



INFORME DEL SERVICIO DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

N- 05010 CAPIO / SANIGEST

Con fecha 1 febrero de 2005 ha tenido entrada en este Servicio de Defensa de la Competencia notificación relativa a la adquisición del control exclusivo de SANIDAD Y GESTIÓN DE HOSPITALES, S.L. (Grupo IDC) por parte de CAPIO AB.

Dicha notificación ha sido realizada por CAPIO AB según lo establecido en el artículo 15.1 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia por superar el umbral establecido en el artículo 14.1 a). A esta operación le es de aplicación lo previsto en el Real Decreto 1443/2001, de 21 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 16/1989, en lo referente al control de las concentraciones económicas.

El artículo 15 bis de la Ley 16/1989 establece que: "El Ministro de Economía, a propuesta del Servicio de Defensa de la Competencia, remitirá al Tribunal de Defensa de la Competencia los expedientes de aquellos proyectos u operaciones de concentración notificados por los interesados que considere pueden obstaculizar el mantenimiento de una competencia efectiva en el mercado, para que aquél, previa audiencia, en su caso, de los interesados dictamine al respecto".

Asimismo, se añade: "Se entenderá que la Administración no se opone a la operación si transcurrido un mes desde la notificación al Servicio, no se hubiera remitido la misma al Tribunal".

Según lo anterior, la fecha límite para remitir el expediente al Tribunal de Defensa de la Competencia es el **1 de marzo de 2005** inclusive. Transcurrida dicha fecha, la operación notificada se considerará tácitamente autorizada.

I. NATURALEZA DE LA OPERACIÓN

La operación notificada consiste en la adquisición del control exclusivo sobre SANIDAD Y GESTIÓN DE HOSPITALES, S.L., sociedad holding que aglutina las sociedades del grupo IBÉRICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA (Grupo IDC), por parte de CAPIO AB.

La operación se instrumenta mediante contrato de compra-venta de fecha 26 de enero de 2005, por el que se adquiere el cien por cien del capital social de SANIDAD Y GESTIÓN DE HOSPITALES, S.L. a sus actuales accionistas¹,

La ejecución de la operación está condicionada a su autorización por parte de las autoridades de competencia de España.

¹ Se indica entre corchetes aquellas partes del informe cuyo contenido exacto se ha declarado confidencial.

IBÉRICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA LUXEMBOURG S.A. y directivos del Grupo IDC, [...]

II. RESTRICCIONES ACCESORIAS

[Pacto de no competencia con una duración inferior a 3 años].

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

Teniendo en cuenta los precedentes nacionales y comunitarios, así como la Comunicación de la Comisión sobre las restricciones directamente relacionadas y necesarias para las operaciones de concentración, se considera que en el presente caso la duración y contenido de dicha cláusula no va más allá de lo que de forma razonable exige la operación de concentración notificada, considerándose, por tanto, el pacto de no competencia como parte integrante de la operación.

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

De acuerdo con el notificante, la operación no entra en el ámbito de aplicación del Reglamento (CE) nº 139/2004 del Consejo, de 20 de enero de 2004, sobre el control de las concentraciones entre empresas (DOUE L-24/1, de 29.1.2004), por lo que carece de dimensión comunitaria.

La operación notificada cumple, sin embargo, los requisitos previstos por la Ley 16/1989 para su notificación, al superarse el umbral establecido en el artículo 14.1 a) de la misma.

IV. EMPRESAS PARTÍCIPES

IV.1 Adquirente: CAPIO AB (en adelante: CAPIO)

CAPIO es una sociedad sueca, cuyas acciones cotizan en la Bolsa de Estocolmo, que cabecera de un grupo del mismo nombre Grupo CAPIO, que opera en varios países europeos y presta servicios de carácter médico sanitario.

El Grupo CAPIO gestiona 150 centros de salud con una plantilla de alrededor de 12.000 empleados. Entre otros centros cabe mencionar 25 hospitales y centros médicos especializados ubicados en Suecia y Noruega, 21 en el Reino Unido, 16 en Francia, 1 en Suiza, así como un total de 15 de centros de radiología y 15 laboratorios en diversos países nórdicos y Reino Unido.

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

VOLUMEN DE VENTAS DE CAPIO AB (en millones de euros)			
	2001	2002	2003
Mundial	[< 5.000]	[< 5.000]	[< 5.000]
Unión Europea	[> 250]	[> 250]	[> 250]
España	0	0	0

Fuente: Notificante con base en Memorias Anuales

IV.2 Adquirida: **SANIDAD Y GESTIÓN DE HOSPITALES, S.L.** (en adelante: **SANIGEST/Grupo IDC**)

SANIGEST es la cabecera del Grupo bérica de Diagnóstico y Cirugía (Grupo DC)², cuya actividad es la prestación de servicios de carácter sanitario. Su principal accionista es la sociedad de capital riesgo CVC Capital Partners [...], a través de la sociedad instrumental Ibérica de Diagnóstico y Cirugía Luxembourg S.A. El resto del capital está en manos de directivos de IDC [...].

Las actividades del Grupo IDC comprenden la gestión de hospitales y policlínicas, la prestación puntual de servicios a hospitales gestionados por terceros y la prestación de servicios de cuidado y atención de personas de la tercera edad.

SANIGEST gestiona los hospitales privados, no todos de su propiedad, que se relacionan a continuación, sumando un total de más de 1.300 camas, con una plantilla de aproximadamente 4.300 trabajadores:

- Clínica de la Concepción, Madrid (Fundación Jiménez Díaz)
- Hospital Sur de Alcorcón (Madrid)
- Hospital General de Cataluña (Barcelona)
- Clínica Recoletas (Ciudad Real)
- Clínica Recoletas (Albacete)
- Hospital Tres Culturas (Toledo)
- Clínica Nuestra Señora del Rosario (Toledo)
- Clínica Clideba (Badajoz)
- Hospital de Santa Justa (Villanueva de la Serena, Badajoz)
- Clínica Virgen de Guadalupe (Cáceres)

SANIGEST opera, asimismo, cinco policlínicas en España, que prestan servicios de consulta externa y tratamientos post-hospitalización y de cuidado ambulatorio en las provincias de Madrid, Ciudad Real, Cáceres y Toledo y una en Portugal (Campomaio)³.

Esta sociedad presta, de foma puntual, asistencia a otros operadores hospitalarios privados que externalizan la gestión de ciertos servicios o tratamientos médicos especializados. Actualmente cuenta con contratos de este tipo con el Hospital La Molina (Murcia), Hospital de la Ribera (Valencia) y Centro Nuestra Señora de la Misericordia (Segovia).

² Tras la reestructuración llevada a cabo en el presente ejercicio 2005.

³ Inicio de actividad en abril de 2004.

Por último, SANIGEST presta servicios de cuidado y atención de personas de la tercera edad a través de residencias de ancianos situadas en Albacete y Ciudad Real. También suministra personal a ciertos centros de discapacitados y residencias de ancianos en Castilla-La Mancha.

Actualmente las sociedades operativas dependientes y participadas de SANIGEST, directa o indirectamente, son las siguientes:

- Ibérica de Diagnóstico y Cirugía S.L. (gestiona las Clínicas Recoletas, Clideba, Virgen de Guadalupe y Hospitales de Santa Justa y Ntra. Srta. Del Rosario)
- Catalana de Diagnóstico i cirugía, S.L.U. (gestiona el Hospital General de Cataluña)
- Hospital Sur, S.L.U. (gestiona el Hospital Sur de Madrid)
- Fundación Jiménez Díaz U.T.E. (gestiona el Hospital Clínica de la Concepción de Madrid)
- Domiro Investments, S.L.U. (gestiona el Hospital Tres Culturas de Toledo)
- Radioterapia Cáceres, S.L. (50%,)
- Gesclimesa (40%)

El volumen de ventas del Grupo IDC en los tres últimos ejercicios, conforme al Art. 3 del R.D.1443/2001, es el siguiente:

VOLUMEN DE VENTAS DE SANIGEST (en millones de euros)			
	2001 (cierre 31-03-2002)	2002 (31-03-2003)	2003 (31-03-2004)
Mundial	[<5.000]	[<5.000]	[<5.000]
Unión Europea	[< 250]	[< 250]	[< 250]
España	[>60]	[>60]	[>60]

Fuente: Notificación

V. Mercados relevantes

Los ámbitos económicos en los que se enmarca la operación son, principalmente, los de prestación de servicios de asistencia sanitaria en hospitales y policlínicas y, en menor medida, de prestación de servicios de asistencia a la tercera edad. En todo caso, la adquirente no opera en España en ninguno de estos mercados.

En el caso concreto de los servicios de asistencia a la tercera edad, la notificante señala que el negocio adquirido, consistente principalmente en la explotación de tres residencias de ancianos en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, es irrelevante y en todo caso no alcanza [<10%] de las plazas gestionadas por dicha Comunidad Autónoma. Por ello, estos servicios no se consideran en el análisis de los mercados relevantes.

V.1. Mercado de producto

El Servicio de Defensa de la Competencia estableció en un precedente⁴ que los servicios hospitalarios y de atención médica especializada prestados por hospitales privados⁵ comprenden una cesta de servicios y prestaciones que incluyen, entre otros, pruebas de diagnóstico, derechos de quirófano y gastos de estancia y de asistencia especializada.

El concepto tradicional de hospital como centro sanitario cuya finalidad fundamental es la prestación de asistencia en régimen de internamiento se amplió con la Ley General de Sanidad, que definió el hospital como “el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia”. Por tanto, se integran dos niveles de servicio: el de hospitalización y el ambulatorio de asistencia especializada⁶.

La demanda de este tipo de servicios procede, en última instancia, de pacientes privados de pago y por pacientes asegurados de compañías con las que conciertan pólizas de seguros de enfermedad y asistencia sanitaria. Puede tratarse de una asistencia complementaria a la cobertura sanitaria pública o sustitutiva de ésta (como es el caso principalmente de los funcionarios mutualistas de las administraciones públicas que se acogen a esta alternativa de cobertura médica). En cualquier caso, los usuarios de servicios hospitalarios privados orientan su demanda no solamente por la libre elección de médico y el prestigio de éste, sino por la calidad y comodidad de los servicios que les proporciona el centro.

Por otro lado, desde el punto de vista de la oferta, la asistencia especializada ambulatoria es parte integrante del servicio hospitalario, al menos en lo que concierne a los tratamientos post-operatorios que son prestados por el centro o por policlínicas o centros médicos adscritos a aquél y por los mismos facultativos especialistas.

Los centros sanitarios privados obtienen también ingresos por servicios prestados a pacientes públicos. En efecto, los servicios de salud dependientes de las administraciones públicas conciertan con hospitales privados la atención de los asegurados públicos bajo diversas modalidades como pueden ser los servicios concretos para reducir listas de espera, la adscripción del centro al sistema de sanidad pública o la explotación de un centro público en régimen de concesión.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el ámbito de los servicios hospitalarios privados se dan dos niveles de competencia:

⁴ Expediente de concentraciones N-04064 ADESLAS/GESTIÓN SANITARIA GALLEGA (Resolución de no remisión al TDC de 23-09-2004).

⁵ En la categoría de hospitales privados entran tanto los de carácter benéfico como los no benéficos, según el Catálogo Nacional de Hospitales. Este establece una clasificación de los centros por su dependencia patrimonial y funcional, que se refieren a la propiedad del centro y a la persona física o jurídica que lo gestiona respectivamente. En todo caso, compiten entre sí en precios/tarifas y calidad de los servicios que prestan.

⁶ Según describe el Catálogo de Hospitales, desde comienzos de los años 90 la tradicional estructura de la asistencia especializada pública en dos niveles (hospital y ambulatorios) ha dado paso a una nueva forma de organización en un mismo nivel, de forma que los recursos humanos y materiales son comunes.

- por un lado, la competencia por el asegurador, en la que los hospitales compiten por formar parte del catálogo de servicios ofrecidos por las compañías de seguros privados de asistencia sanitaria y, dado el caso, por la obtención de conciertos de gestión o atención sanitaria de los servicios de salud pública⁷ bajo cualquiera de las modalidades de contratación pública disponibles, sin perjuicio de las características propias de cada uno.
- por otro lado, la competencia por el asegurado, ya que los hospitales compiten por atraer pacientes a su propio centro frente a otros centros que forman parte del catálogo de una aseguradora y por atraer clientes específicos de pago propio.

En este nivel de competencia por el paciente, cabe valorar la segmentación por modalidades de servicio, no siendo éstos sustitutivos, ya que, según las patologías, los pacientes demandan diferentes especialidades y tipo de servicios que a su vez pueden requerir internamiento o no. De hecho, la normativa vigente define la finalidad asistencial de los hospitales por categorías⁸.

Cabría así valorar que la demanda se agrupa en función de las especialidades del centro, lo que podría dar lugar a una segmentación del mercado en función de éstas. Las autoridades de competencia francesas señalan en varios precedentes tal posibilidad, bien sea agrupada por disciplinas o más estrecha según los casos. Otras autoridades de competencia, como es el caso de EE.UU., han aceptado en ocasiones la agrupación de diferentes categorías funcionales que cumplan determinados criterios de homogeneidad.

A la luz de las consideraciones anteriores y puesto que la valoración de la operación no varía en función de la definición más o menos precisa de los mercados de producto relevante, este Servicio estima que dicha definición puede quedar abierta.

V.2 Mercado geográfico

Los precedentes de otros países analizan el mercado geográfico bajo diferentes aspectos. Las autoridades de competencia de EE.UU. han definido mercados geográficos diferentes según los casos, debido a la propensión del paciente a desplazarse a mayor o menor distancia en función de sus expectativas de recibir la atención adecuada.

⁷ Dada la naturaleza de la operación, se prescinde del análisis de esta demanda, que tiene características propias – no elección del paciente del centro, precios establecidos, etc.

⁸ El Anexo II del R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, sobre bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, establece el catálogo de centros, distinguiendo hospitales generales (cuentan con las áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría) y considerándose también generales los que no desarrollando todas las áreas citadas no concentran la mayor parte de su actividad en una sola; hospitales especializados, dedicados fundamentalmente a determinadas patologías (hospital quirúrgico, maternal, infantil, materno-infantil, psiquiátrico, de enfermedades del tórax, oncológico, oftálmico, traumatológico y/o rehabilitación, rehabilitación psico-física, médico-quirúrgico o pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes (hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías).

La autoridad francesa los define de ámbito local, todo lo más, regional, atendiendo a la oferta de servicios analizada y hace referencia a las zonas sanitarias que pueden ser de mayor o menor extensión en función de los servicios o agrupación de servicios que se estudien.

A su vez, las autoridades de competencia del Reino Unido describen las preferencias de los usuarios privados por ser atendidos en áreas alrededor de 15 a 20 millas de su residencia, sin perjuicio de su posible mayor disposición al desplazamiento en función del cuadro médico.

En el caso del mercado español, el beneficiario de un seguro privado tiene libertad de elegir dentro del catálogo de centros concertados por la compañía⁹. En general, sin embargo, la sustituibilidad se dará en áreas más próximas o más amplias según las patologías y las expectativas del paciente. Determinadas patologías puntuales solamente pueden ser atendidas en centros dispersos.

Al considerar la competencia por el asegurador entre los centros hospitalarios, hay que tener en cuenta que las aseguradoras privadas buscan alcanzar el nivel de cobertura requerido por su política de captación de clientes o por las mutualidades en función de factores tales como núcleos de población cubiertos, comunicaciones y nivel socioeconómico de sus asegurados, no siendo sustituibles unas áreas por otras. Así, la ubicación geográfica siempre será un factor de peso a la hora de incluir un centro en el catálogo de servicios de una aseguradora. En el caso de contratación de servicios de salud pública, dependerá de la política de contratación de cada Comunidad Autónoma, que probablemente atenderá a la proximidad a los centros públicos a los que se desvían las listas de espera o a las necesidades de las áreas de salud.

Al considerar la competencia por el asegurado, los hospitales privados pueden competir por áreas limítrofes al área de salud¹⁰ que corresponde al usuario. En todo caso, la notificante señala que el área de captación no siempre es coincidente con las demarcaciones territoriales autonómicas (así, por ejemplo, la proximidad entre Toledo y Madrid puede desviar pacientes a unos u otros centros en función de sus prioridades).

Como ya se ha indicado al tratar el mercado de producto, la definición de los mercados geográficos puede quedar abierta, dada la naturaleza de la operación.

⁹ Los catálogos suelen ser de ámbito provincial, sin perjuicio del derecho del asegurado a recibir atención en cualquier centro hospitalario concertado de la compañía en el ámbito nacional.

¹⁰ Cada Comunidad Autónoma tiene competencia para definir y delimitar sus Áreas de Salud.

VI. ANÁLISIS DEL MERCADO

VI.1 Regulación del mercado

La Ley General de Sanidad (LGS)¹¹ es la ley marco que regula la prestación de servicios de asistencia sanitaria, tanto públicos como privados, en España y establece los principios generales del denominado Sistema Nacional de Salud (SNS), que comprende los servicios sanitarios de carácter público y establece las bases para la actividad de los centros privados.

Los artículos 29.1 y 40.9 de la LGS reconocen la libertad de empresa en el sector sanitario y someten a autorización administrativa previa la instalación y funcionamiento de los centros sanitarios que quedarán inscritos en un registro general.

A su vez, el R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, regula las bases de procedimiento de autorización y la potestad de las Comunidades Autónomas para autorizar los centros sanitarios ubicados en su ámbito territorial y la creación del antes citado registro general y catálogo de centros, servicios y establecimientos sanitarios (Catálogo Nacional de Hospitales) y la clasificación de los mismos.

La LGS permite a los hospitales generales del sector privado que lo soliciten estar vinculados mediante convenios singulares al SNS¹², siempre que por sus características técnicas sean homologables, manteniendo el sector privado la titularidad de los centros y de las relaciones laborales del personal que en ellos preste servicio.

También otorga a las administraciones públicas sanitarias la potestad de establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas¹³, dando prioridad en condiciones análogas a los centros titularidad de entidades que tengan carácter no lucrativo. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.

Las distintas Comunidades Autónomas han ido asumiendo competencias en materia de sanidad de manera gradual, proceso que culminó en el año 2002 en que se hizo efectiva la transferencia de la gestión del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), produciéndose la plena descentralización territorial propugnada por la LGS. La LGS faculta a cada Comunidad Autónoma para definir y delimitar sus Áreas de Salud.

Otras disposiciones en materia de sanidad son la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula el sistema de financiación de la sanidad y la Ley de Calidad de la Sanidad¹⁴, que establece el principio de igualdad interterritorial y

¹¹ Ley 14/1986, de 25 de abril, desarrollada en aplicación de las previsiones constitucionales que establecían la posibilidad de que las Comunidades Autónomas asumieran en sus Estatutos competencias sobre sanidad e higiene.

¹² Artículos 66 y 67 de la LGS.

¹³ Artículo 90 de la LGS.

¹⁴ Ley 16/2003, de 28 de mayo, sobre Cohesión y Calidad del SNS

los estándares básicos de calidad de la sanidad que deben alcanzarse en toda España.

VI.2 Características y evolución de los servicios hospitalarios

Según la notificante, la prestación de servicios sanitarios en España ha sido fundamentalmente de propiedad y gestión públicas, tanto en lo relativo a la atención sanitaria primaria como a los centros clínicos especializados. Los servicios hospitalarios de la sanidad pública se han prestado en aproximadamente un 80% en los centros públicos y el restante 20% a través de centros privados.

No se dispone de datos de facturación del conjunto de los servicios hospitalarios prestados por el sector privado. Según el Catálogo Nacional de Hospitales, a 31 de diciembre de 2003, el número de hospitales y complejos hospitalarios en España ascendía a 774, con 157.455 camas instaladas, de los que el 60% dependen funcionalmente de entidades privadas benéficas y no benéficas y mutualidades de accidentes de trabajo. Este porcentaje se reduce a un 33% si se considera el número total de camas instaladas. Ello se debe a la menor dimensión de los hospitales privados respecto a los públicos, pues tomando los centros de más de 500 camas, solamente un 13,5% son privados.

En el ámbito de los servicios hospitalarios privados, los operadores pueden ser básicamente de dos tipos: hospitales integrados verticalmente pertenecientes a compañías aseguradoras y hospitales privados puros. Todos suministran sustancialmente los mismos servicios y compiten entre sí; incluso aquellos centros que son propiedad de compañías de seguros, en su mayoría, establecen conciertos con otras compañías y con la sanidad pública al objeto de rentabilizar al máximo su capacidad.

Por su parte, los pacientes privados de pago propio ascienden, aproximadamente, a un millón de personas, lo que supuso, de acuerdo con la notificante, un 10% del mercado en 2003. Se espera un descenso del peso de los privados de pago propio debido a la progresiva inclusión de nuevas prestaciones por las aseguradoras en una modalidad que resulta más económica para el usuario que el pago propio.

Sin embargo, en referencia a las seguros médicos privados, la notificante señala que a pesar de la subida de los precios medios de las pólizas de las compañías por el creciente coste de medicamentos, cuidados y costes salariales de los equipos médicos, el sector espera una demanda creciente de este tipo de cobertura médica, lo que redundará en una mayor demanda de servicios hospitalarios privados. Se estima que actualmente un 17% de la población española (alrededor de ocho millones de personas) cuenta con este tipo de pólizas de seguro médico cuyo incremento medio anual en el periodo de 1996 a 2002 estiman en un 9,2%.

VI.3 Estructura de la oferta

VI.3.1 Servicios hospitalarios privados

Los operadores en este mercado podrían catalogarse diferenciando, los de carácter benéfico y los no-benéficos distinguiendo, a su vez, los integrados verticalmente pertenecientes a compañías de seguros privadas.

Los centros hospitalarios privados operados por entidades de carácter benéfico ascienden a 127, destacando la Iglesia Católica y la Cruz Roja. Aquéllos operados por entidades no-benéficas ascienden a 302.

La notificante señala que los principales operadores de centros hospitalarios no integrados verticalmente son United Surgical Partners (USP), que gestiona una cadena de ocho hospitales en áreas urbanas¹⁵; el grupo Quirón, que cuenta con cuatro hospitales y tres centros de especialidad; Hospiten, que es titular de seis centros en las Islas Canarias y L'Aliança, Mutua Catalana que cuenta con cinco hospitales.

Entre los centros integrados verticalmente, los más significativos son los siguientes: 16 hospitales de la aseguradora Asisa, 14 de Sanitas y 11 de Adeslas.

El Grupo IDC opera en el conjunto nacional 10 centros con 1.300 camas instaladas, lo que representa [0-10%] de los centros y [0-10%] de las camas de operadores privados.

En cuanto a la facturación del grupo, la mayor parte de los ingresos corresponde a la actividad de los centros hospitalarios, mientras que las actividades de las policlínicas no llegan al [0-10%] del total. Éstas están en Alcalá de Henares, Alcázar de San Juan, Puertollano, Cáceres y Mérida y se encuentran organizativamente integradas en los hospitales del área donde están ubicadas.

A continuación se indican los hospitales del grupo IDC, su ubicación, categoría, modalidad de acuerdo de gestión o prestación de servicios públicos concertados y porcentaje de la facturación de los centros que corresponde a pacientes privados y asegurados privados:

¹⁵ Según datos publicados en la página web del propio Grupo, cuenta también con nueve policlínicas y cinco centros ambulatorios y de diagnóstico.

HOSPITALES DEL GRUPO IDC				
Provincia	Hospital	Categoría	Servicios públicos	% Facturación privados
Cáceres	Virgen Guadalupe	general	[...]	[...]
Badajoz	Santa Justa	quirúrgico	[...]	[...]
	Clínica Clideba	general	[...]	[...]
Albacete	Recoletas	general	[...]	[...]
Ciudad Real	Recoletas	quirúrgico	[...]	[...]
Toledo	Ntra.Sra.del Rosario	general	[...]	[...]
	Tres Culturas	general	[...]	
Madrid	La Concepción	general	[...]	[...]
	Hospital Sur Alcorcón	médico-quir.	[...]	[...]
Barcelona	General de Cataluña	general	[...]	[...]

Fuente: Notificación

La notificante señala las cuotas de mercado por número de camas hospitalarias del Grupo IDC en las provincias en las que se ubican los centros en cuestión, que se indican en el cuadro siguiente¹⁶:

CUOTAS DE MERCADO DEL GRUPO IDC – SITUACIÓN A 31-12-2003					
	HOSPITALES PRIVADOS		CAMAS INSTALADAS		
	Total	IDC	Nº total	camas IDC	cuota IDC %
C.A. Extremadura					
Provincia de Cáceres	3	1	86	34	[30-40]
Provincia de Badajoz	6	2	264	95	[30-40]
C.A. Castilla-La Mancha					
Provincia de Albacete	3	1	130	63	[40-50]
Provincia de Ciudad Real	2	1	95	5	[0-10]
Provincia de Toledo	3	2	145	125	[80-90]
C.A. de Madrid	41	2	6.427	720	[10-20]
C.A. de Cataluña					
Provincia de Barcelona	63	1	10.820	265	[0-10]

Fuente: Notificación y Catálogo de Hospitales de 2004 (situación a 31-12-2003)

¹⁶ Se ha tomado como criterio para la medición el número de camas de los centros, si bien hay que señalar que el resultado queda matizado según el grado de actividad del centro para pacientes del sistema público en virtud de conciertos y convenios de vinculación. El agrupamiento en la categoría de “hospitales privados” en este cuadro se refiere a los privados, benéficos y no-benéficos, tanto generales como especializados en alguna de las categorías incluidas en la cartera de los centros de IDC.

En la provincia de Toledo se han considerado los dos hospitales que actualmente están operativos, si bien se va a proceder al cierre del más antiguo, de manera que el número de camas será el del Hospital Tres Culturas (no incluido en el Catálogo por ser posterior al cierre) con 65 camas, quedando la cuota en un 76,4%.

A tenor de estos datos, CAPIO adquiere las siguientes cuotas de mercado por número de camas hospitalarias referidas a las provincias en las que tiene centros operativos: Cáceres 39,5%, Badajoz 36%, Albacete 48,5%, Ciudad Real 5,3%¹⁷, Toledo 86,2%, Madrid 11,2% y Barcelona 2,4%.

VI.4 Estructura de la demanda

Según datos de la notificante, el principal grupo demandante de servicios hospitalarios privados en España son las compañías de seguros de asistencia sanitaria, que representan aproximadamente un 60% de la facturación total del sector de los hospitales privados y está muy concentrada en las tres principales que, además, están integradas verticalmente: Adeslas, Asisa y Sanitas.

La demanda en el grupo IDC se caracteriza [...].

El [..%] de la facturación del grupo procede de clientes privados y compañías de seguros, siendo los principales Mutua General de Cataluña, Adeslas, Sanitas, Asociación de la Prensa y Asisa. Aunque todos los hospitales del Grupo IDC prestan servicios a asegurados privados, los [...] siguientes están especialmente centrados en este tipo de demanda: [...].

VI.5 Estructura de la distribución – Fijación de precios y otras condiciones comerciales

En el sector de servicios hospitalarios no hay canales de distribución definidos. Los propios facultativos que desempeñan la función asistencial deciden en numerosas ocasiones a qué centro remiten a sus pacientes. Finalmente las propias compañías aseguradoras, al incluir en sus catálogos de servicios los centros hospitalarios, determinan qué centro favorecen para ser utilizado por sus asegurados.

Según la notificante, los gestores de hospitales tienden a cobrar precios diferentes por los servicios y/o productos especializados que ofertan, dependiendo de factores tales como la disponibilidad del equipo técnico, importancia del servicio en términos de volumen y valor, o la identidad del cliente demandante del servicio y la relación con él.

Por regla general, los precios aplicados a los pacientes de pago propio son superiores a los aplicados por los servicios a pacientes asegurados. Las tarifas que se aplican a estos últimos se basan generalmente en dos tipos de acuerdos económicos: el pago de honorarios por servicio prestado (basado en los días de internamiento) y el pago de un precio fijo por cada servicio o gama de servicios. Las tarifas se negocian con la aseguradora específicamente para cada centro en función de diferentes factores y de la ubicación del hospital, confiriendo el número de asegurados poder a la aseguradora para obtener descuentos.

¹⁷ La Clínica Coreysa, gestionada por IDC hasta noviembre de 2004, no se tiene en cuenta porque no forma parte de la operación.

VI.6 Aspectos verticales - Poder compensatorio de la demanda

El grupo adquirido es un operador no integrado verticalmente en ninguna compañía de seguros.

La demanda proveniente de las compañías aseguradoras dispone de un fuerte poder de negociación, que varía en función del volumen y distribución geográfica de su cartera de asegurados, la disponibilidad de centros propios y otros establecimientos en las áreas donde es preciso contar con una oferta atractiva para sus asegurados.

VI.7 Competencia potencial - Barreras a la entrada

En el mercado de servicios hospitalarios privados las barreras a la entrada se derivan de la naturaleza del propio negocio. Por un lado, la necesidad de una autorización administrativa para el ejercicio de la actividad que se obtiene cumpliendo los requisitos técnicos y regulatorios estipulados por las respectivas autonomías y, por otro lado, la capacidad financiera suficiente para acometer las inversiones necesarias.

Los requisitos técnicos tienen relevancia en la captación de negocio de los servicios de salud pública por los centros hospitalarios, por cuanto deben reunir los requisitos técnicos de homologación que marquen las respectivas administraciones para poder resultar adjudicatarios de las diferentes modalidades de contratación o explotación existentes.

Por último, como señala la notificante en relación con la competencia potencial, se observa cierta dinámica por parte de fondos de inversión interesados en este sector en los últimos años, que han entrado a formar parte del accionariado del Grupo USP, Hospiten y Quirón así como en la Clínica Teknon.

VI.8 Otros aspectos: Investigación y desarrollo

La notificante señala que IDC es uno de los pocos operadores privados que gestiona un hospital universitario, la Clínica de la Concepción, perteneciente a la Fundación Jiménez Díaz, que se cuenta entre los líderes en volumen de investigación. Este hospital cuenta con una escuela de enfermería que forma anualmente a 75 enfermeras.

VII. VALORACIÓN DE LA OPERACIÓN

La operación notificada consiste en la adquisición del control exclusivo sobre SANIDAD Y GESTIÓN DE HOSPITALES, S.L., sociedad holding que aglutina las sociedades del grupo IBÉRICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA (Grupo IDC), por parte de CAPIO AB (CAPIO).

Con ello, se produce la entrada de un nuevo operador, el grupo sueco CAPIO, en el mercado español de servicios hospitalarios privados, mediante la toma de control de un grupo ya existente, IDC. CAPIO es un grupo especializado en la gestión de este tipo de servicios, que ya está presente en diferentes mercados europeos.

En el conjunto del mercado español de servicios hospitalarios prestados por centros privados, CAPIO gestionará 10 centros hospitalarios que representan un [0-10%] de las camas instaladas gestionadas por operadores privados y 5 policlínicas adscritas a los mismos.

Teniendo en cuenta las provincias en las que operan los citados centros, CAPIO adquiere las siguientes cuotas por número de camas instaladas: Cáceres [30-40%], Badajoz [30-40,] Albacete [40-50%], Ciudad Real [0-10%], Toledo [80-90%], Madrid [10-20%] y Barcelona [0-10%].

En cualquier caso, la concentración no supone una modificación significativa en la estructura del mercado de servicios hospitalarios privados, habida cuenta de que el grupo adquiriente no estaba presente en España.

En el mercado de servicios hospitalarios privados las barreras a la entrada se derivan de la naturaleza del propio negocio y son, principalmente, la necesidad de una autorización administrativa para el ejercicio de la actividad que se obtiene cumpliendo los requisitos técnicos y regulatorios estipulados por las respectivas autoridades y la capacidad financiera suficiente para acometer las inversiones necesarias.

En particular, debe señalarse que los centros que tengan intención de prestar servicios al sector público deberán reunir los requisitos necesarios para ser homologados según la modalidad de contratación o gestión de que se trate.

Actualmente operan en este mercado un número elevado de competidores, principalmente organizaciones sin ánimo de lucro, como la Iglesia Católica y la Cruz Roja, o entidades con ánimo de lucro. Algunos están integrados verticalmente en los grupos aseguradores privados que operan en el mercado español de seguros de enfermedad y asistencia sanitaria. El grupo CAPIO no está integrado verticalmente en ninguna aseguradora.

El sector privado de prestación de servicios hospitalarios es muy dinámico y con expectativas de crecimiento futuro, tanto por el previsible crecimiento de la demanda de las compañías aseguradoras como por la exteriorización de servicios por parte de la sanidad pública. Todo ello se refleja en el interés que suscita el sector, en el que han entrado últimamente diferentes fondos de inversión.

VII.1 Conclusiones

Teniendo en cuenta lo expuesto, no cabe considerar que la operación de referencia pueda obstaculizar el mantenimiento de una competencia efectiva en el mercado español.

VIII. PROPUESTA

En atención a todo lo anterior, se propone **no remitir** el expediente de referencia al Tribunal de Defensa de la Competencia para su informe en aplicación del apartado 1 del artículo 15 bis de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, por lo que la operación de concentración notificada quedaría tácitamente autorizada conforme al apartado 2 del mencionado artículo.