);4(30);5(8)	combinaciones a menor precio
	26	2(10);3(1);4(14);5(23)	compra por internet
<b>SERVICIO AL CLIENTE</b>			
	27	1(2);2(11);3(1);4(19);5(15)	tiempo respuesta aseguramiento
	28	1(16);2(19);3(1);4(8);5(4)	menos trámites aseguramiento
	29	1(5);2(14);3(2);4(21);5(6)	pago de reclamos más rápido
	30	1(4);2(21);3(2);4(18);5(3)	Trámite de reclamos más fácil
	31	1(5);2(23);4(16);5(4)	menos papeleo
	32	1(1);2(4);4(31);5(12)	consumidor mejor informado
	33	1(1);2(8);3(1);4(28);5(10)	mayor cultura de seguros
	34	1(1);2(9);3(2);4(28);5(8)	cliente más informado
<b>INNOVACIÓN</b>			
	35	1(2);2(15);3(7);4(18);5(6)	mayor publicidad
	36	1(4);2(31);3(4);4(8);5(1)	publicidad novedosa
	37	1(7);2(27);3(2);4(11);5(1)	publicidad novedosa
	38	1(2);2(21);3(1);4(20);5(4)	seguros novedosos
	40	1(3);2(29);3(1);4(11);5(4)	mayor uso de internet x por asegurador
	41	2(7);3(2);4(34);5(5)	seguros novedosos
	42	1(1);2(14);3(1);4(22);5(10)	mayor uso de internet x por asegurador
	43	1(4);2(15);3(4);4(17);5(8)	mayor uso de internet x por asegurador
	44	1(1);2(5);4(26);5(16)	medios de pago novedosos
	45	1(8);2(27);3(3);4(10)	seguros novedosos

Fuente: Elaboración propia

Se presenta a continuación una tabla de frecuencias de los valores obtenidos para las variables consideradas obtenidos de conformidad con la precodificación y los valores pre asignados utilizando la escala de Lickert.

**Tabla 15. Frecuencias de respuestas**

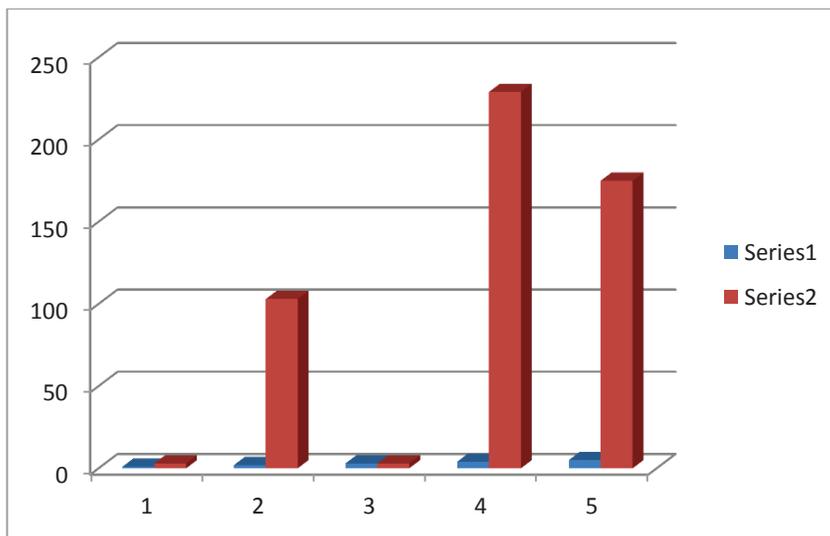
<b>VARIABLE</b>	<b>VALORES</b>	<b>FRECUENCIA (ABSOLUTO)</b>	<b>FRECUENCIA (PORCENTUAL)</b>
<b>PRECIO</b>			
	1	3	0.58%
	2	103	20.08%
	3	3	0.58%
	4	229	44.64%
	5	175	34.11%
	TOTAL	513	100.00%
<b>OFERTA</b>			
	1	19	3.96%
	2	98	20.42%
	3	17	3.54%
	4	197	41.04%
	5	149	31.04%
	TOTAL	480	100.00%
<b>SERVICIO AL CLIENTE</b>			
	1	35	9.11%
	2	109	28.39%
	3	9	2.34%
	4	169	44.01%
	5	62	16.15%
	TOTAL	384	100.00%
<b>INNOVACION</b>			
	1	31	6.50%
	2	191	40.04%
	3	23	4.82%

	4	177	37.11%
	5	55	11.53%
	TOTAL	477	100.00%

Fuente: Elaboración propia

A continuación, por medio de gráficos, se resumen los resultados obtenidos para cada variable, a partir de las respuestas obtenidas a los cuestionarios.

**Gráfico 7. Frecuencias para la variable precio**

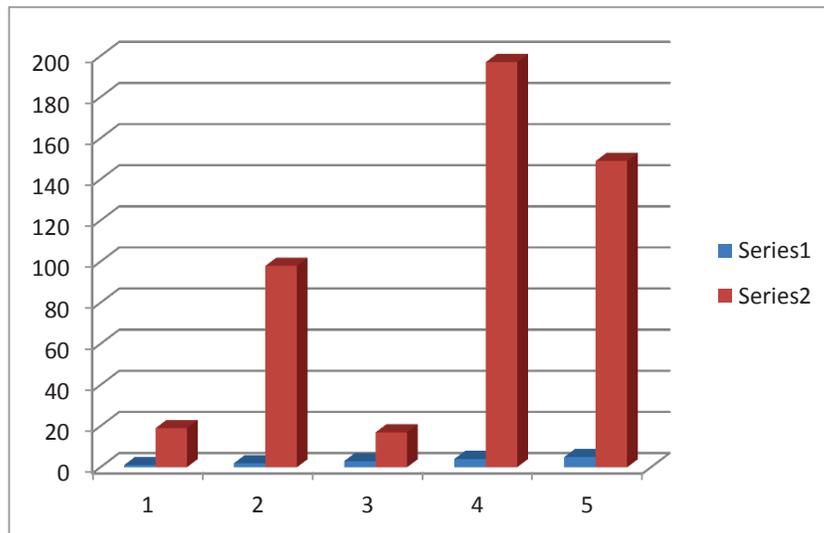


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior, los valores correspondientes a las alternativas de respuesta aparecen en el eje horizontal numerados del 1 al 5. Mientras que las frecuencias de respuestas obtenidas aparecen en el eje vertical. Cabe recordar que según la escala de Lickert aplicada en la precodificación del cuestionario, los valores 1 y 2 son contrarios a la hipótesis mientras que 3 es indiferente (NS/NR) y los valores 4 y 5 son alternativas de respuesta a favor de la hipótesis. De manera que se puede apreciar como las

respuestas se concentraron mayoritariamente en las alternativas favorables a la hipótesis (4 y 5) con algunas respuestas en contra alrededor de la alternativa 2.

**Gráfico 8. Frecuencias para la variable oferta de seguros**

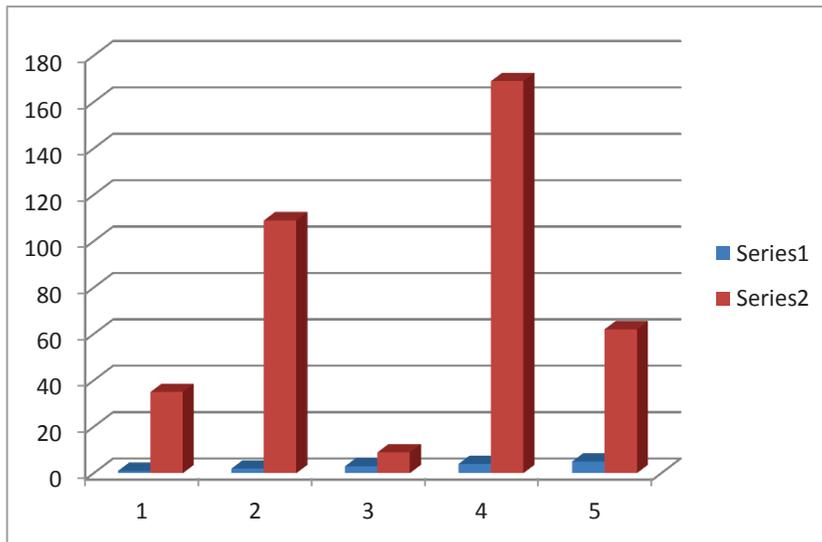


Fuente: Elaboración propia.

NOTA: Los valores 1 y 2 son contrarios a la hipótesis mientras 3 es indiferente (NS/NR) y los valores 4 y 5 a favor de la hipótesis

Es posible apreciar como las respuestas se concentraron mayoritariamente en las alternativas favorables a la hipótesis (4 y 5) con algunas respuestas en contra alrededor de la alternativa 2 y 1 y unas pocas respuestas eligieron sabe/no responde o sea la alternativa 3.

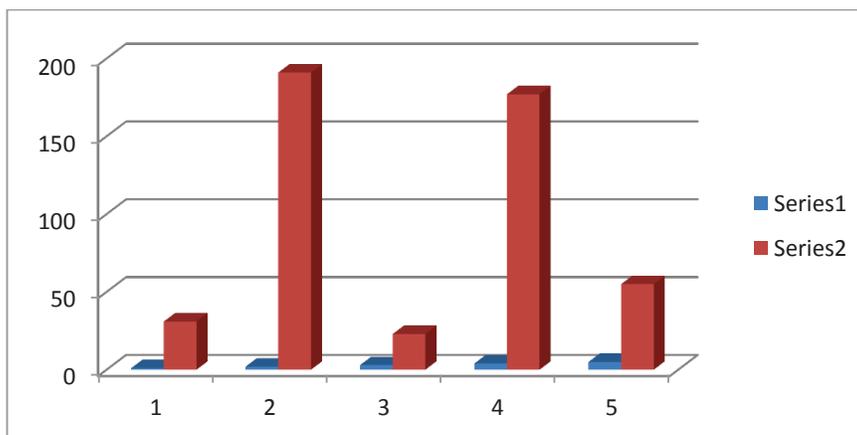
**Gráfico 9. Frecuencias para la variable servicio al cliente**



Fuente: Elaboración propia.

Los valores 1 y 2 contrarios a la hipótesis recibieron más respuestas para esta variable que en las dos anteriores, lo cual parece indicar que no existe consenso entre los encuestados respecto de la variable, dado que las respuestas se distribuyen de manera parecida entre respuestas positivas y negativas. 3 es Indiferente (NS/NR) y los valores 4 y 5 son respuestas a favor de la hipótesis

**Gráfico 10. Frecuencias para la variable innovación**



Fuente: Elaboración propia.

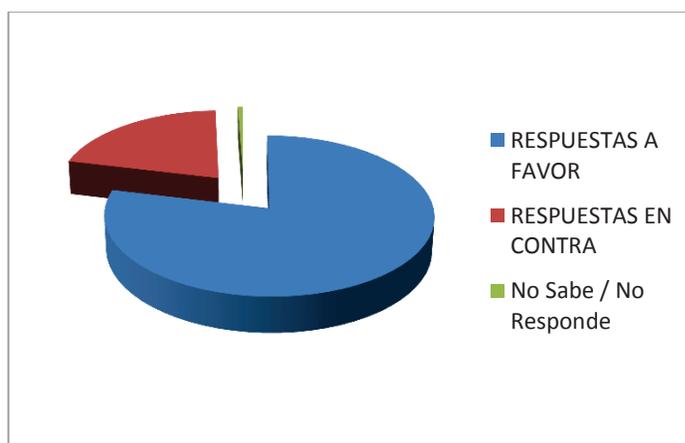
Los valores 1 y 2 contrarios a la hipótesis recibieron más respuestas para esta variable, lo cual parece indicar que las opiniones están divididas entre los encuestados respecto de la presencia de la variable según lo establecido en la hipótesis. Las respuestas se distribuyen de manera parecida entre respuestas positivas y negativas. 3 es Indiferente (NS/NR) y los valores 4 y 5 son respuestas a favor de la hipótesis. Los valores 1 y 2 son contrarios a la hipótesis.

## **6.5 Valoración de la hipótesis**

**6.5.1 Variable precio.** *La apertura del mercado de seguros ha beneficiado a los consumidores de seguros en términos de la disminución de los precios de los seguros.*

Respuestas a favor	78.75%
Respuestas en contra	20.66%
No sabe / No responde	0.58%

**Gráfico 11. Variable disminución del precio**

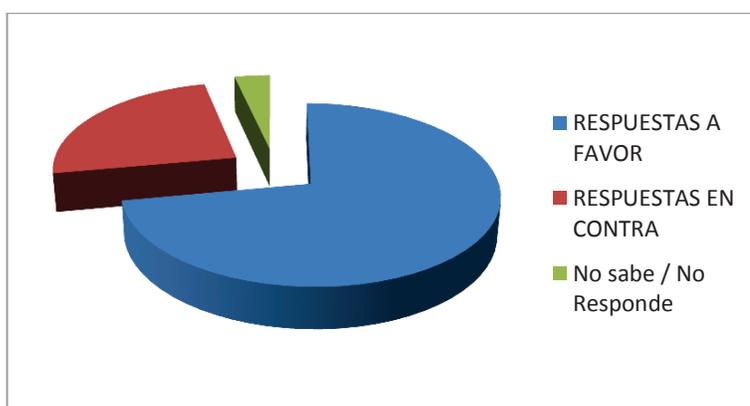


Fuente: Elaboración propia

**6.5.2 Variable oferta de seguros.** *La apertura del mercado de seguros ha beneficiado a los consumidores de seguros mediante la oferta de una mayor variedad de seguros y coberturas.*

Respuestas a favor	72.08%
Respuestas en contra	24.38%
No sabe / No responde	3.54%

**Gráfico 12. Variable oferta de seguros**

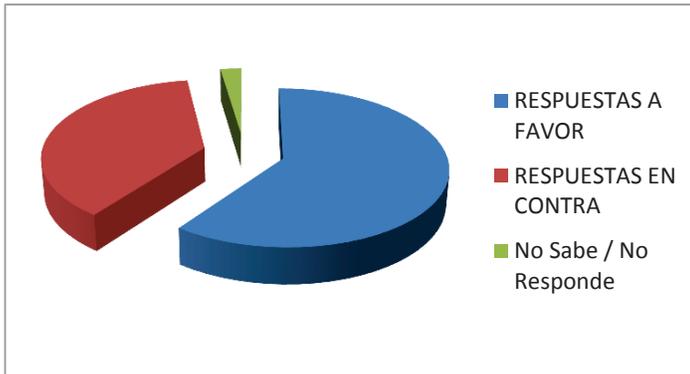


Fuente: Elaboración propia

**6.5.3 Variable servicio al cliente.** *La apertura del mercado de seguros ha beneficiado a los consumidores de seguros mejorando el servicio que reciben de parte de las aseguradoras.*

Respuestas a favor	60.16%
Respuestas en contra	37.50%
No sabe / No responde	2.34%

**Gráfico 13. Variable mejor servicio al cliente**

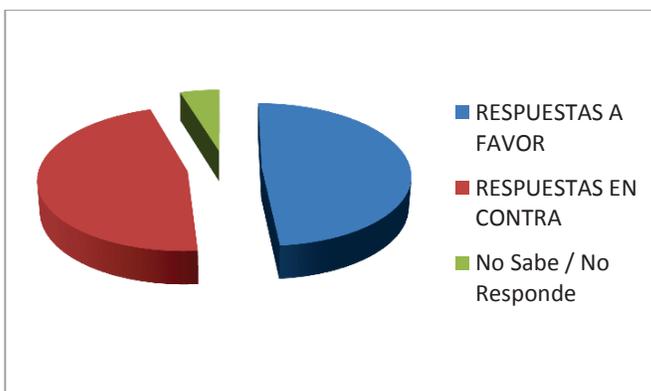


Fuente: Elaboración propia

**6.5.4 Variable innovación.** *La apertura del mercado de seguros ha beneficiado a los consumidores de seguros mediante la oferta de seguros novedosos e innovadores.*

Respuestas a favor	48.64%
Respuestas en contra	46.54%
No sabe / No responde	4.82%

**Gráfico 14. La variable innovación**



Fuente: Elaboración propia

## **6.6 Conclusión:**

De acuerdo con las respuestas recibidas de los intermediarios de seguros entrevistados, se puede concluir que: *“la apertura del mercado de seguros ha beneficiado a los consumidores de seguros gracias a: una disminución del precio de los seguros; mayor variedad en la oferta de seguros y mejor servicio al cliente”*. Con respecto a la variable innovación, no es posible concluir que se haya dado un aumento del bienestar de los consumidores de seguros, medido en términos de la disponibilidad de seguros novedosos e innovadores. Esto por cuanto, con respecto a esta variable, las opiniones de los expertos entrevistados están divididas (48.64% a favor y 46.54% en contra). Por lo tanto, no es posible concluir que haya habido mejoría en el bienestar de los consumidores a raíz de la apertura del mercado en lo que respecta a la variable disponibilidad de seguros innovadores para los consumidores.

# CAPÍTULO VII

## Resumen de Conclusiones y Recomendaciones

---

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **7.1 Conclusiones y recomendaciones sobre el mercado residual de seguros**

### **7.1.1 Sobre los riesgos residuales**

Si bien, no existen aún riesgos residuales en el mercado de seguros de Costa Rica, pueden apreciarse algunos síntomas que permiten pronosticar su aparición a futuro conforme aparezca la competencia entre aseguradoras alrededor de los seguros obligatorios. Tales síntomas pueden ser apreciados, por ejemplo, en los aumentos que todos los años se presentan en el precio del SOA y las protestas y manifestaciones públicas contra tales aumentos por parte de los grupos con mayor propensión a sufrir accidentes viales, como son los motociclistas. Sin embargo, luego de seis años desde la apertura del mercado de los seguros comerciales, aún no se presenta competencia en los seguros obligatorios que son ofrecidos actualmente solo por el asegurador estatal, a pesar de que oficialmente el mercado se abrió a partir del 2013. Por lo tanto, todavía no hay riesgos que se queden sin cobertura, lo que quiere decir que no hay aún riesgos residuales.

Si bien, en el futuro, los riesgos residuales se pueden presentar en los seguros obligatorios, también podrían presentarse en los seguros de propiedades ubicadas en zonas expuestas a sufrir daños ocasionados por desastres naturales. Cabe señalar que, actualmente, el INS no asegura propiedades ubicadas cerca de las márgenes de los ríos

por los riesgos de inundaciones que presentan porque estas propiedades ya constituyen riesgos residuales porque no pueden encontrar aseguramiento.

### **7.1.2 Sobre el mercado residual que mejor se aplica para los seguros obligatorios de Costa Rica.**

Cuarenta y tres de los cincuenta estados de la Unión Americana (86%) utilizan los Planes de Riesgo Asignado (PRA) para brindar aseguramiento a los riesgos residuales. Poco a poco, los estados que mantenían otro tipo de soluciones se han ido trasladando a soluciones PARA que son aplicadas como soluciones de mercados residuales para ambos seguros obligatorios. Por lo tanto, tomando en cuenta la experiencia acumulada durante muchos años por el mercado estadounidense, sería posible extrapolar que la mejor solución de mercado residual aplicable a los riesgos residuales, tanto del SOA como de los riesgos del trabajo en Costa Rica, sería la de los Planes de Riesgo Asignado.

### **7.1.3 Sobre la aplicación de un Sistema *Bonus-Malus*.**

Dada la crítica situación imperante, en materia de seguridad vial, se recomienda poner en operación sistemas para el establecimiento de las primas a pagar por los conductores (y empleadores) que permitan premiar o castigar a los asegurados, dependiendo de su historial individual de reclamos. Por lo tanto, se recomienda la implementación del *Sistema Bonus-Malus* como método idóneo para calcular las primas para ambos seguros obligatorios. Cabe señalar que el SBM es utilizado actualmente en

todos los países desarrollados con resultados muy positivos, tanto en materia de seguridad vial, como para la seguridad de los trabajadores en el sitio de trabajo.

Mediante la utilización del SBM se estaría incentivando a los conductores a cambiar su conducta de manejo para que sean más cuidadosos previniendo y evitando accidentes de tránsito. De igual manera, se estimularía a los empleadores y trabajadores a prevenir accidentes y enfermedades laborales. En ambos casos, el incentivo económico funcionaría como un disuasivo de los accidentes viales y un argumento de persuasión para prevenir accidentes laborales. Un accidente vial podría representar para el conductor costos más altos por el pago del seguro el año entrante y, eventualmente, su exclusión del mercado voluntario. Mientras que un historial de cero accidentes laborales en el año le significaría ahorros importantes en las primas a pagar por el seguro de riesgos del trabajo para las empresas.

#### **7.1.4 Mercado residual para asegurar la infraestructura pública contra riesgos catastróficos.**

Así como no existen mercados residuales para los seguros obligatorios en Costa Rica, tampoco existe un mercado residual para el aseguramiento de propiedades ubicadas en zonas expuestas a los llamados Actos de Dios. Es decir, propiedades ubicadas en zonas expuestas a sufrir el embate de desastres naturales tales como: inundaciones, terremotos, deslizamientos de tierra y huracanes, entre otros. Si bien esto debería preocupar a los dueños de tales propiedades, la ausencia de coberturas de seguros para obras de infraestructura pública como puentes, carreteras y centros de educación públicos expuestos a desastres catastróficos debería ser preocupación no sólo

del Gobierno de turno, sino de todos los habitantes. Se estima que, anualmente, los desastres naturales, que afectan periódicamente nuestro país tienen un costo en daños materiales de alrededor del 2% del PIB (Mora, 1997). A esta pérdida monetaria habría que sumar el costo de recuperación de la infraestructura, para lo cual, dada la escasez de recursos, es necesario desviar fondos del erario público. Con lo cual, se limita aún más los fondos destinados a otras obras de infraestructura, necesarias para el crecimiento y desarrollo del país. Países más previsores cuentan con fondos o reservas para atender los daños a la infraestructura pública que puedan ocasionar desastres naturales, o bien, han trasladado dichos riesgos, colocándolos en programas de reaseguros a nivel internacional.

## **7.2 Conclusiones sobre la existencia de evidencia empírica que compruebe la Teoría de Poder de Mercado en el mercado de seguros de Costa Rica.**

7.2.1. No hay suficiente evidencia empírica para comprobar la aplicación de la Teoría del Poder de Mercado en el mercado de seguros de Costa Rica. Por el contrario, la evidencia empírica apunta a que no existe ni ha existido colusión entre las firmas.

7.2.2. El operador dominante (INS) no ha recurrido a la utilización de poder de mercado para tratar de retener su participación mayoritaria de mercado.

### **7.3 Conclusiones sobre el aumento de bienestar de los consumidores de seguros derivado de la apertura del mercado.**

De acuerdo con las opiniones mayoritarias de los expertos intermediarios de seguros entrevistados es posible afirmar que: “*la apertura del mercado de seguros ha beneficiado a los consumidores de seguros gracias a: una disminución del precio de los seguros; mayor variedad en la oferta de seguros y mejor servicio al cliente”.* Con respecto a la cuarta variable propuesta para medir el bienestar, la de innovación, no es posible concluir que haya habido un aumento del bienestar de los consumidores de seguros, medido en términos de la disponibilidad de seguros innovadores. Con respecto a esta variable, las opiniones de los expertos entrevistados están divididas (alrededor del 50% a favor y 50% en contra).

### **7.4 Conclusión general**

**7.4.1** A seis años del final del monopolio, la apertura del mercado de seguros ha sido exitosa porque:

- 1) No hay evidencia empírica suficiente para concluir que se estén presentando distorsiones de mercado como las descritas en la Teoría de Poder de Mercado.
- 2) Ha habido una mejora en el bienestar de los consumidores de seguros debido a menores precios, mayor variedad de seguros y mejor servicio al cliente.

## BIBLIOGRAFÍA

---

# **BIBLIOGRAFÍA**

## **1.- LIBROS CONSULTADOS:**

Brozen, Y., (1982), *Concentration, Mergers, and Public Policy*. New York. MacMillan Publishing.

Demsetz, H. (1974). *Two Systems of Belief About Monopoly*, in: H.J. Goldschmid, H. M. Mann, and J.F. Weston, eds., *Industrial Concentration: The New Learning* (Boston: Little, Brown), 164-184

Edgeworth, F.Y. (1881), *Mathematical Economics*, Londres, Reimpresión 1967, Kelly.

Evans, Leonard (2004) *Traffic Safety. Science Serving Society*. Bloomfield Hills, Michigan: Science Serving Society. ISBN 0-9754871-0-8.

Friedman, Milton and Rose (2012). *Free to Choose. A Personal Statement*. Alabama Policy Institute. Birmingham, Alabama. USA

Gintis, H. (2009). *The Bounds of Reason: Game Theory and the Unification of the Behavioral Sciences*. Princeton, NJ: Princeton University Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Gossiaux, A.-M. and Lemaire, J. (1981) 'Méthodes d'ajustement de distributions de sinistres', *Mitteilungen der Vereinigung Schweizerischer Versicherungsmathematiker*, 81: 87–95.

Graham, C. y S. Pettinato (2002). *Happiness and Hardship: Opportunity and insecurity in New Market Economies*. Brookings. Obtenido de la biblioteca digital  
<http://www.questia.com>

Harford, T. (2006). *The Undercover Economist: Exposing Why the Rich Are Rich, the Poor Are Poor--And Why You Can Never Buy a Decent Used Car!* New York: Oxford University Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Hernández Sampieri, R. (1991). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. Quinta Edición. México D.F.

Hirshleifer, Jack. Amihai Glazer. (1994). *Microeconomía, Teoría y Aplicaciones*. Ed. Prentice Hall Hispanoamericana. Quinta Edición. México.

Hope, S. (1999). *Applied Microeconomics*. New York: Wiley. Obtenido de la biblioteca digital  
<http://www.questia.com>

Kirzner, I.M. (1973). *Competition and Entrepreneurship*. Chicago and London: University of Chicago Press.

Kuenne, R. E. (1968). *Microeconomic Theory of the Market Mechanism: A General Equilibrium Approach*. New York: Macmillan. Obtenido de la biblioteca digital  
<http://www.questia.com>

Lai, L. W., & Yu, B. T. (2003). *The Power of Supply and Demand: Thinking Tools and Case Studies for Students and Professionals*. Hong Kong: Hong Kong University Press.

Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Lencsis, P. M. (1997). *Insurance Regulation in the United States: An Overview for Business and Government*. Westport, CT: Quorum Books. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

McCraw, T. K. (2007). *Prophet of Innovation: Joseph Schumpeter and Creative Destruction*. Cambridge, MA: Belknap Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Monge Alfaro, Carlos (1974). *Nuestra historia y los Seguros*. Editorial Costa Rica.

Motta, M. (2004). *Competition Policy: Theory and Practice*. Cambridge (United Kingdom): The Cambridge University Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Neuman W.L. (2010). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Methods*. 7ed. Pearson.

Norman, G., & Thisse, J. (Eds.). (2000). *Market Structure and Competition Policy: Game Theoretic Approaches*. Cambridge, England: Cambridge University Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Pigou, A.C. (1924). *The Economics of Welfare*. Second Ed. MacMillan and Company. London

Platón. (1923). *The Republic of Plato*. Macmillan and Co. Limited St Martin Street, London.

- Porter, Michael E. (1982). *Estrategia Competitiva: Técnicas para el Análisis de los Sectores Industriales y de la Competencia*. Compañía Editorial Continental. México D.F.
- Rosenbaum, D. I. (Ed.). (1998). *Market Dominance: How Firms Gain, Hold, or Lose It and the Impact on Economic Performance*. Westport, CT: Praeger. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>
- Sautet, F. E. (2000). *An Entrepreneurial Theory of the Firm*. London: Routledge. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>
- Schumpeter, Joseph A. (1942). *Capitalism, Socialism and Democracy*. Harper. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>
- Shepherd, W.G. (1990). *The economics of industrial organization*, 3d ed. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Shepherd, W.G., (1986), *On the Core Concepts of Industrial Economics*, en: H.W. de Jong, y W.G. Shepherd eds., *Mainstreams in Industrial Organizations* (Boston: Kluwer Academic).
- Specia Jiménez, A. L. 2005. *Análisis jurídico de la intermediación del contrato de seguro*. Tesis Licenciatura. Derecho con especialidad en Derecho Fiscal. Departamento de Derecho, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla. Noviembre. México.

Spiegler, R. (2011). *Bounded Rationality and Industrial Organization*. New York: Oxford University Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Vega-Redondo, F. (2003). *Economics and the Theory of Games*. Cambridge, England: Cambridge University Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

Weiss, L.W., (1974). *The Concentration-Profits Relationship and Antitrust*, en H. Goldschmid, H. Mann, y J. Weston editors. *Industrial Concentration: The New Learning* (Boston MA: Little, Brown).

Woodward, J. (1982). *Industrial Organization: Theory and Practice* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press. Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>

## **2.- REVISTAS Y ARTÍCULOS**

Al-Muharrami S. y Matthews K. (2009). Market Power versus Efficient-Structure in Arab GCC Banking. *Cardiff Business School. Working Paper Series*. Cardiff University. E2009/7

Alvarez, Andrés. (2010). “Early Neoclassical Views on Monopoly: The Cournotian Heritage”. *Ecos de Economía* No. 30. Medellín, Abril. Pp 99-120

Arena, M. (2008). “Does insurance market activity promote economic growth? A cross-country study for industrialized and developing countries”, *Journal of Risk and Insurance* 75(4): 921-946

- Auletta Nunzia y Dadkuk S. (2013). Bienestar del Consumidor: Un Recorrido por la Salud, el Hedonismo, la Espiritualidad y las Relaciones. *Debates IESA*. Vol XVIII. Num 2
- Bain, J.S. (1951). Relation of Profit-Rate to Industry Concentration: American Manufacturing, 1936-1940, *Quarterly Journal of Economics*, 65: 293-324.
- Bajtelsmit, V.L. and R. Bouzouita (1998). Market Structure and Performance in Private Passenger Automobile Insurance, *Journal of Risk and Insurance*, 65: 503-514.
- Berger, A. N. (1995). The Profit-Structure Relationship in Banking -V Tests of Market-Power and Efficient-Structure Hypotheses. *Journal of Money, Credit & Banking*, 27(2), 404+.  
Obtenido de la biblioteca digital <http://www.questia.com>
- Berger, A.N. y T.H. Hannan (1998). The Efficiency Cost of Market Power in the Banking Industry: A Test of the “Quiet Life” and Related Hypotheses, *Review of Economics and Statistics*, 80: 4545-465
- Berry-Stolzle R. Thomas, Hoyt R.E. y Wende S. (2010). Successful Business Strategies for Insurers Entering and Growing in Emerging Markets. *The International Association for the Study of Insurance Economics. The Geneva Papers*, 35, pp 110-129
- Bouzouita, R. y V.L. Bajtelsmit, (1997). The Impact of Rate Regulation on the Residual Market for Automobile Insurance, *Journal of Insurance Regulation*, 16: 61-72
- Browne, M. J., & Wells, B. P. (1999). Claims Adjudication in the Personal Automobile

- Insurance Residual Market. *Journal of Risk and Insurance*, 66(2), 275. Retrieved from <http://www.questia.com>
- Buzzell, R.D., B.T. Gale, y R.G.M. Sultan (1975). "Market Share-A Key to Profitability". *Harvard Business Review*, Vol. 53. No. 1.
- Byeongyong, Paul Choi y Weiss Mary. (2005). An Empirical Investigation of Market Structure, Efficiency, and Performance in Property-Liability Insurance. *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 72, No. 4, 635-673.
- Carroll, A.M., (1993), An empirical Investigation of the Structure and Performance of the Private Workers' Compensation Market, *Journal of Risk and Insurance*, 60:185-207.
- Castro Delgado, Francisco. (2010). Distribución Espacial de los Accidentes de Tránsito en el Cantón de Pococí. *Revista Geográfica de América Central*. Número Especial EGAL, 2011- Costa Rica. II Semestre 2011 pp. 1- 43
- Clarke, R., S. Davis y M. Waterson, (1984). The Profitability-Concentration Relation: Market Power or Efficiency? *Journal of Industrial Economics*, 32: 435-450.
- Cole R. Casandra, David McPherson, Patrick Maroney, Kathleen A. McCullough, James Newman Jr, Charles M. Nyce (2009). A Review of the Development of Residual Market Mechanism in Florida. *The Journal of Insurance Regulation*. Published by The National Association of Insurance Commissioners.
- Collins, N.R. y L.E. Preston (1969), Price-Cost Margins and Industry Structure. *Review of*

*Economics and Statistics*, 51(3) 271-286.

Conning & Company. (1979) *A Study of Why Underwriting Cycles Occur*. Hartford, Connecticut. Conning and Company, November 1979.

Chidambaran, N.K., T.A. Pugel, y A. Saunders, (1997). An Investigation of the Performance of the U.S. Property-Liability Insurance Industry, *Journal of Risk and Insurance*, 64: 371-381.

Chortareas Giorgios E., Garza-García Jesús G., Claudia Girardone. (2009) Banking Sector Performance in Latin America: Market Power versus Efficiency. *Paper Department of Economics. JEL classification: G21; D24*. University of Essex. U.K.

Cummins, J.D., H.S. Denenberg, y W.C. Scheel, (1972). Concentration in the U.S. Life Insurance Industry, *Journal of Risk and Insurance*, 39:177-199.

Cummins J. David and Francois Outreville. An International Analysis of Underwriting Cycles in Property-Liability Insurance. *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 54, No. 2. (Jun.1987), 246-262

Cummins, J.D. y M.A. Weiss (1992). The Structure, Conduct, and Regulation of the Property-Liability Insurance Industry, in: A.W. Kopecke and R.E. Randall, eds. *The Financial Condition and Regulation of Insurance Companies* (Boston: Federal Reserve Bank of Boston).

C.Y.Y. Woo and A.C. Cooper, (1982) "The Surprising Case for Low Market Share". *Harvard*

*Business Review*, Vol 60, No 6.

Delaporte, P. (1965) 'Tarification du risque individuel d'accidents d'automobiles par la prime modelée sur le risque', *ASTIN Bulletin* 3: 251-271

Demsetz, H. (1973). Industry Structure, Market Rivalry, and Public Policy, *Journal of Law and Economics*, 16: 1-9

Diener, E. y R. Biswas-Diener (2002). "Will Money Increase Subjective Well Being? A Literature Review and Guide to Needed Research". *Social Indicators Research* 57 pp 119-169.

Dohmen, J. (2003). "Philosophers on the Art-of-Living." *Journal of Happiness Studies* 4, pp 351-371.

Easterlin, R. (1973), "Does Money Buy Happiness?", *The Public Interest* 30 pp. 3-10

Einav, Liran y Finkelstein A. (2011). Selection in Insurance Markets: Theory and Empirics in Pictures. *Journal of Economics Perspectives*. Vol 25, Number 1. pp 115-138

Etxebarria, G. (2010). Establecimiento del sistema Bonus-Malus. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, (73), 54-57.

Feinberg, Robert M. The Lerner Index, Concentration, and the Measurement of Market Power. *Southern Economic Journal* Vol. 46, No. 4 (Apr., 1980), pp. 1180-1186 Published by The Southern Economic Association

- Friberg, Andreas. Magnus Listermar (2011). Market Power Relationships Among Life Insurance Intermediaries. *Degree Thesis*. Stockholm University. School of Business
- Fuentes, N y Rojas, M (2001). Economic Theory and Subjective Well-Being: Mexico, *Social Indicators Research* 53(3) p.p. 289-314
- Garza-García, Jesús G. (2012). Does Market Power Influence Bank Profits in Mexico? A Study on Market Power and Efficiency. *Applied Financial Economics*, 2012, 22, 21-32
- Gómez Déniz, E., & León Santana, M. (2005). Un modelo de tarificación Bonus-Malus bajo el principio Esscher con tarifas más competitivas. (Spanish). *Estudios De Economía Aplicada*, 23(1), 79-91.
- Hartwig, Robert P. And Claire Wilkinson. (2013) Residual Markets Property Plans: From Market of Last Resort to Markets of First Choice. *Insurance Information Institute*. August, 2013
- Hammond, J.D., A. F. Shapiro and N. Shilling. (1979). Annalysis of an Underwriting Decline: 1972 – 1975. *CPCU Journal*, 32 (June 1979), pag 66-73
- Herrera González, Fernando.(2013). El Mito del Poder de Mercado en el Mercado Libre. *Revista de Economía y Derecho*, vol. 10, nro. 37
- Hines, Harold H. Jr. (1979). A Price Theory of Underwritung Cycles. *Risk Management*, November 1979, pag 53-58.

Jaffee M Dwight, Russel T. (1998). The Causes and Consequences of Rate Regulation in the Auto Insurance Industry. *The National Bureau of Economic Research*. David F. Bradford, editor. University of Chicago Press. P. 81-112

Joskow, P. (1973). Cartels, Competition and Regulation in the Property-Liability Insurance Industry, *Bell Journal of Economics and Management Science*, 4(2), 375-427.

Jung, B.D. (1987). Market Structure, Conduct, and Performance of the U.S. Property and Liability Insurance Industry: A Theoretical and Empirical Examination, *Ph.D. Dissertation (University of Texas at Austin)*.

Lemaire, J. (1988). A Comparative Analysis of Most European and Japanese Bonus-malus Systems. *Journal Of Risk & Insurance*, 55(4), 660-681.

Lemaire, J. and Zi, H. (1994) 'A comparative analysis of 30 bonus-malus systems', *ASTIN Bulletin* 24: 287-309.

Lerner, A. (1934). The Concepts of Monopoly and the Measurements of Monopoly Power. *Review of Economics Studies*.1(3) pp. 157-175

Liran Einav and Amy Finkelstein. (2011). Selection in Insurance Markets: Theory and Empirics in Pictures. *Journal of Economics Perspectives*. Vol 25, Number 1: 115-138.

Lovell, A. (2010). Agrupaciones Alternativas de Transportes en Costa Rica. *Revista De Ciencias Sociales* (04825276), 128/129193-203.

McKenzie, Richard B. and Dwight Lee, (2008). *In Defense of Monopoly: How Market Power Fosters Competition*. University of Michigan Press.

Mora, Henry. (2004). *101 razones para oponerse al Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Centroamérica*. Escuela de Economía de la Universidad Nacional.

Mora, Sergio (1997). El Impacto de las Amenazas Naturales en Costa Rica: Aspectos Sociales, Políticos y Económicos y su relación con el Desarrollo del País. *Dirección de Administración de Proyectos del ICE*.

Nelson, Joel I. (1992). Social Welfare and the Market Economy. *Social Science Quarterly*. Volume 73, Number 4 by the University of Texas Press.

Newman, W James Jr. (2010). Insurance Residual Markets. White Paper. *The Florida Storm Risk Management Center*. The Florida State University. College of Business July, 2010.

Nissan Edward. (2003). Relative Market Power versus Concentration as Measure of Market Dominance: Property and Liability Insurance. *Journal of Insurance Issues*. 26, 2 pp. 129-141

Ohio Bureau of Workers' Compensation (OBWC) (2013). *Fiscal Year 2013 Report*. Stephen Buerhrer, CEO.

Peltzman, Sam (1977), The Gains and Losses from Industrial Concentration. *Journal of Law and Economics*, 20,3, 229-263.

- Pfeffer, Irving. (1974). Residual Risks in Europe. *Journal of Risk and Insurance*. Blackwell Publishing Limited.
- Pérez Sánchez, José María, Emilio Gómez Déniz y Enrique Calderón Ojeda. (2011). Un Modelo Bonus-Malus con Asignación de Tarifas más Competitivas en el Mercado de Seguro de Automóviles. *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*. Madrid. Número 17. Epoca 3 -2011. P. 91-104.
- Pervan Maja, and Ivan Pavic. (2003). Market Concentration and Enterprise Profitability in Croatian Economy. *Fifth International Conference on "Enterprise in Transition"*. *Ekonomski Fakultet Sveucilista u Splitu*. University of Split, Croatia.
- Pope, Nat y Ma Yu-Luen. (2008). The Market Structure-Performance Relationship in the International Insurance Sector. *The Journal of Risk and Insurance*. Vol 75 No.4 pp. 947-966.
- Quiroga García, Raquel. Eva Suárez. Nuria López. (2010). Eficiencia de las Empresas Aseguradoras en Europa. V Encuentro Internacional Rect@ Vol Actas\_17 Issue 1: Num. 701
- Rhoades, S.A., (1985), Market Share as a Source of Market Power: Implications and Some Evidence, *Journal of Economics and Business*, 37:343-363.
- Rojas, Mariano. (2009). Economía de la Felicidad. Hallazgos relevantes respecto al ingreso y el bienestar. *El Trimestre Económico*, Vol LXXVI (3), num. 303, Julio-Setiembre 2009 pp. 537-573

- Rothschild, Michael, and Joseph E. Stiglitz, (1976). "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information". *Quarterly Journal of Economics*, 90(4): 630-649
- Saba P. R. (2001) An Alternative Theory of the Regulation of Automobile Insurance. *Southern Economic Journal*. Southern Economic Association.
- Saeed Al-Muharrani y Kent Mathews (2009). Market Power versus Efficient-Structure in Arab GCC Banking. *Cardiff Economics Working Papers*. Cardiff Business School. Cardiff University. U.K.
- Saito Kuniyoshi. (2006). Testing for Asymmetric Information in the Automobile Insurance Market Under Rate Regulation. *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 73, No. 2, pp 335-356
- Smirlock, M. (1985). Evidence on the (Non) Relationship Between Concentration and Profitability in Banking, *Journal of Money, Credit, and Banking*, 17: 69-83
- SojunC. Park, Jean Lemaire and Choong Tze Chua. (2010). Is the Design of Bonus-Malus Systems Influenced by Insurance Maturity or National Culture? – Evidence from Asia. The Geneva Papers, 2010, 35. *The International Association for the Study of Insurance Economics*.
- Steward, Bárbara. (1984). Profit Cycles in Property-Liability Insurance. Monograph 3 in *Issues in Insurance*, Vol. I, edited by John D. Long and Everett D. Randall, published by American Institute for Property and Liability Underwriters, Third Edition, 1984.
- Stigler, G.L. (1964). A Theory of Oligopoly, *Journal of Political Economy*, 72:44-61.

- Stutzer, A. (2004). The Role of Income Aspirations in Individual Happiness. *Journal of Economic Behavior and Organization* 54, pp 89-109
- Sutton, John (1997). "Gibrat's Legacy". *Journal of Economics Literature*, 35, pp.40-59.
- Tena-Sánchez, J. (2013). El Impacto de las Nuevas Políticas de Seguridad Vial sobre la Conducta de los Conductores. *Aposta*, (57), 1-35.
- Vallejo, Hernán. (2006). A Generalize Index of Market Power. *Revista de Economía del Rosario*. Universidad de Los Andes, Colombia.
- Vargas; Maikel y Solano, Leslie. "Accidentes de Tránsito Fatales en el 2007 en Costa Rica". *Medicina Legal Costa Rica* 25 (2). Setiembre 2008: 07-24.
- Venter, Gary. (1990). A Comparative Analysis of Most European and Japanese Bonus-Malus Systems. *The Journal of Risk and Insurance*. Blackwell Publishing Limited.
- Yongil J., Miller M. S. (2005). Bank Performance: Market Power of Efficient Structure? *Economics Working Papers*. Paper 200523. University of Connecticut. Department of Economics.
- W.E. Fruhan, Jr., (1972) "Pyrrhic Victories in Fights for Market Share". *Harvard Business Review*", Vol- 50, No. 5, 1972
- Weiss, L. W., (1989) Why Study Concentration and Price? In: L.W. Weiss, ed., *Concentration and Price* (Cambridge, MA: MIT Press), 1-4
- Weiss, M.A., (1991), Efficiency in the Property-Liability Insurance Industry, *Journal of Risk and Insurance*, 58: 452-479.

Wright, Neil R. (1977). Product Differentiation, Concentration, and Changes in Concentration. *The Review of Economics and Statistics*. Part of a Ph.D. thesis at M.I.T. Chaired by M. A. Adelman.

Zacks, S and B. Levinson. (2004). Claiming Strategies and Premium Levels for Bonus-Malus Systems. *Scandinavian Actuaries Journal*. Taylor and Francis Ltd. Editors.

### **3.- PERIÓDICOS**

**CCSS subsidia a motociclistas.** (Julio 28 de 2015). La Nación. Editorial pag. 21 A.

**Costa Rica registra entre 7 mil y 8 mil accidentes de tránsito por mes.** Periódico digital CRHOY. (Agosto 22 de 2013). Reportaje de la periodista María Siu.

**Entrevista de la periodista de BBC MUNDO Lourdes Heredia, en Washington.** Publicada en BBC Mundo.com (Diciembre 7 de 2006).

**INS galardona a empresas que realizan acciones efectivas para evitar accidentes laborales.** Boletín de Prensa del INS (Setiembre 19 de 2012)

**INS recibe multa de €94 millones por prácticas anticompetitivas.** (Set. 24 de 2014). La Nación.

**Seguro de la CCSS subvenciona a mercado de seguros.** (Enero 22, 2014). Semanario Universidad.

**SUGESE estudia apertura de riesgos del trabajo. Agosto de 2013.** Diario Extra. Sección de Nacionales.

### **4.- SITIOS WEB CONSULTADOS**

Gómez Barrantes Natalia. (2010). *Distribución Espacial de los Accidentes de Tránsito en el Cantón de Alajuela en los Años 2008-2009*. Departamento de Planificación de COSEVI.

Tomado de <http://www.csv.g.cr/documentos>

Guemez Sheden, Carlos Roberto. (2010). *Caracterización de los Tipos de Vehículos Involucrados en los Accidentes de Tránsito del Cantón de Alajuela*. Dirección de Proyectos. Área de investigación y estadísticas. COSEVI. Tomado de <http://www.csv.go.cr/documentos>

Kaye D. James. *Underwriting Cycles in the Property-Casualty Insurance Industry*. Tomado de [www.casact.org/pubs/dpp](http://www.casact.org/pubs/dpp)

Poder Judicial de Costa Rica (2011). *Personas Fallecidas por Accidentes de Tránsito en Costa Rica, 2011*. Departamento de Planificación. Tomado del sitio <http://www.poder-judicial.go.cr>

Pujol, Rosendo (2005) Análisis Epidemiológico de la Ocurrencia de diversos tipos de accidentes viales, *informe preparado para el CONICIT de Costa Rica y la Organización Panamericana de la Salud*. Tomado de <http://www.institutoivia.com/cisev-ponencias>

Universidad de los Andes (2006). *Informe Final. Estudio Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil por Accidentes de Tránsito en la República de Colombia* Elaborado para FASECOLDA. Tomado del sitio: <http://www.fasecolda.com/files/7113/8427/2835/estudio-rc-obligatorio>

# ANEXOS

---

# ANEXOS

## Cuestionario sobre la apertura del mercado de seguros y el bienestar del consumidor de seguros

El presente cuestionario tiene como propósito recoger información de los intermediarios de seguros con respecto a la apertura del mercado y su percepción acerca de si la apertura ha mejorado el bienestar de los consumidores de seguros. La investigación se está llevando a cabo con fines académicos como parte de un proyecto de tesis doctoral. Se le agradece mucho su colaboración y le garantizo que la información se utilizará solo para los fines de la investigación y de la manera más confidencial. Por lo tanto, no se requiere que se identifique con su nombre. Muchas gracias por su colaboración.

*(Favor de marcar con una X su respuesta, seleccionando para ello solo una de las opciones que se presentan.)*

**1.- Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**2.- Estado Civil:** Casado ( ) Soltero ( ) Divorciado ( ) Otro ( )

**3.- Años de antigüedad como intermediario de seguros:**

Más de 6 pero menos de 10 años ( ) De 10 a 15 años ( ) Más de 15 años ( )

**4.- Edad:**

Menos de 30 años ( ) Más de 30 pero menos de 40 años ( ) Más de 40 años ( )

**5.- Lugar de residencia:**

Provincia:

Cantón:

Distrito:

*(A continuación se presentan varios ítemes compuestos de afirmaciones. Favor de seleccionar una sola opción de respuesta, la que considere que más se aproxima a su posición personal con respecto a la afirmación.)*

		<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe/No responde</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
	<b>ITEM</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>6</b>	Gracias a la apertura del mercado bajaron los precios de los seguros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>7</b>	Los precios son menores y las coberturas más altas que hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>8</b>	Ahora es posible tener montos asegurados más altos con menos exclusiones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>9</b>	Hoy en día si un asegurador no ofrece el mejor precio pierde el cliente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>10</b>	A diferencia de hace seis años, hoy el consumidor compara el precio y la cobertura del seguro antes de comprar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>11</b>	Hoy es posible acceder a más descuentos en las pólizas que hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>12</b>	Los recargos sobre las pólizas son menores ahora que hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe/No responde</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>13</b>	Hay más ofertas de asistencias gratuitas hoy en día que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Los clientes ahora toman más en cuenta las asistencias al comprar un seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Las asistencias pueden hacer la diferencia para un cliente a la hora de escoger un seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Hoy le puedo ofrecer a los clientes mejores precios si compra varios seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Hoy hay mayor variedad de seguros que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	El ingreso de aseguradores ha aumentado las líneas de seguros disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	En esencia los riesgos que se aseguran ahora son los mismos que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe/No responde</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>20</b>	En esencia lo que hay son los mismos seguros pero con distinto nombre que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b>	Hoy el cliente puede comprar los seguros más fácilmente que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b>	Las aseguradoras han aumentado demasiado la oferta de productos autoexpedibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23</b>	Hoy en día el crecimiento de la venta de seguros autoexpedibles empieza a afectar la venta de los agentes de seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24</b>	Hoy se venden más combinaciones de seguros (combos) que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25</b>	Con las combinaciones de seguros se mejora mucho el precio para los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe/No responde</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>26</b>	Hoy en día se venden muchos más seguros por internet que hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>27</b>	El tiempo de respuesta para el aseguramiento ha disminuido comparado con hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>28</b>	Hoy puedo asegurar un cliente con menos trámites que hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>29</b>	Hoy en día los reclamos se pagan más rápido que hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>30</b>	Tramitar un reclamo es más fácil ahora que hace seis años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>31</b>	Hoy en día el cliente tiene que hacer menos papeleo para presentar un reclamo y el pago es más rápido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe/No responde</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>32</b>	Ahora el consumidor está mejor informado sobre seguros que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33</b>	Se puede decir que gracias a la apertura existe mayor cultura de seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34</b>	Los clientes son más conscientes ahora de los riesgos y la importancia del seguro que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35</b>	Gracias a la publicidad de las aseguradoras ha aumentado la demanda de seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36</b>	Actualmente hay campañas de publicidad de seguros muy novedosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37</b>	La publicidad de seguros es la misma. Nada nuevo desde la apertura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38</b>	En los últimos 5 años han aparecido seguros muy novedosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe/No responde</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>40</b>	Actualmente no tengo que desplazarme hasta la aseguradora, todo lo hago por internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41</b>	Cuando un cliente requiere un seguro diferente, es posible encontrarle una alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>42</b>	El uso de internet ha facilitado mucho a los clientes la contratación de los seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>43</b>	Internet permite que el cliente reciba el pago de su reclamo más rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>44</b>	Hoy en día los medios de pago disponibles para los clientes son muchos más que hace seis años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>45</b>	Las nuevas aseguradoras no han venido a agregar mayor cosa en cuanto a seguros novedosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>