



COMISIÓN NACIONAL DE LOS
MERCADOS Y LA COMPETENCIA

Dirección de Competencia



INFORME Y PROPUESTA DE
RESOLUCIÓN EN SEGUNDA
FASE

EXPEDIENTE C/0966/18
QUIRÓN / CLÍNICA SANTA CRISTINA
12 de abril de 2019

C/0966/18

**INFORME Y PROPUESTA DE RESOLUCIÓN EN SEGUNDA FASE
EXPEDIENTE C/0966/18 QUIRÓN/ CLÍNICA SANTA CRISTINA**

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE	2
I. ANTECEDENTES.....	5
II. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN	8
III. RESTRICCIONES ACCESORIAS.....	9
III.1. Cláusula de no competencia	9
III.2. Valoración	9
IV. APLICABILIDAD DE LA LEY 15/2007 DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA.....	10
V. EMPRESAS PARTÍCIPES	10
V.1. HELIOS HEALTH CARE SPAIN, S.L.U. (Grupo QUIRÓN).....	10
V.2. CLÍNICA SANTA CRISTINA (CSC).....	11
VI. MERCADOS RELEVANTES	12
VI.1. Mercados de producto.....	12
VI.2. Mercados geográficos	19
VI.3. Conclusión mercados relevantes	23
VII. ANÁLISIS DE LOS MERCADOS	23

VII.1. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados con internamiento	23
VII.2. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos	34
VII.3. Mercado de alquiler o cesión de espacios sanitarios con internamiento	37
VII.4. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados sin internamiento	39
VIII. EFICIENCIAS	42
<u>IX. VALORACION DE LA OPERACIÓN SIN COMPROMISOS</u>	<u>49</u>
IX.1. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados con internamiento a pacientes privados	49
IX.2. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos	54
IX.3. Mercado de alquiler o cesión de espacios sanitarios con internamiento	57
IX.4. Valoración conjunta	58
<u>X. COMPROMISOS</u>	<u>58</u>
X.1. Compromisos relacionados con la prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados	59
X.2. Compromisos relacionados con la prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos.	60
X.3. Compromisos relacionados con el alquiler / cesión de espacios sanitarios	61
X.4. Compromisos generales para la mejora de la cartera de servicios, calidad asistencial y seguridad del paciente.....	61
X.5. Auditoría	62
X.6. Resolución de controversias	62
<u>XI. VALORACIÓN DE LA OPERACIÓN CON COMPROMISOS</u>	<u>62</u>
XI.1. Consideraciones previas	62
XI.2. Problemas de competencia sobre los que se centran los compromisos	64

XI.3. Capacidad e incentivos para aumentar los precios	65
XI.4. Capacidad e incentivos para reducir la calidad de los servicios prestados 66	
XI.5. Cierre de mercado a otros prestadores	68
XI.6. Valoración conjunta de la operación con los compromisos	69
XII. PROPUESTA.....	70

I. ANTECEDENTES

- (1) Con fecha 16 de julio de 2018 tuvo entrada en la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (en adelante, CNMC), notificación de la concentración consistente en la adquisición por parte de IDCQ Hospitales y Sanidad S.L.U. (Grupo QUIRÓN) del negocio sanitario de la “Clínica Santa Cristina” (CSC) en Albacete.
- (2) Dicha notificación fue realizada por Grupo QUIRÓN según lo establecido en el artículo 9 de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia, (LDC) por superar el umbral establecido en la letra a (párrafo segundo) del artículo 8.1 de la mencionada norma. A esta operación le es de aplicación lo previsto en el Real Decreto 261/2008, de 22 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Defensa de la Competencia.
- (3) Con fecha 17 de julio de 2018, en virtud de los artículos 39.1 y 55.6 de la LDC, la Dirección de Competencia solicitó información necesaria para la adecuada valoración de la concentración a terceros operadores. Con esa misma fecha se suspendió el plazo para acordar el paso a segunda fase. El día 21 de agosto se recibió la última respuesta con lo que se procedió a levantar la suspensión el día 23 con efectos a partir del 22 de agosto.
- (4) En ejercicio de lo dispuesto en los artículos 55.4 y 55.5 de la LDC, la Dirección de Competencia requirió de la notificante, con fecha 23 de agosto, la ampliación de la información de carácter necesario para la resolución del expediente, suspendiendo el plazo para resolver. Con fecha 3 de septiembre, la notificante solicitó ampliación del plazo para contestar, que fue concedido ampliando el plazo por 5 días adicionales. El día 13 de septiembre, la notificante presentó de forma incompleta información relativa a la solicitud. El 17 de septiembre, la Dirección de Competencia acordó la reiteración de la solicitud dando nuevo plazo de 5 días para contestar. El día 24 de septiembre tuvo entrada la respuesta a la solicitud de información de 23 de agosto. El día 25 de septiembre, la Dirección de Competencia acordó levantar la suspensión del plazo para resolver la operación.
- (5) Conforme al artículo 57.1 de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia (en adelante LDC), esta Dirección de Competencia formó expediente y elaboró el correspondiente informe de la operación junto con una propuesta de resolución. El Consejo de la CNMC dictó, en fecha 11 de octubre, resolución en primera fase, en la que acordó iniciar la segunda fase del procedimiento conforme al artículo 57.2.c) de la mencionada Ley, por considerar que la citada operación de concentración podía obstaculizar el mantenimiento de la competencia efectiva en todos o alguno de los mercados analizados.
- (6) El artículo 36.2.b) de la LDC añade que el plazo máximo para dictar y notificar la anterior resolución del Consejo de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia es de dos meses en la segunda fase a contar desde la fecha en que el Consejo acuerda la apertura de la segunda fase.
- (7) Con fecha 22 de octubre de 2018, conforme a lo dispuesto en el artículo 58.1 de la LDC y en el artículo 65 del Reglamento de Defensa de la Competencia

(en adelante RDC), aprobado por el Real Decreto 261/2008, de 22 de febrero, la Dirección de Competencia remitió, una vez resueltos los aspectos confidenciales de la misma, nota sucinta sobre la concentración a aquellos que pudieran verse afectados por el expediente de referencia y al Consejo de Consumidores y Usuarios, para que presentaran sus alegaciones en el plazo de 10 días. El 23 de octubre de 2018 se publicó en la página web de la CNMC la referida nota sucinta.

- (8) Con fecha 7 de noviembre, ASISA, HLA y la CLÍNICA el Rosario presentaron alegaciones a la nota sucinta. El 12 de noviembre, el Consejo de Consumidores y Usuarios presentó escrito señalando que no presentaban alegaciones. El día 13 de noviembre, SEGURCAIXA-ADESLAS presentó escrito de alegaciones. El día 20 de noviembre, la notificante presentó escrito de manifestaciones contrarias al Informe y Propuesta de inicio de segunda fase.
- (9) Según lo dispuesto en el artículo 39 de la LDC, con fecha 20 de noviembre, esta Dirección de Competencia envió requerimiento de información necesaria para la resolución del expediente de referencia a MUFACE. La Dirección de Competencia acordó que dicho requerimiento de información suspendiese el cómputo del plazo para resolver el expediente de referencia, conforme a lo dispuesto en el artículo 37.1 de la LDC, que fue contestado el 5 de diciembre, levantándose la suspensión.
- (10) Según lo dispuesto en el artículo 66 del RDC, con fecha 22 de noviembre, el Consejo de la CNMC acordó aceptar la condición de interesados en el procedimiento de los siguientes solicitantes: SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A., SOCIEDAD UNIPERSONAL, HM HOSPITALES 1989, S.A. y HLA LAVINIA SALUD S.L.
- (11) Con fechas 12 y 13 de diciembre la Dirección de Competencia envió también requerimientos de información al Ministerio de Sanidad, al Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) y a la Dirección Provincial de Albacete de la Consejería de Sanidad. Dada la relevancia de la información solicitada, la Dirección de Competencia estableció que estos requerimientos suspendieran el plazo de resolución del expediente, mediante acuerdos de fecha 12 y 14 de diciembre.
- (12) Los días 19, 20 y 21 de diciembre, la Dirección de Competencia envió nuevos requerimientos de información a varias empresas prestadoras de servicios sanitarios privados a pacientes públicos, así como al SESCAM y al Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, manteniéndose suspendido el plazo de resolución del expediente, mediante acuerdo de fecha 21 de diciembre.
- (13) El día 21 de diciembre, ASISA presentó nuevas alegaciones reiterando los problemas de competencia considerados por esa parte e indicando posibles compromisos o condiciones necesarias para la aprobación de la operación notificada.
- (14) Con fecha 2 de enero esta Dirección de Competencia elaboró pliego de concreción de hechos, en aplicación del artículo 58.2 de la LDC, donde se recogían los posibles obstáculos para la competencia derivados de la

concentración y que fue notificado en esa fecha a los interesados para que en el plazo de 10 días formularan alegaciones.

- (15) El día 15 de enero, la Dirección de Competencia requirió información a la notificante y a la adquirida, necesaria para la resolución del expediente, suspendiéndose el plazo de resolución del expediente, mediante acuerdo de fecha 15 de enero de 2019.
- (16) El 18 de enero ASISA presentó en nombre propio y de HLA y de la Clínica el Rosario, escrito de alegaciones al pliego de concreción de hechos elaborado por la Dirección de Competencia. El día 24 de enero, la notificante presentó escrito de alegaciones al pliego. El día 25 de enero, SEGURCAIXA-ADESLAS presentó escrito de alegaciones al pliego.
- (17) Por otra parte, el 24 de enero de 2019, en virtud de lo establecido en el artículo 59 de la LDC, la notificante presentó una propuesta de compromisos que buscaba resolver los obstáculos para el mantenimiento de la competencia efectiva que pudieran derivarse de la operación de concentración notificada. Conforme a lo dispuesto en el artículo 59.2 de la LDC, la presentación de dichos compromisos amplió en 15 días hábiles el plazo para dictar y notificar la Resolución del expediente de referencia.
- (18) En relación con los requerimientos de información enviados por la Dirección de Competencia el 15 de enero, los mismos fueron contestados de forma incompleta, por lo que el 30 de enero se enviaron nuevos escritos de solicitud de información, suspendiéndose el plazo de resolución del expediente, mediante acuerdo de fecha 30 de enero de 2019.
- (19) Tras el examen de los compromisos presentados, de conformidad con el artículo 69.4 de la LDC, la Dirección de Competencia consideró que los mismos resultaban insuficientes para eliminar los obstáculos a la competencia detectados en el pliego de concreción de hechos, por lo que el día 5 se remitió escrito de solicitud de modificación de compromisos conforme a lo establecido en el artículo 55.5, dando un plazo de 10 días para que, en su caso, presentase la notificante nueva propuesta de compromisos. En virtud del artículo 37.2 b) de la LDC, la Dirección acordó mantener suspendido el plazo de resolución.
- (20) El día 19 de febrero, Grupo QUIRÓN presentó una segunda propuesta de compromisos ante la CNMC tendentes a resolver los problemas de competencia que se derivan de la operación notificada.
- (21) El día 20 de febrero, la Dirección de Competencia requirió información al Complejo Hospitalario de Albacete a fin de que aclarase determinados aspectos de la contestación de 14 de febrero de 2019 al escrito de 19 de diciembre 2018.
- (22) Asimismo, el día 28 de febrero de 2019, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 39.1 y 59.3 de la LDC, la propuesta de compromisos de Grupo QUIRÓN fue enviada a distintos agentes presentes en alguno de los mercados afectados por la operación de concentración, con el fin de que éstos valorasen su adecuación para resolver los posibles obstáculos a la competencia detectados y, en su caso, propusiesen posibles compromisos alternativos,

manteniéndose suspendidos los plazos para resolver el expediente de referencia.

- (23) El día 5 de marzo, se envió requerimiento de información a las distintas empresas que Grupo QUIRÓN había propuesto como posibles auditoras de los compromisos de calidad en su segunda propuesta de compromisos. Asimismo, el día 8 de marzo se envió solicitud de información a una de las empresas que prestan servicios sanitarios dentro de la Clínica Santa Cristina, manteniéndose suspendido el plazo de resolución del expediente, mediante acuerdo de fecha 8 de marzo de 2019.
- (24) Las siguientes empresas han contestado al requerimiento de información en relación con la valoración sobre los compromisos presentados por Grupo QUIRÓN: Asisa, HLA, Clínica Ginecológica Moratalla, Clínica Nuestra Señora del Rosario, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha, Divina Pastora, Grupo HNA, HM Hospitales, Mansilla Diagnóstico por Imagen, Mapfre, Médicis Grupo Hellín, Ribera Salud, Sanitas, Adeslas, Muface, Ministerio de Sanidad y Castroverde Medical.
- (25) Adicionalmente, varias empresas presentes en Albacete, que prestan sus servicios en la Clínica Santa Cristina, han presentado escritos de alegaciones, solicitando la denegación de la autorización de la operación de concentración de referencia.
- (26) El día 28 de marzo, la notificante presentó una nueva versión de los compromisos incluyendo un listado de indicadores de calidad.
- (27) El mismo día 28 de marzo la empresa IASIST contestó al requerimiento de información. Siendo ésta la única empresa que quedaba pendiente de contestar a los requerimientos que dieron lugar a la suspensión, la Dirección de Competencia acordó, con fecha 3 de marzo, levantar la suspensión del plazo y tener por reanudado el cómputo del mismo desde el 29 de marzo.
- (28) El día 2 de abril, la Dirección de Competencia envió una reiteración de solicitud de información al SESCOAM que fue contestada el 5 de abril.
- (29) El día 5 de abril, la notificante presentó nueva y final versión de compromisos junto con dos anexos sobre los indicadores de calidad que se compromete a auditar.
- (30) Según todo lo anterior, la fecha límite para resolver en segunda fase es el **3 de mayo**, inclusive. Transcurrida dicha fecha, la operación notificada se considerará tácitamente autorizada.

II. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN

- (31) La operación de concentración consiste en la adquisición por parte de IDCQ Hospitales y Sanidad S.L.U. (QUIRÓN) del negocio sanitario de la “Clínica Santa Cristina” (CSC) en Albacete.
- (32) La operación se articula mediante un Contrato de Compraventa de Activos suscrito entre la compradora, IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L., sociedad holding del Grupo QUIRÓN, y el vendedor, INSTITUTO SECULAR “Obreras de

la Cruz” (ISOC), el 27 de junio de 2018, en virtud del cual QUIRÓN adquiere el negocio sanitario de CSC. Adicionalmente, tras la fecha de cierre de la operación, IDCQ e ISOC firmarán un Contrato de Arrendamiento del Inmueble para actividad hospitalaria, consultas médicas y servicios sanitarios y complementarios a dicha actividad, por un periodo obligatorio de veinte años¹.

- (33) La operación es una concentración económica conforme a lo dispuesto en el artículo 7.1.b) de la LDC.

III. RESTRICCIONES ACCESORIAS

III.1. Cláusula de no competencia

- (34) El contrato de compraventa de Activos a través del cual se instrumenta la operación, en su Cláusula 9, obliga al vendedor a no participar de forma directa o indirecta como gestor, accionista o cualquier otra forma jurídica admitida en Derecho, en actividades, empresas o negocios que compitan con la actividad sanitaria en la provincia de Albacete durante los [>2]² años siguientes al cierre de la operación.

III.2. Valoración

- (35) Teniendo en cuenta los precedentes nacionales y comunitarios existentes en la materia y lo establecido en la Comunicación de la Comisión sobre las restricciones directamente vinculadas a la realización de una concentración y necesarias a tal fin (2005/C 56/03), esta Dirección de Competencia considera que, en atención al ámbito geográfico de la cláusula de no competencia, ésta puede considerarse directamente vinculada a la realización de la concentración y necesaria a tal fin.
- (36) No obstante, el ámbito material y temporal de la cláusula de no competencia van más allá de lo que de forma razonable exige la operación de concentración notificada, en la medida que alcanza cualquier participación, incluyendo aquellas con fines puramente de inversión financiera, y en la medida en que obliga al vendedor a no participar en negocios que compitan con la actividad sanitaria durante un plazo de [>2] años desde la fecha de cierre de la operación, sin justificación en razón de las características de la operación.
- (37) De acuerdo con la citada Comunicación, las cláusulas inhibitorias de la competencia están justificadas durante un máximo de tres años cuando la cesión de la empresa incluye la transferencia de la clientela fidelizada como fondo de comercio y conocimientos técnicos. Cuando sólo se incluye el fondo de comercio, están justificadas por períodos de hasta dos años (párrafo 20). En este caso, por tanto, la duración de la cláusula de no competencia se entenderá justificada durante los dos primeros años desde el cierre de la operación, en la

¹ Grupo QUIRÓN podrá desistir unilateralmente año a año del arrendamiento en la segunda mitad del plazo obligatorio, si la actividad desarrollada en el inmueble entra en pérdidas y no es rentable.

² Se indica entre corchetes “[...]” aquella información cuyo contenido exacto ha sido declarado confidencial.

medida en que Grupo QUIRÓN es un importante operador de servicios de asistencia sanitaria privada en España con gran experiencia en este mercado.

- (38) Por ello, el ámbito material y temporal de la cláusula de no competencia quedan sujetos a la normativa propia de acuerdos entre empresas en lo que exceda a los dos años y de las participaciones que confieran funciones de dirección o influencia sustancial en empresas competidoras.

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

- (39) La operación es una concentración económica conforme a lo dispuesto en el artículo 7.1.b) de la LDC.
- (40) La operación no tiene dimensión comunitaria dado que el volumen de negocios de las partes no supera los umbrales del artículo 1 del Reglamento (CE) nº 139/2004 del Consejo, de 20 de enero, sobre el control de las concentraciones entre empresas.
- (41) La operación notificada cumple, sin embargo, los requisitos previstos por la Ley 15/2007 para su notificación, al superarse el umbral establecido en el artículo 8.1.a) de la misma.

V. EMPRESAS PARTICIPES

V.1. HELIOS HEALTH CARE SPAIN, S.L.U. (Grupo QUIRÓN)

- (42) HELIOS HEALTHCARE SPAIN, S.L.U. es la sociedad matriz del Grupo QUIRÓN que está activo en la prestación de servicios de asistencia sanitaria privada en España, mediante la propiedad y/o gestión de hospitales, centros médicos sin internamiento y residencias para mayores y personas con discapacidad³. El Grupo QUIRÓN controla cerca de 100 hospitales y servicios médicos⁴, gestiona aproximadamente 6.688 camas hospitalarias y cuenta con más de 30.000 profesionales médicos en España. Adicionalmente, el Grupo QUIRÓN está activo en el ámbito de la prevención de riesgos laborales⁵, disponiendo de varios centros localizados en España.
- (43) El Grupo QUIRÓN está controlado en última instancia por el grupo sanitario multinacional alemán, FRESENIUS SE&CO. KGaA (FRESENIUS), desde el año 2016⁶. FRESENIUS es una sociedad cotizada en la bolsa de Frankfurt que comercializa productos y servicios para tratamientos de diálisis y para el cuidado hospitalario y ambulatorio a nivel mundial. Su accionista mayoritario es

³ Grupo QUIRÓN opera en España 45 hospitales generales y 6 hospitales de día, 3 centros de reproducción asistida, 2 centros oftalmológicos, 20 centros de diferentes especialidades, 49 centros médicos, 3 residencias de la tercera edad y 1 centro de atención integral de personas con discapacidad intelectual grave.

⁴ El Grupo QUIRÓN adquirió al Grupo RUBER en 2015 (Resolución del Consejo de la CNMC de 25 de marzo de 2015 en el Expediente C/0640/15 IDC Salud/Ruber) y a la Policlínica Guipuzkoa en 2014 (Resolución del Consejo de la CNMC de 19 de febrero de 2015 en el Expediente C/0626/14 IDC Salud/Policlínica Gipuzkoa).

⁵ A través de esta línea de negocio, Grupo QUIRÓN presta servicios para empresas entre los que se encuentran un servicio de acreditación relacionado con la seguridad laboral o chequeos médicos básicos para empleados.

⁶ C/0813/16 Helios/Quirón.

la Fundación Else Kröner-Fresenius-Stiftung con el 26% de las acciones, seguido de la aseguradora ALLIANZ GLOBAL INVESTORS GmbH y el fondo de inversión americano BLACK ROCK, Inc con participaciones cercanas al 5% cada uno, sin que ostenten posición de control según indica la notificante.

- (44) En el marco geográfico en el que se produce la Operación (Albacete), QUIRÓNSALUD opera un centro hospitalario (Hospital Quirónsalud Albacete) que dispone de 65 camas y 5 plazas de hospital de día.
- (45) El Hospital Quirónsalud Albacete cuenta con 60 especialidades⁷. El centro cuenta con un número reducido de médicos contratados por el hospital, mientras que el resto de los médicos que trabajan en el mismo lo hacen a través de contratos de arrendamiento de consultas y quirófanos u otras formas contractuales. En concreto, según la notificante, el personal laboral de Quirónsalud Albacete asciende a [...] personas, de los que únicamente [...] son médicos (el [...] % del total).
- (46) El hospital Quirónsalud Albacete presta servicios sanitarios tanto a pacientes privados (con y sin seguro privado) como a pacientes pertenecientes a mutualidades de funcionarios y también a pacientes derivados de la Seguridad Social a través de conciertos con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
- (47) La facturación de Grupo QUIRÓN en el último ejercicio económico, conforme al Art. 5 del R.D. 261/2008 es, según la notificante, la siguiente:

Volumen de negocios de Grupo QUIRÓN (millones euros)	
	2017
Mundial	[>5000]
Unión Europea	[>250]
España	[>60]

Fuente: Notificación.

V.2. CLÍNICA SANTA CRISTINA (CSC)

- (48) La CLÍNICA SANTA CRISTINA es un centro sanitario privado (hospital) con 42 camas y [...] empleados en Albacete que es propiedad y está operado por el Instituto Secular de Obreras de la Cruz.

⁷ Enfermería, Enfermería obstétrico-ginecológica. (matrona), Alergología, Cardiología, Dermatología, Aparato digestivo, Endocrinología, Nutrición y dietética, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Neurofisiología, Oncología, Pediatría, Cirugía pediátrica, Reumatología, Obstetricia, Laboratorio de semen capacitación de esperma, Ginecología, Anestesia y reanimación, Tratamiento del dolor, Medicina intensiva, Angiología y cirugía vascular, Cirugía cardíaca, Hemodinámica, Cirugía torácica, Cirugía general y digestivo, Odontología/Estomatología, Cirugía maxilofacial, Cirugía plástica y reparadora, Cirugía estética, Medicina estética, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía ortopédica y traumatología, Rehabilitación, Fisioterapia, Logopedia, Cirugía mayor ambulatoria, Hospital de día, Urgencias, Psiquiatría, Obtención de muestras, Análisis Clínicos, Bioquímica Clínica, Inmunología, Microbiología y Parasitología, Anatomía patológica, Genética, Hematología Clínica, Laboratorio de Hematología, Servicio de Transfusión, Farmacia, Farmacología clínica, Medicina nuclear, Radiodiagnóstico, Medicina de la educación física y el deporte y Medicina aeronáutica

- (49) CSC cuenta con 49 especialidades⁸. El centro cuenta también con un reducido número de médicos contratados por el hospital ([...]) siguiendo el mismo sistema de alquiler de consultas aplicado por QUIRÓN.
- (50) La facturación de CSC en el último ejercicio económico, conforme al Art. 5 del R.D. 261/2008 es, según la notificante, la siguiente:

Volumen de ventas de CSC (millones €)	
	2017
Mundial	[<2500]
Unión Europea	[<250]
España	[<10]

Fuente: Notificación

VI. MERCADOS RELEVANTES

VI.1. Mercados de producto

a) Mercado de prestación privada de servicios sanitarios

- (51) El sector económico afectado por la operación de concentración es el de prestación de servicios de asistencia sanitaria privada a pacientes privados, en el que se encuentran activos el grupo adquirente y la adquirida.
- (52) Adicionalmente, ambas entidades prestan o tienen capacidad de prestar servicios sanitarios a pacientes públicos mediante acuerdos de colaboración a largo y corto plazo suscritos con la Sanidad Pública, por lo que la operación podría afectar al mercado de prestación privada de servicios sanitarios a pacientes públicos.
- (53) Los precedentes nacionales⁹ han considerado inicialmente dos mercados: **i) el mercado de asistencia sanitaria pública y ii) el mercado de asistencia sanitaria privada** ya que, especialmente desde el lado de la demanda, presentan especiales características como para constituir un mercado de producto diferente. Así el extinto TDC en el expediente C-101/06¹⁰ señaló *“Por lo general, la asistencia privada permite que el asegurado tenga menores restricciones para elegir el facultativo que le atiende, que reciba tratamiento con*

⁸ Enfermería, Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), Alergología, Cardiología, Dermatología, Aparato digestivo, Endocrinología, Geriátrica, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Neurofisiología, Oncología, Pediatría, Cirugía pediátrica, Reumatología, Obstetricia, Ginecología, Anestesia y reanimación, Tratamiento del dolor, Angiología y cirugía vascular, Cirugía torácica, Cirugía general y digestivo, Cirugía maxilofacial, Cirugía plástica y reparadora, Cirugía estética, Medicina estética, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía ortopédica y traumatología, Rehabilitación, Cirugía mayor ambulatoria, Hospital de día, Cuidados Paliativos, Urgencias, Psicología Clínica, Análisis Clínicos, Bioquímica Clínica, Inmunología, Microbiología y Parasitología, Anatomía patológica, Genética, Hematología clínica, Laboratorio de Hematología, Servicio de Transfusión, Farmacia y Radiodiagnóstico

⁹ Entre otros los expedientes C/0601/14 IDC SALUD / QUIRÓN C-0532/13 GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN/ GRUPO TEKNON, C-0506/13 RED ASISTENCIAL JUANEDA/ AGRUPACIÓN MÉDICA BALEAR, C-447/12 DHC/FAMILIA CORDON MURO/USP HOSPITALES/GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN y, C-0177/09 CAPIO/CLINICA COREYSA que reproducen las definiciones de mercado establecidas por el extinto TDC en los expedientes C-101/06 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE (N-06069 del extinto SDC) o C-89/05 IGUALATORIOS MEDICOS (N-05053 del extinto SDC).

¹⁰ Expediente C-101/06 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE de noviembre de 2006

mayor celeridad que en la sanidad pública y, en caso de hospitalización, suele ofrecer más opciones de confort y un trato más personalizado. En España, al igual que en numerosos países europeos y a diferencia, por ejemplo, de Estados Unidos, la universalidad de la asistencia sanitaria pública confiere a la asistencia sanitaria privada un doble carácter de voluntario y complementario...”

- (54) Estos precedentes han considerado que, desde una perspectiva de **oferta**, todos los centros hospitalarios, generales y especializados, los centros clínicos privados sin internamiento que prestan servicios de atención médica especializada ambulatoria (policlínicos) y los facultativos médicos privados, compiten entre sí¹¹.
- (55) Sin embargo, la anterior clasificación incluye dentro de sí diferentes tipos de centros que no son alternativa para la mayoría de los pacientes, aseguradoras y proveedores de los mismos.
- (56) De hecho, el Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios diferencia entre:
- **Hospitales (centros con internamiento):** centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria¹².
 - **Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento:** centros sanitarios en los que se prestan servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales sanitarios a pacientes que no precisan ingreso¹³.
- (57) En relación con la sustituibilidad entre los hospitales y los centros sin internamiento, los consultados en el test de mercado realizado por esta Dirección en la primera fase del procedimiento, diferencian entre los servicios médicos considerados según éstos requieran o no internamiento.
- (58) Para los servicios médicos que requieren internamiento (y/o necesitan quirófanos y pruebas de alta tecnología de las que no suelen disponer los centros ambulatorios) los ambulatorios no son sustitutivos de los hospitales.
- (59) Para los servicios médicos que no requieren internamiento, los consultados en el test consideran que los centros ambulatorios compiten con los hospitales en

¹¹ No obstante, existen dos especialidades médicas (Psiquiatría y Geriátrica) que por sus propias características combinan los servicios sanitarios con los residenciales, siendo difícil establecer qué centros quedarían integrados en el ámbito de los servicios de salud y cuáles en los servicios de bienestar social (residencias), por lo que la oferta de hospitales se considerará globalmente y excluyendo dichas especialidades.

¹² Dentro de estos centros incluye hospitales generales, como los de las partes, hospitales especializados, hospitales de media y larga estancia, hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías y otros centros con internamiento.

¹³ Dentro de estos centros se incluyen consultas médicas, consultas de otros profesionales sanitarios, centros de atención primaria, centros de salud, centros polivalentes, centros especializados, clínicas dentales, centros de reproducción humana asistida, centros de interrupción voluntaria del embarazo, centros de cirugía mayor ambulatoria, centros de diálisis, centros móviles de asistencia sanitaria, centros de transfusión, bancos de tejidos, centros de reconocimiento médico, centros de salud mental y otros centros especializados.

una pequeña gama de servicios, especialmente consultas y cirugías menores no ambulatorias.

- (60) En este sentido, algunos competidores han señalado que, en determinadas especialidades o en determinados servicios más complejos, la competencia que los centros ambulatorios pueden hacer a los centros con internamiento es reducida. Esto puede ocurrir debido a los mayores requerimientos técnicos (presentes de forma más habitual en hospitales) o porque estén relacionados con servicios con internamiento.
- (61) Al respecto, uno de los operadores consultados señala que todo centro ambulatorio tiene que tener un centro con internamiento de referencia que le dé cobertura para los casos en los que se requiera realizar un tipo de intervención para la cual el centro ambulatorio no tenga capacidad, lo que llevaría a una consideración de complementariedad más que de sustituibilidad.
- (62) De hecho, los hospitales tendrían ventaja cuando los servicios médicos ambulatorios se encuentran dentro de un proceso médico más amplio que cuenta con alguna fase en la que se requiere internamiento. Si bien existe la posibilidad de realizar fuera del hospital las fases ambulatorias del proceso médico acudiendo a recibir los servicios con internamiento al hospital o que los mismos médicos que han realizado las primeras fases del procedimiento alquilen los espacios de los hospitales para llevar a cabo (ellos mismos) los actos que requieren el internamiento en el hospital, existe una tendencia cada vez mayor a que todos los actos médicos de un mismo proceso/tratamiento se realicen en el mismo centro y, por tanto, en hospitales y centros con internamiento.
- (63) Esta tendencia es impulsada tanto desde la demanda como de la oferta. Por un lado, existe una preferencia del paciente por realizar el mayor número de servicios en un mismo centro, por la mayor variedad de servicios y seguridad en caso de complicaciones, mayor comodidad, continuidad de la relación con los mismos profesionales médicos durante todo el tratamiento y posible acortamiento de tiempos entre primera consulta y resolución final. Por otro, los hospitales y grupos hospitalarios tienden a diseñar sus servicios de tal forma que abarquen todo el proceso sanitario. El gran número de especialidades existentes tanto en CSC como en el hospital Quirónsalud Albacete muestran el carácter holístico de la atención en ambos centros.
- (64) Se pronuncian en esta línea Divina Pastora, HLA o Sanitas, lo que, unido a la afirmación de la notificante, lleva a esta Dirección a confirmar que una vez que un procedimiento complejo se inicia en un centro, el resto de los actos tenderán a realizarse (en la medida en que sea posible) en el mismo centro.

(No Confidencial folio 2761 Divina Pastora) *"En el momento en que se produce el internamiento porque el acto a realizar lo requiere, todo se realiza en el centro hospitalario."*

(No Confidencial folio 1746) *"Nuestra percepción es que si alguna fase del tratamiento requiere internamiento, es habitual y común (salvo en un estadio de diagnóstico muy preliminar) que el mismo se desarrolle de forma completa en el centro con internamiento, por diversos motivos: i) comodidad para el*

paciente y sus allegados; ii) continuidad de la relación con los mismos profesionales médicos durante todo el tratamiento; iii) acortamiento de tiempos entre el primer contacto del paciente con el profesional y la resolución final del proceso médico, etc."

(No Confidencial folio 3028 Sanitas) "Es habitual que los profesionales que tienen consultas privadas de tipo ambulatorio, arrienden quirófanos u otros espacios hospitalarios para llevar a cabo actos médicos complejos que requieran internamiento. En cualquier caso lo más habitual es que la totalidad del proceso clínico se realice dentro del mismo centro."

- (65) Por todo lo anterior, se puede decir que no existe sustituibilidad recíproca perfecta entre centros hospitalarios y centros ambulatorios, en la medida en que los centros ambulatorios no compiten en servicios con internamiento, puesto que no prestan dichos servicios y tampoco prestan todos los servicios de carácter ambulatorio que prestan los hospitales.
- (66) En conclusión, y en el mismo sentido que han considerado otras autoridades nacionales de competencia en el ámbito comunitario¹⁴, **cabría segmentar y diferenciar el mercado conformado por los centros con internamiento (hospitalarios) del mercado de centros sin internamiento (no hospitalarios).**
- (67) La notificante ha señalado tanto en su escrito de 19 de noviembre de 2018, de manifestaciones al Informe de paso a segunda fase (folios 3486 y siguientes en su versión no confidencial), como en su escrito de 24 de enero de alegaciones al pliego de concreción de hechos (folios 4267 y siguientes en su versión no confidencial), que la CNMC no ha citado los precedentes de otras autoridades comunitarias que han diferenciado los mercados de hospitalización de los ambulatorios. En este sentido, la notificante considera que esto perjudica su derecho de defensa. En este mismo sentido, señala que la Dirección de Competencia no ha analizado los mercados ni los regímenes regulatorios de esos países, por lo que no queda acreditado que las conclusiones de otros países sean trasladables a España.
- (68) En este sentido, esta Dirección considera que la definición de mercado que diferencia el mercado conformado por los centros con internamiento (hospitalarios) del mercado de centros sin internamiento (no hospitalarios) en España, ha quedado suficientemente argumentada y motivada a lo largo del procedimiento y, en particular, en el análisis realizado en el informe de paso a segunda fase, acreditado mediante el test de mercado realizado por esta Dirección.
- (69) La referencia a otras jurisdicciones no es la base para la definición del mercado en España, pero demuestra que es una práctica generalizada,

¹⁴ Reino Unido, Países Bajos, la República de Eslovaquia, Italia y Rumanía, en sus precedentes de control de concentraciones en este sector, segmentan según los centros tengan o no capacidad de internamiento. Otros países definen un mercado de "hospitales" frente a otro tipo de centros. Es el caso de Alemania, Chipre, Bulgaria, Noruega y Austria. En todos estos casos, las clínicas sin internamiento se considerarían parte de otro mercado distinto. Por su parte, Francia distingue (dentro de cada especialidad) si la intervención es o no quirúrgica, lo cual es un criterio que en la mayoría de los casos puede ser cercano a la consideración de "con internamiento" o "ambulatorio", pues la capacidad de quirófanos e instrumental para cirugía suele estar asociada a la capacidad de internamiento.

independientemente del sistema regulatorio, y apoya por tanto las conclusiones alcanzadas por esta Dirección. En todo caso, se pueden identificar algunas de las resoluciones de autoridades comunitarias en las que queda reflejada la definición de mercado de estos países. Para el caso de Alemania, cabe citar la resolución de prohibición B3-135/13 Klinikum Esslingen / Kreiskliniken Esslingen, en el caso de los Países Bajos se pueden señalar los precedentes Case 14.0982.24 Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis – Stichting Rivas Zorggroep (de prohibición), o Case 6424/427 (de aprobación con compromisos). En el caso de Reino Unido, se puede hacer referencia al asunto “The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust/Poole Hospital NHS Foundation Trust” que fue finalmente prohibido y la Guía para la revisión de concentraciones del sector hospitalario de julio de 2014.

- (70) Por otro lado, junto con la segmentación entre centros hospitalarios y centros no hospitalarios, cabría segmentar la oferta por **modalidades de servicio**, ya que no todos los servicios sanitarios son sustitutivos entre sí, puesto que, según las patologías, los pacientes demandan diferentes especialidades y tipos de servicios. No obstante, el extinto TDC consideró que los hospitales generales podían competir con los centros especializados siempre que su gama de servicios comprendiera dicha especialidad. Asimismo, señaló que, siempre que en el área geográfica relevante existan hospitales generales, las fuerzas de la competencia vinculan a los hospitales generales con los especializados, e indirectamente a éstos entre sí, permitiendo considerar globalmente la oferta de todos los centros hospitalarios al delimitar el mercado, sin necesidad de establecer distinciones más detalladas.
- (71) No obstante, en algunos precedentes nacionales¹⁵ se han analizado mercados más estrechos como son los de determinadas especialidades, abriendo la puerta a una segmentación mayor del mercado. Esta segmentación por especialidades es común en otras autoridades nacionales europeas¹⁶, lo cual puede venir explicado tanto por razones de demanda como de oferta.
- (72) Desde el punto de vista de la demanda, no existe posible sustituibilidad para los pacientes entre las distintas especialidades. Desde el punto de vista de la oferta, los especialistas de una rama, y en muchos casos el instrumental e instalaciones necesarias, no son sustituibles en el corto plazo. En este sentido, determinadas especialidades pueden ser difíciles de replicar en un periodo breve de tiempo, lo que reduce la sustituibilidad de la oferta.

¹⁵ En el expediente C/813/16 HELIOS-QUIRONSALUD se analizó el mercado de prestación por operadores privados de tratamientos de diálisis para pacientes públicos. Es decir, se llegó a una definición más estrecha que la división entre prestación a pacientes públicos y privados, llegando a analizar un servicio concreto. En otro expediente, C/626/14 IDC SALUD/POLICLÍNICA GUIPÚZCOA, se analizó la estructura de mercado de distintos servicios como: cirugía cardiaca, cirugía pediátrica, angiología/circular vascular y neurología, si bien, dadas las características del mercado, la definición de mercado quedó abierta.

¹⁶ Es el caso de Reino Unido, Francia, la República de Eslovaquia, Polonia y República Checa. En el caso de Francia se ha llegado a subdividir por procedimientos dentro de cada especialidad.

- (73) En el análisis actual de especialidades, las partes señalan que están presentes (al menos alguna de las dos) en 64 especialidades. En 4 especialidades¹⁷ está presente CSC y no el hospital Quirónsalud Albacete. Por su parte, el hospital de QUIRÓN cuenta con 15 especialidades¹⁸ en las que no está presente CSC.
- (74) En caso de que se llevase a cabo un análisis de estos mercados segmentados por especialidades, sin considerar posibles segmentaciones ulteriores por tipo de procedimiento, de las 45 especialidades en que están presentes tanto QUIRÓN como CSC, las partes no han identificado ningún competidor privado, en la provincia de Albacete, en ninguna de las siguientes 19 especialidades: enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), Endocrinología, Oncología, Cirugía pediátrica, Anestesia y reanimación, Angiología y cirugía vascular, Cirugía torácica, Cirugía estética, Medicina estética, Cirugía mayor ambulatoria, Hospital de día, Urgencias, Bioquímica Clínica, Inmunología, Microbiología y Parasitología, Hematología Clínica, Laboratorio de Hematología, Servicio de Transfusión y Farmacia.
- (75) No obstante, dada la actividad de las partes (los dos únicos centros con internamiento, hospitales generales), esta Dirección de Competencia no considera necesario en este caso concreto definir cada especialidad como un mercado diferenciado, siendo suficiente para el análisis de esta operación la segmentación entre prestación de servicios sanitarios privados en centros hospitalarios y en centros no hospitalarios, considerada por esta Dirección de Competencia, confirmada por el test de mercado y establecida por el Consejo de la CNMC en el Informe de paso a segunda fase del presente expediente C/0966/18.
- (76) Desde el punto de vista de la demanda, los precedentes¹⁹ han venido identificando dos mercados dentro del sub-mercado de asistencia sanitaria privada a pacientes privados, en base a la estrecha relación existente entre los servicios de asistencia sanitaria privada y las prestaciones de las aseguradoras sanitarias:
- El mercado de la **asistencia sanitaria de libre elección**, constituido, por el lado de la demanda, por los pacientes que optan por los servicios de la sanidad privada y por los titulares y beneficiarios de las pólizas de seguros de libre elección contratadas con aseguradoras privadas. Se trata de un mercado de servicios relacionado verticalmente con el del seguro de asistencia sanitaria de libre elección (pólizas individuales y para colectivos no públicos).
 - El mercado de la **asistencia sanitaria concertada con las mutualidades de funcionarios**, constituido, por el lado de la demanda, por los titulares y beneficiarios de las pólizas de seguros concertadas con aseguradoras privadas y con el INSS por parte de dichas mutualidades. Igualmente, se

¹⁷ Geriatría, Nefrología, Cuidados Paliativos y Psicología Clínica.

¹⁸ Nutrición y dietética, Laboratorio de semen y capacitación de esperma., Medicina intensiva, Cirugía cardíaca, Hemodinámica, Odontología/Estomatología, Oftalmología, Fisioterapia, Logopedia, Psiquiatría, Obtención de muestras, Farmacología clínica, Medicina nuclear, Medicina de la educación física y el deporte y Medicina aeronáutica.

¹⁹ Entre otros: C/601/14 IDC SALUD/QUIRÓN; C/626/14 IDC SALUD/POLICLÍNICA GUIPÚZCOA; C/640/15 IDC SALUD/RUBER o C/0768/16 VITHAS SANIDAD/GRUPO NISA;

trata de un mercado de servicios relacionado verticalmente con el del seguro de asistencia sanitaria concertado (pólizas para colectivos públicos).

- (77) Si bien la notificante considera artificial la diferenciación de los mercados de asistencia sanitaria de libre elección y la concertada con las mutualidades de funcionarios, esta Dirección no considera necesario separarse en este sentido de los precedentes nacionales.
- (78) Entre otras cuestiones, dos principalmente, pueden justificar la diferenciación de los mercados: i) la falta de doble aseguramiento de los funcionarios y ii) las distintas obligaciones que tienen las aseguradoras en el caso de pólizas privadas y en el caso de servicios prestados a los funcionarios mutualistas.
- (79) Por otra parte, tanto la Comisión Europea²⁰ como la autoridad española²¹ de defensa de la competencia han señalado que los **servicios sanitarios prestados por los operadores privados a los pacientes públicos** se distinguen de los servicios de asistencia sanitaria privada a pacientes privados. No obstante, no han llegado a establecer una definición precisa del mercado al no resultar necesario a los efectos de las operaciones analizadas.
- (80) En alguna ocasión, los notificantes de las operaciones de concentración han considerado necesario distinguir entre la colaboración eventual de los operadores privados con la sanidad pública, típicamente mediante conciertos sanitarios, fruto de la necesidades de las Administraciones de dar solución a problemas puntuales, por un periodo limitado en el tiempo, y la colaboración estructural con la sanidad pública, a través de la gestión a largo plazo de hospitales incluidos en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, articulada mediante contratos estables a largo plazo (habitualmente de 20-30 años)²².
- (81) En ningún precedente ha sido necesario llegar a una definición exacta del mercado en este sentido o en el sentido de fórmulas clásicas frente a fórmulas nuevas.
- (82) Las partes en la operación cuentan ambas con acuerdos de vinculación con el SESCAM. Estos acuerdos suponen una acreditación para poder trabajar con el SESCAM sin que estos acuerdos supongan una obligación de contratación de servicios concretos por parte del SESCAM. Las derivaciones concretas se realizan desde los hospitales públicos a través de contratos específicos de ejecución. En este sentido, la notificante señala que CSC no recibe pacientes públicos desde el año 2014, por lo que, en el momento actual, no tendría cuota en el mercado de prestación sanitaria a pacientes públicos.

b) Mercado de cesión o alquiler de espacios sanitarios

²⁰ Entre otros, casos nº COMP/M. 4367 APW/APSA/NORDIC CAPITAL/CAPIO y M. 4229 APHL/NETCARE/GENERAL HEALTHCARE GROUP.

²¹ N-07080 CINVEN/EQUIPO GESTOR/USP y N-05010 CAPIO SANIDAD/SANIGEST.

²² En este modelo de colaboración se integrarían las nuevas herramientas de externalización sanitaria (contratos de concesión de obra pública y de servicio público y los PPP), en las que el operador privado construye el hospital y se encarga de la gestión del servicio sanitario y/o no sanitario del mismo durante un periodo prolongado en el tiempo. La extinta CNC estudio este modelo en su informe "Aplicación de la Guía de Contratación y Competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España" (2013).

- (83) Asimismo, y junto con esta segmentación, cabría además la posibilidad de analizar un **hipotético mercado de cesión o alquiler de consultas hospitalarias y quirófanos**, verticalmente integrado con el de prestación de servicios, que ponen a disposición de los especialistas sanitarios sus instalaciones para la prestación de los servicios.
- (84) Como se tendrá oportunidad de analizar en más detalle, en relación con los espacios sin internamiento, que incluyen los espacios para consultas y los espacios para la prestación de intervenciones ambulatorias, la oferta sería más amplia y las barreras de entrada serían más reducidas, en términos generales, que en el caso de la cesión de espacios con internamiento.
- (85) En este sentido, en el informe de paso a segunda fase, esta Dirección ya señaló que, dentro del Grupo QUIRÓN, existen hospitales en los que todo el personal médico está contratado por el propio hospital (sin que se dé arrendamiento de espacios a profesionales ajenos/otros competidores) y otros hospitales, como el de Albacete, en el que se sigue este modelo de alquiler de espacios a terceros. De hecho, en el escrito de alegaciones presentado el día 20 de noviembre de 2018, la notificante señala que la realidad habitual es que los médicos no sean personal laboral, sino que colaboren con el Grupo Quirónsalud en régimen de prestación de servicios o de uso de espacios en los hospitales.

VI.2. Mercados geográficos

- (86) Tradicionalmente se ha considerado que el mercado geográfico de la asistencia sanitaria privada sería provincial, en este caso, sería la provincia de Albacete.
- (87) Según la notificante, existe una presión competitiva de otros hospitales localizados fuera de la provincia. Respecto a la prestación sanitaria privada a pacientes privados, menciona la Clínica Fernández Vega de Oviedo (tratamientos oftalmológicos), la Clínica Universidad de Navarra con el 65% de pacientes de fuera de Navarra, el Centro Médico Teknon en Barcelona y MD Anderson (tratamientos oncológicos) en Madrid.
- (88) Asimismo, señala que, en el pasado, operadores ubicados fuera de Albacete como la Clínica Ruber y Ruber Internacional de Madrid o la Clínica Vistahermosa de Alicante han sido beneficiarios de conciertos con el SESCAM para Albacete.
- (89) Sin embargo, los consultados en el test de mercado señalan que se trataría de un mercado de ámbito provincial.
- (90) En términos generales, las compañías aseguradoras han considerado que el ámbito geográfico es la provincia de Albacete, no ejerciendo los hospitales de otra demarcación geográfica presión competitiva suficiente como para ser considerados competidores.
- (91) En este sentido, indican que la mayoría de intervenciones médicas se realiza en la provincia de contratación (habitualmente residencia) del asegurado. Asimismo, aunque los pacientes tienen libertad para elegir el médico que deseen dentro del cuadro médico, independientemente de la provincia, lo que podría hacer pensar que la sustituibilidad de los servicios entre provincias fuera

mayor, las aseguradoras confirman que (salvo en los casos de funcionarios), no se hacen cargo de los costes de desplazamiento de los pacientes asegurados.

- (92) Por otro lado, varias de las aseguradoras subrayan las exigencias establecidas a nivel provincial en los conciertos de las mutualidades de funcionarios. Las mutualidades de funcionarios establecen distintos niveles asistenciales requeridos dependiendo de la provincia²³ y existe una obligación por parte de las entidades aseguradoras de proveer los servicios sanitarios con el nivel requerido dentro de la provincia y una penalización en caso de no poder realizarlo. Además, en tal caso, sería la compañía aseguradora la que debería correr con el coste del desplazamiento del paciente (funcionario).
- (93) Esta falta de sustituibilidad de los centros localizados fuera de la provincia se confirmaría con los datos de desplazamientos aportados por las principales aseguradoras consultadas en el test de mercado, que señalan que el porcentaje de pacientes que en algún momento ha recibido atención médica en otra provincia sería inferior al 25%. Estos datos no se refieren al porcentaje de intervenciones realizadas fuera de la provincia sino al número de asegurados que han recibido algún tratamiento o intervención fuera a lo largo del año, por lo que se contabiliza como asegurado desplazado a pesar de que el mayor número de intervenciones se haya realizado dentro de la provincia. Esto muestra que los valores sobrestimarían la verdadera sustituibilidad de los servicios sanitarios de otras provincias.
- (94) Adicionalmente, la notificante ha aportado el número de pacientes de Albacete que han sido hospitalizados en centros propiedad del Grupo QUIRÓN en el año 2017 fuera de la provincia. Según esos datos, se habrían producido [...] de los cuales [...] habrían sido en Madrid, [...] en Valencia, [...] en Málaga, [...] en Murcia, [...] en Toledo, [...] en Alicante, [...] en Sevilla, [...] en Barcelona (ninguno de ellos en la Clínica Teknon), [...] en Zaragoza, [...] en Ciudad Real, [...] en Ávila y [...] en Badajoz.
- (95) Solo teniendo en cuenta el número de hospitalizaciones de QUIRÓN Albacete ([...] en 2017), las hospitalizaciones fuera de la provincia supondrían el [<5]% de los ingresos hospitalarios ([<5]% en el caso de Madrid, y [<5]% en el caso de Valencia) por lo que difícilmente se podría considerar que el resto de las provincias en su conjunto o Madrid y Valencia, en particular, ejerzan una verdadera presión competitiva sobre los hospitales privados de Albacete.
- (96) En cualquier caso, además, estos datos comprenden tres situaciones diversas: i) pacientes que se encuentran fuera de la provincia cuando requieren de atención médica; ii) pacientes que acuden a otra provincia porque el servicio requerido no existe en la propia provincia; y iii) libre elección de los pacientes. De las tres causas, solo los pacientes que acuden por esta última serían los indicadores de la sustituibilidad entre los servicios. En este caso, los consultados señalan que, aunque hay sustituibilidad teórica, factores como el coste y tiempo de desplazamiento para asegurados y allegados fuera del domicilio habitual, influyen de forma muy relevante en la elección de centros

²³ En el caso de Albacete, el nivel asistencial exigido para asegurar a los funcionarios es el IV (el máximo).

- sanitarios, así como las relaciones de habitual confianza entre asegurados y médicos de su zona de residencia.
- (97) En el marco del test de mercado, también el Consejo General del Colegio Oficial de Médicos y los competidores consultados han señalado con carácter general que la movilidad entre provincias es reducida.
- (98) Por otro lado, si bien la notificante señala la existencia de convenios entre el SESCAM y centros sanitarios fuera de la provincia, incluso de la Comunidad Autónoma²⁴, lo cierto es que tal y como la notificante señala *“el repunte observado [en la facturación pública] se debe en opinión de Quirónsalud al cambio en las prioridades de la Administración Regional, que en la actualidad tiene una política de minimizar el traslado de pacientes fuera de su ámbito provincial.”*
- (99) Si bien la notificante señala en su escrito de manifestaciones (anteriormente citado), que se niega la existencia de movilidad de pacientes entre provincias en el Informe de paso a segunda fase, ha de señalarse que esta Dirección ha tenido en cuenta la existencia de movilidad, tal y como queda reflejado en los párrafos 61 y siguientes del Informe de paso a segunda fase. Sin embargo, la existencia de cierta movilidad de pacientes, tal y como se ha argumentado aquí de nuevo, no es suficiente para considerar una modificación en la definición geográfica de los mercados.
- (100) La notificante cita fragmentos reducidos de las respuestas de Sanitas para justificar una definición de mercado geográfico más amplia (Folio 2128), DKV (Folio 2802), (Folio 2122) y la OMC (Folio 1899).
- (101) Tanto las respuestas de Sanitas como la de DKV, OMC y otros operadores, han sido tenidas en cuenta por esta Dirección para justificar la definición geográfica provincial, por lo que se copian a continuación extractos más amplios de estas partes, que los citados por la notificante, para comprender la justificación de la definición de mercado provincial.

(No Confidencial Folio 3021 Sanitas) "Si bien los asegurados tienen libertad de elección a nivel nacional, dentro de los proveedores incluidos dentro del cuadro médico de la aseguradora, no es habitual el movimiento de pacientes fuera de su provincia, salvo para actos médicos de alta complejidad o alta especialización. Para estos actos altamente complejos es habitual que los pacientes se desplacen, especialmente a centros ubicados en Madrid y Barcelona."

(No confidencial Folio 2802 DKV) "Los asegurados DKV que están enfermos tienen libertad técnica de elección de centro y facultativo en toda España, dentro de su amplia red de centros y médicos, pero esta libertad de movilidad"

²⁴ La notificante señala que en algún momento dos centros fuera de Albacete han tenido convenios con el SESCAM: la Clínica Ruber (Madrid), adquirida por Grupo QUIRÓN en 2015, y la Clínica Vistahermosa (Alicante). Sin embargo, la normativa sobre el procedimiento de vinculación de centros privados de atención sanitaria especializada a la red hospitalaria pública de Castilla La Mancha (Orden de 22/06/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, publicada en el Diario Oficial de Castilla la Mancha el 30 de junio de 2010) establece en su artículo 9 que *“Excepcionalmente, cuando las posibilidades diagnósticas y terapéuticas existentes en la Comunidad Autónoma lo aconsejen, el Sescam podrá suscribir convenios singulares de vinculación con centros sanitarios privados ubicados en el territorio de otras Comunidades Autónomas limítrofes con Castilla-La Mancha”*. Este artículo marca una excepción a la norma general que es la provisión por parte de centros ubicados en la propia Comunidad Autónoma.

no es tal en caso de enfermedad, puesto que los síntomas de muchas enfermedades, la necesidad de ir acompañado a la consulta, la conveniencia de que un enfermo no conduzca ni vaya solo en transporte público, la no cobertura interprovincial de ambulancias "a modo de taxi", hace que el enfermo de una provincia desee ser atendido en su provincia, sobre todo si está suscribiendo un seguro personal de salud, bien porque abona la prima o porque se des-suscribe libremente de la red sanidad pública mediante los acuerdos de MUFACE.

Además, en los casos de internamiento, es común en España el acompañamiento en la habitación de un familiar y la visita al centro de sus amigos y familiares y, este acompañamiento en las costumbres de España es un apoyo al paciente que favorece su tranquilidad mientras es cuidado por el Hospital. En los casos en los pacientes tengan que buscar internarse en centros de otras provincias, este acompañamiento espontáneo de amigos y familiares y la rotación de cuidadores las 24 horas está amenazado.

Esta deslocalización del centro de tratamiento es entendible en los casos en que el tratamiento solo se realiza en algunos centros únicos en todo el Estado, caso por ejemplo de cirugía de la epilepsia, trasplantes, cirugía cardíaca pediátrica, etc. en la que todas las redes privadas y públicas tienen pocos centros de referencia en la Comunidad Autónoma o en el Estado.

(No Confidencial Folio 1899 OMC) "Desde el punto de vista de la demanda, no consideramos que para la demanda básica de servicios resulte atractiva la una oferta de servicios que implica desplazarse a otras provincias. El paciente de pólizas de seguro no lo hará y el privado para patologías leves tampoco. Es distinto para atención de patologías más graves, para las que el paciente lógicamente da prioridad a la reputación del centro (o del profesional) y, por tanto, busca los mejores hospitales y médicos. Así, habitualmente se desplaza a ciudades como Madrid, Barcelona o Valencia, o incluso Alicante o Murcia, que tienen una oferta de muy alta calidad, y que en muchos casos suponen desplazamiento de menos de dos horas." [...] "Lo habitual y razonable es que los pacientes busquen asistencia lo más cerca posible de su domicilio; Limitando los desplazamientos a centros o especialistas en otras provincias, como ya se ha explicado, a los casos en los que no existan en la provincia de residencia especialistas o centros con la tecnología necesaria para atender la patología concreta del paciente. Ello suele ocurrir en relación con patologías tratadas en pocos centros a nivel nacional y que actúan como centros de referencia: Neurocirugía, intervenciones oncológicas complicadas, centros de quemados, etc. "

(102) Por último, cabe señalar que la notificante en el formulario de notificación (No Confidencial folios 3376-3377) ha limitado las restricciones accesorias del contrato a la provincia de Albacete lo que supone indirectamente un reconocimiento de que el mercado geográfico sería este mismo.

(103) A la vista de todas las consideraciones anteriores y de las justificaciones aportadas en el test de mercado de primera fase esta Dirección entiende que el mercado geográfico en este caso no es superior a la provincia de Albacete.

- (104) La notificante en su escrito de alegaciones al PCH vuelve a señalar que no le parece adecuada la valoración de la Dirección de Competencia con respecto al ámbito geográfico, señalando que el 25% no es un porcentaje desdeñable y citando el párrafo 58 del pliego de concreción de hechos. En este sentido, cabe señalar que esta Dirección ha justificado de forma suficiente, entre los párrafos 54 a 68, la delimitación de la definición de mercado no limitándose a señalar el porcentaje de pacientes que se han desplazado para alguna intervención.
- (105) Coincide esta Dirección con la notificante en considerar que cuanto mayor es la complejidad de los tratamientos, mayor puede ser el grado de movilidad, lo que permitiría definir mercados distintos a la provincia para determinadas intervenciones. En todo caso, en la medida en que no se ha considerado necesario definir mercados por especialidades o intervenciones no resulta necesario analizar estos mercados geográficos.
- (106) Todo lo anterior lleva a considerar que, para las distintas definiciones de mercado de producto consideradas, en este caso concreto es indiferente una definición del mercado provincial o más estrecha al estar los dos únicos hospitales privados de la provincia en Albacete. Junto con la tradicional definición de mercado provincial podrían definirse mercados más estrechos en el caso de provincias de gran dimensión.
- (107) A efectos de esta operación y dada la actividad de las partes, se considerará como mercado relevante en todos los casos el **mercado provincial de Albacete**.

VI.3. Conclusión mercados relevantes

- (108) De todo lo anterior, cabe señalar que se analizarán a continuación los siguientes mercados de producto: i) mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados con internamiento²⁵; ii) mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados ambulatorio; iii) mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos iv) mercado de cesión o alquiler de espacios sanitarios con internamiento

VII. ANÁLISIS DE LOS MERCADOS

VII.1. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados con internamiento

a) Estructura de la oferta

- (109) Las partes son prestadoras de asistencia sanitaria privada en hospitales. A nivel nacional, tal y como señala el informe presentado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) titulado “Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2018”, los grupos hospitalarios cuentan con el 46% de los hospitales y el 61% de las camas privadas. Por su parte, las compañías aseguradoras verticalmente integradas en la prestación de servicios sanitarios cuentan con el 2% de los hospitales y el 3% de las camas.

²⁵ A los efectos del análisis de esta operación, no resulta necesario diferenciar entre el mercado de prestación privada a pacientes privados de libre elección y el mercado de prestación privada a pacientes privados de mutualidades de funcionarios, si bien se analizarán los efectos de la operación en estos segmentos diferenciados.

El resto de la oferta del mercado estaría compuesta por hospitales independientes.

- (110) Los principales grupos por cuota de mercado son: Grupo QUIRÓN²⁶, el Grupo Vithas tras la integración con Nisa²⁷, la Orden San Juan de Dios, HM Hospitales, Viamed y Hospiten.
- (111) Por su parte, según los datos aportados en el informe presentado por Solutia titulado “Análisis de la relación triangular entre Entidades sanitarias privadas, aseguradoras y pacientes”, las principales aseguradoras integradas verticalmente serían Asisa (con el grupo HLA), Sanitas (Grupo BUPA) y Adeslas.
- (112) Como señala el Informe presentado por IDIS, el sector hospitalario privado está llevando a cabo un proceso de concentración que genera la creación de grupos hospitalarios cada vez más importantes.
- (113) Este proceso de concentración, en detrimento de los hospitales independientes, se inició hace años. Destaca en éste la política de adquisiciones del Grupo QUIRÓN, con la adquisición Policlínica Guipuzkoa²⁸, Grupo Ruber²⁹, Clínica Rotger, Grupo Hospital Miguel Domínguez y el Grupo Clínic Balear.
- (114) En Albacete, las partes son los únicos operadores en el mercado con capacidad de prestar servicios sanitarios privados **con internamiento**, al ser los titulares de los dos únicos hospitales de la provincia. Esto llevaría a que, con la operación, la adquirente ostente **una cuota de mercado del 100%**, tanto en volumen de servicios como en cifra de negocios independientemente de que se subsegmentase el mercado de **libre elección** o el de **mutualidades de funcionarios**. En particular, en términos de valor, la operación supondría una cuota combinada del 100% con adición del [20-30]%.

Mercado de asistencia sanitaria privada en centros hospitalarios en Albacete (volumen de negocios)						
Entidad	2015		2016		2017	
	Millones euros	Cuota	Millones euros	Cuota	Millones euros	Cuota
Hospital Quironsalud Albacete	[...]	[60-70]%	[...]	[70-80]%	[...]	[70-80]%
Clínica Santa Cristina	[...]	[30-40]%	[...]	[20-30]%	[...]	[20-30]%
Quironsalud + CSC	[...]	100%	[...]	100%	[...]	100%
Otros operadores	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
TOTAL	[...]	100%	[...]	100%	[...]	100%

Fuente: Notificación

²⁶ Posteriormente a la notificación de esta operación ha adquirido el Hospital Costa de la Luz C/0988/18, y ha sido adjudicatario de una parcela en Torrejón de Ardoz para la construcción de un nuevo hospital.

²⁷ Expediente C/0768/16

²⁸ Expediente C/0626/14

²⁹ Expediente C/0640/15

(115) Adicionalmente, esta Dirección, al contrario que la notificante³⁰, considera que el número de camas puede servir de proxy del volumen de actividad. De hecho, los estudios económicos del sector, elaborados por entidades independientes y aportados por la notificante a requerimiento de la Dirección, también aportan análisis del sector basados en el número de camas. Siguiendo este criterio, las cuotas de mercado de las partes serían del 100%, produciéndose una adición del 39%.

Mercado de asistencia sanitaria privada en centros hospitalarios en Albacete (camas)		
Entidad	2017	
	Número de camas	Cuota
Hospital Quironsalud Albacete	65	61%
Clínica Santa Cristina	42	39%
Quironsalud + CSC	107	100%
Otros operadores	0	0%
TOTAL	107	100%

Fuente: Notificación

b) Estructura de la demanda y poder compensatorio

(116) La demanda en el mercado de prestación privada de servicios sanitarios a pacientes privados se puede dividir en 2 grupos: los pacientes privados puros y las aseguradoras.

(117) En España la sanidad pública abarca a la práctica totalidad de la población por lo que, salvo alguna excepción, este tipo de pacientes acuden a la sanidad privada de forma voluntaria. Los **pacientes privados (puros)** son aquellos que acuden a los centros sanitarios para ser atendidos y pagan de su bolsillo el servicio prestado. Dentro de este grupo se encuentran distintos tipos de pacientes pero que, en términos generales, se pueden clasificar en dos categorías.

(118) La primera estaría conformada por los pacientes que voluntariamente acuden a la asistencia privada sin la cobertura de una póliza. Son los pacientes que más valoran el servicio prestado y la calidad y no quieren estar sujetos a los cuadros médicos y a las limitaciones recogidas en las distintas pólizas de seguros sanitarios. Este grupo de pacientes presenta una demanda muy inelástica con respecto a los precios por lo que las potenciales subidas previsiblemente afectarán menos a su comportamiento.

(119) En la segunda, se encontrarían los pacientes privados (puros) que no tienen acceso a los servicios ofrecidos por las compañías aseguradoras³¹. Este colectivo no tiene por qué tener una mayor preferencia por la calidad que los pacientes asegurados sino que no tienen acceso, por lo que el pago directo es la única forma que tienen de acceder a la sanidad privada.

³⁰ La notificante considera que la utilización del número de camas como proxy de cuota de mercado es errónea en la medida en que ofrece información sobre capacidad instalada y no sobre utilización real y por tanto cuota de mercado.

³¹ Este puede ser el caso de personas con enfermedades anteriores a la contratación del seguro.

- (120) Ambos tipos de pacientes privados puros tienen un bajo poder de negociación. Sin embargo, los primeros tendrán una mayor disponibilidad a desplazarse fuera de la provincia para ser atendidos por mejores profesionales en la medida en que la calidad de los servicios prestados pudiera empeorar. Esto podría suponer una cierta presión para el mantenimiento de la calidad.
- (121) En todo caso, según informan las partes, los ingresos obtenidos por parte de clientes privados puros son reducidos por lo que difícilmente ejercerán un grado elevado de presión sobre las decisiones de la notificante.
- (122) El segundo grupo de demandantes de los servicios de los centros sanitarios privados es el de las **aseguradoras**. Las aseguradoras suponen una gran parte de los ingresos de los centros que se concentran en esta operación. Al mismo tiempo, en términos generales, son grandes operadores a nivel nacional por lo que tienen un mayor poder de negociación que el grupo de pacientes privados puros.
- (123) La notificante ha señalado que el mercado de aseguradoras es un mercado concentrado en el que las dos primeras aseguradoras sumarían un 45,8% de las cuotas de mercado a nivel nacional y las cinco primeras entidades alcanzarían el 76,9%. Esta cuota elevada, unida al alto porcentaje de ingresos que suponen las aseguradoras para QUIRÓN ALBACETE y para CSC, podrían llevar a un alto nivel de poder de negociación por parte de las aseguradoras en Albacete.
- (124) Sin embargo, el nivel de concentración de las aseguradoras debe ponerse en contexto con el tamaño del mercado de seguros sanitarios (cerca de 8.000 millones de euros en 2017 según datos de ICEA) y con el tamaño del Grupo QUIRÓN a nivel nacional. En este sentido, según los datos aportados por la notificante, la primera aseguradora en volumen de primas a nivel nacional sería Segurcaixa Adeslas con un 31% de la cuota del mercado. Esto supondría un valor de primas aproximado de 2.400 millones. Esta cantidad sería [...] a la facturación sanitaria del Grupo QUIRÓN, lo que muestra que los pesos de ambas partes estarían relativamente equilibrados. Si se atiende al volumen de primas aproximado del segundo y tercer operador (Sanitas y Asisa), la facturación de cada uno de ellos sería [...] de la facturación del Grupo QUIRÓN, lo que en principio podría excluir la idea de una posición ventajosa en la negociación por parte de las aseguradoras.
- (125) En todo caso, la eliminación de cualquier competidor hospitalario privado en la provincia supondría una práctica obligación para las aseguradoras de atender a las peticiones del grupo hospitalario resultante, en la medida en que es inviable, tal y como se ha señalado en el test de mercado, no disponer de la prestación de servicios por parte de algún centro con internamiento en la provincia. Esto se debe a distintos factores.
- (126) En primer lugar, dado que existe una fuerte preferencia por parte de los pacientes a ser atendidos en la propia provincia -como ha sido señalado en multitud de ocasiones en el test de mercado-, la renuncia a prestar los servicios en Albacete supondría un claro daño comercial para las aseguradoras.

- (127) En segundo lugar, porque el hecho de que en una determinada provincia no se presten servicios hospitalarios afecta al resto de asegurados de otras provincias que no pueden tener la seguridad de ser atendidos en todo el territorio nacional, lo que podría suponer una pérdida no solo con respecto a los asegurados de Albacete sino al resto de los asegurados a nivel nacional.
- (128) En tercer lugar, con respecto a las aseguradoras que tienen convenios con las Mutualidades de funcionarios, existe una obligación de provisión en la provincia y en caso contrario la obligación de cubrir todos los costes de desplazamiento.
- (129) Los elementos anteriores llevan a considerar que, a pesar de las elevadas cuotas de mercado ostentadas por algunas aseguradoras, su poder negociador se vería claramente reducido tras la operación en la prestación de servicios de asistencia privada en la provincia de Albacete.
- (130) En este sentido, varias de las entidades aseguradoras que han respondido al test de mercado han señalado el significativo poder de mercado ostentado por los prestadores de asistencia sanitaria privada en aquellas provincias donde existe un solo operador.
- (131) La notificante señalaba en su escrito de manifestaciones y ha repetido en su escrito de alegaciones al pliego de concreción de hechos (No confidencial, folios 4267-4271) que la Dirección de Competencia no refleja adecuadamente el poder compensatorio de las aseguradoras. Señala que las aseguradoras, al tener carácter nacional, negocian los precios y condiciones a este nivel por lo que el poder de negociación no se circunscribiría a una provincia.
- (132) En este sentido, esta Dirección ya señaló, en el Informe de paso a segunda fase y en el pliego de concreción de hechos que, salvo en lo que se refiere al Acuerdo Marco firmado con dos aseguradoras, la fijación de los precios y condiciones se realiza hospital por hospital o por provincia, por lo que no puede coincidir con la opinión de la notificante.
- (133) Señala la notificante, adicionalmente, que el hecho de tener que negociar con las aseguradoras en todas las provincias eliminaría la ventaja negociadora que se pudiera generar en un mercado, no existiendo incentivos a utilizar el poder de mercado en una provincia, menos aún en el caso del poder generado en una provincia pequeña con un nivel de facturación reducido.
- (134) Sin embargo, el hecho de que se negocie en todo el territorio no excluye automáticamente la capacidad o incentivos para utilizar el poder de negociación generado en una de las provincias. Por el contrario, sería posible que un alto poder de negociación en una provincia pudiera ser utilizado en la negociación de las condiciones en otras provincias. En este sentido, el poder de negociación puede venir por ser el único centro con internamiento en una provincia o por tener un centro de referencia en una determinada especialidad. Estos dos factores pueden influir a la hora de llevar a cabo la negociación en el resto de las provincias, pudiendo supeditarse la concertación en uno de estos centros claves, a la concertación de servicios en otras provincias donde el poder de negociación fuera menor.

- (135) En relación con el poder de negociación, la notificante señala también la importancia que tiene para los hospitales privados el negocio aportado por las aseguradoras, de donde se deriva la importancia de no quedar excluido de los cuadros de las aseguradoras. Esta Dirección está de acuerdo con esta afirmación a la vez que reitera, igualmente, la importancia para las aseguradoras de llegar a acuerdos con los centros privados. Es decir, la necesidad e importancia de llegar a acuerdos es común para ambos tipos de operadores por lo que no cabe extraer de ahí un mayor peso negociador para una de las partes.
- (136) Por último, la notificante señala como poder compensador de la demanda por parte de las aseguradoras la capacidad de llevar a cabo una estrategia de "make it" (integración vertical) a través de la creación de sus propios centros hospitalarios. Como se ha visto a lo largo del procedimiento, esta opción no parece ser viable en el caso concreto de Albacete; en lo que se refiere a Asisa, propietaria a través de HLA de la Clínica el Rosario, la aseguradora justifica (No confidencial folio 1743) el cierre de las camas por la baja rentabilidad y por el estado obsoleto de las instalaciones, lo que requeriría de una inversión económica muy importante haciendo poco probable, por tanto, que vaya a seguir una estrategia de prestación de servicios sanitarios con internamiento en la provincia. En lo que respecta al resto de aseguradoras, el test de mercado ha confirmado que esta estrategia también es poco probable.
- (137) En conclusión, el poder compensador de la demanda es prácticamente inexistente en el caso de los pacientes privados puros, en la medida en que no tienen una verdadera capacidad de impedir que la calidad de los servicios se vea reducida o los precios se vean incrementados en la provincia a raíz de la concentración.
- (138) Desde el punto de vista de las aseguradoras, a pesar de su mayor poder compensador, esta Dirección de Competencia no considera que sea suficiente para, en el caso particular de Albacete, impedir que se produzcan los problemas de competencia analizados en el pliego de concreción de hechos.
- c) Fijación de precios
- (139) La notificante alega que la operación no aumenta la capacidad de fijación de precios por parte de la entidad resultante. Sin embargo, cabría pensar lo contrario dado el poder negociador que ostentaría la notificante tras la operación frente los distintos tipos de clientes, como se ha señalado anteriormente.
- (140) Con respecto al mercado de prestación de asistencia sanitaria privada a pacientes privados, para el caso de los clientes puramente privados (sin cobertura), como se ha analizado, existe un reducido poder de negociación que pueda limitar la capacidad de fijación de precios por parte del grupo

hospitalario resultante, en la medida en que, al menos para actos médicos con internamiento, no existe alternativa posible³².

- (141) En el caso de los pacientes que tienen una preferencia fuerte por la sanidad privada sin las restricciones que imponen los seguros, la variable precio es poco relevante siendo la calidad el parámetro fundamental. En este sentido, la baja elasticidad precio hace que sean susceptibles de soportar subidas de los precios sin que necesariamente adapten su demanda.
- (142) En el caso de los pacientes que no son aceptados en un seguro médico, en la medida en que es la única vía que tienen para acceder a la sanidad privada, son especialmente vulnerables a un aumento de precios³³.
- (143) En relación con las aseguradoras, la notificante alega que la negociación de los precios se hace a nivel nacional. Sin embargo, adicionalmente, la notificante señala que cada hospital obtiene unas condiciones de precios distintas por lo que, en última instancia, existen elementos individuales que afectan a la fijación de precios de cada hospital. Es en este sentido en el que el incremento de poder de negociación por parte de Grupo QUIRÓN puede afectar a la fijación de precios a las aseguradoras en Albacete³⁴. Sin embargo, no puede descartarse de forma completa que exista un componente supra provincial en las negociaciones entre los grupos hospitalarios y las aseguradoras. En este sentido, cabe destacar los dos acuerdos a nivel nacional alegados por la notificante así como el hecho de que las negociaciones, a pesar de que se lleven a cabo hospital por hospital se enmarcan dentro de unas negociaciones más amplias.
- (144) La determinación de los precios (para algunas aseguradoras) sigue un proceso en dos etapas. En primer lugar, cada hospital tiene unos precios negociados uno a uno con la aseguradora. En una segunda etapa, fruto de un Acuerdo Marco, firmado por determinadas aseguradoras y Grupo QUIRÓN, se establecen unos precios mínimos a nivel nacional que actuarán de suelo para los precios negociados individualmente con cada hospital del Grupo QUIRÓN. De tal forma que los precios mínimos nacionales aplican si los precios negociados en alguno de los centros son inferiores, y en ese caso se deberá aplicar la tarifa nacional.
- (145) Concretamente, una de las aseguradoras señala que, en las provincias donde el nivel de competencia es inferior, los precios negociados por Grupo QUIRÓN

³² Según los datos aportados por la notificante (Confidencial Folio 61) para Quirónsalud Albacete, los pagos directos por pacientes suponen un [...] % de sus ingresos de libre elección. Para CSC el porcentaje es del [...] % según los datos de aportados por la notificante)

³³ En este sentido, hay que destacar que los costes de la sanidad privada a través de pagos directos pueden ser muy superiores a los pagos que realizan las aseguradoras como confirma la notificante (Folio 3457), "*aplicándose tarifas más ventajosas a las compañías aseguradoras respecto al privado puro debido a que el volumen de pacientes hace que puedan negociar precios muchos más bajos*".

³⁴ La autoridad de competencia holandesa acaba precisamente de iniciar una investigación en este sentido. Ver nota de prensa en su página web: *NL Healthcare Clinics and Bergman Clinics face an in-depth investigation by the Dutch Authority for Consumers and Markets after five healthcare insurers expressed concerns about the merger between the two independent healthcare clinics. ACM found after a first investigation that the merger could have a negative impact on the negotiating position of healthcare insurers. The clinics could ask for higher rates for insurers, which could lead to the companies having to increase the prices for patients.* <https://www.acm.nl/en/publications/acm-further-investigation-needed-merger-between-bergman-clinics-and-nl-healthcare-clinics>

a nivel individual son muy superiores a los precios mínimos negociados a nivel central. Como ejemplo, aporta datos sobre los precios negociados en Toledo³⁵ y Guipúzcoa³⁶ y los precios nacionales para mostrar las diferencias observadas (en torno a un 20% en la mayoría de servicios, aunque hay casos de diferencias muy superiores).

- (146) En este sentido, los cambios en el poder de mercado a nivel provincial sí que podrían afectar a la capacidad de elevación de los precios para esas provincias, situándose por encima de las tarifas mínimas nacionales.
- (147) La notificante justifica (folio 3462) la diferencia de precios en Toledo, no por la menor competencia sino por los mayores costes laborales y el menor número de actos médicos. En relación con el caso de Guipúzcoa, la notificante justifica los mayores precios por los mayores costes de personal.
- (148) Por otra parte, la notificante señala que las aseguradoras (algunas de ellas integradas verticalmente) pueden tomar decisiones de “*make or buy*” (comprar los servicios o desarrollarlos a través de instalaciones propias). Sin embargo, ninguna de las aseguradoras tiene hospitales con camas en Albacete y no parece factible que puedan instalar uno en el corto plazo. La posibilidad real de tomar decisiones de “*make*” frente a “*buy*” es reducida en la práctica ya que las compañías aseguradoras disponen únicamente del 5% de las camas y de los hospitales privados a nivel nacional³⁷ y el mercado hospitalario de Albacete, por su tamaño y rentabilidad, no parece especialmente propicio para el crecimiento orgánico de los grupos aseguradores, como ya se ha señalado anteriormente.
- (149) El hecho de que Grupo QUIRÓN pueda hacerse con los dos únicos hospitales de la provincia permite pensar que le daría una fuerza negociadora importante (a nivel provincial) en la medida en que las aseguradoras estarían forzadas a llegar a acuerdos con el propietario de los únicos hospitales privados de Albacete. Adicionalmente, si como alega la notificante, la negociación de precios se hace a nivel nacional, la operación permitiría al Grupo QUIRÓN aumentar su poder de negociación a nivel nacional, presionando al alza los precios nacionales por el poder generado en provincias concretas, como ya se ha señalado anteriormente.
- (150) Las aseguradoras consideran que su poder de negociación ante un eventual incremento de los precios es muy reducido en la medida en que la supresión de un proveedor de servicios sanitarios concertados influiría negativamente en la calidad de la oferta de la aseguradora, no existiría disponibilidad de alternativas válidas para la sustitución del proveedor en dicha provincia y además de prescindir del proveedor incumplirían las obligaciones de los concertos con las mutualidades de funcionarios.

³⁵ En Toledo sólo hay dos centros privados con internamiento. Uno es propiedad del Grupo QUIRÓN, está situado en la ciudad de Toledo y cuenta con 118 camas mientras que el otro centro está situado en Talavera de la Reina y cuenta solo con 15 camas.

³⁶ En el caso de Guipúzcoa la CNMC aprobó en 2014 la concentración entre IDC SALUD (QUIRON) y POLICLÍNICA GUIPÚZCOA. (Expt. C/0626/14). En este expediente, existían otros dos hospitales con camas por lo que la cuota resultante en términos de camas de la operación era del 51,61%.

³⁷ “Informe Solutia: Análisis de la relación triangular entre Entidades sanitarias privadas, aseguradoras y pacientes”.

- (151) En el caso de los asegurados no mutualistas³⁸, la exclusión por parte de una compañía aseguradora de todos los hospitales de la provincia posiblemente llevaría a un cambio de aseguradora a aquella que sí que tuviera el hospital en su cuadro médico.
- (152) En conclusión, se puede determinar que, de llevarse a cabo la operación de concentración, la notificante tendría la capacidad y los incentivos para incrementar el nivel de precios de los servicios prestados en el mercado de prestación de servicios sanitarios privados en Albacete.
- d) Barreras de entrada y competencia potencial
- (153) Como se indicó en el informe de paso a segunda fase y en el pliego de concreción de hechos (folios 3709-3712), esta Dirección entiende que las barreras de entrada en este mercado serían de índole legal, económico y técnico. En cuanto a las barreras legales, la normativa no prohíbe la instalación de nuevos centros hospitalarios, si bien los trámites son elevados y pueden requerir un amplio periodo de tiempo hasta la consecución de las pertinentes autorizaciones, lo que dificultaría la entrada de un nuevo operador en el corto plazo.
- (154) Por otro lado, las barreras económicas serían sustanciales. No solo la construcción de un centro hospitalario supone la inversión de cuantiosos recursos económicos y financieros, sino que la capacidad ociosa³⁹, señalada por la notificante, constituiría una barrera de entrada económica importante.
- (155) Este hecho, unido a la caída de ingresos públicos provenientes de los conciertos, alegada por la notificante⁴⁰, implicaría la dificultad de entrada para otros potenciales competidores en este mercado. En este contexto, precisamente la adquisición por parte del Grupo QUIRÓN de CSC implica que solo sea posible la entrada de un nuevo competidor a través de la creación de nuevas instalaciones.
- (156) Además, tal y como señala la notificante, la eficiencia en esta actividad se logra a través de la tasa de ocupación, lo que requiere una alta rotación de

³⁸ Varias compañías aseguradoras han subrayado que las mutualidades de funcionarios establecen distintos niveles asistenciales requeridos dependiendo de la provincia y que existe una obligación por parte de las entidades aseguradoras de proveer los servicios sanitarios dentro de la provincia con el nivel requerido y una penalización en caso de no poder realizarlo. Además, en tal caso, sería la compañía la que debería correr con el coste del desplazamiento del paciente (funcionario).

³⁹ La notificante señala en el documento de ampliación de información que de los 33 hospitales con que cuenta el grupo, el de Albacete está por debajo de la media tanto en ocupación de camas con un [...] % (con un incremento de [...] con respecto al año 2016) sobre el [...] de media nacional del Grupo QUIRÓN, como de quirófanos con una actividad de [...] intervenciones por quirófano y día frente a [...]. En todo caso, los datos del hospital de Albacete son mejores en términos de utilización tanto de camas como de quirófanos si se compara con el resto de hospitales del Grupo QUIRÓN en provincias de menos de 500.000 habitantes. Adicionalmente, cabe señalar que estos datos contrastan con los aportados inicialmente en el formulario de notificación en el que se señalaba que la tasa de ocupación de quirófanos es del [...] %. En el caso de CSC, la ocupación de quirófanos sería del [...] % y la de camas en 2016 del [...] %.

⁴⁰ Sin embargo, en otros informes sectoriales aportados por la notificante en relación al 2015 consideran el dinamismo del negocio del concierto público, previéndose crecimientos del 3-4% (Informe DBK). De hecho, este mismo informe señala que como resultado del aumento de la esperanza de vida y la dificultad del sistema sanitario público para cubrir la asistencia sanitaria en condiciones de calidad, en los próximos años previsiblemente seguirán potenciándose los convenios de colaboración con el sector público, fundamentalmente para la prestación de determinados servicios, pruebas de diagnóstico y tratamientos específicos. Sin embargo, no se prevé que haya nuevas adjudicaciones de gestión integral de hospitales públicos por parte de empresas privadas.

pacientes en cada una de las especialidades, lo que resultaría difícil de conseguir para un nuevo entrante en el corto plazo.

- (157) Por último, habría que tener en cuenta las posibles barreras derivadas de la dificultad de encontrar a profesionales cualificados de todas las especialidades (o al menos del conjunto básico de especialidades que requiere un nuevo hospital) para ser contratados en el nuevo centro. Varias de las empresas que han respondido al test de mercado han señalado el limitado tamaño de la oferta de profesionales sanitarios en el mercado geográfico relevante, lo que dificultaría la implantación de un nuevo operador y la propia notificante lo considera en su documentación interna como un factor que dificulta su propia expansión a otras especialidades.
- (158) Todo lo anterior lleva a considerar que podrían existir importantes barreras que dificultarían el desarrollo de nuevas instalaciones y que, en caso de ser viable un proyecto de estas características, requeriría un largo periodo de tiempo.
- (159) No está conforme la notificante con la valoración sobre las barreras de entrada en el mercado realizada por esta Dirección de Competencia en el informe propuesta de paso a segunda fase. Así lo pone de manifiesto en su escrito de manifestaciones cuando indica que la Dirección no ha analizado ni rebatido la opinión de la notificante señalada en la notificación (Versión no confidencial en folios 3420 y 3421). Las principales alegaciones de la notificante en este sentido son: i) ausencia de identificación de barreras en los precedentes anteriores; ii) ausencia de barreras para que los profesionales sanitarios presten servicios en policlínicas o en consultas propias; iii) la falta de una limitación legal al número de establecimientos; y (iv) la facilidad de cambio de proveedor. Adicionalmente, la notificante señala en el escrito de manifestaciones que no existen importantes barreras económicas, ni barreras derivadas de la falta de especialistas. En su escrito de alegaciones al pliego de concreción de hechos (No Confidencial Folios 4266-4271), reitera sus alegaciones anteriores señalando que *“no discute que la CNMC pueda apartarse de precedentes previos, si no la desviación sin justificar debidamente el cambio de criterio.”*
- (160) En este sentido, esta Dirección entiende que ha quedado suficientemente justificada la identificación de las barreras de entrada existentes, habiendo dedicado a ello 6 párrafos en el Informe de paso a 2ª fase (párrafos 104 a 109) y 17 párrafos (párrafos 126 a 142) del pliego de concreción de hechos. Se reiteran a continuación los motivos que llevan a justificar a esta Dirección la existencia de barreras de entrada.
- (161) En relación con la falta de precedentes en los que se detecten tales barreras, debe reiterarse que esta Comisión no está vinculada por los precedentes siempre que se justifiquen, como se ha hecho en este caso, los motivos por los que pueda separarse de pronunciamientos anteriores⁴¹.

⁴¹ A este respecto, ver el asunto “The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust/Poole Hospital NHS Foundation Trust” que fue finalmente prohibido por la autoridad de competencia de Reino Unido.

- (162) Con respecto a la capacidad de los profesionales sanitarios de trabajar en policlínicos o en consultas propias, y, por tanto, la ausencia de barreras alegada por la notificante en cuanto a la creación de establecimientos sin internamiento, se ha de señalar que las barreras de entrada apuntadas en el informe de paso a segunda fase, al igual que en el presente informe, se refieren a la creación de establecimientos sanitarios con internamiento (mercado relevante en esta operación) y no a la prestación de servicios sanitarios por profesionales en consultas.
- (163) En relación con la facilidad del cambio de operador, esta Dirección considera que, efectivamente, con carácter general, no existen altos costes de cambio entre operadores. Sin embargo, la inexistencia de operadores alternativos en los mercados de prestación de servicios privados de asistencia sanitaria con internamiento en Albacete, tras la operación, hace inaplicable esta consideración.
- (164) Por otra parte, el hecho de que el número de licencias no esté limitado no excluye que el proceso de construir un centro con internamiento y conseguir las licencias necesarias no suponga una barrera de entrada, aunque ésta no sea insalvable (como sí lo sería en el caso de que el número de licencias fuera limitado).
- (165) En este sentido, el párrafo 74 de las "Directrices sobre la evaluación de las concentraciones horizontales con arreglo al Reglamento del Consejo sobre el control de las concentraciones entre empresas", señala la importancia de determinar si la entrada en el mercado se producirá con la suficiente rapidez y continuidad como para disuadir e impedir el ejercicio del poder de mercado. En ese mismo párrafo se establece que solo suele considerarse una entrada con prontitud si se produce en el plazo de 2 años. Esta Dirección entiende que el conjunto de licencias y autorizaciones necesario para construir y poner en marcha un hospital difícilmente puede realizarse antes de este plazo.
- (166) El análisis de las barreras de entrada y los competidores potenciales se enmarca dentro del análisis de la capacidad de los competidores potenciales de impedir el uso del poder de mercado de las empresas incumbentes. El párrafo 68 de las Directrices sobre evaluación de concentraciones horizontales señala que *"para que pueda considerarse que la entrada de nuevos competidores en el mercado constituye una presión competitiva suficiente sobre las partes de la concentración ha de mostrarse que dicha entrada es probable, que se producirá con prontitud y que será suficiente para disuadir o impedir los efectos anticompetitivos potenciales de la concentración"*.
- (167) La existencia de barreras de entrada, la falta de rentabilidad alegada por las partes y las respuestas al test de mercado muestran que la probabilidad de entrada de un nuevo competidor es baja. Por otra parte, el tiempo necesario para la construcción y obtención de las licencias necesarias hacen poco probable que un potencial competidor pudiera entrar con la prontitud requerida para considerar la competencia potencial suficiente para impedir el uso, por parte del grupo resultante de la operación, del poder de mercado derivado de

ser el único prestador de los servicios privados sanitarios con internamiento en la provincia.

- (168) En relación con la falta de barreras económicas sustanciales, la notificante alega el gran número de aperturas realizadas y proyectadas en el sector. Esta Dirección entiende que, al menos para el caso de Albacete, donde se ha alegado la baja rentabilidad del mercado, no se puede entender que no existan importantes barreras económicas. De hecho, ni la notificante ni ninguno de los operadores en el mercado han mostrado planes de apertura próximos en la provincia de Albacete.
- (169) Por último, en relación con la ausencia de barreras de entrada por falta de especialistas alegada por la notificante, cabe recordar sus propias manifestaciones del escrito de aportación de documentación complementaria de 19 de octubre de 2018

(No Confidencial, Folio 3464 Notificante) "*Actualmente la disponibilidad de personal asistencial se está convirtiendo en uno de los problemas más relevantes que existen en el sector. [...]*

[...] el recurso humano se haya convertido en uno de los principales problemas, sino el principal, en los centros asistenciales privados. En ciudades pequeñas donde un hospital privado no tiene suficiente masa crítica de pacientes para ofrecer "una jornada completa" de trabajo al especialista médico, hace que el médico siempre elija, en primera instancia, trabajar en la pública y, sólo en la medida que le interese, complementará su jornada en la privada. Eso ocasiona, en muchos casos, una falta de especialista médico en el hospital privado que ocasiona subidas salariales. Algo similar puede ocurrir con el cuerpo de enfermería, especialmente en períodos donde el sector público mejora las condiciones de los convenios o garantiza plazas de funcionarios de "por vida".

- (170) Todo lo anterior lleva a esta Dirección a mantener la valoración recogida en el Informe de paso a segunda fase y en el pliego de concreción de hechos sobre la existencia de barreras de entrada que limitarían el posible efecto disciplinante de los competidores potenciales.

VII.2. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos

a) Estructura de la oferta

- (171) En el pliego de concreción de hechos, esta Dirección de Competencia ya apuntó la existencia de una disparidad importante entre los datos aportados por la notificante y públicos accesibles en internet.
- (172) En este sentido, junto a los documentos aportados por la notificación, ésta presentó el Anexo 07 "A.6.1 Cuotas de Mercado" con el cálculo de las cuotas en el mercado de asistencia sanitaria privada a pacientes públicos. Según estos datos, la cuota de la notificante sería [0-10]%, sin identificar la cuota del resto de los competidores. Sin embargo, esta cuota estaría calculada sobre la base de que el total del mercado de derivaciones en Albacete es de [...] millones en 2017. Este dato es superior al dato de la partida presupuestaria

del conjunto de Castilla la Mancha para asistencia sanitaria (122,93 millones en 2017⁴²).

- (173) Tras el análisis del Informe IDIS, en el que se recoge una evolución del gasto sanitario de los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha, esta Dirección estimó que el cálculo de la cuota aportada por la notificante se alejaba de forma importante del verdadero valor situándose en valores cercanos al [60-70]% en el mercado de prestación privada de asistencia sanitaria a pacientes públicos en Albacete⁴³.
- (174) A la vista de esta información, esta Dirección de Competencia solicitó al SESCAM los datos sobre el gasto sanitario con medios ajenos en la provincia de Albacete. Los datos aportados por el SESCAM⁴⁴ confirman que se producen 3 tipos de derivaciones al sector privado: i) consultas externas, ii) derivaciones para procesos quirúrgicos y iii) técnicas diagnósticas.
- (175) En relación con los hospitales públicos de la provincia de Albacete, entre los años 2015, 2016 y 2017 no se derivó ninguna consulta externa. Para procedimientos quirúrgicos, únicamente se derivaron intervenciones al Hospital QUIRÓN y a la Clínica el Rosario. En relación con las técnicas diagnósticas, se derivaron a tres operadores del mercado: Hospital QUIRÓN, Mansilla (ubicado en las instalaciones de CSC) y Clínica el Rosario.
- (176) Con esta información, se puede determinar que el total del mercado corresponde a la suma de las prestaciones de cada uno de los tres operadores. Debe señalarse que la Dirección de Competencia solicitó a estas tres entidades los datos sobre derivaciones el 20 de diciembre de 2018 (folios 3594-3599).
- (177) En este sentido, se presentan las cuotas de la notificante y de los principales operadores competidores identificados por esta Dirección.

Mercado de asistencia sanitaria privada a pacientes públicos en Albacete (volumen de negocios)			
Entidad	2016	2017	2018
	Cuota	Cuota	Cuota
Hospital Quironsalud Albacete	[90-100]%	[90-100]%	[90-100]%
Mansilla	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Clínica el Rosario	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Notificante, competidores y SESCAM

⁴² Fuente de datos pública informe IDIS Sanidad Privada Aportando Valor Análisis de situación 2018 Castilla-La Mancha

⁴³ Para este cálculo se utilizaron los datos sobre el presupuesto de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha para el año 2017 dedicado a asistencia sanitaria con medios ajenos y se calculó el gasto de Albacete ponderándolo tanto por el nivel de población como el nivel de PIB, minorando del total de los presupuestos aquellos gastos que quedan fuera del mercado de prestación de asistencia sanitaria privada a pacientes públicos.

⁴⁴ Informes sobre derivaciones para las Cortes de Castilla-La Mancha correspondientes a los años 2016 y 2017.

- (178) Los datos muestran que la estructura del mercado está muy concentrada en la notificante, con una cuota [90-100]% y estable (muy alejado de los valores del [0-10]% aportados en la notificación) para los últimos años.
- (179) En el mercado solo existen, por tanto, dos competidores que, además, tienen unas cuotas reducidas inferiores al [0-10]% entre ambas. Por otro lado, si se focaliza en la prestación de terapias diagnósticas, el Grupo QUIRÓN tendría una cuota del [30-40]% en 2017, Mansilla tendría una cuota del [30-40]% y Clínica el Rosario tendría una cuota del [20-30]%, lo que refleja la relevancia de los operadores alternativos al Grupo QUIRÓN en la dinámica competitiva de este segmento del mercado⁴⁵.
- b) Estructura de la demanda y poder compensatorio
- (180) La demanda en este mercado sería exclusivamente el sector público a través de los hospitales públicos de Albacete que pueden derivar la realización de pruebas o intervenciones a los prestadores privados con convenios de vinculación con el SESCAM.
- (181) En relación con la capacidad de fijar precios en el sector de la **prestación de servicios sanitarios a pacientes públicos**, el reducido número de competidores y la posibilidad de que a raíz de la operación de concentración uno de ellos (MANSILLA) dejara de prestar sus servicios desde la Clínica Santa Cristina, aumentaría el poder negociador del Grupo QUIRÓN en la realización de pruebas diagnósticas pero también en la realización de intervenciones, en la medida en que pudiera usar su mayor poder global en la negociación de este otro tipo de derivaciones.
- (182) Adicionalmente, el hecho de que actualmente CSC no esté prestando directamente servicios de esta naturaleza, no es óbice para que en cualquier momento lo pudiera hacer (pues de hecho tiene un convenio firmado con el SESCAM), o al menos existiera la amenaza real de que lo hiciera, por lo que actualmente estaría de hecho ejerciendo una presión competitiva como competidor potencial que desaparecería con la operación.
- c) Fijación de precios
- (183) En relación con la determinación de los precios, la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha señala (folio 894) que no existe competencia en precios, puesto que éstos se pactan por convenio y no están sujetos a variaciones de mercado unilaterales. Esta afirmación es cierta en lo que se refiere a los precios establecidos en los convenios de vinculación. En este sentido, el SESCAM publica un listado de precios máximos por los que pueden firmarse los Convenios de Vinculación. Posteriormente, en caso de que se concierte la realización de alguna de las pruebas o intervenciones recogidas en el Convenio de vinculación, el precio podrá ser igual o inferior al máximo fijado en el convenio de vinculación.
- (184) En este sentido, los precios finalmente pagados (que son los establecidos en los distintos convenios de ejecución) sí pueden verse influidos si existe una

⁴⁵ Fuente: Informes sobre derivaciones para las Cortes de Castilla-La Mancha correspondientes a los años 2016 y 2017.

presión competitiva suficiente por parte del resto de operadores previa a la firma del convenio, pudiendo llevar a cabo una rebaja en el precio con respecto a los precios máximos fijados en los convenios de vinculación.

- (185) Por tanto, tal y como se deriva de la información obtenida a lo largo del análisis en segunda fase, y recogida ya en el pliego de concreción de hechos, la existencia o no de competencia en dicho mercado puede tener efecto, no sólo sobre la calidad de prestación de esos servicios de asistencia privada a pacientes públicos, sino también sobre sus precios, en este caso, los que la Administración autonómica paga por las derivaciones.
- (186) De hecho, de la información recogida en el expediente, (versiones confidenciales de MANSILLA Folios 4095-4096 y HLA 4045-4047), [...].
- (187) En este sentido, la operación podría afectar de dos formas a los precios. Por una parte, si como resultado de la operación MANSILLA no puede continuar prestando los servicios de pruebas de diagnóstico, y en su lugar son prestados por la notificante, los precios pagados por el SESCAM podrían ser superiores.
- (188) Por otra parte, el mayor poder de negociación derivado de la mayor independencia de QUIRÓN con respecto al mercado permitiría vincular la realización de determinadas operaciones a la concesión por parte del SESCAM de otras prestaciones que vinieran siendo prestadas por competidores.
- (189) En relación con la calidad, la ausencia de un competidor potencial (Clínica Santa Cristina) así como la posible eliminación de un competidor real (MANSILLA) podría derivar en una reducción de la calidad de los servicios prestados a través de las derivaciones que se tradujese en una reducción de las especialidades prestadas y un empeoramiento en las listas de espera de los pacientes públicos derivados.
 - d) Barreras de entrada y competencia potencial
- (190) En relación con las barreras de entrada en este mercado cabe destacar los dos tipos de intervenciones sanitarias que se derivan desde el sector público: las intervenciones y las terapias diagnósticas.
- (191) En relación con las primeras, las barreras son más elevadas en la medida en que requieren de quirófanos (de cirugía ambulatoria o cirugía con internamiento) que pueden requerir de mayores inversiones y licencias. En este sentido, las barreras serían similares a las enunciadas en el mercado de prestación de servicios sanitarios privados con internamiento.
- (192) En relación con las terapias diagnósticas, las barreras de entrada, con carácter general son inferiores, no requiriendo de instalaciones con internamiento.

VII.3. Mercado de alquiler o cesión de espacios sanitarios con internamiento

- a) Estructura de la oferta

- (193) En relación con los espacios sanitarios con internamiento, en el pliego de concreción de hechos, la Dirección de Competencia ya señaló la existencia de este mercado en el cual QUIRÓN y CSC serían los únicos oferentes.
- (194) Como se señaló en el mencionado informe de paso a segunda fase y en el pliego de concreción de hechos, ambos hospitales siguen un modelo de alquiler/cesión de espacios para la práctica médica siendo residual el número de médicos que operan en el hospital a través de un contrato de trabajo.
- (195) La operación notificada, en la medida en que supondría integrar en un único operador todos los espacios con internamiento privados disponibles y crear, por tanto, una situación de monopolio, **podría llevar a un cierre del mercado (o a un empeoramiento de las condiciones) para los profesionales y empresas que hasta ahora venían prestando servicios sanitarios en las instalaciones de QUIRÓN y CSC**, incluyendo entre ellos al Hospital público de Albacete, en la medida en que también podría ser demandante de este servicio.
- (196) Como se ha indicado anteriormente, la competencia en el mercado entre CSC y la notificante en la cesión de los espacios permitía a los distintos especialistas negociar las mejores condiciones y precios con los dos hospitales.
- (197) En la medida en que solo quede un único oferente de estos espacios, sería posible (y podrían existir incentivos a) incrementar los precios de los alquileres y fijar las condiciones de manera unilateral, dado que los especialistas no podrían llevar a cabo las intervenciones con internamiento en ningún otro centro de la provincia.
- (198) En esta línea se pronuncia Divina Pastora (No confidencial Folio 2761 Divina Pastora) *“Los servicios de centros ambulatorios compiten de forma directa con los de hospitales, aunque finalmente se acaban convirtiendo en ingresos adicionales para los hospitales ya que toda prueba de alta tecnología o cualquier cirugía tendrá que realizarse en el hospital de forma general, por lo que por más que intenten competir acaban precisando los servicios de los hospitales y teniendo que ceder ante las condiciones que estos les exijan para acceder a ellos. Esta necesidad del centro ambulatorio hace que la competencia finalmente no sea la que el mercado pueda necesitar para evitar las dificultades en el acceso a quirófanos y pruebas de alta tecnología.”*
- b) Estructura de la demanda y poder compensatorio
- (199) Si se analiza de forma específica el mercado de cesión o alquiler de espacios con internamiento, la demanda de este mercado estaría formada por el conjunto de los profesionales médicos que contratan la utilización de los quirófanos de ambos hospitales para la realización de intervenciones no ambulatorias.
- (200) Por otra parte, para las intervenciones que son cubiertas por los seguros privados, las aseguradoras contratan con el hospital los derechos de quirófano que son pagados directamente por éstas al hospital.
- (201) En relación con la estructura de la demanda y el poder compensatorio, cabe reiterar lo señalado en el apartado correspondiente al mercado de prestación de servicios sanitarios privados con internamiento.

- (202) En relación con los profesionales sanitarios, de forma individual, la capacidad de presión de los médicos para el mantenimiento de la calidad (instalaciones y equipo material y humano), es reducido por el reducido nivel de ingresos que cada uno de estos médicos puede suponer para los hospitales.
- (203) Este poder podría ser superior si existiera una amenaza creíble de desplazarse a otros quirófanos distintos de los de las partes de la operación. Si bien la notificante ha señalado que los médicos pueden mandar a sus pacientes a operarse fuera de Albacete, no cabe sino recordar las conclusiones sobre la reducida disponibilidad de los pacientes a desplazarse (ya analizadas en el apartado del mercado de prestación de servicios con internamiento). Asimismo, la notificante no ha justificado que sea una práctica generalizada, la del desplazamiento de los médicos a otras provincias para practicar intervenciones a pacientes de Albacete. En este sentido, la notificante solo ha aportado información sobre la existencia de un médico que lo hace, por lo que esta Dirección no puede considerar que el poder compensatorio de la demanda sea elevado por la posibilidad de desplazamiento a otras provincias.

c) Fijación de precios

- (204) En relación con la capacidad de fijación de precios de utilización de los quirófanos, se pueden hacer las mismas consideraciones que con respecto a la prestación de servicios sanitarios privados con internamiento. Los principales demandantes de los derechos de quirófano son las aseguradoras que negocian estos derechos junto con el resto de las prestaciones de servicios de atención sanitaria y, por lo tanto, entran en juego los mismos pesos y contrapesos en la negociación de los precios.
- (205) Por otra parte, los médicos que intervienen quirúrgicamente sin convenios con las aseguradoras, tendrían un menor poder de negociación lo que aumentaría la capacidad de fijar precios a la notificante tras el cierre de la operación de concentración al absorber QURÓN al único competidor de alquiler de espacios con internamiento.

d) Barreras de entrada

- (206) En relación con las barreras de entrada, puede predicarse lo mismo que se ha dicho anteriormente a cerca de la prestación de servicios sanitarios con internamiento en la medida en que las instalaciones necesarias para prestar los servicios son las mismas que alternativamente pueden ser alquiladas o cedidas a profesionales independientes.

VII.4. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados sin internamiento

a) Estructura de la oferta

- (207) La oferta de este mercado estaría formada por el conjunto de centros y especialistas que prestan servicios ambulatorios.
- (208) La notificante no ha aportado cuotas específicas para el mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados sin internamiento. Sí aportó cuotas en todo caso con respecto al mercado conjunto (internamiento y no internamiento) no siendo éstas superiores (de forma conjunta) al [30-40]%.
- (209) En la medida en que la notificante tiene una cuota del 100% en internamiento, es de esperar que la cuota en no internamiento sea, por tanto, significativamente inferior al [30-40]%.
- (210) Los principales competidores señalados por la notificante son: Clínica Virgen de los Llanos, Clínica el Rosario, Clínica Ginecológica Moratalla, Clínica del Dr. Vellando, Policlínico Villarobledo, Centro Médico Hellín y Centro Médico Médicis Hellín.
- (211) También podrían formar parte de la oferta (como competidores) los médicos que a día de hoy prestan servicios sin internamiento desde CSC, en caso de no llegar a acuerdos con la notificante para mantener sus consultas en la clínica adquirida, en la medida en que sería posible que se estableciesen por su cuenta o que alquilasen una consulta en un centro policlínico.

b) Estructura de la demanda

- (212) En principio, y a pesar de no disponer de datos específicos, la estructura de la demanda en el mercado sin internamiento no debería ser muy distinta de la del mercado de prestación de servicios sanitarios con internamiento analizada anteriormente, si bien el porcentaje de gastos por parte de pacientes de forma directa (no a través de aseguradoras) sería mayor que en el mercado de internamiento⁴⁶, sin que esto afecte de forma sustancial el análisis de competencia.

c) Fijación de precios

- (213) En la medida en que existen un gran número de competidores estos pueden ejercer una presión competitiva sobre la notificante que impida que ésta pueda llevar a cabo estrategias de incrementos de precios.
- (214) En esta línea respondieron tanto las aseguradoras como algunos prestadores de servicios sanitarios en el test de mercado realizado por esta Dirección en julio de 2018.

(No confidencial Folio 2220) “3.3 *En caso de que los precios de los servicios ambulatorios se incrementasen entre un 5 y un 10%, ¿considera que podría darse un desplazamiento de su demanda hacia centros con internamiento?*

Sí. Normalmente, para la autorización de pruebas ambulantes, la compañía aseguradora suele favorecer la derivación a centros que le supongan menor coste.”

⁴⁶ Si se toman los datos del informe IDIS en conjunción con los datos de gastos a través de aseguradoras obtenidos en el presente expediente.

(No confidencial Folio 1215 HLA, Folio 1245 ASISA) *“Ciertos servicios (consultas, tratamientos de tipo diagnóstico como radiología, prevención, rehabilitación, etc.) de tipo ambulatorio (sin internamiento) pueden prestarse en centros sin internamiento y en centros con internamiento. En relación con dichos tratamientos, ciertamente un incremento relevante de precios por parte de cualquier centro ambulatorio podría provocar el desplazamiento de parte de la demanda hacia otros centros (incluidos centros con internamiento) en los que se prestara ese tratamiento específico.”*

(No confidencial folio 1874 SegurcaixaAdeslas) *“El incremento del precio no determina, por sí mismo y de manera directa, el desplazamiento de la actividad desde los hospitales a los centros ambulatorios o viceversa, ya que el cliente hace un uso libre de la oferta sin conocer ni verse influido por el precio que SCA paga por los servicios concertados, debiendo considerar además que hay determinados servicios que no se pueden desarrollar fuera de un entorno hospitalario.*

No obstante lo anterior, una subida unilateral significativa de precios por parte del centro hospitalario podría hacer valorar a la aseguradora la continuidad del centro o de algunos de sus servicios -siempre que el proveedor aceptase una concertación limitada- en el cuadro médico. Tras la eventual exclusión del cuadro médico del centro o servicio, se produciría el natural desplazamiento de la demanda. Pero la decisión de la aseguradora estaría condicionada, entre otros extremos, por (i) el impacto comercial que supusiera, ya que la reducción de proveedores o servicios concertados influiría de manera negativa en la calidad de la oferta de la aseguradora; (ii) la disponibilidad de alternativas válidas para la sustitución del proveedor o del servicio restringido para dar cobertura de calidad a los asegurados; y (iii), en relación con lo anterior, el cumplimiento de las obligaciones de cobertura asistencial establecidas en las pólizas de seguro y, especialmente, en los Concierdos con las Mutualidades de Funcionarios, que establecen obligaciones concretas de disponibilidad de medios según niveles territoriales (municipio, provincia, Comunidad Autónoma, etc.).”

(No confidencial folio 1893 Organización Médica Colegial de España OMC) *“El paciente privado no cambia de centro o de médico por subidas de un 5 o un 10%. Sin embargo, una gran compañía de seguro sí puede en tal eventualidad maniobrar para ahorrar costes. En cualquier caso, no es realista pensar que las Compañías admitieran una subida de servicios ambulatorios por parte de los Centros sin internamiento.”*

d) Barreras de entrada

- (215) Las barreras de entrada en el mercado de prestación sanitaria sin internamiento son claramente inferiores a las barreras analizadas en el mercado de internamiento, lo que permitiría una mayor competencia⁴⁷.
- (216) En este sentido, los requerimientos económicos, técnicos y humanos para el desarrollo de actividades sin internamiento como pueden ser las consultas son menores a las necesarias para la prestación de servicios con internamiento.
- (217) No obstante, estas barreras podrían ser superiores en el caso de determinadas especialidades o pruebas médicas. En todo caso, en la presente operación esta Dirección de Competencia no considera necesario analizar en mayor profundidad estos posibles casos puesto que el análisis de competencia no se verá afectado.

VIII. EFICIENCIAS

- (218) La notificante ha señalado que la concentración puede generar eficiencias al aumentar el volumen de tratamientos, lo que favorecería la calidad del servicio y la posibilidad de introducir nuevas especialidades gracias a la consecución de una masa crítica de pacientes.
- (219) La notificante ha indicado asimismo que la operación también sería beneficiosa para las aseguradoras al permitirles aumentar la contratación de pólizas y reducir el número de derivaciones a centros públicos. Sin embargo, este beneficio potencial no ha sido alegado por ninguna de las entidades aseguradoras que han respondido al test de mercado.
- (220) La notificante considera que existe una buena complementariedad entre el Hospital Quirónsalud Albacete y CSC⁴⁸, y a requerimiento de esta Dirección ha señalado diversas ventajas resultantes de la operación.
- (221) En primer lugar, [...].
- (222) Adicionalmente, la notificante alega que se podrían beneficiar los pacientes de CSC de las prestaciones con las que ya cuenta el Hospital Quirónsalud Albacete.
- (223) En todo caso, según admitía la propia notificante en el escrito de notificación, GRUPO QUIRÓN no dispone de un análisis específico de las sinergias o eficiencias derivadas de la operación de concentración, que permita cuantificarlas ni estimar el plazo en que vayan a desarrollarse, limitándose a señalar las derivadas de una hipotética internalización de servicios como el

⁴⁷ No obstante, estas barreras podrían ser superiores en el caso de determinadas especialidades o pruebas médicas. En todo caso, en la presente operación esta Dirección de Competencia no considera necesario analizar en mayor profundidad estos posibles casos puesto que el análisis de competencia no se verá afectado.

⁴⁸ Por una parte, CSC habría sido tradicionalmente un centro basado en la obstetricia y tratamientos de baja complejidad, es por ello que no dispone de Unidad de Cuidados Intensivos para la observación de tratamientos quirúrgicos complejos. El centro Quirónsalud, por otro lado, ha sido un hospital terciario con un claro enfoque a los procesos de cirugía cardíaca y hemodinámica y fue, durante mucho tiempo, el único hospital en tener estas especialidades en Castilla La Mancha, considerando tanto públicos como privados. Este enfoque a la especialización y a la complejidad quirúrgica le ha llevado a tener una medicina interna y una unidad de cuidados intensivos muy desarrollada y de alta calidad asistencial.

diagnóstico por imagen, el laboratorio, la limpieza o el catering, por lo que difícilmente se pueden considerar estas hipotéticas eficiencias como suficientes.

- (224) En este sentido, se pronuncia ASISA, oponiéndose a las eficiencias planteadas por la notificante y supuestamente corroboradas por el test de mercado.

(No confidencial, Folios 3659-3660 ASISA) "El grupo notificante (Quirón) alega, en su escrito de 19 de noviembre, que numerosos operadores habrían defendido, supuestamente, la existencia de eficiencias derivadas de la operación proyectada, de adquisición de control sobre la Clínica Santa Cristina ("CSC"), de Albacete. Para ello se remite, de forma descontextualizada, a ciertas afirmaciones de diversos operadores de centros hospitalarios, muchos de los cuales ni siquiera están presentes en Albacete (como Ribera Salud, o HM Hospitales, entre otros).

Al referirse a afirmaciones de ciertas aseguradoras, se pone el énfasis en ciertas reflexiones planteadas por compañías como Sanitas, Adeslas o Mapfre, las cuales:

- No deben separarse, como hace la notificante, de las numerosas e importantes advertencias expresas que incluyen las propias compañías citadas en sus alegaciones ante la DC – como ha hecho ASISA – respecto al riesgo cierto de que la desaparición de alternativas en el ámbito de la Sanidad privada con internamiento en Albacete genere un riesgo de incremento de precios, y/o una disminución de la calidad asistencial actualmente existente en dicha provincia, donde los asegurados tienen libertad de elección entre centros para numerosos tratamientos médicos¹.*
- Adolecen, en algún caso, de una falta de conexión flagrante con la realidad actual de Albacete (donde, por ejemplo, no existe ninguna unidad de neonatología que mejorar, según afirmarían Mapfre).*

Al margen de lo anterior, lo cierto es que mi representada desconoce completamente los planes de inversiones que Quirón afirma tener en Albacete, así como las ventajas asistenciales para pacientes de Quirónsalud Albacete y CSC, derivadas del volumen de actividad de ambos centros y de las supuestas complementariedades entre los mismos."

- (225) Tal y como se menciona en las Directrices sobre la evaluación de las concentraciones horizontales "cuanto más precisa y convincente sea la eficiencia alegada, más fácil será su evaluación por la Comisión. Por lo tanto, en la medida de lo posible deberán cuantificarse las eficiencias y los beneficios resultantes para los consumidores. (...) Corresponde, pues, a las partes notificantes presentar con la debida antelación toda la información necesaria para demostrar que las eficiencias invocadas son inherentes a la concentración y que su materialización es probable. Asimismo, incumbe a las partes notificantes demostrar que las eficiencias probablemente contrarrestarán cualquier efecto negativo sobre la competencia que, de lo

contrario, podrían surgir a consecuencia de la concentración, y que por tanto beneficiarán a los consumidores.”

- (226) La notificante señala que se prevén unas inversiones de unos [...]a 5 años. A este respecto es pertinente señalar que, tal y como se recoge en la documentación interna aportada por la notificante, esos[...]. Adicionalmente, [...].
- (227) En este sentido, cabría considerar la posibilidad de que las inversiones que señala la notificante estén encaminadas no a aumentar el nivel de dotación tecnológica de CSC sino a mantener el nivel existente cuando se proceda a la internalización de los servicios que venían siendo prestados por terceros prestadores.
- (228) Por último, no aparece en la documentación aportada en el expediente (con carácter previo a los compromisos, que se analizarán posteriormente) ningún plan concreto de implantación de los nuevos servicios que la notificante ha indicado en su respuesta al requerimiento de esta Dirección, por lo que los objetivos previstos y el calendario necesario para ello resultarían indeterminados.
- (229) La notificante señaló en su escrito de manifestaciones al Informe Propuesta que: *La DC no valora esas cuestiones, limitándose a publicar la ausencia de planes de implementación de los nuevos servicios (párrafo 118 del Informe Propuesta)* (Folio 3498).
- (230) Si bien es cierto que en el párrafo 118 del Informe Propuesta de paso a segunda fase no se hacía referencia a los niveles previstos de inversión ni a los posibles efectos positivos esperados por la operación según la notificante (datos ambos cuya confidencialidad para el resto de partes del procedimiento ha sido solicitada por el Grupo QUIRÓN), sí lo hacía en los párrafos anteriores. Concretamente, el informe propuesta se refirió a los aspectos ahora alegados por la notificante en el escrito de manifestaciones, en los párrafos 112 y siguientes.
- (231) En todo caso, se valoran de nuevo, las eficiencias presentadas por la notificante en relación con la presente operación de concentración.
- (232) En primer lugar, deben tenerse en cuenta los párrafos 76 y siguientes de las Directrices sobre concentraciones. Especialmente deben reseñarse los párrafos 77 y 78 que indican lo siguiente:

77. En su evaluación general de una concentración, la Comisión toma en consideración toda eficiencia invocada y probada. Puede decidir que, gracias a las eficiencias que la concentración trae consigo, no hay motivos para declarar la concentración incompatible con el mercado común conforme al apartado 3 del artículo 2 del Reglamento de concentraciones. Así lo hará cuando tenga pruebas suficientes para concluir que las eficiencias generadas por la concentración probablemente aumentarán la capacidad y el incentivo de la entidad fusionada para actuar de manera procompetitiva en beneficio de los consumidores, contrarrestando así los posibles efectos anticompetitivos de la concentración.

78. Para que la Comisión pueda tener en cuenta las eficiencias invocadas en su evaluación de la concentración y llegar a la conclusión de que, gracias a las mismas, no hay motivos para declarar la concentración incompatible con el mercado común, las eficiencias deben beneficiar a los consumidores, tener un carácter inherente a la concentración y ser verificables. Estas condiciones son acumulativas.

(233) De los anteriores párrafos se deriva que para que una concentración que pueda suponer problemas de competencia pueda ser aprobada por las eficiencias generadas, éstas deberán: ser probadas, aumentar la capacidad y el incentivo de la entidad fusionada para actuar de manera procompetitiva en beneficio de los consumidores, ser inherentes a la concentración y ser verificables.

(234) Debe señalarse además, con carácter preliminar, que son varios los operadores que consideran que es difícil que se produzcan eficiencias que superen los problemas de competencia que plantea esta operación. En este sentido se pronuncian, entre otros, HLA, Moratalla o DKV:

(No Confidencial Folio 1071 HLA) "Desconocemos las eventuales eficiencias que la operación pudiera generar; lo que sí creemos es que la competencia entre centros privados de asistencia médica a nivel provincial es positiva en términos de precios y calidad del servicio prestado a pacientes y a aseguradoras. Que desaparezca todo resquicio de competencia entre centros alternativos con servicios privados con internamiento no creemos pueda generar mayores beneficios ni para los pacientes de Albacete ni para aseguradoras clientes de ambos centros."

(No confidencial Folio 2542 Moratalla) "La concentración no produce eficiencias en sí misma, pues conlleva ajustes económicos y de personal en departamentos que producen lo contrario. La existencia de más de un hospital estimula la competencia y por tanto la eficiencia."

(No confidencial Folio 2805 DKV) "La integración de los dos únicos hospitales de una misma provincia puede - en un inicio- mejorar aparentemente la calidad del centro que tenía menos, al aunar las mejores prácticas de cada uno de los dos centros en ambos, pero solo en una etapa inicial. Una vez concentrada la asistencia en un único ente, la falta de competencia entre los dos centros ocasiona una pérdida de calidad global. El efecto inicial se pierde con el tiempo como consecuencia de la falta de competencia en la provincia, tanto a nivel de organización como de profesionales sanitarios."

(235) Las principales eficiencias alegadas por la notificante derivadas de la concentración son: i) aumento de la calidad por el aumento del volumen de tratamientos; ii) posibilidad de introducir nuevas especialidades; iii) posibilidad de los pacientes de CSC de utilización de las instalaciones de QUIRÓN.

(236) En relación con la primera de las eficiencias (aumento de la calidad) y la segunda de las eficiencias (introducción de nuevas especialidades), es posible que el aumento de los tratamientos por parte de un mismo operador aumente la calidad del servicio y que los mayores recursos disponibles por

dicho operador se utilicen en el aumento del número de servicios. Así lo han valorado entre otros:

(No confidencial Folio 2077 Mapfre) "*Es probable que se produzcan ajustes en la operativa de ambos hospitales para concentrar actividad (p. e. partos en uno de los hospitales). Ello podría llevar a mejorar, con alguna inversión, la calidad del servicio (p.ej. una mejor unidad de neonatos).*"

(No Confidencial Folio 2029 Ribera Salud) "*De acuerdo a nuestra experiencia, la integración y sinergias entre hospitales permite disponer de una cartera de servicios más amplia, un back-office compartido, guías clínicas comunes, equipos profesionales que ejerzan una competencia sana entre ellos, etc. Todo ello redundará, en nuestra opinión, en una mayor experiencia y satisfacción de los profesionales y mayores beneficios para los pacientes que no precisan ser derivados a otras provincias.*"

(No confidencial Folios 3452-3453 Notificante) "*La unificación de los centros supone un claro beneficio para la sanidad privada en la provincia de Albacete pues permite generar servicios más eficientes al aumentar el volumen de tratamientos. Esto favorece, a su vez, la calidad del servicio y la posibilidad de introducir nuevas especialidades que sin una masa crítica mínima de pacientes no resultarían posibles. Desde el punto de vista del aseguramiento la operación también es positiva, pues mejorar la prestación sanitaria privada favorece la contratación de nuevas pólizas de seguros (mejorando la oferta sanitaria a la población), reduce el volumen de derivaciones a centros públicos de prestaciones que no se llevan a cabo en la sanidad privada (con el consiguiente ahorro para el sistema) y mejora la satisfacción del paciente (nadie se hace una póliza de seguros sanitario privada para ir a un centro público).*"

(No Confidencial Folio 2212 Medicis Grupo Hellín SL) "*la calidad de servicio puede incrementarse pues son grupos empresariales con una gran capacidad de inversión*".

(237) Sin embargo, estas eficiencias, como es señalado por otros operadores, - entre ellos los citados por la notificante, en su escrito de manifestaciones- (OMC, HM Hospitales, Mapfre, o Sanitas) no se trasladan de forma automática sino que requieren de un determinado comportamiento por parte del grupo que se concentra.

(238) En este sentido cabe señalar las siguientes alegaciones manifestadas en el marco del presente expediente:

(No Confidencial Folio 3023 Sanitas) "*Desconocemos los planes para la integración, si se mantendrían dos centros independientes, se integrarían en un único centro o se separaría la actividad entre los dos centros de acuerdo a criterios funcionales. La integración puede dar lugar a eficiencias, pero también pueden darse problemas de calidad asistencial, por no disponer de competidores.*"

(No Confidencial Folio 2222) "*La integración suele dar lugar a ahorro en costes y sinergias para el operador, pero depende de cómo se enfoque dicha*

integración, y si las sinergias y ahorro en costes se invierte en mejorar la calidad y oferta asistencial."

(No confidencial Folio 1901 OMC) "La mejora de eficiencia y mejoras de la calidad asistencial vendrían determinadas por la forma de gestión de ambos centros en la actualidad y cómo se hará una vez unificados. Es evidente que la concentración puede hacer rentables servicios que por separado no lo son, por ejemplo, porque se necesite un número mínimo de procesos o que el mayor número de pacientes permita invertir en tecnología que con menor demanda no fuese posible amortizar. En estos aspectos la concentración sí podría mejorar la calidad asistencial. No obstante, ello sería a costa de la reducción de la oferta de servicios médicos; además con los consiguientes riesgos de empeoramiento de las condiciones de competencia en el mercado relevante, como se ha explicado en las respuestas a este cuestionario. Asimismo, tampoco constatamos que en la actualidad exista una sobreoferta de servicios de hospitales privados con internamiento con la presencia de ambas partes de la operación de concentración de forma separada en el mercado de servicios de medicina privada en la provincia de Albacete; ni que el hecho de que no pertenezcan a la misma propiedad y no sean gestionados de forma conjunta provoque una duplicidad de recursos/servicios que augure mejoras en términos de eficiencia si la concentración se lleva a cabo."

- (239) Esta Dirección considera que la mejora de la calidad de la atención médica por el mayor número de procesos es factible siempre que la integración se acompañe de medidas que garanticen la existencia de una plantilla dimensionada de forma acorde a la demanda de pacientes. La mejora de la calidad en la atención, generada por la mayor experiencia de los profesionales, no debe verse neutralizada por la insuficiencia de medios para atender al volumen de pacientes existente, lo que podría generar una saturación de los servicios, mayores listas de espera o atención menos personalizada al paciente, entre otros.
- (240) Por lo que respecta a las mejoras en los niveles de inversión o a la creación de nuevas especialidades, siendo cierto que la integración puede mejorar esas capacidades, no son eficiencias que se produzcan de forma automática, sino que dependen absolutamente de la voluntad del operador que adquiere el control, decisión que puede verse condicionada por muy diversos factores, como por ejemplo la situación financiera de las entidades que se integran.
- (241) Tampoco resulta evidente para esta Dirección que la operación se vaya a traducir en un incremento del número de pólizas de aseguramiento, pues supone asumir que, efectivamente, se va a producir una mejora de la atención asistencial derivada del mayor número de procesos y del aumento de especialidades médicas e inversiones que atraerá a un mayor número de pacientes, lo que, como se acaba de señalar, no se deriva de forma automática de la operación.
- (242) En este mismo sentido cabe pronunciarse en relación con la supuesta reducción del número de derivaciones a la sanidad pública; para que ello fuera así, sería necesaria una planificación dirigida a (i) mejorar y reforzar aquellas especialidades que, siendo prestadas por alguna de las empresas que se

integran, generan derivaciones a la sanidad pública y (ii) puesta en marcha de especialidades que sólo se prestan en el Hospital público. Por tanto, debería existir una decisión expresa de la entidad resultante en este sentido, sin que quepa plantear la reducción de derivaciones a la sanidad pública como una eficiencia inherente a la operación.

(243) En esta línea se manifiesta ASISA, quien indica lo siguiente:

(No Confidencial Folio 3661, ASISA) "También debemos corroborar, al respecto, las dudas que expresa la DC en su Informe Propuesta, respecto a supuestos beneficios de la operación para aseguradoras como ASISA, y es que tampoco creemos que la operación permita, en modo alguno, "aumentar la contratación de pólizas y reducir el número de derivaciones a centros públicos"⁴. Respecto a la contratación de pólizas, la experiencia en lugares donde se ha producido una concentración de centros hospitalarios no revela variaciones significativas. Y respecto a las derivaciones a centros públicos, nos preguntamos cómo se va a asegurar la presencia de médicos especialistas en todas las áreas que actualmente son objeto de derivaciones.

Por tanto, el número de pólizas de aseguramiento de salud en Albacete no va a aumentar si se reduce (o mejor dicho, desaparece en este caso, en Albacete) el principal atractivo por el que muchos ciudadanos optan por contratar un seguro médico privado, cual es la libertad de elección entre centros médicos privados, con diferentes profesionales trabajando en cada uno y con diferentes características en sus servicios y rangos de calidad asistencial. De hecho, la propia notificante no sólo no ha concretado mejoras inminentes en los servicios en Quirónsalud y CSC, sino que, por lo contrario, ha identificado diversas especialidades médicas que incluso se plantearía cerrar por no resultar supuestamente viables (no queda claro si lo haría en Quirónsalud, en CSC o en ambos centros), dados los niveles supuestamente insostenibles de actividad en las mismas⁵.

⁵ Apartado 6.2.4 del Formulario de Notificación, página 40, en referencia al Anexo 6.1.3 aportado por Quirón."

(244) En relación con las eficiencias que suponen la posibilidad de los pacientes de Clínica Santa Cristina de usar los recursos de QUIRÓN, esta Dirección entiende que, en términos generales, no existen pacientes de Clínica Santa Cristina sino en todo caso de las aseguradoras. Por tanto, la posibilidad de usar los recursos de ambos centros no se deriva necesariamente de la integración sino del acuerdo entre la aseguradora y el hospital de QUIRÓN para la contratación de los servicios del hospital. En este sentido, la eficiencia no es específica de la concentración puesto que los pacientes de las aseguradoras pueden hacer uso de estos recursos siempre que el hospital de QUIRÓN Albacete esté dentro del cuadro médico de las aseguradoras.

(245) En conclusión, las eficiencias que podrían ser específicas de la operación (mejora de la calidad y aumento de la gama de servicios prestados en la provincia de Albacete) podrían ser tenidas en cuenta siempre que pudieran probarse y no se mantuvieran en el terreno de las hipótesis. El efecto de estas hipotéticas eficiencias (en la medida en que no son generadas de forma

automática con la operación) será analizado posteriormente, en el marco de los compromisos presentados.

- (246) En relación con los otros mercados afectados: i) mercado de asistencia sanitaria privada a pacientes públicos y ii) mercado de alquiler o cesión de espacios sanitarios, la notificante no ha señalado ninguna eficiencia que se derive de la operación.

IX. VALORACION DE LA OPERACIÓN SIN COMPROMISOS

- (247) La operación supone la adquisición por Grupo QUIRÓN del control exclusivo del único operador sanitario privado con internamiento de la provincia de Albacete, lo que le confiere una **cuota del 100% del mercado de prestación de servicios sanitarios privados con internamiento, tanto a pacientes públicos como privados**, y dentro de estos últimos tanto a los pacientes de libre elección como a los funcionarios mutualistas.
- (248) En este sentido, la operación despliega sus principales efectos horizontales en el mercado de prestación de servicios sanitarios con internamiento por operadores privados a pacientes privados, así como en el mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos y en el mercado de cesión o alquiler de espacios sanitarios con internamiento, en el que únicamente estaría activa la entidad resultante. También se podrían ver afectados el mercado de prestación privada de servicios sanitarios privados ambulatorios y el de cesión de espacios sin internamiento, sin que lleguen a ser mercados relevantes en esta operación, al no alcanzar una cuota del 30%, por lo que no se analizarán de forma independiente.
- (249) A continuación, se irán desarrollando en mayor detalle, mercado a mercado, cada uno de los anteriores posibles obstáculos a la competencia efectiva.

IX.1. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados con internamiento a pacientes privados

- (250) La operación supone la **creación de un monopolio en el mercado de prestación de servicios sanitarios privados con internamiento a pacientes privados en Albacete**⁴⁹. Con ello, Grupo QUIRÓN adquiere una posición negociadora privilegiada, a la hora de decidir el tipo de servicios que presta, las condiciones, en términos de calidad, en que los presta y los precios que establece por los citados servicios, quedando como el único prestador privado de servicios sanitarios con internamiento de la provincia.
- (251) En cuanto a los efectos negativos del reforzamiento de la posición de Grupo QUIRÓN, según corroboran las partes consultadas a lo largo del procedimiento, los posibles efectos restrictivos de la competencia se derivarían de su **capacidad e incentivos para reducir la calidad de los servicios prestados y fijar los precios** de los distintos servicios médicos de forma unilateral.

⁴⁹ Los mercados afectados serían tanto el de libre elección como el de mutualidades de funcionarios. Salvo en relación con determinados aspectos que afectan de forma específica a los funcionarios (que serán analizados más adelante), las valoraciones que se hagan son predicables de los dos mercados.

(252) Cabe señalar algunas de las valoraciones aportadas a lo largo del procedimiento en este sentido:

(No Confidencial Folio 2221 HM) *“Creemos que con los dos únicos centros con internamiento, podrían definir los servicios que quieren prestar (seguramente los más rentables), con una cierta discrecionalidad respecto de los precios que consideren, sin competencia, dificultando la capacidad y libertad de elección del paciente.”*

(No Confidencial Folio 2763 Divina Pastora) *“El grupo resultante de la concentración de CSC y Quirón Albacete estaría en condiciones de elevar los precios, modificar la calidad de los servicios prestados, modificar los servicios que se prestan actualmente en cada uno de los hospitales y modificar de forma sustancial el actual mercado hospitalario de la provincia de Albacete.*

En cuanto a la gama de servicios cabe pensar que no se van a duplicar los servicios de las especialidades, sino que se centralizarán los servicios por hospital, por ejemplo, no habrá dos servicios de ginecología y obstetricia o traumatología, sino que habrá uno centralizado en uno de los hospitales.”

(No Confidencial Folio 2762 Divina Pastora) *“El grupo resultante tendrá una posición dominante. Se produce una situación de negociación en la que una de las partes puede imponer las condiciones del acuerdo, sin que la otra parte tenga margen de negociación.”*

(No Confidencial Folio 1901 OMC) *“Es evidente que la concentración puede hacer rentables servicios que por separado no lo son, por ejemplo, porque se necesite un número mínimo de procesos o que el mayor número de pacientes permita invertir en tecnología que con menor demanda no fuese posible amortizar. En estos aspectos la concentración si podría mejorar la calidad asistencial.*

No obstante, ello sería a costa de la reducción de la oferta de servicios médicos; además con los consiguientes riesgos de empeoramiento de las condiciones de competencia en el mercado relevante, como se ha explicado en las respuestas a este cuestionario. Asimismo, tampoco constatamos que en la actualidad exista una sobreoferta de servicios de hospitales privados con internamiento con la presencia de ambas partes de la operación de concentración de forma separada en el mercado de servicios de medicina privada en la provincia de Albacete; ni que el hecho de que no pertenezcan a la misma propiedad y no sean gestionados de forma conjunta provoque una duplicidad de recursos/servicios que augure mejoras en términos de eficiencia si la concentración se lleva a cabo.”

a) Efectos de la operación en los precios

(253) En relación con el posible aumento de los precios los operadores consultados se han manifestado en el siguiente sentido, corroborando los riesgos detectados por esta Dirección en el Informe Propuesta de paso a segunda fase:

(No Confidencial 1878 Adeslas) *“[...] nos reiteramos en que la operación de adquisición descrita y la situación del grupo resultante como único proveedor*

hospitalario de la provincia suponen, al menos en principio y en teoría, la eliminación del incentivo para mejorar precios y calidad que toda situación de competencia lleva aparejado. También es posible, no obstante, que el grupo resultante pueda aprovechar una mayor actividad que le permita afrontar con ciertas garantías inversiones que supongan un incremento de la calidad de los servicios actualmente facilitados sin una evolución de los precios diferente a la que se ha venido dando hasta la fecha.

Como decíamos anteriormente, estaría en la mano del grupo resultante aprovechar la situación para mejorar los servicios ofertados en términos de calidad y precios o restringirlos o empeorarlos.”

(No Confidencial Folio 1877 Adeslas) “[...]no resulta difícil concluir que el grupo resultante incrementaría su poder de mercado notablemente, estando en posición al menos teórica de imponer sus condiciones económicas y de acceso a las prestaciones de sus servicios.”

(No Confidencial Folio 1878 Adeslas) “Como se viene indicando la concentración en un único hospital privado en la provincia de Albacete conlleva sin duda un afianzamiento de la posición de poder de negociación por parte del grupo titular del mismo frente a las aseguradoras –que no dispondrían de oferta hospitalaria privada alternativa- encontrándose en condiciones de imponer sus precios y condiciones de acceso al resto de operadores.”

(No Confidencial Folio 3203 Adeslas) “La adquisición de la Clínica Santa Cristina por parte de IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U. (en adelante, “QUIRÓN”) conllevará la existencia de un único proveedor de servicios hospitalarios privados en la provincia de Albacete y, por tanto, la creación de una posición de monopolio en favor de QUIRÓN. Toda concentración de estas características puede conllevar un impacto severo en las condiciones de prestación de los servicios por parte de quien domina el mercado, imponiendo subidas de precios o empeorando la calidad de los servicios, circunstancias ambas que pueden afectar al consumidor final.”

(No Confidencial Folio 1750 Asisa) “A este respecto, véase lo sucedido en otras provincias, como Toledo o Guipúzcoa (ilustrado en la respuesta a la cuestión 2.4.c) del requerimiento), en la que el mismo grupo Quirón también goza de una destacada posición en el mercado de centros privados de asistencia sanitaria con internamiento, y en las que se aplican actualmente tarifas que se sitúan por encima de las aplicadas por otros centros con mayor oferta asistencial en ciudades como Madrid.”

(No Confidencial Folio 1752 Asisa) “Desconocemos las eventuales eficiencias que la operación pudiera generar; lo que sí creemos es que la competencia entre centros privados de asistencia médica a nivel provincial es positiva en términos de precios y calidad del servicio prestado a pacientes y a aseguradoras. Que desaparezca todo resquicio de competencia entre centros alternativos con servicios privados con internamiento no creemos pueda generar mayores beneficios ni para los pacientes de Albacete ni para aseguradoras como ASISA, cliente de ambos centros.”

(No Confidencial Folio 2733 Asisa) *“La posibilidad de imponer precios anticompetitivos a una aseguradora como ASISA es real y cierta. De hecho, esta parte aportó ejemplos de la diferencia de precios aplicados por el propio grupo Quirón para unos mismos servicios en diferentes provincias, pudiéndose constatar que dichos precios aumentan considerablemente en aquellas provincias en las que existe poca o nula competencia entre operadores privados.”*

(No Confidencial Folios 3159-3160 Asisa) *“Dicho monopolio podría limitar considerablemente el poder negociador de la demanda, tanto de pacientes privados, como de aseguradoras (entre ellas, ASISA), o del SESCAM. Lo anterior podría traducirse, por ejemplo, en forma de precios más altos (en Albacete o incluso a nivel nacional) o una menor calidad en los servicios sanitarios prestados en Albacete (por ejemplo, reducción de tratamientos ofertados por cada centro sanitario). Nos remitimos nuevamente a los ejemplos concretos aportados a la CNMC en nuestro escrito de 3 de agosto de 2018, que ilustra la fijación de precios especialmente altos de tratamientos médicos en provincias en las que QUIRÓN cuenta con un poder destacado en el mercado de servicios sanitarios privados con internamiento.”*

b) Efectos de la operación en la calidad de los servicios

- (254) Dada la capacidad e incentivos para reducir la calidad que tendría el único operador del mercado como consecuencia de la operación, existen riesgos en relación con los siguientes indicadores de calidad: i) posible reducción de la oferta de especialidades, dada la capacidad de elegir los servicios sanitarios más rentables y cerrar aquellos servicios menos rentables sin riesgo a perder la demanda de pacientes privados puros o pacientes asegurados al no existir alternativa; ii) posible reducción de la capacidad de elección del paciente sobre los especialistas que trabajarían en los centros; iii) desaparición de la capacidad de elección de centro sanitario privado con internamiento y iv) posible reducción de la calidad asistencial de los servicios que se mantengan.
- (255) En relación con el primero y el segundo de los problemas planteados, tal y como han corroborado varios operadores, existe un incentivo a limitar la prestación de las distintas especialidades a uno u otro centro, reduciendo la capacidad de elección de los demandantes. Asimismo, es posible que, debido a la reducción de la presión competitiva, el nuevo grupo decidiera cerrar especialidades (menos rentables) que mantenía abiertas antes de la operación.
- (256) En cuanto al número de especialidades ofertadas por los centros, al menos el Hospital QUIRÓN Albacete mantiene en la actualidad especialidades con un bajo nivel de demanda. El principal motivo del mantenimiento de algunas de estas especialidades⁵⁰ que, como se señala, [...], podría ser el contar con un elemento diferenciador con respecto al rival para atraer a los pacientes y a las compañías aseguradoras. Así, la desaparición del principal competidor podría llevar al cierre de este tipo de especialidades, en la medida en que dejaría de ser necesario diferenciarse del mismo.

⁵⁰ Especialidades marcadas en rojo y en marrón-rojizo en el Anexo presentado junto con el formulario. [...].

- (257) Este riesgo es especialmente relevante si se considera que la concentración supondría la creación de un monopolio en 19 mercados estrechos (por especialidades), que se añadirían a los 12 monopolios de especialidades ya existentes⁵¹. De estas 19 especialidades, 4 de ellas requieren hospitalización⁵². Adicionalmente, otras, a pesar de no estar vinculadas a una intervención con internamiento, sí que se encuentran de forma exclusiva (con carácter general) en centros hospitalarios como son: oncología, farmacia, urgencias y hospital de día. Por tanto, en estas especialidades, la entidad resultante no solo se haría con todo el mercado, sino que, a la luz de las respuestas al test de mercado, resulta poco probable la entrada de un competidor potencial.
- (258) De esta forma, el **cierre de determinadas especialidades** para las que no existiría un prestador privado alternativo en la provincia de Albacete, supondría que los pacientes tuviesen que ser tratados fuera de la provincia de Albacete o, en su caso, ser atendidos en el sistema público; y ello en caso de que las especialidades operativas en QUIRÓN que pudieran desaparecer se prestasen también en el Hospital público, pues en otro caso, el riesgo consistiría en una ausencia de cobertura pública y privada de determinadas especialidades en la provincia de Albacete.
- (259) Otro de los posibles efectos potenciales de la operación sería la **reducción de los especialistas que prestan servicios en la provincia de Albacete**. La integración podría llevar a integrar los equipos de los distintos servicios pudiendo ser innecesario mantener a todos los profesionales sanitarios y limitando la capacidad de elección del paciente del profesional sanitario que le atiende.
- (260) Adicionalmente, la integración y reordenación de los servicios y los equipos médicos llevaría a la **limitación de la capacidad de elección en cuanto al centro sanitario en el que ser atendido** si una concreta especialidad que previamente a la concentración se prestaba en los dos centros pasase a realizarse únicamente en uno de los centros.
- (261) De forma similar ocurre con el nivel de atención en cada servicio. La desaparición de la competencia podría llevar a una pérdida de incentivos para mejorar la calidad de las prestaciones en la medida en que, al dejar de existir competencia, **se reducen los incentivos a diferenciarse en calidad** con respecto de los rivales.
- (262) En particular, en relación con la prestación de servicios sanitarios privados a funcionarios de mutualidades, el **poder negociador del grupo resultante de la integración podría ser aún mayor** (con respecto a los pacientes privados de libre elección) en la medida en que (i) los funcionarios que eligen la sanidad privada a través de la correspondiente mutualidad no tienen el doble aseguramiento con el que cuentan los pacientes con un seguro privado y (ii) las

⁵¹ De las especialidades en las que está QUIRÓN y no presta CSC no habría otro competidor para las siguientes: Laboratorio de semen capacitación de esperma, Medicina intensiva, Cirugía cardíaca, Hemodinámica, Obtención de muestras, Farmacología clínica, Medicina nuclear, Medicina de la educación física y el deporte y Medicina aeronáutica. Por su parte, aquellas especialidades prestadas por CSC que no son prestadas por QUIRÓN ni por ningún otro operador privado son: geriatría, nefrología y cuidados paliativos.

⁵² Cirugía pediátrica, Angiología y cirugía vascular, Cirugía torácica y Hematología clínica.

compañías aseguradoras tienen suscrita una obligación de prestar determinados servicios en la provincia del funcionario mutualista (bajo pena de sanción) o correr con los gastos del desplazamiento del paciente a otra provincia.

(263) En este sentido se han realizado las siguientes alegaciones:

(No Confidencial Folio 1876 Adeslas) “Añadimos que en la situación supuesta por la pregunta y sin considerar otras posibles circunstancias adicionales, la renuncia supondría un grave impacto comercial, al menos, en provincia de Albacete, ya que el cuadro médico del lugar de residencia es uno de los elementos determinantes en la elección de un seguro de asistencia sanitaria.

Por otra parte, y como ya se ha expuesto, los compromisos suscritos con las distintas Mutualidades de funcionarios para la atención de sus beneficiarios, imponen a SCA la obligación de disponer de medios hospitalarios en la provincia y su incumplimiento, además de perjuicios de otra índole, obligarían a asumir aquellos gastos que se produjeran en centros no concertados (públicos o privados), o bien a reembolsar los desplazamientos si los asegurados decidieran utilizar los servicios de otras provincias.”

(No Confidencial Folio 1875-1876 Adeslas) “Debe añadirse en este punto que los distintos conciertos con las Mutualidades de Funcionarios Públicos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), suscritos por esta Compañía, imponen la obligación de disponer de una cartera de servicios mínima en la provincia de Albacete que se soporta, en parte, en la actual oferta hospitalaria. Si no se dispusiera de ella el mutualista o beneficiario del sistema se encontraría habilitado para utilizar los servicios de la sanidad pública existente en la provincia a costa de la aseguradora o bien tendría derecho a que la aseguradora le reintegrara el desplazamiento en el caso de utilización de servicios en otras provincias por la falta de disponibilidad de los medios comprometidos. Todo ello supondría un importante coste directo además del propio incumplimiento de los niveles asistenciales exigidos por los conciertos.”

IX.2. Mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos

(264) En el informe de paso a segunda fase (párrafo 53), no se consideró necesario analizar el mercado de prestación privada de servicios sanitarios a pacientes públicos en la medida en que la notificante señalaba que CSC no estaba presente en el mercado, al menos desde el año 2014, por lo que no se producía solapamiento.

(265) Sin embargo, las características y estructura de este mercado en Albacete podrían llevar a una reducción de la competencia en el mercado de la prestación privada de servicios sanitarios a pacientes públicos, que abarca diversos procedimientos, fundamentalmente pruebas diagnósticas e intervenciones.

- (266) Según se ha podido tener conocimiento en el proceso de investigación realizado en la segunda fase del procedimiento, y reflejado ya en el pliego de concreción de hechos, el número de prestadores privados de servicios sanitarios a pacientes públicos es reducido. Por lo que respecta a la realización de pruebas diagnósticas a pacientes públicos la competencia se reduce a tres operadores: Hospital QUIRÓN Albacete, Mansilla y la Clínica el Rosario. La eliminación de uno de estos competidores podría tener un efecto muy importante sobre la competencia en este mercado.
- (267) En este sentido, al menos uno de los principales prestadores privados de atención sanitaria a pacientes públicos (MANSILLA), se encuentra situado en las instalaciones de CSC. La operación podría suponer la expulsión del centro de este operador, lo que **supondría la eliminación de un competidor relevante** derivada de la integración, si no fuera posible relocalizar el instrumental de radiodiagnóstico ubicado en CSC (TAC, Resonancia Magnética computerizada y Resonancia Magnética de Alto Campo), o fuera inviable por el coste del mismo.
- (268) En la medida en que esto permitiría a QUIRÓN obtener una posición muy importante en la realización de pruebas diagnósticas derivadas desde la sanidad pública, podrían darse también aquí potenciales problemas de competencia: **incremento de los precios y empeoramiento del servicio.**
- (269) En relación con el posible incremento de precios, se señalaba en el Informe de paso a segunda fase que el nivel de precios fijado en el Convenio de Vinculación entre el SESCAM y QUIRÓN ya era el máximo que se podía fijar⁵³, lo cual podía ser indicativo del gran poder de mercado con el que ya contaba QUIRÓN. En esta circunstancia, la integración con CSC, a priori, podría no suponer una importante modificación de las condiciones del mercado.
- (270) Sin embargo, en el marco de la segunda fase de instrucción se ha tenido conocimiento de que el nivel de precios efectivamente pagado por la Administración por los procedimientos que deriva no es el fijado en el Convenio de Vinculación, sino otro determinado en los concretos convenios de ejecución que la Administración firma con cada operador, resultado, por tanto, de un “proceso competitivo” entre los distintos operadores (con internamiento y ambulatorios, dependiendo del tipo de proceso) que hay en el mercado y que puede llevar, por tanto, a la negociación de precios inferiores a los establecidos en el Convenio de Vinculación. Se trata concretamente de un proceso de negociación entre cada operador privado y el SESCAM donde la presión competitiva del mercado puede afectar al resultado del mismo.
- (271) La desaparición de MANSILLA como competidor reduciría la presión competitiva en el mercado, pudiendo llevar a un incremento de los precios que la Administración debe pagar definitivamente por la derivación de pruebas

⁵³ El SESCAM publica las tarifas máximas que se podrán pagar a los prestadores privados por la prestación de asistencia sanitaria a pacientes públicos. Las tarifas máximas actualmente vigentes se encuentran recogidas en la resolución de 15/11/2017, de la Dirección-Gerencia, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de determinados servicios de asistencia sanitaria a través de medios ajenos, en el ámbito de gestión del SESCAM. [2017/13832] y la resolución de 09/08/2018, de la Dirección-Gerencia, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de determinados servicios de asistencia sanitaria a través de medios ajenos, en el ámbito de gestión del SESCAM. [2018/9592]

diagnósticas a los dos operadores que quedarían en este mercado. Este efecto sería especialmente acusado en el caso de aquellas intervenciones para las cuales QUIRÓN sea actualmente la única alternativa a MANSILLA en Albacete.

- (272) Asimismo, la menor competencia podría llevar a alguno de los operadores que se quedasen en el mercado a intentar no convenir aquellos procedimientos donde existieran unos menores márgenes o a conveniarlos sólo bajo determinadas condiciones como, por ejemplo, la de quedarse con la totalidad de las pruebas rentables (empaquetamiento de pruebas).
- (273) Esta situación podría incluso poner en riesgo la supervivencia de uno de los operadores, por lo que respecta a este mercado, si uno de ellos tuviese menor poder de negociación que el otro, dada su oferta de prestaciones, pues estaría abocado, bien a realizar las pruebas no rentables que no quisiera realizar el otro, bien a no realizar ninguna bajo el supuesto de que el poder negociador del otro operador le permitiese quedarse con todas.
- (274) Por último, la reducción del número de prestadores de servicios en este mercado podría llevar a una caída de la calidad, ya que la reducción de la competencia pondría a la Administración en una posición más débil a la hora de establecer y exigir condiciones de calidad.
- (275) Asimismo, la desaparición de operadores podría generar una **mayor saturación en la realización de las pruebas derivadas**, que podría llevar a un incremento del tiempo de espera en la prestación de los servicios, lo que pondría en riesgo la finalidad de la derivación desde la sanidad pública.
- (276) En definitiva, ante esta nueva perspectiva, cabría la posibilidad de que la operación analizada provocase la expulsión de uno de los principales competidores del mercado de prestación por parte de operadores privados de asistencia sanitaria a pacientes públicos. El aumento del poder de negociación del grupo resultante podría derivar en: un incremento de los precios para el servicio público de salud; una capacidad de presión para conseguir aquellas derivaciones con mayores márgenes a través del empaquetamiento de pruebas o intervenciones conveniadas; y una caída de la calidad que se podría reflejar en unos mayores tiempos de espera en la prestación del servicio.
- (277) Por otro lado, la operación analizada **podría tener también un importante impacto en la dinámica de derivaciones de procesos médicos desde la sanidad pública a QUIRÓN**. Teniendo en cuenta que pueda haber especialidades no rentables y que, como consecuencia de la operación, desaparecería el único competidor en internamiento del que tener que diferenciarse, QUIRÓN tendría incentivos a no mantener determinadas especialidades. Las consecuencias serían diferentes dependiendo del motivo de las derivaciones: en aquellos casos en que las derivaciones se realizasen con el objetivo de agilizar la asistencia pública, las intervenciones en esas especialidades tendrían que ser asumidas en su totalidad por el sistema público; en aquellos supuestos en los que las derivaciones obedeciesen a la ausencia de esa especialidad en la sanidad pública, dichas intervenciones quedarían sin cobertura en la provincia de Albacete. Es más, en caso de que hubiese especialidades que sí prestase la sanidad pública en Albacete pero

que sólo teniendo en cuenta la posibilidad de derivación al hospital Quirónsalud Albacete en otras especialidades relacionadas que la sanidad pública no cubre, la desaparición de estas segundas podría poner también en riesgo la prestación de las primeras desde la sanidad pública.

- (278) Éste puede ser el caso de la hemodinámica que sí que es prestada por el hospital público de Albacete pero que requiere de la existencia del apoyo del hospital QUIRÓN de Albacete a través del servicio de cirugía cardíaca. En este sentido, si el Grupo QUIRÓN decidiera cerrar la especialidad, la sanidad pública tendría que derivar fuera de la provincia, no solo la cirugía cardíaca sino también la hemodinámica.
- (279) Por tanto, **la posible desaparición de especialidades objeto de derivaciones a QUIRÓN podría generar, bien una mayor saturación en la realización de intervenciones desde el Hospital público, bien la falta de cobertura de esas especialidades, e incluso la desaparición de otras relacionadas, en la provincia de Albacete.** Todo ello tendría un impacto muy relevante en la calidad de la asistencia sanitaria en su conjunto, tanto la pública como la privada a cualquier tipo de paciente.

IX.3. Mercado de alquiler o cesión de espacios sanitarios con internamiento

- (280) En el informe de paso a segunda fase, quedó apuntada la posible existencia de un mercado de cesión o alquiler de espacios sanitarios con internamiento del que QUIRÓN y CSC serían los únicos oferentes. Este mercado fue confirmado en el pliego de concreción de hechos.
- (281) Como se señaló en el informe y el pliego de concreción de hechos, ambos hospitales siguen un modelo de alquiler/cesión de espacios para la práctica médica siendo residual el número de médicos que operan en el hospital a través de un contrato de trabajo.
- (282) La operación notificada, en la medida en que supondría integrar en un único operador todos los espacios con internamiento privados disponibles y crear, por tanto, una situación de monopolio, **podría llevar a un cierre del mercado (o a un empeoramiento de las condiciones) para los profesionales y empresas que hasta ahora venían prestando servicios sanitarios en las instalaciones de QUIRÓN y CSC**, incluyendo entre ellos al Hospital público de Albacete, en la medida en que también podría ser demandante de este servicio⁵⁴.
- (283) Como se ha indicado anteriormente, la competencia en el mercado entre CSC y la notificante en la cesión de los espacios permitía a los distintos especialistas negociar las mejores condiciones y precios con los dos hospitales.
- (284) En la medida en que solo quede un único oferente de estos espacios, sería posible (y podrían existir incentivos a) incrementar los precios de los alquileres y fijar las condiciones de manera unilateral, dado que los especialistas no

⁵⁴ Aunque en el pasado el Hospital público tenía un acuerdo para la utilización de los quirófanos de QuirónAlbacete, a día de hoy no está en vigor dicho acuerdo no habiéndose utilizado tales instalaciones en los últimos años.

podrían llevar a cabo las intervenciones con internamiento en ningún otro centro de la provincia.

- (285) En esta línea se pronuncia Divina Pastora (No confidencial Folio 2761 Divina Pastora) *“Los servicios de centros ambulatorios compiten de forma directa con los de hospitales, aunque finalmente se acaban convirtiendo en ingresos adicionales para los hospitales ya que toda prueba de alta tecnología o cualquier cirugía tendrá que realizarse en el hospital de forma general, por lo que por más que intenten competir acaban precisando los servicios de los hospitales y teniendo que ceder ante las condiciones que estos les exijan para acceder a ellos. Esta necesidad del centro ambulatorio hace que la competencia finalmente no sea la que el mercado pueda necesitar para evitar las dificultades en el acceso a quirófanos y pruebas de alta tecnología.”*

IX.4. Valoración conjunta

- (286) Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas anteriormente en este informe propuesta, la Dirección de Competencia considera que la operación de concentración notificada afecta negativamente y de forma significativa a la competencia efectiva en los mercados de prestación privada de servicios sanitarios a pacientes privados con internamiento, al mercado de prestación privada de servicios sanitarios a pacientes públicos y al mercado de cesión de espacios sanitarios con internamiento.
- (287) Asimismo, esta Dirección de Competencia considera que las eficiencias alegadas por la notificante por sí mismas, es decir, en ausencia de compromisos más concretos, no beneficiarían significativamente a los consumidores y, en cualquier caso, no han sido suficientemente cuantificadas ni compensarían los efectos restrictivos sobre la competencia efectiva de la operación de concentración notificada.
- (288) En virtud de lo anterior, esta Dirección de Competencia estima que la operación de concentración, en ausencia de compromisos o condiciones, encaminados a resolver los problemas identificados en los distintos mercados afectados, obstaculizaría el mantenimiento de la competencia efectiva en dichos mercados.

X. COMPROMISOS

- (289) Con fecha 24 de enero de 2019, el representante de los notificantes presentó, dentro del plazo habilitado para ello, junto con el escrito de alegaciones al pliego de concreción de hechos, una propuesta de compromisos al amparo del artículo 59 de la LDC (No confidencial, folios 4273-4278), al objeto de resolver los obstáculos para el mantenimiento de la competencia efectiva que se pudieran derivar de la operación de concentración notificada. En el escrito de alegaciones, la notificante señala que, a pesar de no compartir el contenido y las conclusiones del pliego de concreción de hechos, presenta los compromisos para solventar los obstáculos a la competencia detectados por esta Dirección.

- (290) El día 5 de febrero, tras el examen de los compromisos presentados, de conformidad con el artículo 69.4 de la LDC, esta Dirección de Competencia consideró que eran insuficientes para eliminar los obstáculos a la competencia detectados en el pliego de concreción de hechos de fecha 2 de enero de 2019, por lo que se remitió escrito a la notificante (No confidencial folios 4413-4415) concediendo un plazo de 10 días para que, en caso de considerarlo adecuado, presentase nueva versión de compromisos.
- (291) Con fecha 19 de febrero, la notificante remitió a la Dirección nueva propuesta de compromisos en los que se modificaban algunos de los aspectos señalados como insuficientes en el requerimiento de esta Dirección de fecha 5 de febrero.
- (292) Ante esta nueva presentación de compromisos, la Dirección de Competencia lanzó un test de mercado a distintas entidades interesadas en el procedimiento para que valorasen los compromisos presentados.
- (293) Tras las respuestas al test de mercado, a la vista del expediente, la notificante presentó una tercera propuesta de compromisos (No confidencial, folios 5108-5116) indicando que en general los operadores son favorables a los compromisos presentados por el Grupo QUIRÓN.
- (294) Con fecha 5 de abril de 2019, la notificante presentó una versión final de compromisos. Estos definitivos compromisos son los que se analizarán en el presente Informe Propuesta.
- (295) Los compromisos (cuya redacción original se anexa a este Informe y Propuesta como Anexo I) se pueden resumir en los siguientes apartados.

X.1. Compromisos relacionados con la prestación de servicios sanitarios privados a pacientes privados

- (296) Dentro de este apartado destaca el compromiso de mantenimiento de la calidad asistencial, para lo cual la notificante se compromete a implantar en un plazo no superior a 12 meses desde la fecha de cierre de la operación los cuadros de mando del Grupo QUIRÓN (Anexo I) en la Clínica Santa Cristina, así como los indicadores específicos de calidad que se recogen en el anexo II de los compromisos. La notificante se compromete a que los indicadores no se vean empeorados desde el momento de la gestión conjunta.
- (297) Adicionalmente, la notificante se compromete a conseguir la certificación ISO 9001 para todo el centro CSC y a monitorizar los indicadores de calidad, presentando anualmente los resultados, con el objetivo de que los indicadores de calidad no empeoren desde el momento en que Grupo QUIRÓN pase a gestionar los dos centros.
- (298) En tercer lugar, Grupo QUIRÓN se compromete a mantener la capacidad de elección de profesionales sanitarios, manteniendo la relación jurídica con todos los médicos que actualmente prestan servicios en QuirónAlbacete y/o en CSC. De cara a las renovaciones contractuales, Grupo QUIRÓN se compromete a negociar en términos razonables, objetivos y no discriminatorios y a no incluir cláusula alguna sobre la cesión por parte de los médicos de las claves médicas.

- (299) También en relación con la calidad asistencial, la notificante se compromete al mantenimiento de la cartera global de servicios manteniendo los niveles de guardias y localizaciones, así como las distintas especialidades existentes entre los dos centros. Para facilitar el seguimiento del cumplimiento de este compromiso, Grupo QUIRÓN se compromete a mantener actualizadas las páginas web de los centros con las especialidades ofertadas.
- (300) En particular, por lo que respecta al mantenimiento de la cartera de servicios, los compromisos garantizan que no se cerrará ninguna de las especialidades que a día de hoy se ofertan en cualquiera de los dos centros, salvo por razones de seguridad del paciente, supuestos que deberán ser expresamente autorizados, en todo caso, por la CNMC. Además, cualquier solicitud del Grupo QUIRÓN en este sentido deberá estar apoyada en un informe de un tercero independiente.
- (301) Además, en relación con las especialidades de Cardiología, Medicina Nuclear, Neumología, Neurología, Pediatría, Angiología, Cirugía Vascul ar, Cirugía torácica, Cirugía maxilofacial, Geriatría, Nefrología y Cuidados Paliativos, se establece una garantía adicional ya que no se podrá solicitar el cierre de estas especialidades, salvo que obedezca a circunstancias excepcionales.
- (302) Con este fin de mejorar la calidad, Grupo QUIRÓN llevará a cabo una inversión mínima de 1,5 millones de euros en 3 años, según el desglose indicado en los compromisos, inversión que estará condicionada a que los nuevos equipos mejoren la calidad o funcionamiento de los existentes.
- (303) Finalmente, Grupo QUIRÓN se compromete a proporcionar con carácter anual a la CNMC datos sobre la evolución de los precios de los alquileres de consultas y quirófanos y de los precios de los 10 procesos con mayor facturación de los servicios a pacientes privados y a pacientes públicos.

X.2. Compromisos relacionados con la prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos.

- (304) Con respecto a la prestación de servicios sanitarios a pacientes públicos derivados del SESCAM, la notificante se compromete a:
- No condicionar la prestación de un servicio a que se concierten conjuntamente otros servicios.
 - No denegar al SESCAM la realización de procesos que en la actualidad tiene vinculados.
 - Ofertar en el Convenio de Vinculación con el SESCAM al menos los mismos procesos que tiene actualmente.
- (305) Estos compromisos están supeditados a que el SESCAM mantenga las tarifas existentes en la actualidad y a que no se obligue a la utilización de una tecnología más costosa.
- (306) Asimismo, en relación con el mercado de prestación de servicios sanitarios privados a pacientes públicos, Grupo QUIRÓN se compromete a mantener durante un periodo de 5 años las condiciones que actualmente vinculan a CSC y a MANSILLA.

X.3. Compromisos relacionados con el alquiler / cesión de espacios sanitarios

- (307) Grupo QUIRÓN se compromete a garantizar el acceso a los profesionales médicos que a día de hoy alquilan espacios en los centros de QuirónAlbacete o CSC. Como excepción, Grupo QUIRÓN no asegura dicho acceso cuando no tenga medios físicos o materiales para atender las peticiones o cuando pueda generarse un perjuicio para la imagen de Quirónsalud en el mercado.
- (308) En este sentido, se entenderá, de acuerdo con los compromisos presentados, que se genera ese perjuicio cuando existan reclamaciones formales de pacientes, un incumplimiento del protocolo de seguridad o deficiencias en los siguientes elementos:
- Titulación sanitaria acreditada en la especialidad que vaya a ejercer;
 - Seguro de responsabilidad civil,
 - Obtención del consentimiento informado del paciente;
 - Utilización de la historia clínica y sistema informático de Quirónsalud;
 - Utilización de prótesis del catálogo validado por Quirónsalud y el cumplimiento de los requisitos de trazabilidad de las prótesis y otros implantables.
- En todo caso, en relación con la posibilidad de que los profesionales sanitarios puedan usar prótesis que no estén en su catálogo, Grupo QUIRÓN se compromete a estudiar y a no denegar injustificadamente la inclusión en su catálogo de las prótesis que propongan los médicos.
- Registro de eventos adversos
 - La Aceptación del código ético de Quirónsalud
- (309) De forma anual se remitirá a la CNMC un registro de solicitudes con oposición.
- (310) Para aquellos médicos que accedan a los centros a través de sociedades médicas, Grupo QUIRÓN se compromete a permitir el acceso de forma directa y en condiciones de mercado exigiendo el respeto de normas de calidad que garanticen la seguridad clínica del paciente.

X.4. Compromisos generales para la mejora de la cartera de servicios, calidad asistencial y seguridad del paciente.

- (311) En el plazo de 12 meses, Grupo QUIRÓN se compromete a implantar y mantener en la Clínica CSC los servicios de: (i) urgencias pediátricas 24 horas, (ii) unidad de neonatología conforme a los estándares recomendados por la Sociedad Española de Neonatología, (iii) urgencias ginecológicas y obstétricas, (iv) urgencias 24 horas de traumatología y (v) unidad de parto natural.
- (312) El cierre de alguno de estos servicios si los niveles de demanda hicieran inviable el mantenimiento de los mismos, sólo será posible previa autorización de la Dirección de Competencia.
- (313) Asimismo, Grupo QUIRÓN se compromete a implantar en CSC una serie de herramientas como: la historia clínica del paciente, el portal del paciente, un sistema de registro y control de elementos adversos y el sistema Net Promoter

Score (NPS). Con respecto al sistema NPS, Grupo QUIRÓN se compromete a implantarlo en la Clínica Santa Cristina y mantener al menos los niveles de calidad anteriores en QuirónAlbacete y a mejorarlos, en el plazo de dos años, en el hospital Clínica Santa Cristina.

X.5. Auditoría

- (314) La monitorización de los compromisos de calidad recogidos en los compromisos A y D, incluyendo la mejora de la cartera de servicios mediante la apertura de nuevas especialidades, se encomendarán a una de las empresas que se han ofrecido a prestar los servicios durante la tramitación del expediente. Dicha empresa se encargará de la monitorización durante todo el tiempo en que duren los compromisos.
- (315) Grupo QUIRÓN se compromete a informar a la CNMC, en el plazo de 3 meses desde la autorización, de la empresa que llevará a cabo los servicios.
- (316) La entidad supervisora deberá mandar un informe anual a la Dirección de Competencia en el que se informe sobre el grado de implementación y cumplimiento de los compromisos. El primer informe deberá remitirse en un plazo no superior al año y un mes desde la autorización de la operación.
- (317) Adicionalmente, Grupo QUIRÓN se compromete a remitir un informe detallado sobre los avances en la implementación de los compromisos tras los 6 meses de la autorización.

X.6. Resolución de controversias

- (318) Quirón se compromete a someter la resolución de conflictos que pudieran surgir en relación con el cumplimiento de los compromisos A.2, B.4 y C.1, es decir, los compromisos de mantenimiento de las relaciones jurídicas con los profesionales, el mantenimiento de las condiciones de MANSILLA y los compromisos de acceso a las instalaciones, a un arbitraje de Derecho por parte de la CNMC. Asimismo, Grupo QUIRÓN comunicará de forma fehaciente a los profesionales afectados por los compromisos la existencia de los mismos, así como la posibilidad de acudir a arbitraje.

XI. VALORACIÓN DE LA OPERACIÓN CON COMPROMISOS

XI.1. Consideraciones previas

- (319) Con carácter previo al análisis de la suficiencia o no de los compromisos presentados por Grupo QUIRÓN, con fecha 5 de abril de 2019, para resolver los obstáculos para la competencia efectiva planteados por la operación de concentración QUIRÓN/CLÍNICA SANTA CRISTINA, es necesario hacer determinadas consideraciones generales sobre los objetivos del control de concentraciones.
- (320) De conformidad con el artículo 59 de la LDC, cuando de una concentración puedan derivarse obstáculos para el mantenimiento de la competencia efectiva, las partes notificantes, por propia iniciativa o a instancia de la CNMC, pueden proponer compromisos para resolverlos.

- (321) La LDC atribuye a la Dirección de Competencia la capacidad para valorar estos remedios y al Consejo de la CNMC la competencia para resolver sobre los mismos, preservando la posibilidad de que la CNMC establezca condiciones si se considera que los compromisos presentados no son adecuados o suficientes para resolver los problemas de competencia detectados.
- (322) Este modelo permite conjugar la salvaguarda de las condiciones de competencia en el mercado con el máximo respeto a los principios de proporcionalidad y mínima intervención por parte de la autoridad a la hora de condicionar las operaciones de concentración, condiciones que limitarían la libertad de empresa de las partes afectadas.
- (323) En relación con la proporcionalidad, es importante recordar que los posibles remedios no deberían ir más allá de los problemas ocasionados por la operación notificada, dado que su objetivo no es redefinir la estructura de las empresas o de los mercados con el fin de resolver problemas de competencia preexistentes o ajenos a la operación. Si bien ello no significa que los problemas de competencia preexistentes no puedan ser objeto de remedios en la medida que la operación de concentración agrave los mismos.
- (324) Con carácter general, resulta preferible que la CNMC opte por los compromisos ofrecidos, siempre que sean adecuados y proporcionados, frente a la posibilidad legal de imponer condiciones, porque al haber sido ofrecidos de manera voluntaria, se facilita la ejecución y vigilancia de los mismos.
- (325) En este punto y como cuestión previa, esta Dirección de Competencia considera relevante señalar que algunos operadores han solicitado la prohibición de la concentración. Algunos de estos operadores señalan que los problemas de competencia son suficientemente relevantes como para que se pueda concluir que es difícil la restitución de la dinámica competitiva mediante la aprobación de la misma, por lo que se trataría de una operación que debería prohibirse.
- (326) No obstante, la jurisprudencia del Tribunal Supremo⁵⁵ en el ámbito de control de concentraciones, ha confirmado que la prohibición únicamente ha de ser adoptada cuando sea imposible la imposición de compromisos o condiciones que resuelvan los problemas de competencia detectados.
- (327) En virtud de lo anterior, si bien esta Dirección de Competencia concuerda plenamente con la gravedad de los efectos perniciosos para la competencia efectiva y potencial de la operación de concentración notificada, también considera que sí es factible restituir la situación competitiva preexistente, como se analizará en los siguientes apartados, mediante un conjunto de remedios adecuados que, tomados en su conjunto, pueden eliminar, en determinados

⁵⁵ Sentencias de 7 de noviembre de 2005 dictadas en los asuntos 32, 33, 37, 64 y 65/2003, mediante las que se desestimaron los correspondientes recursos contra los Acuerdos de Consejo de Ministros de 29 de noviembre de 2002 relativo a la concentración Sogecable/Vía Digital.

casos, y mitigar, en otros, de forma relevante, los problemas de competencia analizados.

- (328) Adicionalmente, estos remedios necesariamente deben tener un carácter temporal, en otro caso, serían medidas regulatorias indefinidas que la CNMC no está habilitada para establecer a través del mecanismo de control de concentraciones.
- (329) Asimismo, estos remedios deben garantizar que se pueda introducir una dinámica competitiva suficiente como para que una vez expiren los mismos, se mantenga esa dinámica competitiva que compensa los efectos negativos derivados de la operación de concentración.
- (330) Lo anterior, unido a las medidas para facilitar la vigilancia, la necesaria autorización de determinadas decisiones y la resolución de conflictos previstas los compromisos proporcionan a la CNMC suficientes instrumentos para hacer efectivo el cumplimiento de los remedios de control de concentraciones pudiendo así concluir, a juicio de esta Dirección de Competencia, que los compromisos presentados por QUIRÓN son susceptibles de ser implementados y vigilados de cara a la resolución de los problemas de competencia derivados de la operación de concentración notificada.
- (331) En este sentido, cabe señalar que se ha establecido un marco de seguimiento de los compromisos estricto y pormenorizado que incluye dentro de los tres primeros meses la obligación de Grupo QUIRÓN de elegir e informar a la CNMC de la entidad encargada de los servicios de monitorización y auditoría. Asimismo, a los seis meses, Grupo QUIRÓN, deberá remitir un informe a la CNMC sobre el grado de implementación de los compromisos. Adicionalmente, en un plazo no superior a los 13 meses desde la autorización de la operación, se deberán mandar los primeros informes de la entidad auditora, que se prorrogarán a lo largo de los 5 años en que duren los compromisos.
- (332) Este marco de seguimiento, permitirá a la CNMC supervisar de forma cercana y rápida el cumplimiento de los compromisos y los posibles efectos que la operación genere en el mercado.

XI.2. Problemas de competencia sobre los que se centran los compromisos

- (333) Esta Dirección de Competencia ya apuntó en el informe de paso a segunda fase y en el pliego de concreción de hechos los riesgos de competencia que se producían con la operación de concentración notificada.
- (334) Asimismo, en el apartado de valoración de la operación en ausencia de compromisos, la Dirección de Competencia ha confirmado la existencia de problemas de competencia.
- (335) Los principales problemas se encontrarían en los mercados de prestación privada de servicios sanitarios a pacientes privados con internamiento, prestación privada de servicios sanitarios a pacientes públicos y de alquiler y cesión de espacios con internamiento.

- (336) El conjunto de problemas, como se ha analizado, podrían englobarse en problemas de reducción de la calidad (incluida la reducción de especialidades y de especialistas), el incremento de los precios y los problemas de acceso.
- (337) Con el fin de resolver los problemas apuntados en el pliego de concreción de hechos, la notificante ha presentado los compromisos expuestos anteriormente.
- (338) Se valorará a continuación en qué medida, los compromisos presentados son suficientes para solventar los problemas de competencia analizados.

XI.3. Capacidad e incentivos para aumentar los precios

- (339) Los compromisos de mantenimiento de la relación jurídica con los profesionales sanitarios y de garantía de acceso a los espacios sanitarios⁵⁶ reducen la capacidad de incrementar los precios toda vez que son los propios médicos (que no deberán ceder las claves con las aseguradoras) los que determinarán los precios que cobran a las aseguradoras por los actos.
- (340) La no cesión de las claves médicas permitirá que sean los médicos quienes negocien sus propios precios, eliminando así la capacidad de la notificante de fijar los mismos. Asimismo, la competencia entre especialistas derivadas del derecho a seguir prestando servicios en las condiciones anteriores permitirá una competencia entre médicos que limite los incrementos de los precios.
- (341) Por otra parte, los compromisos de mantenimiento de la cartera y las inversiones comprometidas, especialmente aquellas dedicadas a la implantación de las nuevas especialidades, suponen un incentivo importante para Grupo QUIRÓN para tener una demanda suficiente para rentabilizar las especialidades lo cual limita su capacidad de elevación de los precios.
- (342) Adicionalmente, el compromiso de suministrar la evolución de los precios a la CNMC de forma anual permitirá la supervisión constante y detección de subidas de precios que pudieran ser consideradas abusivas, en aplicación del artículo 2 de la LDC, dada la posición de QuirónAlbacete como único operador en los mercados analizados.
- (343) En este sentido, varios de los operadores habían solicitado un compromiso de mantenimiento de los precios de los servicios. Entre otros Asisa, HLA y Clínica el Rosario (No confidencial Folios, 4929-4931), Adeslas (No confidencial, Folio 5006).
- (344) Si bien es cierto que la notificante no ha llevado a cabo un compromiso de mantenimiento de precios de forma específica, esta Dirección de Competencia entiende que los compromisos arriba señalados⁵⁷ pueden contrarrestar la capacidad de fijación de precios de forma autónoma por parte de Grupo QUIRÓN.

⁵⁶ Recogidos en los apartados A.2 y C.1 respectivamente.

⁵⁷ La no cesión de las claves médicas; el compromiso de mantenimiento de la cartera global de servicios; el compromiso de inversiones; el compromiso de apertura de nuevas especialidades; y el compromiso de aportación de la información sobre la evolución de los precios.

XI.4. Capacidad e incentivos para reducir la calidad de los servicios prestados

- (345) La gran mayoría de los compromisos presentados por la notificante buscan solventar los problemas relativos a una posible reducción en la calidad de los servicios.
- (346) En primer lugar, el compromiso de implantación y seguimiento de los indicadores de calidad, tanto del cuadro de mando del Grupo QUIRÓN como los indicadores específicos de esta operación, lleva a asegurar que los niveles de calidad asistenciales no se reducirán, toda vez que Grupo QUIRÓN se compromete a que los indicadores no empeoren.
- (347) En segundo lugar, Grupo QUIRÓN se ha comprometido a obtener el certificado ISO 9001 en todo el centro CSC, lo que supone una acreditación de la gestión de la calidad.
- (348) En tercer lugar, los compromisos de mantenimiento de la relación jurídica con los profesionales sanitarios y de garantía de acceso a los espacios sanitarios⁵⁸, no solamente permiten controlar la capacidad para aumentar precios sino que facilitan que los niveles de calidad no se vean reducidos, ya que podrán seguir prestando servicio el mismo número de médicos que venían prestando hasta ahora.
- (349) En este sentido, uno de los indicadores de calidad que se ha puesto de manifiesto a lo largo del procedimiento es la capacidad de elección del profesional sanitario por parte de los pacientes. En la medida en que los profesionales no se vean impedidos para prestar los servicios, los pacientes podrán tener acceso a los mismos.
- (350) En cuanto a las alegaciones realizadas por Asisa (No Confidencial, Folios 4922-4924) sobre la posibilidad de trasladar especialidades de un centro a otro, esta Dirección entiende que, dada la cercanía entre los dos centros, no supone una pérdida de calidad reseñable el hecho de que un paciente, para mantener el médico que prefiera deba desplazarse a uno o a otro centro hospitalario. En este sentido, para el caso que se está analizando, cabe considerar que la calidad derivada de la capacidad de elección del paciente es principalmente la referida a la capacidad de elección del profesional sanitario y no tanto del centro. Esta valoración podría ser distinta si las condiciones entre los centros variasen de forma significativa especialmente si la distancia entre un centro y otro pudiera suponer un grave perjuicio.
- (351) Por otra parte, los compromisos de inversiones establecidos por la notificante señalan que el millón y medio de euros se destinará a mejoras de los centros, en concreto de la calidad asistencial y los servicios prestados. Este compromiso también reduce los riesgos de reducción de la calidad que podrían originarse en ausencia de inversiones en los centros derivados de la reducción de la competencia.

⁵⁸ Recogidos en los apartados A.2 y C.1 respectivamente.

- (352) En relación con los compromisos de prestación de servicios al SESCAM, la notificante no solo se compromete a prestar la misma cartera de servicios sino a no empeorar los indicadores de calidad asistencial con respecto a los servicios prestados a los pacientes públicos.
- (353) En la medida en que se ha identificado que el Grupo QUIRÓN es el principal proveedor de servicios privados a pacientes públicos, y el único en relación con los procesos con internamiento, el compromiso presentado por la notificante es de especial importancia.
- (354) Si bien es cierto que la adquisición por parte de Grupo QUIRÓN del hospital CSC no supone una variación en la cuota de QUIRÓN, toda vez que CSC no prestaba servicios al sector público, la operación sí supone la eliminación de un competidor potencial que, en caso de que el Grupo QUIRÓN decidiese dejar de prestar los servicios, o en caso de que presionase los precios al alza, podría entrar a competir en el mercado ya que tiene los recursos necesarios para hacerlo. De esta forma, el compromiso sí que es específico de la operación y ataca a un problema de competencia que la operación de concentración podría generar.
- (355) De esta forma, los compromisos de ofertar todos los servicios ofertados en el anterior convenio de vinculación (siempre que los precios ofertados por el SESCAM no se vean reducidos) así como el mantenimiento de los niveles de calidad asistenciales en esas especialidades suponen una clara limitación a los incentivos y capacidades del Grupo QUIRÓN de reducir la calidad de los servicios ofertados y prestados.
- (356) Este compromiso garantiza que las derivaciones desde el sector público hacia el sector privado no se resientan.
- (357) Adicionalmente, cabe destacar el compromiso especialmente reforzado de no cerrar las especialidades de Cirugía torácica, cardiología y Medicina Nuclear que no son prestados por el Hospital público de Albacete y que suponen un compromiso de gran importancia por cuanto asegura el mantenimiento de la calidad en estos servicios que son sistemáticamente derivados a la notificante.
- (358) Asimismo, cabe destacar el compromiso amplio de mantener la cartera de servicios global de los dos centros. Este compromiso ayuda a resolver un problema de competencia señalado en el pliego de concreción de hechos que señalaba que los hospitales podían estar prestando servicios no rentables como forma de diferenciación entre ellos. La falta de competencia podría llevar al cierre de estas especialidades. Sin embargo, el compromiso actual presentado no incluye criterios de rentabilidad para el cierre de las especialidades supeditándolo de forma exclusiva a criterios de seguridad del paciente y siempre sujeto a autorización de la CNMC.
- (359) Los compromisos de mantenimiento de la cartera global de servicios son especialmente importantes en la medida en que por un lado aseguran que los pacientes privados mantengan la capacidad de acudir a la atención sanitaria privada (pudiendo elegir en todo momento la atención privada o pública), y por otro, evitan que los servicios públicos sufran un aumento excesivo de demanda derivado del cierre de especialidades en la prestación privada.

- (360) Por último, la notificante se compromete a abrir una serie de servicios nuevos que permitirán no solo mantener los niveles asistenciales sino mejorarlos y aumentarlos. El compromiso de la apertura de los servicios de urgencias pediátricas 24 horas, la unidad de neonatología las urgencias ginecológicas y obstétricas, las urgencias 24 horas de traumatología y la unidad de parto natural suponen una relevante mejora con respecto a la situación anterior a la operación de concentración, en la medida en que dotan a la provincia de Albacete de servicios médicos de los que no podían disfrutar hasta ahora, por lo que esta propuesta constituye una auténtica eficiencia de la operación planteada.
- (361) Debe señalar, de forma también positiva, que la notificante ha eliminado la referencia que se encontraba en la versión de los compromisos que se incluyó en el test de mercado, a la posibilidad de cierre automático de las especialidades por razones de demanda.
- (362) En este sentido, algunos de los operadores habían indicado que los niveles de demanda presentados por la notificante eran adecuados, entre otros Ribera Salud (No confidencial Folios 4896-4897), DKV (No confidencial Folio 4939),
- (363) Otros, sin embargo, habían mostrado críticas o bien a la imposición misma de condiciones de demanda como Asisa⁵⁹ o a los valores aportados como Sanitas⁶⁰, Adeslas⁶¹ o Mansilla⁶².
- (364) Ni la notificante había justificado de forma suficiente la idoneidad de los niveles que había señalado, ni las entidades que han respondido al test de mercado de compromisos han presentado una justificación suficiente para, a juicio de esta Dirección, imponer un nivel de demanda u otro.
- (365) En este sentido, resulta adecuada la decisión de la notificante de eliminar los umbrales de “autorización automática de cierre de especialidades”, supeditando dicho cierre a la autorización, previa adecuada justificación, por parte de la CNMC. Con este compromiso, esta Dirección considera que queda asegurado la propuesta de apertura de las especialidades mencionadas.

XI.5. Cierre de mercado a otros prestadores

- (366) Por último, la Dirección de Competencia analizó en el pliego de concreción de hechos el riesgo de cierre de mercado que podría producirse tanto en la prestación privada de asistencia sanitaria a pacientes públicos como en relación con la cesión de instalaciones a profesionales sanitarios.
- (367) En relación con la prestación a pacientes públicos, la notificante se ha comprometido a no condicionar al SESCAM para que concierte conjuntamente servicios. Esto impediría a Quirón aprovechar el poder de

⁵⁹ No confidencial Folios 4919-4933

⁶⁰ No confidencial Folios 5098-5101

⁶¹ No confidencial Folios 5003-5004

⁶² No confidencial Folio 5044

mercado en internamiento para la prestación de servicios sin internamiento al SESCAM.

- (368) Estos compromisos, a juicio de esta Dirección de Competencia serían adecuados para superar las críticas apuntadas por Asisa/HLA (No confidencial folio 4925), en las que señala que, como se recogía en el pliego de concreción de hechos, se pudiera producir una utilización del poder de mercado en el mercado de internamiento para expulsar del mercado a los prestadores sin internamiento. En este sentido, el compromiso de no vincular la prestación de servicios permitirá acudir a cada licitación a todos los operadores sin que Quirón ostente una ventaja competitiva no basada en los méritos.
- (369) Adicionalmente, en relación con Mansilla, entidad que presta servicios de pruebas diagnósticas al SESCAM, desde las instalaciones de CSC, el compromiso de mantener durante un periodo de 5 años las condiciones que vinculan a Mansilla y a CSC, que el mercado de prestación de servicios privados de salud a pacientes públicos no se vea perjudicado por la competencia.
- (370) Dada la relevancia que este operador ha resultado tener en relación con las derivaciones del SESCAM y, muy en particular, en relación con la realización de pruebas diagnósticas, ámbito en el que tiene una posición similar a la de Quirón, la desaparición del mismo resultado de la operación planteada, habría tenido unas consecuencias muy dañinas en la dinámica competitiva del mercado, pues la posición de Mansilla habría sido asumida, con gran probabilidad por la nueva entidad resultante. Así, durante el período de 5 años establecido, las condiciones de competencia se mantendrán, al menos como hasta la fecha, de forma que Mansilla podrá adecuarse a la nueva situación competitiva y otros operadores, que ante la desaparición de Mansilla habrían tenido menos incentivos a entrar en este mercado, podrán hacerlo.
- (371) En relación con el mercado de cesión de espacios con internamiento, el compromiso de la notificante ha ido más allá del propio mercado analizado por esta Dirección, al comprometerse al mantenimiento de las relaciones jurídicas con los profesionales sanitarios (sin distinción entre internamiento o no internamiento) y al garantizar (compromiso C.1) el acceso de los profesionales médicos que venían alquilando espacios a seguir haciéndolo.
- (372) En relación con el compromiso de acceso, si bien es cierto que la notificante se ha obligado a conceder acceso a los profesionales sanitarios que alquilan espacios en Quirónsalud Alabcete a día de la aprobación de la operación, esta Dirección considera relevante apuntar la especial responsabilidad de la notificante en el mercado de alquiler de espacios sanitarios con internamiento, dada la posición dominante que adquiere en el mercado por ser el único centro privado con espacios con internamiento existente en Albacete.

XI.6. Valoración conjunta de la operación con los compromisos

- (373) A la vista de lo anterior, cabe concluir que el conjunto de los compromisos presentados por QUIRÓN, el 5 de abril de 2019, resulta, en opinión de la

Dirección de Competencia suficiente y proporcionado para compensar los problemas de obstaculización de la competencia efectiva derivados de la operación de concentración QUIRÓN/CLÍNICA SANTA CRISTINA.

XII. PROPUESTA

En atención a todo lo anterior y en virtud del artículo 58.4 de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia, se propone, en aplicación del artículo 58.4.b) de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia **subordinar la concentración al cumplimiento de los compromisos presentados por QUIRÓN con fecha 5 de abril de 2019.**