

Documento de Trabajo N° 135

**Una nota sobre el alcance del mercado
geográfico relevante en concentraciones de
centros de salud**

Santiago Urbiztondo ^{1/}



**Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas**

Buenos Aires, marzo 2026

1/ Economista Jefe de FIEL. El contenido de este documento refleja la visión del autor firmante, sin comprometer a las empresas patrocinantes y a las entidades fundadoras de FIEL.

¿QUÉ ES FIEL?

La Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, FIEL, es un organismo de investigación privado, independiente, apolítico y sin fines de lucro, dedicado al análisis de los problemas económicos de la Argentina y América Latina.

Fue fundada en 1964 por las organizaciones empresarias más importantes y representativas de la Argentina, a saber: la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, la Cámara Argentina de Comercio, la Sociedad Rural Argentina y la Unión Industrial Argentina.

FIEL concentra sus estudios en la realización de investigaciones en economía aplicada, basadas en muchos casos en el procesamiento de la estadística económica que elabora directamente la institución.

Estas investigaciones abarcan áreas diversas, tales como economía internacional, mercado de trabajo, crecimiento económico, organización industrial, mercados agropecuarios, economía del sector público, mercados financieros. En los últimos años la Fundación ha concentrado sus esfuerzos en diversas líneas de investigación relacionadas con el sector público y su intervención en la economía, trabajos que han hecho de FIEL la institución local con mayor experiencia en esta área. Dentro de esta temática, ocupa un lugar destacado el estudio y la propuesta de soluciones económicas para los problemas sociales (educación, salud, pobreza, justicia, previsión social).

El espíritu crítico, la independencia y el trabajo reflexivo son los atributos principales de las actividades de investigación de FIEL.

Por la tarea desarrollada en sus años de existencia, FIEL ha recibido la "Mención de Honor" otorgada a las mejores figuras en la historia de las Instituciones-Comunidad-Empresas Argentinas, y el premio "Konex de Platino" como máximo exponente en la historia de las "Fundaciones Educativas y de Investigación" otorgado por la Fundación Konex.

La dirección de FIEL es ejercida por un Consejo Directivo compuesto por los presidentes de las entidades fundadoras y otros dirigentes empresarios. Dicho órgano es asistido en la definición de los programas anuales de trabajo por un Consejo Consultivo integrado por miembros representativos de los diferentes sectores de la actividad económica del país, que aportan a FIEL los principales requerimientos de investigación desde el punto de vista de la actividad empresarial. Un Consejo Académico asesora en materia de programas de investigación de mediano y largo plazo. Los estudios y las investigaciones son llevados a cabo por el Cuerpo Técnico, cuya dirección está a cargo de cuatro economistas jefes, secundados por un equipo de investigadores permanentes y especialistas contratados para estudios específicos.

FIEL está asociada al IFO Institut Für Wirtschaftsforschung München e integra la red de institutos corresponsales del CINDE, Centro Internacional para el Desarrollo Económico. Constituye además la secretaría permanente de la Asociación Argentina de Economía Política.

CONSEJO DIRECTIVO

<i>Presidente:</i>	<i>Dr. Daniel Herrero (Ex Presidente, TOYOTA ARGENTINA)</i>
<i>Vicepresidentes 1°</i>	<i>Dr. Carlos Ormachea (Chairman, TECPETROL)</i>
<i>Vicepresidentes 2°</i>	<i>Lic. María Carmen Tettamanti (en uso de licencia)</i>
<i>Vicepresidentes 3°</i>	<i>Javier A. Bolzico (Presidente, ADEBA – ASOCIACIÓN DE BANCOS ARGENTINOS)</i>
<i>Secretario:</i>	<i>Ing. Franco Livini (Presidente, PIRELLI NEUMATICOS)</i>
<i>Prosecretario:</i>	<i>Sr. Alberto L. Grimoldi (Presidente, GRIMOLDI y Vicepresidente 3°, CAC)</i>
<i>Tesorero:</i>	<i>Gustavo Canzani (Director de Riesgos, ICBC ARGENTINA)</i>
<i>Protesorera:</i>	<i>Dra. Patricia Galli.(C.F.O., IBM ARGENTINA)</i>

Vocales: Mariano Bó, Andrés Cavallari, Julio C. Crivelli, José M. Dagnino Pastore, Ricardo Dessy, Adelmo J.J. Gabbi (Presidente de la Bolsa de Comercio), Fernando García Cozzi, Sergio Grinenco, Natalio Mario Grinman (Presidente de CAC), Matías O'Farrel, Marcos J. Pareda, Rodrigo Perez Graziano, Nicolás Pino (Presidente de la Soc. Rural Argentina), Martín Roggio, Gustavo Salinas, David Sekiguchi, Juan Manuel Trejo, Alejandro Urricelqui, Martín Zarich, Federico Zorraquín.

CONSEJO CONSULTIVO

Ricardo Argarate, Miguel Arrigoni, Mauricio Canineo, Juan Curutchet (en uso de licencia), Federico Elewaut, Pablo Miedziak, Gustavo Nieponice, Javier Ortíz Batalla, Guillermo Pando, Cristiano Rattazzi, Luis Ribaya, Hernán Sánchez, Amadeo R. Vazquez, Gustavo Weiss, Carlos Alberto de la Vega.

CONSEJO ACADEMICO

Miguel Kiguel, Ricardo López Murphy, Manuel Solanet, Enrique Szewach, Mario Teijeiro.

CONSEJO HONORARIO

Dr. Juan Pedro Munro, Manuel Ricardo Sacerdote, Ing. Victor L. Savanti.

CUERPO TÉCNICO

Economistas Jefe: Daniel Artana, Juan Luis Bour (Director), Fernando Navajas, Santiago Urbiztondo.

Economistas Asociados: Juan Pablo Brichetti, Isidro Guardarucci.

Economistas Senior: Guillermo Bermúdez, Nuria Susmel, Ivana Templado.

Investigadores Visitantes: Marcelo Catena, Marcela Cristini, Santos Espina Mairal, Mónica Panadeiros, Diego Pitetti.

Asistentes Profesionales Junior: Juan Amaya, Mateo Moyano, Karen Rivera Encinas, Tadeo Rost Kain, Lucía Ventura.

Abstracto

En este documento se examina con cierto detalle cuál es el espacio geográfico apropiado para analizar una operación de concentración económica que involucre cierta concentración horizontal entre centros de atención sanatorial. El análisis contiene tres elementos centrales. En primer lugar, una breve presentación del enfoque *antitrust* aplicado a la definición del mercado relevante (del producto y geográfico), en términos generales. En segundo lugar, una revisión de la normativa y jurisprudencia salientes a nivel internacional orientada en materia de los servicios sanatoriales, estableciendo un *benchmark* relevante –el Test Elzinga-Hogarty– para la consideración específica de concentración que involucre centros de atención sanitaria. Y en tercer lugar, finalmente, se ilustra la contribución empírica que permitiría sumar una aplicación al menos parcial de este test, simulando datos que (a diferencia de tests teóricamente superiores, como el Test del Monopolista Hipotético) pueden ser fácilmente provistos por las empresas notificantes a pedido de la CNDC respecto del comportamiento de los pacientes (la demanda) ante la oferta sanatorial existente, en particular, las distancias recorridas por sus pacientes para acudir a los distintos tipos de tratamiento realizados en sus diversos centros sanitarios.

Contenido

Abstracto.....	4
Introducción.....	6
1. La definición del mercado relevante en el análisis <i>antitrust</i>	9
2. Definición del mercado geográfico relevante de los hospitales	12
El mercado relevante del producto.....	12
El Test Elzinga-Hogarty (TEH)	16
Definición del mercado geográfico relevante en la experiencia internacional	17
Algunos detalles prácticos del Test Elzinga-Hogarty.....	19
Comentarios finales sobre el TEH	23
3. Definición del mercado relevante, participación de mercado y poder de mercado.....	24
4. Una ilustración de la aplicación doméstica del Test Elzinga-Hogarty	26
5. Conclusión.....	32

Introducción

Definir el alcance del mercado relevante de un producto o servicio es una de las tareas salientes que tiene toda autoridad de defensa de la competencia o *antitrust*. Dicha definición incide en la caracterización de los competidores y su distinto poder de mercado, por lo cual es probable – dependiendo de las características de las conductas o concentraciones económicas que se examinen– que la adopción de una u otra definición conduzca a conclusiones y decisiones diferentes.

En la práctica *antitrust* de las últimas décadas a nivel internacional ha habido contribuciones académicas y esfuerzos prácticos para perfeccionar la definición del mercado relevante. En el caso específico de la prestación de servicios sanatoriales, tal definición implica caracterizar cuáles servicios ofrecidos por los centros de salud son sustitutos suficientemente cercanos entre sí de modo tal que exista entre ellos una competencia sustantiva. Ello implica definir, para cada servicio médico puntual, cuáles alternativas de provisión –según su ubicación geográfica y las características propias y de los centros alternativos existentes– son consideradas parte de un mismo mercado relevante para los fines del examen *antitrust*. Desde otra perspectiva, la pregunta a responder es si los habitantes de un determinado municipio tienen suficiente posibilidad y disposición para atender su salud en centros médicos ubicados en municipios cercanos de modo tal que los sanatorios ubicados en distintos puntos geográficos distantes entre sí son considerados alternativas sustitutas válidas por una porción suficiente de la demanda.

Recientemente la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (Dictamen CNDC CONC. 1938 del 27/9/2025, refrendado por la RESOL-2025-388-APN-SIYC#MEC del 13/10/25) aprobó una operación de concentración económica en la cual, entre otras particularidades, el Grupo Swiss Medical –que gestiona una amplia cartera de centros de atención médica de alta complejidad en distintas partes del país, y en particular en los barrios de Olivos, Recoleta y Belgrano dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)– incorporó el control de una clínica ubicada dentro del AMBA (Sanatorio las Lomas, con centros de atención en San Isidro, Pilar y Nordelta).

En su Dictamen la CNDC definió el mercado geográfico relevante para examinar la operación notificada señalando que (párrafo # 112): “...**en consonancia con los antecedentes de la propia**

CNDC, los servicios de prestación de servicios sanatoriales ofrecidos por centros médicos polivalentes de alta complejidad serán evaluados en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires” (énfasis propio).

Los antecedentes a los cuales hace referencia la CNDC son tres, mencionados en la nota al pie de página del párrafo # 78 del Dictamen¹. Sin embargo, al consultar el último de estos antecedentes se verifica la escasa importancia atribuida entonces a la definición del mercado geográfico relevante de los servicios médicos prestados por los centros de salud debido a que la operación examinada era una donde una empresa de medicina prepaga que administraba distintos centros médicos (Galeno) adquirió el control de otra empresa de medicina prepaga (Mapfre) sin ningún centro de salud, refiriéndose allí que la definición escogida fue la que la CNDC había adoptado en los dos antecedentes previos. Así, teniendo a la vista escasa importancia de las concentraciones que constituyeron los dos antecedentes originales en los cuales la CNDC definió como mercado geográfico relevante de la prestación de servicios sanatoriales al AMBA, es fácil concluir que la definición adoptada por la CNDC tuvo un “carácter operativo”, algo habitual en el procedimiento usado en un análisis *antitrust*. Concretamente, la misma no fue resultado de un estudio empírico sino que representó un supuesto adoptado para llevar a cabo un análisis *antitrust* preliminar de dichos casos y concluir a partir de allí si una modificación de tal definición podría conducir a un cambio en sus conclusiones, lo cual no ocurrió (esto es, la CNDC consideró irrelevante profundizar en una definición alternativa ya que la misma no hubiera provocado un cambio en sus conclusiones).

En cualquier caso, haya o no sido relevante profundizar en la definición del mercado geográfico relevante aplicable para el análisis de la concentración económica aprobada recientemente por la CNDC, y más allá de que la decisión tomada por la CNDC al aprobar la incorporación del Sanatorio Las Lomas al Grupo Swiss Medical al definir como mercado relevante “el ámbito de la

¹ Concretamente: 1. “VILLA LARROUDET Y CIA S.A. Y OTROS S/NOTIFICACIÓN ART. 8 DE LA LEY N° 25.156 (CONC. 729)”, Resolución (ex) SC 617/09 del 21 de septiembre de 2009, Dictamen CNDC N° 747 del 4 de septiembre de 2009, Expediente S01:0434426/2008. 2. “OBRA SOCIAL UNIÓN PERSONAL DE LA UNIÓN DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACIÓN, DLJMB FUNDING II INC. Y OTROS S/NOTIFICACIÓN ARTÍCULO 8° LEY 25.156 (CONC. 899)”, Resolución (ex) SC 73/13 del 26 de julio de 2013, Dictamen CNDC N° 997 del 4 de junio de 2013, Expediente S01:0148757/2011. Y 3. “GALENO ARGENTINA S.A., JULIO ALFREDO FRAOMENI, MAPFRE ARGENTINA HOLDINGS S.A. Y OTROS S/NOTIFICACIÓN ART. 8 DE LA LEY 25.156 (CONC. 1054)”, Resolución (ex) SC 176/16 del 15 de julio de 2016, Dictamen CNDC N° 1234 del 18 de marzo de 2016, Expediente S01:0051527/2013.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires” haya sido o no la correcta (el análisis presentado más adelante en este trabajo sugiere que sí lo fue), resulta importante desarrollar instrumentos de análisis que permitan aplicar una definición fundada en datos del comportamiento de oferentes y demandantes del propio mercado que es analizado, en vez de adoptar supuestos operativos referidos a decisiones tomadas previamente con un criterio coyuntural.

En este documento se examina con cierto detalle cuál es el espacio geográfico apropiado para analizar una operación de concentración económica que involucre cierta concentración horizontal entre centros de atención sanatorial, considerando –de forma complementaria– si corresponde segmentar el mercado del producto (según calidad, especialidades, infraestructura, etc.) para limitar las características de los sanatorios que compiten entre sí en cada caso. Teniendo en cuenta la dificultad práctica de definir de forma objetiva e indubitable tal alcance del mercado relevante, resulta importante tener en cuenta algunas observaciones fundamentales sobre la interpretación adecuada de las participaciones de mercado (superficialmente identificadas como *proxies* del poder de mercado de quienes las detentan), una tarea inescindible del alcance del mercado relevante que resulte definido.

El análisis realizado aquí contiene tres elementos centrales. En primer lugar, una breve presentación del enfoque *antitrust* aplicado a la definición del mercado relevante (del producto y geográfico), en términos generales. En segundo lugar, una revisión de la normativa y jurisprudencia salientes a nivel internacional orientada en materia de los servicios sanatoriales, estableciendo un *benchmark* relevante –el Test Elzinga-Hogarty– para la consideración específica de concentración que involucre centros de atención sanitaria. Y en tercer lugar, finalmente, se ilustra la contribución empírica que permitiría sumar una aplicación al menos parcial de este test, simulando datos que (a diferencia de tests teóricamente superiores, como el Test del Monopolista Hipotético) pueden ser fácilmente provistos por las empresas notificantes a pedido de la CNDC respecto del comportamiento de los pacientes (la demanda) ante la oferta sanatorial existente, en particular, las distancias recorridas por sus pacientes para acudir a los distintos tipos de tratamiento realizados en sus diversos centros sanitarios.

1. La definición del mercado relevante en el análisis *antitrust*

El análisis económico *antitrust* define los mercados relevantes (de producto y geográfico) como ámbitos donde existen competidores efectivos de productos sustitutos entre sí, dentro de los cuales pueden coexistir distintos productos y/o servicios en cuanto a su precio y/o características puntuales y/o de calidad, que además enfrentan ofertas efectivas o potenciales de productos y/o servicios (menos) sustitutos fuera de dicho mercado y/o distintos grados de desafiabilidad (posibilidad de ingreso de nuevos competidores) en el mediano y largo plazos².

Tal como se reconoce en las US Merger Guidelines del DOJ/FTC de 2023, la definición de un mercado relevante es una tarea compleja, que no siempre resulta en resultados nítidos, aunque igualmente resulta imperioso fijar una línea divisoria sobre cuánta heterogeneidad aceptar en él³.

La metodología estándar reconocida internacionalmente para definir los límites de un mercado relevante (del producto y geográfico) es el denominado **Test del Monopolista Hipotético** (TMH). Esta consiste en definir el mercado relevante del producto como “*el menor grupo de productos respecto del cual, a un monopolista hipotético de todos ellos, le resultaría rentable imponer un aumento de precios pequeño, aunque significativo y no transitorio*”.

² La sustitución más relevante para establecer la existencia de competidores al definir el mercado relevante es la de demanda, siendo la sustitución por el lado de la oferta omitida o sólo considerada en segunda instancia. Las US Merger Guidelines del DOJ/FTC del año 2023 por ejemplo señalan que (traducción propia del inglés original): “*La definición de mercado se centra únicamente en los factores de sustitución de la demanda, es decir, en la capacidad y la voluntad de los clientes de sustituir de un producto o lugar a otro en respuesta a un aumento de precios u otro empeoramiento de las condiciones. Las respuestas de los proveedores pueden tenerse en cuenta en el análisis de la competencia entre empresas (Guía 2 y Sección 4.2), la entrada y el reposicionamiento (Sección 3.2) y en el cálculo de las participaciones de mercado y la concentración (Sección 4.4).*” En las US Horizontal Merger Guidelines del DOJ/FTC anteriores, del año 2010, la sustitución por vía de la oferta sí se consideraba relevante para la definición del mercado relevante en estos términos: “*El análisis de los efectos competitivos en las Secciones 6 y 7 se centra en los participantes actuales en el mercado relevante. Ese análisis también puede incluir algunas formas de entrada. Las empresas que entrarían rápida y fácilmente en el mercado en respuesta a un SSNIP son participantes en el mercado y se les pueden asignar participaciones de mercado.*” En las nuevas guías de la Comunidad Europea (2024), la sustitución por el lado de la oferta sí es tenida en cuenta, en segunda instancia, para eventualmente ampliar la definición del mercado relevante que surge de considerar la sustitución por el lado de la demanda (ver más adelante).

³ En la página 40 de estas Guías se lee (traducción propia del inglés original): “*Los mercados relevantes no tienen por qué tener medidas y límites precisos. Algunos sustitutos pueden estar más cerca y otros más distantes, y la definición de un mercado requiere necesariamente incluir algunos sustitutos y excluir otros. La definición de un mercado relevante a veces requiere un ejercicio de dibujo lineal en torno a las características del producto, como el tamaño, la calidad, las distancias, el segmento de clientes o los precios. Puede haber muchos lugares para trazar esa línea y definir adecuadamente un mercado relevante. Las Agencias reconocen que tales escenarios son comunes y, de hecho, “la imprecisión parecería inherente a cualquier intento de delinear los mercados relevantes.”*”

Simétricamente, el mercado geográfico relevante es el área geográfica de menor tamaño dentro de la cual un monopolista de todos los productos sustitutos producidos y ofrecidos allí podría aplicar un aumento de precios pequeño pero significativo y no transitorio de forma rentable (sin que sus clientes migren a comprar a terceros oferentes fuera de dicha área o que terceros vendedores en áreas adyacentes ingresen con sus productos directamente allí).

Esta es la metodología contenida en los lineamientos a nivel internacional, en Estados Unidos (con el Department of Justice y la Federal Trade Commission –DOJ/FTC), en Europa (con la Comisión Europea) y en la Argentina. En efecto, la CNDC la incluye explícitamente dentro de sus lineamientos desde hace varias décadas (ver Anexo de la Resolución 208/2018 de la Secretaría de Comercio, “Lineamientos para el Control de las Concentraciones Económicas”, Sección II.1. Definición del mercado relevante).

El TMH consiste en verificar si un hipotético monopolista de un producto definido de manera muy estrecha podría encontrar redituable aumentar el precio marginalmente pero de manera no transitoria (entre 5% y 10%, magnitudes que típicamente definen al “*small but significant and nontransitory increase in price*”, o “SSNIP”); en caso de que no sea así, entonces dicha definición estrecha del producto ha omitido incorporar productos suficientemente sustitutos que compiten con aquél, por lo cual el mercado relevante del producto se revela más amplio al supuesto inicialmente, y corresponde avanzar considerando un monopolista hipotético de un conjunto de productos que incluya al sustituto más próximo (independientemente de la similitud física, o de diferencias de procesos productivos y precios entre los distintos productos que tentativamente se incluyan para realizar el test, en tanto resulte verosímil que éstos sean sustitutos entre sí en distintas circunstancias estadísticamente importantes en el agregado, entre otras cosas por no existir “*switching costs*” significativos, ya que lo importante para la definición del mercado relevante es que aun monopolizando todos estos distintos productos sustitutos no sería rentable aumentar sus precios).

De esta forma, si a partir de tales cálculos no fuese redituable aumentar los precios de los distintos tratamientos a un monopolista hipotético de, por ejemplo, todos los centros privados de atención sanitaria dentro de un área geográfica determinada, ello indicaría que a) los hospitales públicos y gestionados por las obras sociales representan una competencia sustancial para los centros privados (lo que implicaría que el mercado relevante del producto excede al de la

atención privada), y/o b) que el área geográfica dentro de la cual compiten los centros sanitarios privados es más extensa que la del monopolista hipotético⁴.

Para realizar dicho cómputo debe poder estimarse correctamente la función de demanda del producto (o *cluster* de productos) evaluado y la estructura de costos del hipotético monopolista en las distintas definiciones o hipótesis alternativas sobre el alcance del mismo.

Puesto en términos simplificados, si la elasticidad-precio de la demanda del monopolista hipotético es “suficientemente” alta (donde el significado de “suficiente” depende de la estructura de costos del monopolista hipotético), entonces el mercado relevante es más amplio que el testeado (ya sea en cuanto a los productos o el área geográfica que corresponde incluir). El valor de la elasticidad-precio de la demanda a partir del cual el SSNIP no es redituable es denominado como “*elasticidad crítica*”, en un ejercicio similar al que resulta de contrastar la reducción en las cantidades demandadas que se estima provocaría un SSNIP con la máxima pérdida de ventas a partir de la cual tal SSNIP no sería rentable. En efecto, esta última metodología es el denominado análisis o test de la “*pérdida crítica*” (“*critical loss*”): si la pérdida del volumen de ventas estimado en respuesta al SSNIP es mayor que este valor crítico, entonces el alcance del mercado relevante es mayor al hipotetizado al estimar la demanda⁵.

La aplicación de estas distintas formas del TMH, sin embargo, requiere contar con información que a menudo no está disponible. Los comportamientos de los consumidores frente a cambios en los precios totales (incluyendo el costo del eventual traslado para realizar la compra fuera del área de residencia) son sólo estimados, y lo mismo ocurre con la estructura de costos de un monopolista hipotético, por lo cual los resultados de este test, cuando se realiza, son objeto de diversos cuestionamientos y reservas por parte de las autoridades *antitrust*, de modo tal que existe una búsqueda permanente por complementar o suplir este análisis con información

⁴ Como se ha tratado repetidamente en la literatura *antitrust*, la aplicación del TMH debe evitar cometer la “*Falacia del Celofán*”. Esta falacia consiste en concluir –como hizo el Tribunal en *United States v. E.I. du Pont de Nemours & Co.*, en el año 1956, previo al desarrollo del TMH por parte del DOJ en la década de 1980– que el mercado relevante del celofán incluye otros sustitutos (otros papeles y/o plásticos) porque no resultaba rentable aumentar el precio de ese producto, por lo cual correspondería concluir que su mercado relevante debería ser más amplio, cuando en realidad dicho resultado se debió a que ese producto ya tenía precios de monopolio antes de considerar un eventual aumento de su precio.

⁵ Ver Navajas y Urbiztondo (2010) y las referencias citadas allí.

cualitativa y cuantitativa consistente que, pese a sus potenciales sesgos y falencias, ayude a construir un cuadro de situación tan objetivo como sea posible.

Frente a tal limitación, la práctica *antitrust* saliente a nivel internacional ha procurado aplicar otros criterios empíricos, utilizando evidencia alternativa y factible que señale algún grado de sustitución entre productos diferenciados (en sus características físicas y/o su ubicación geográfica). La evidencia de que los precios de los productos diferenciados evolucionan con una alta correlación (incluso pese a que podrían enfrentar *shocks* de costos diferenciales), o de que las diferencias de precios evolucionan según la diferenciación de la calidad de los productos, por ejemplo, aporta elementos de juicio a favor de concluir su sustituibilidad y por ende la conveniencia de su agregación en un mismo mercado relevante: la existencia de cierto arbitraje entre precios y calidad señala que, aunque los costos de producción de los bienes y/o servicios diferenciados pudieran diferir y enfrentar shocks distintos, es igualmente una señal de sustituibilidad y competencia de productos y/o servicios dentro de un mismo mercado. Por otro lado, los mayores costos de transporte en relación al valor –que puede ser mayor que el precio pagado– del producto (tanto por la mayor distancia geográfica como por otras características de los bienes o servicios involucrados) conducen a definiciones más acotadas del ámbito geográfico donde existen competidores efectivos que deban considerarse parte de un mismo mercado geográfico relevante.

2. Definición del mercado geográfico relevante de los hospitales

El mercado relevante del producto

En lo que respecta al servicio o mercado relevante del producto en cuestión –los servicios de atención médica hospitalaria o atención sanitaria–, la definición del mercado geográfico relevante es particularmente compleja por la naturaleza de los servicios prestados y la intervención de instituciones de seguro médico (Empresas de Medicina Prepaga –EMP–, Obras Sociales Sindicales –OS–, etc.) que intermedian entre los pacientes y los efectores (sanatorios y clínicas), ya que resulta difícil o imposible distinguir el comportamiento de los pacientes ante cambios en los precios de los servicios sanatoriales (que son pagados por los intermediarios, según acuerdos multidimensionales difíciles de reflejar en los precios de las pólizas de los

seguros médicos)⁶. Presumiblemente, tanto por el poder de compra o negociación de estas instituciones intermediarias como por la menor visibilidad del precio incremental para los pacientes, éstos deciden dónde concurrir en base a las características del seguro médico que adquieren o acceden y otras consideraciones referidas a la calidad percibida de la atención provista en cada centro sanitario en la materia o especialidad específica del tratamiento requerido, tomando en cuenta seguramente los costos que deben incurrir para los traslados necesarios a fin de completar el mismo.

Así, la agrupación de servicios sanatoriales diversos dentro de un mismo mercado relevante del producto, agregando o distinguiendo cada patología y tratamiento, puede dar lugar a definiciones de diverso alcance geográfico: los pacientes pueden estar más dispuestos (o puede haber una proporción mayor de pacientes dispuestos) a trasladarse a un centro alternativo distante cuando el tratamiento requerido es de suma importancia (el valor del tratamiento es mayor para el paciente) y/o si éste no requiere un seguimiento prolongado in situ *ex-post* (lo cual acota el costo del traslado para completar el tratamiento), pero pueden considerar asistir a un centro local de baja complejidad sólo para atender síntomas o patologías menos preocupantes⁷. Así, la definición del mercado relevante del producto está íntimamente asociada con el alcance geográfico del mercado relevante.

Aunque los mercados geográficos aplicables a tratamientos de escasa complejidad pueden ser muy acotados (locales), entre los prestadores que compiten allí se incluyen no sólo a los sanatorios privados sino además a todo tipo de prestador o consultorio médico individual. La ampliación de la oferta, en centros urbanos al menos, es relativamente sencilla (limitada básicamente por la existencia de capital humano, y no por la falta de una población que pueda ser atendida allí), sin enfrentar limitaciones por economías de escala o costos hundidos significativos. Por ello, el interés o cuidado mayor en materia *antitrust* está puesto en la

⁶ Frente a la intermediación de las aseguradoras y administradoras de la salud, French III et al. (2004) hacen referencia a 2 niveles diferentes de decisión: primero, el plan selecciona cuáles hospitales se incluyen en la red disponible para los afiliados, y segundo, el consumidor elige cuál hospital utilizar. Así, la competencia ocurre en ambas dimensiones. En todo caso, estos autores también mencionan que la distancia recorrida para la atención hospitalaria no varía si los pacientes tienen o no una compañía administradora de salud que seleccione los hospitales incluidos en la red.

⁷ French III et al. (2004) citan un trabajo de White y Morrissey (1998), quienes distinguen las distancias recorridas por un paciente según distintos diagnósticos y tratamientos: desde 9,24 millas (unos 15 kms) para tratamientos de hernias, a 15,77 millas (25 kms) para cirugías de espalda y cuello, a 38,9 millas (65 kms) para trasplantes de rodillas.

definición del mercado relevante de los servicios sanatoriales de alta complejidad, que incluyen tratamientos prolongados, incluyendo internaciones.

En tal caso, ¿corresponde segmentar el mercado según la calidad de los distintos efectores a cargo de tratamientos cruciales? ¿Existe algún *trade-off*, enfrentado por los pacientes –de forma directa o a través de sus aseguradoras médicas–, donde los sanatorios –efectores médicos– de distinta calidad compiten entre sí en base al precio diferencial que aplican por sus servicios? ¿Un hipotético monopolista del servicio de más alta calidad enfrenta una competencia efectiva de parte de prestadores de calidad levemente menor, cuyo costo de atención es también algo menor? ¿Y éstos compiten a su vez con efectores cuya calidad y precios son levemente menores, etc., de forma que –indirectamente, por medio de un proceso de “competencia transitiva”– todos los efectores compiten entre sí aunque ofrezcan servicios de distinta calidad? Son todas preguntas lógicas y razonables, para las cuales frecuentemente no hay evidencia empírica que permita una respuesta objetiva, fundada, clara ni universal.

La experiencia internacional en materia de definición del mercado relevante (del producto y geográfico) de los servicios sanitarios, en consecuencia, se caracteriza por la adopción de criterios parcialmente cualitativos y parcialmente cuantitativos. La definición del mercado del producto típicamente incluye servicios sanitarios complejos, con efectores que prestan todos o una gran mayoría de ellos, sin segmentar el mercado en cada tipo de servicio específico. El “servicio hospitalario” contiene entonces un conglomerado –o *cluster*– de servicios hospitalarios (algo que dificulta adicionalmente el análisis de los precios)⁸.

Tal agregación de una canasta de servicios específicos dentro del *cluster* descansa en la existencia de cierto grado de “sustitución por el lado de la oferta”, esto es, en la facilidad para que efectores existentes amplíen sus servicios específicos aprovechando la infraestructura edilicia y técnica que ya disponen.^{9,10} En tal sentido, la capacidad de un efector para incorporar

⁸ Aunque se han propuesto y examinado particiones del mercado del producto según nivel de cuidado o complejidad, y según cada especialidad, en general el mercado relevante del producto utilizado en las investigaciones *antitrust* a nivel internacional agrega las distintas especialidades en un único “*cluster*”, sin distinguir entre niveles de cuidado / complejidad o especialidad. Ver Hentschker et al. (2014).

⁹ Esto es, aunque no haya “sustitución por el lado de la demanda” –un paciente no sustituye un tratamiento de cáncer por un *bypass*–, sí es posible la “sustitución por el lado de la oferta” –un efector puede incorporar servicios con cierta facilidad cuando cuenta con suficiente infraestructura y preparación del personal técnico y administrativo de apoyo.

un servicio específico de alta complejidad cuando ya provee un conjunto amplio de tales servicios es muy superior a cuando sólo se presta un puñado limitado de servicios específicos (porque gran parte de la infraestructura y flujo de pacientes permitirían tal ampliación si la misma fuera repentinamente rentable por un incremento sostenido en los precios de efectores competidores en otros servicios específicos), por lo cual típicamente no se ha juzgado oportuno o necesario particionar el análisis del mercado relevante del producto según cada tratamiento individual.

Vinculado a las diferencias de calidad de las distintas ofertas de atención sanitaria y el grado de sustituibilidad que representen éstas para los consumidores está el tema de los hospitales públicos. Obviamente, si la calidad y posibilidades de acceso de los centros de atención no difieren según se trate de centros gestionados por privados o por el Estado, toda la oferta debe ser considerada como alternativas suficientemente sustitutas y competitivas. La exclusión de los hospitales públicos dentro de la oferta disponible en el mercado representa una segmentación que puede tener justificación en instancias donde hay una fuerte diferenciación de la calidad de atención respecto de los centros privados (en tiempos de espera, dedicación del personal médico, disponibilidad de habitaciones individuales o para dos pacientes, etc.)¹¹.

Asimismo, reconociendo la mayor facilidad de sustitución por el lado de la oferta que se requiere para definir un único mercado compuesto de múltiples servicios médicos específicos, parece *a priori* razonable entretener como hipótesis que la oferta competitiva relevante quede limitada a la inclusión de sanatorios / clínicas de gestión privada que además cuenten con un tamaño mínimo,

¹⁰ Las US Merger Guidelines de DOJ/FTC del año 2023, donde la sustitución por el lado de la oferta no es considerada para definir mercados relevantes, se refieren a esta agregación por conveniencia analítica, utilizando justamente como ejemplo a los hospitales (traducción propia del inglés original): “*Un mercado antitrust relevante es generalmente un grupo de productos que son sustitutos unos de otros. Sin embargo, cuando las condiciones competitivas para múltiples mercados relevantes son razonablemente similares, puede ser apropiado agregar los productos en estos mercados en un “mercado de conglomerados” (“cluster”) por conveniencia analítica, aunque no todos los productos del conglomerado sean sustitutos unos de otros. Por ejemplo, cada uno de los hospitales competidores puede proporcionar una amplia gama de servicios de atención médica aguda. La atención aguda para un problema de salud no es un sustituto de la atención aguda para un problema de salud diferente. No obstante, las agencias pueden agruparlos en un mercado de servicios de cuidados intensivos si las condiciones de competencia son razonablemente similares entre los servicios del grupo. No es necesario que las agencias analicen por separado la definición de mercado para cada producto incluido en el mercado del clúster, y las participaciones de mercado normalmente se calcularán para el mercado del clúster en su conjunto.*” (Sección 4.3.D.4, Mercados de Aglomerados o Cluster).

¹¹ En Estados Unidos aparentemente no existe tal segmentación, pero en el Reino Unido sí se define el mercado de salud considerando sólo los prestadores privados. Ver OXERA (2011).

entendiendo que la distinta calidad en la atención médica entre efectores está arbitrada por diferencias en el costo de atención u otros factores que hacen que los mismos sean opciones suficientemente sustitutas para una porción elevada de pacientes (y/o que exista suficiente competencia indirecta entre centros cercanos de muy distinta calidad a través de la competencia directa entre centros con calidades similares pero más distantes entre sí, limitando la capacidad de que cada uno de ellos se comporte de forma independiente del otro como si actuaran en mercados relevantes diferentes)¹².

En tal sentido, en el actual contexto argentino parece razonable excluir a los hospitales públicos dentro del universo de competidores potenciales por sus características extremadamente diferenciadas respecto de los centros privados, e incluso –para tomar el *cluster* de especialidades como único producto agregado– puede ser razonable también buscar cierto reaseguro sobre la inclusión de competidores con suficiente capacidad para ampliar sus servicios a especialidades específicas si tuvieran un incentivo económico acotado pero relevante para ello, eventualmente limitando el universo de competidores a aquéllos que cuentan con un tamaño mínimo tal que les permita representar suficiente facilidad de “sustitución por el lado de la oferta”¹³.

El Test Elzinga-Hogarty (TEH)

En esta línea de búsqueda de evidencia empírica disponible que resulte relevante para lograr una definición técnica fundada del alcance del mercado relevante en el análisis *antitrust*, Elzinga y Hogarty (1973, 1978)¹⁴ propusieron un método de estimación del alcance del mercado geográfico basado en la identificación de las distancias entre los puntos de residencia y de consumo: si los productos o servicios de un oferente son demandados de forma significativa por consumidores distantes del lugar donde éstos se ofrecen, entonces el mercado geográfico relevante excede la ubicación del oferente porque los consumidores han demostrado suficiente

¹² Se ha argumentado que la competencia entre hospitales ocurre especialmente en dimensiones distintas al precio. Ver Morrissey et al. (1989). Este documento también contiene un análisis empírico muy relevante donde aplica el TEH para revisar varias definiciones del mercado relevante de los hospitales en distintos puntos geográficos de Estados Unidos.

¹³ En la Concentración 1054 (Galeno Argentina, Julio Faromeni, Mapfre Argentina y Otros) aprobada en 2016, la CNDC refiere a entidades privadas de salud con capacidad de internación de pacientes tanto incluyan toda la gama de prestaciones clínicas o sean especializadas en el tratamiento de patologías específicas, señalando que la oferta pública es un sustituto cercano sólo teórico por su menor calidad de infraestructura que la limita a atender a la población sin cobertura médica (# 104).

¹⁴ Elzinga y Hogarty (1973, 1978).

voluntad de sustituir entre ofertas ubicadas en puntos distantes entre sí y respecto de su propia residencia; igualmente, si una parte sustancial de los consumidores que residen en un área geográfica próxima del oferente decide realizar su consumo fuera de la misma, entonces dicho oferente está compitiendo con otros ubicados fuera de dicha área geográfica, y por lo tanto el mercado geográfico relevante es mayor al área estrecha donde habitan esos consumidores.

La idea general de este método entonces es que las decisiones de dispersión geográfica del consumo que son observadas resultan relevantes para estimar la reacción eventual de la demanda ante un incremento de precios del monopolista hipotético, omitiendo el hecho de que la elección de una u otra alternativa puede depender poco o mucho de las diferencias o cambios en los precios.

En todo caso, aunque ciertamente no hay un vínculo teórico entre las decisiones de consumo geográfico (el traslado hasta un hospital distante) y la reacción frente a un aumento hipotético del precio (para estimar a partir de esa evidencia la elasticidad-precio de la demanda, base del cálculo del poder de mercado y del TMH), la evidencia del traslado para el consumo hasta un punto distante sí informa sobre la menor importancia de la distancia (esto es, un menor costo de transporte relativo al valor que el consumidor otorga al servicio obtenido) como limitante de optar entre las distintas ofertas existentes en dicho espacio, que por lo tanto razonablemente deben considerarse dentro del mismo mercado relevante.

Aplicando la hipótesis del TEH al caso de los servicios sanatoriales, un centro médico compite con otro centro distante (esto es, los dos pertenecen al mismo mercado geográfico relevante) si la evidencia disponible señala que una porción suficiente de los potenciales pacientes de ambos efectivamente se traslada a distancias similares o mayores a la que media entre los dos centros médicos para su atención médica.

Definición del mercado geográfico relevante en la experiencia internacional

Durante los últimos 20 años, en los Estados Unidos los mercados geográficos en fusiones y adquisiciones de hospitales han sido frecuentemente definidos en base al TEH.

French III et al. (2004) describen varios casos y decisiones judiciales al respecto en ese país, así como también discuten diversos detalles relevantes en la aplicación de este método¹⁵. Según señalan estos autores, durante gran parte del siglo XX los tribunales definían mercados geográficos de atención sanitaria (hospitales) relativamente acotados (uno de los últimos ejemplos según estos autores fue *United States vs. Rockford Memorial*, en el año 1990, en el cual el mercado geográfico se definió –siguiendo la caracterización del DOJ– como un área que incluía sólo tres condados y un radio de aproximadamente 50 kilómetros –kms). La literatura económica especializada coincidía con esta caracterización, analizando la competencia en áreas de alcance limitado a un puñado de localidades o áreas metropolitanas con radios de 15 a 30 kms. Sin embargo, las decisiones de los tribunales desde la década de 1990 han incluido definiciones más amplias, dando lugar a mercados geográficos más extensos al analizar la competencia entre hospitales. Por ejemplo, en *FTC vs. Freeman Hospital*, en 1995, un tribunal incluyó 17 condados dentro del mercado geográfico relevante, mientras que en *United States vs. Mercy Health Services*, también en 1995, el juez aceptó una definición de mercado donde se incluían los hospitales más importantes entre 110 y 160 kms de distancia, y en *FTC vs. Tenet Health Care*, en 1999, la corte distrital aceptó incluir hospitales ubicados a 100 kms de los hospitales fusionados.

Elzinga y Howell (2018), por otro lado revisan la evolución del criterio usado para la definición del mercado geográfico en las guías del Departamento de Justicia (DOJ) y la Federal Trade Commission (FTC) desde la década de 1960 hasta 2010, señalando que esta cuestión históricamente fue tratada de forma secundaria a la definición del mercado relevante del producto, pese a que en mercados de servicios tales como la salud el análisis del mercado geográfico relevante puede ser más importante que el del producto relevante.

Así, si bien en Estados Unidos ha sido frecuente la aplicación del TEH como evidencia sólida para definir un mercado geográfico, dicho test no forma parte explícita del herramental a ser utilizado por sus autoridades *antitrust*¹⁶.

¹⁵ Ver French III et al. (2004).

¹⁶ Las US Merger Guidelines de DOJ/FTC del año 2023 no hacen mención explícita a este test, aunque dedican cierto espacio a considerar la definición del mercado geográfico relevante cuando los consumidores deben acudir al lugar donde están ubicados los oferentes potenciales dentro del mercado relevante (tal como ocurre claramente al tratarse la atención hospitalaria). Concretamente, en la Sección 4.3.D.2.a., cuyo título es “Mercados geográficos

En Europa, por otra parte, corresponde examinar tanto las guías de la Comisión Europea (EC) como las guías y aplicación práctica de las Autoridades Nacionales de Competencia (ANC) de sus países miembro, por lo cual resulta razonable anticipar que la práctica seguramente no sea uniforme. Sin embargo, en un documento reciente de la EC, que formó parte del proceso de análisis de las nuevas guías sobre definición de mercado aprobadas por la EC en febrero de 2024, se realizó una revisión de varios aspectos referidos a la definición del mercado relevante en la práctica *antitrust*, incluyendo su dimensión geográfica, tanto dentro de Europa (el área económica europea –EEE) como fuera de ella¹⁷. De allí es posible rescatar distintos pasajes que indican que la información utilizada para tal definición es variada y tendiente a lidiar con la imposibilidad de estimar de forma segura el TMH, mientras que –a diferencia de EE.UU.– el TEH no ha sido aplicado de forma consistente¹⁸.

Algunos detalles prácticos del Test Elzinga-Hogarty

En lo que respecta a la forma de llevar a cabo el TEH, siguiendo a French III et al. (2004) existen diversos detalles relevantes a considerar. Por un lado, hay dos tipos de medidas sobre la movilidad geográfica a partir de las cuales se comienza a aplicar el TEH:

- a) la determinación del área geográfica donde se producen las ventas de los hospitales examinados, denominada “área de servicio” o “área de captura”, en la cual se calcula una medida denominada LIFO (“*Little In From Outside*”), esto es, el área en la cual hay “pocos” pacientes que provienen de otras áreas; y

basados en la localización de los oferentes” (“*Geographic Markets Based on the Locations of Suppliers*”), dicen (traducción propia del inglés original): “Las agencias a veces definen los mercados geográficos como regiones que abarcan un grupo de ubicaciones de proveedores. **Cuando lo hacen, el alcance del mercado geográfico está determinado por la voluntad de los clientes de cambiar de proveedor.** Los mercados geográficos de este tipo a menudo se aplican cuando los clientes reciben bienes o servicios en las instalaciones de los proveedores, por ejemplo, cuando los clientes compran en persona en las tiendas minoristas. Una misma empresa puede ofrecer el mismo producto en varios lugares, tanto dentro de un mismo mercado geográfico como entre mercados geográficos; la disposición de los clientes a sustituir entre productos puede depender de la ubicación del proveedor. Al calcular las participaciones de mercado, se incluyen las ventas realizadas desde ubicaciones de proveedores en el mercado geográfico, independientemente de si el cliente que realizó la compra viajó desde fuera de los límites del mercado geográfico.” (El resaltado en negrita es propio.)

¹⁷ European Commission (2021).

¹⁸ OXERA (2011) sí menciona su aplicación en Países Bajos, en una operación que involucró una fusión entre los grupos de hospitales Hilversum y Gooi-Noord.

- b) el porcentaje de residentes en el área de servicio que obtienen su atención sanitaria dentro de dicha área, LOFI (*“Little Out From Inside”*), esto es, el área donde son “pocos” los residentes que eligen atender su salud fuera de la misma.

Por otro lado, corresponde definir qué se entiende por “pocos”: para ello se han utilizado umbrales que representan porcentajes del universo total (pacientes en el primer caso y residentes en el segundo) y oscilan desde 10% hasta 25% (esto es, un mercado geográfico en el que participa un determinado hospital es en principio –en una primera estimación– aquél donde no hay más de 10% a 25% de sus pacientes que provienen de otras áreas fuera de dicho mercado, y donde, al mismo tiempo, entre 75% y 90% de los residentes más cercanos a estos hospitales eligen concurrir a un centro incluido en dicha área para su atención médica). Al respecto, no hay ninguna medida objetiva sobre cuál deba ser ese umbral (10%, 25% o cualquier otro valor dentro o fuera de dicho rango), pero obviamente la confianza sobre la mayor extensión del mercado geográfico relevante es mayor cuando se aplica un criterio restrictivo y hay un porcentaje más alto de sus pacientes (en este rango, el 25%) que residen fuera del mismo.

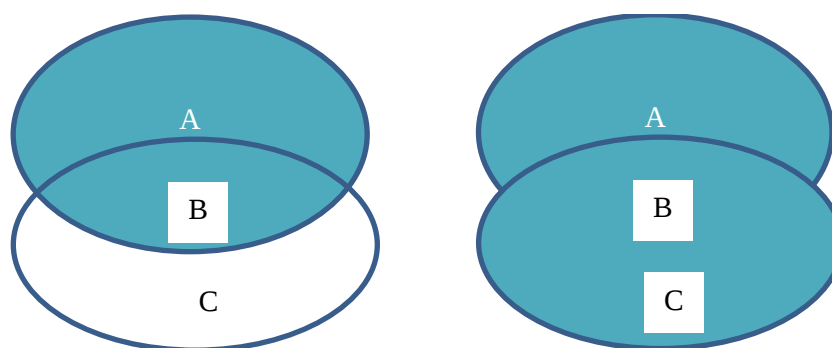
Finalmente, entre diversos detalles que deben considerarse (como la medición del tamaño de cada hospital según la cantidad de pacientes atendidos o su capacidad máxima de atención o internación, o bien la definición de un mercado según la oferta o la demanda¹⁹), resulta central resaltar el referido al criterio por el cual el mercado geográfico preliminar –para el hospital objeto de análisis inicial, por ejemplo por estar involucrado en la operación de concentración económica analizada– se amplía a medida que se consideran las áreas de mercado de otros hospitales que también están dentro de esa área.

¹⁹ Como se señala en las Guías de la Comisión Europea (2024), inciso 109, las exportaciones (atención a pacientes fuera del área del mercado geográfico relevante) e importaciones (atención de sanatorios fuera del área del mercado geográfico relevante a pacientes dentro de esa área) son tratadas de forma inversa según cómo se mida el tamaño del mercado (traducción propia del inglés original): *“Cuando los mercados se definen en torno a las ubicaciones de los clientes, todas las ventas a los clientes en el mercado geográfico relevante se incluyen en el cálculo de las cuotas de mercado. En consecuencia, las ventas de proveedores de otras zonas a clientes del mercado geográfico de referencia (es decir, las importaciones en el mercado de referencia) se incluyen al calcular las participaciones de mercado, mientras que las ventas de proveedores situados en el mercado de referencia a clientes situados en otras zonas (es decir, las exportaciones del mercado de referencia) se excluyen. Por el contrario, cuando los mercados se definen en torno a la ubicación de los proveedores, todas las ventas de los proveedores situados en el mercado de referencia se incluyen en el cálculo de las cuotas de mercado, independientemente de la ubicación del cliente. En ese caso, las ventas realizadas por proveedores situados fuera del mercado geográfico de referencia se excluyen del cálculo de las cuotas de mercado.”*

Lo más importante en este último punto, aunque hay distintas secuencias para avanzar hasta lograr una estimación definitiva, es notar que el mecanismo permite captar la “*competencia transitiva o indirecta*” entre hospitales distantes. Así, por ejemplo, si el Hospital A y el Hospital B están en el mismo mercado geográfico –porque hay suficientes pacientes recibidos en ambos cuyas residencias están tanto o más distantes del hospital elegido que del otro, o porque muchos de los pacientes que asisten al Hospital A residen donde está ubicado el Hospital B–, y lo mismo ocurre entre el Hospital B y el Hospital C, entonces los hospitales A y C pertenecen al mismo mercado geográfico relevante –más amplio que el postulado inicialmente al tener como centro de análisis al Hospital A– aunque no compartan pacientes entre sí. Esto es, aunque no sean sustitutos directos para algún grupo de pacientes suficientemente grande, ambos hospitales A y C sí son competidores indirectos a través de su competencia con el Hospital B.

Esto se ilustra en la Figura 1, donde en la parte izquierda se destaca en azul el mercado geográfico que abarca a los hospitales A y B, pero en la parte derecha, como B y C también pertenecen al mismo mercado geográfico relevante cuyo centro es el Hospital B, entonces A, B y C todos pertenecen al mismo mercado geográfico relevante al aplicar secuencialmente este test con eje en los hospitales dentro del área geográfica del Hospital A.

Figura 1. Ilustración del Test Elzinga-Hogarty (TEH)



Debe resaltarse que un supuesto o condición importante para agregar los hospitales A, B y C dentro del mismo mercado relevante es que no sea posible la discriminación de precios según cuál sea el lugar de residencia del paciente que acude a un hospital, lo cual típicamente es así en el caso de los servicios hospitalarios. En efecto, se supone que el Hospital B no puede hacer ofertas sólo dirigidas a los potenciales pacientes del Hospital A, y por lo tanto, cuando el

Hospital A compite con el Hospital B, entonces el Hospital C también compite con el Hospital A de forma transitiva o indirecta, a través del Hospital B.

Más allá de los detalles técnicos, y los sesgos que puede presentar el TEH (en ambas direcciones, esto es, puede tender tanto a sobre-estimar el alcance del mercado geográfico relevante como a sub-estimarlo)²⁰, se trata de una herramienta muy poderosa, que ha venido a reemplazar o al menos limitar fuertemente la aplicación de criterios subjetivos. Como se señaló previamente, en el caso de Estados Unidos, French III et al. (2004) señalan un quiebre importante en las decisiones de las distintas Cortes del país, que luego de que las partes notificantes comenzaron a presentar estos estudios tendieron a definir mercados geográficos más amplios, pasando de definiciones locales *ad-hoc* (con radios entre 15 y 30 kms) a definiciones que alcanzan e incluso superan radios de 100 kms (desde el núcleo evaluado). Otros documentos examinados, como OXERA (2011) y Garmon (2016), desarrollan distintos argumentos críticos pero igualmente encuentran que, utilizado con cuidado (de forma complementaria a otra evidencia, teniendo en cuenta la sensibilidad de la definición a la elección de distintos umbrales de exigencia, etc.), el TEH es una herramienta útil para asistir en la definición del mercado geográfico relevante en las operaciones de concentración de centros de atención de la salud.

Garmon (2016), más allá de las múltiples críticas que expone sobre el TEH, señala que su aplicación arroja definiciones de mercado que tienden a coincidir con toda el área metropolitana (*Standard Metropolitan Statistical Area –SMSA*) cuando se aplica un umbral poco exigente o “débil”, del 25%, pero que –como ocurre en ciudades más pequeñas– al aplicar el umbral “fuerte”, del 10%, ello resulta en una definición excesivamente amplia del mercado relevante, que tiende a exceder el área metropolitana²¹.

²⁰ Capps et al. (2001) presentan un caso empírico donde, pese a que la aplicación del TEH conduciría a definir un mercado geográfico relativamente amplio, la sensibilidad de la demanda de atención hospitalaria señala una definición más acotada, lo cual indicaría un sesgo del TEH hacia la sobreestimación del alcance del mercado geográfico relevante. Por otro lado, la subestimación del mercado geográfico al aplicar este test puede ocurrir como parte de su propia limitación: la decisión observada de demandar servicios sanatoriales a cierta distancia no tiene porqué corresponderse con un determinado grado de reacción frente a un aumento en el precio, la cual podría ser muy alta sin que este test la capte (subestimando el alcance del mercado relevante).

²¹ Garmon (2016). Las SMSA son unidades usadas por la Office of Management and Budget (OMB) para referirse a una delimitación que incluye un cluster con varios condados cuya densidad poblacional es al menos de 50.000 personas por km², dentro de la cual hay una ciudad y comunidades ligadas que exhiben una fuerte integración social y económica.

En efecto, las críticas más rotundas al TEH que hacen éste y otros autores son respecto de su aplicación en áreas rurales o semi-rurales, donde las definiciones en base al TEH pueden resultar en mercados artificialmente extensos que subestiman los niveles de concentración aprobados por los tribunales en EE.UU. en las últimas décadas. Tratada con cuidado y complementada con un análisis de sensibilidad, el TEH es una herramienta útil, en particular dado que es muy difícil lograr una única definición del mercado geográfico relevante que esté plenamente respaldada por una prueba empírica.

Comentarios finales sobre el TEH

La aplicación del Test Elzinga-Hogarty ha sido fuertemente debatida académicamente, y se han llevado a cabo estudios tendientes a concluir que la misma puede conducir a definiciones excesivas del mercado geográfico relevante, en especial al aplicarse un umbral muy fuerte (esto es, ampliar la extensión del mercado hasta que contenga al 90% –en vez de sólo el 75%– de los pacientes que acuden a los centros de atención que compiten dentro del mismo). Es claro que el test Elzinga-Hogarty es teóricamente perfectible, por ejemplo porque la elección del centro médico por parte de un paciente (y su decisión de trasladarse físicamente varios kms hasta aquél elegido) no necesariamente señala su voluntad de *modificar* su elección frente a un eventual aumento del precio puesto en práctica por un centro médico, por ejemplo, luego de una operación de concentración económica. Sin embargo, aunque los contextos en distintos países pueden diferir y justificar diversas decisiones de cada autoridad *antitrust*, la experiencia internacional en su conjunto no apunta hacia una segmentación extrema donde el mercado relevante quede fuertemente limitado a competidores muy cercanos que ofrecen servicios de calidad muy similar.

Como detalla un estudio de OXERA realizado para la *Office of Fair Trading* (OFT) del Reino Unido, existen distintos métodos para definir el mercado geográfico relevante aplicable al análisis de las concentraciones económicas de hospitales²². Entre ellos se incluyen métodos con distinto grado de sofisticación y diferente también viabilidad práctica de ser realizados. Por un lado, el método *ad-hoc* por excelencia, usado varias décadas atrás, es la definición del “área de recolección” (“*catchment area*”) dentro de un radio equidistante (en cuanto al tiempo de traslado requerido –por ejemplo, 30 minutos); luego, en la década de 1990, cuando la concentración

²² OXERA (2011).

económica de los hospitales en cadenas comenzó a ser más frecuente, comenzaron a aplicarse alternativas mejores, como el cómputo de la pérdida crítica (variante del TMH) y el TEH. Estos últimos tests, aunque utilizan información de mercado para arribar a una u otra definición, igualmente han sido criticados en la literatura académica por distintas limitaciones, proponiéndose en consecuencia métodos más sofisticados que incluyen simulaciones en base a modelos de comportamiento estratégico de las empresas o el cálculo del “ratio del desvío” (o “*diversion ratio*”), que mide el grado de sustituibilidad entre los hospitales que forman parte de una concentración en base a una estimación del porcentaje de pacientes de uno de ellos que migraría al otro en caso de que aquél aumentara marginal pero significativamente su precio.

Sin embargo, como se señala en OXERA (2011), la elección de las técnicas de estimación del alcance del mercado geográfico relevante depende de un conjunto de factores, incluyendo tanto su sustento teórico como también los requisitos informativos, la complejidad y la jurisprudencia *antitrust* establecida, por lo cual cada uno de los métodos existentes es imperfecto en una o varias de estas dimensiones. Las técnicas más modernas son más sólidas teóricamente, pero igualmente tienen importantes limitaciones –son muy complejos, dependientes de supuestos del modelo utilizado en la estimación y de la disponibilidad de información que normalmente no existe–; por otro lado, los primeros (*critical loss* y TEH) son los que reconocen antecedentes de aplicación en la práctica *antitrust*, mientras que los segundos (más sofisticados) no. Así, pese a sus limitaciones, los tests que sí pueden aplicarse en caso de que existan suficientes datos, como el TEH para definir el mercado relevante en las concentraciones de hospitales, proveen información útil que debe ser examinada cuidadosamente, evaluando su sensibilidad a cambios en la definición del umbral utilizado (10% -test fuerte– o 25% –test débil–).

3. Definición del mercado relevante, participación de mercado y poder de mercado

En un artículo muy importante en el análisis *antitrust*, Landes y Posner (1981) mostraron claramente, en base a un análisis económico simple, la importancia de la consistencia requerida en el análisis necesario para definir el mercado relevante (del mercado y del producto) e interpretar la información sobre el poder de mercado que tiene una firma según sea su tamaño

(*market share*) dentro del mismo²³. Revisar los puntos salientes que hicieron estos autores hace ya más de cuatro décadas resulta muy importante a los fines de tener en cuenta que, una eventual definición relativamente estrecha del mercado relevante (interpretando que ciertos productos o áreas no pertenecen al mercado relevante en el cual se analiza una práctica comercial o una concentración económica) puede estar asociada con mayores elasticidades-precio de la demanda dentro de dicho mercado (porque en tal caso hay sustitutos más cercanos que fueron dejados fuera del mercado relevante) y de la oferta desde fuera de ese mercado hacia el mismo (como por ejemplo, por vía de importaciones tratándose de un área geográfica de alcance nacional), por lo cual el poder de mercado de las empresas examinadas no se vería afectado.

Vale decir, estos autores –como igualmente ha hecho toda la profesión económica desde entonces, pero con una traducción a la práctica *antitrust* a veces más difusa– llaman a no interpretar de forma automática los riesgos anticompetitivos detrás de una elevada concentración de un mercado sin notar lo que dicha definición de mercado implica respecto de las presiones competitivas que enfrentan allí los participantes (por parte de consumidores que migren hacia productos sustitutos o de oferentes que reaccionen –desde el exterior o vía reconversión interna para adaptar su oferta en caso de un eventual SSNIP)²⁴.

Concretamente, considerando por simplicidad dos definiciones alternativas del mercado relevante (una “definición estrecha” donde se omite tanto la oferta de centros de atención sanitaria de calidad menor o tamaño reducido y la oferta que representan centros sanitarios ubicados a cierta distancia de los de la empresa examinada, y una “definición amplia” que sí incluye estos centros de salud más variados y lejanos), una participación de mercado de la empresa analizada de (por ejemplo) 50% en el primer caso puede corresponder a un poder de mercado mucho menor que el que resultaría si tal participación de mercado ocurriera en el segundo caso, ya que en éste la elasticidad-precio de la demanda del mercado sería menor (porque todos los sustitutos cercanos están incluidos dentro de la oferta, de modo que los consumidores no tienen alternativas cercanas para escoger si estos oferentes aplicaran conjuntamente un aumento en el precio de la atención sanitaria).

²³ Landes y Posner (1981).

²⁴ Scheffman y Spiller (1987) proponen un análisis para definir el alcance del mercado geográfico relevante según el criterio contenido en las guías del DOJ/FTC, a partir de la estimación de la elasticidad-precio de la demanda residual, explorando el vínculo entre el poder de mercado y la extensión del mercado, en línea con los conceptos presentados por Landes y Posner (1981).

Así, el poder de mercado que detenta una empresa (que controla uno o varios centros de atención sanitaria dentro de un área geográfica concentrada) bajo una definición amplia del mercado, que le confiere una participación de mercado del 50%, es exactamente el mismo poder de mercado que detenta dicha empresa bajo una definición amplia del mercado relevante, en la cual su participación de mercado es de (por ejemplo) el 20%, debido a que en el primer caso la elasticidad-precio de la demanda de atención médica y la elasticidad-precio de la oferta de los competidores sustitutos que fueron excluidos del mercado relevante definen una mayor elasticidad-precio de la demanda residual que enfrenta la empresa, de modo tal que su alta participación no se traduce en un mayor poder de mercado.

4. Una ilustración de la aplicación doméstica del Test Elzinga-Hogarty

Con el fin de aplicar el Test Elzinga-Hogarty (TEH), la autoridad *antitrust* puede solicitar a las empresas notificantes información sobre la procedencia (domicilio) de los pacientes atendidos en cada uno de los sanatorios que controlan, incluso según distintas especialidades y tratamientos médicos recibidos. Esta información –sin dudas a disposición de las empresas notificantes en sus registros contables respecto de años recientes– aportará un elemento valioso para determinar si dentro de dicha área existen varios mercados geográficos relevantes o si, por el contrario, el mercado geográfico relevante tiene incluso una extensión mayor.

Con el fin de ilustrar la contribución del TEH en definiciones futuras que deba adoptar la autoridad *antitrust* en la Argentina, supóngase una concentración de dos centros sanitarios controlados por dos empresas notificantes, ambos ubicados en un mismo punto geográfico dentro del AMBA, cuyo alcance –Figura 2– incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 27 municipios de la Provincia de Buenos Aires (PBA)²⁵.

²⁵ Según *Google Maps*, la distancia entre Escobar y Presidente Perón (en los extremos más distantes entre sí) es de 92 kms. Entre CABA y Presidente Perón hay 48 kms, mientras que entre CABA y Escobar esta distancia es de 54 kms. Tomando San Vicente (en PBA) en vez de CABA como centro de referencia, la distancia a Presidente Perón sería de 64 kms, y la distancia a Escobar de 42 kms.

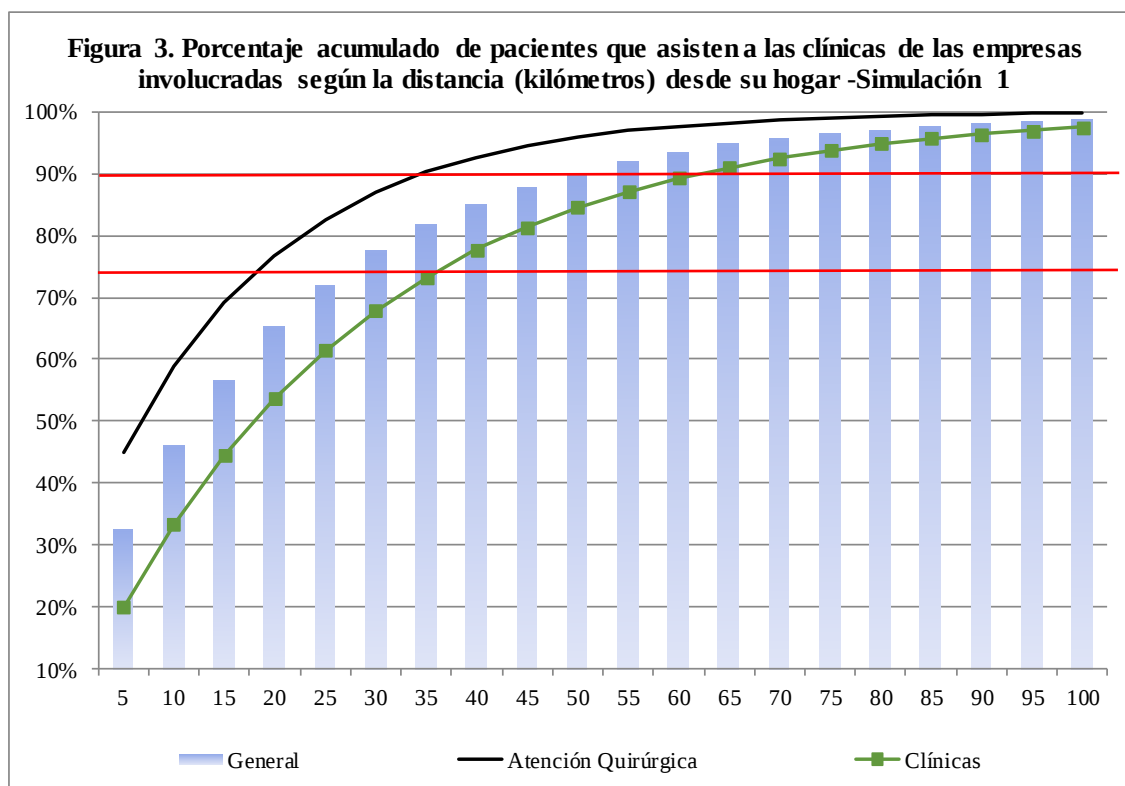
Figura 2. Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)



En esta operación de concentración eventual o hipotética, los centros de atención sanitaria involucrados atienden pacientes con distintas procedencias según sus domicilios particulares, los cuales fueron declarados al haber sido tratados en estos centros. Con esta información, a disposición de las empresas notificantes (al menos considerando un período de tiempo relativamente breve, menor a 5 años), sencillo calcular la extensión del mercado geográfico relevante según el cómputo del radio LIFO (“*Little In From Outside*”, esto es, la extensión del radio del área en la cual hay “pocos” pacientes que provienen de otras áreas) que forma parte del TEH, aplicando alternativamente los dos umbrales extremos (el “test fuerte”, con la extensión resultante de excluir sólo el 10% de los pacientes con residencia más distante, y el “test débil” donde dicho porcentaje es del 25%).

En la Figura 3 se presenta la distribución agregada de pacientes que acuden a ambos centros médicos ubicados en un municipio del AMBA según la distancia que debieron a tal fin, limitando la ilustración a la consideración de dos tratamientos específicos (atención clínica y atención quirúrgica), suponiendo que las distribuciones (de residencia de los distintos pacientes que acuden a cada centro) son idénticas. Los datos reflejan el porcentaje acumulado de pacientes tratados según un ordenamiento creciente de la distancia (entre el punto central del municipio o barrio donde reside el paciente y el centro médico), considerando el total (general) y distinguiendo dos tratamientos específicos (atención clínica y atención quirúrgica). Los valores en este caso son ficticios (corresponden a una primera simulación) y sirven simplemente para una descripción del uso y la utilidad que resulta al procesar esta información.

Los valores ilustrativos de la Figura 3 mostrarían (en caso de reflejar la realidad) que, tanto en las dos especialidades identificadas como en el total de pacientes (generales), el porcentaje de pacientes que vive a menos de 5 kms de distancia de los centros médicos de las empresas notificantes es muy bajo –entre 20% en atención clínica y 45% en atención quirúrgica–, mientras que más del 30% (y en promedio cerca del 46%) de los pacientes atendidos viven a menos de 10 kms de distancia de los centros médicos de las empresas involucradas. Estos datos indicarían adicionalmente, que los pacientes tienden a provenir de distancias mayores para recibir atención clínica respecto de quienes reciben atención quirúrgica.



Cabe notar, adicionalmente, que si bien las distancias por debajo de las cuales se desplaza el 75% de los pacientes atendidos son muy diferentes según cada especialidad (desde 20 kms en el caso de la atención quirúrgica hasta 37 kms en el caso de la atención clínica), con un promedio cercano a 28 kms considerando la totalidad de los pacientes, hay un 10% de los pacientes atendidos en estos centros que residen a distancias mayores a 35 kms en el caso de la atención quirúrgica y mayores a 60 kms en el caso de la atención clínica, de modo que en promedio hay un 10% del total de pacientes (generales) que reside a más de 50 kms de los centros de atención médica a los que acudieron para ser tratados.

Con esta información, entonces, es posible calcular la medida LIFO del TEH: adoptando un criterio débil, con un umbral del 25% (de pacientes –los más distantes de los centros de SMG– que bajo este criterio residen fuera del mercado geográfico relevante), y considerando los pacientes generales solamente, el radio del mercado relevante sería de 28 kms, mientras que adoptando un criterio fuerte, con un umbral del 10% de pacientes que queden fuera del mercado relevante, dicho radio sería de 50 kms. Naturalmente, si las clínicas de las empresas notificantes estuvieran ubicadas a distancias considerables entre sí, estas distribuciones de residencia de pacientes que acuden a cada centro llevarían a ampliar estos radios, incluyendo al menos una

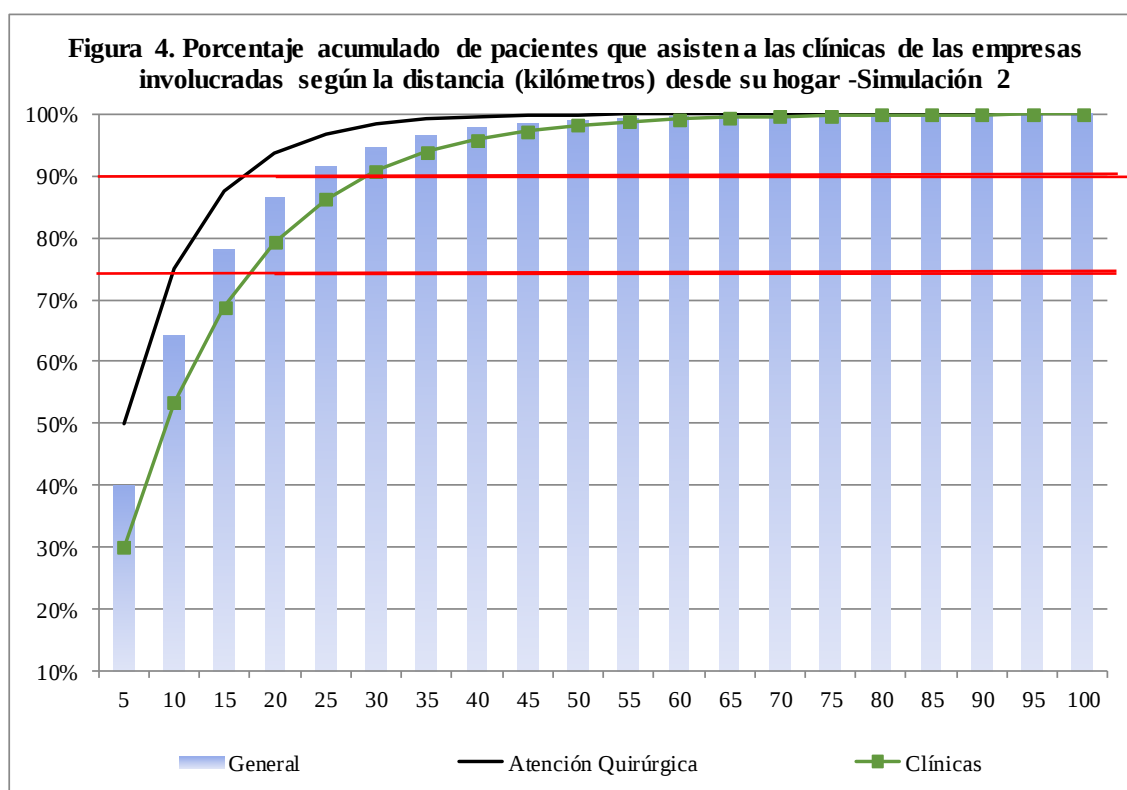
parte de la distancia entre ambos centros médicos. Vale decir, la extensión del mercado geográfico relevante (que duplica el radio, medido desde su centro) sería de al menos 56 kms bajo el criterio débil y de al menos de 100 kms bajo el criterio fuerte.

Así, teniendo en cuenta que la distancia entre los municipios de Escobar y Presidente Perón (en los extremos más distantes entre sí del AMBA) es de 92 kms, si las clínicas de las empresas notificantes estuvieran ubicadas cerca del centro geográfico del AMBA (en algún punto dentro de CABA en la Figura 2) se llegaría a la conclusión de que bajo la definición fuerte del TEH todo el AMBA quedaría incluido dentro del mercado relevante, mientras que con la definición débil eventualmente sólo correspondería excluir de dicho mercado a los centros médicos ubicados en los extremos norte y sur del AMBA (como Pilar y Escobar en el norte, y Presidente Perón, Florencio Varela y Berazategui en el sur)²⁶. Asimismo, si los centros médicos estuvieran ubicados en localidades del norte o sur del AMBA (por ejemplo, en Escobar o en Quilmes, respectivamente), estos resultados apoyarían definiciones del mercado geográfico que podrían incluir a todo el AMBA excepto algunos municipios de la parte sur o de la parte norte (fuera de CABA), respectivamente.

Por el contrario, si la información de residencia de pacientes atendidos en los centros médicos de las empresas notificantes estuviera caracterizada por una mucho mayor concentración geográfica (esto es, los pacientes atendidos tienden a residir más cerca de los centros de atención sanitaria involucrados), como la ilustrada en la Figura 4, la extensión del mercado geográfico relevante admitiría definiciones más acotadas (considerando los pacientes generales, el radio sería algo menor a 15 kms con el “test débil” y menor a 25 kms con el “test fuerte”), correspondiendo

²⁶ Claramente también, la utilización de la distribución correspondiente a los pacientes generales (sin dividir los mercados relevantes del producto según cada especialidad médica) supone que estos centros médicos (y en especial los centros médicos que posteriormente sean incluidos dentro de mercado relevante del producto que defina la autoridad *antitrust*) prestan ambas especialidades o al menos cuentan con la posibilidad de incorporar aquella especialidad que eventualmente carezcan en caso de que surja una demanda potencial que así lo amerite (esto es, en caso de que hubiera un aumento leve pero sostenido en el precio aplicable a los tratamientos cuya demanda percibida o residual del centro médico en cuestión hubiera aumentado). En este punto, la consideración de centros de atención médica cuya infraestructura refleja un tamaño o capacidad suficiente de adaptación (por ejemplo, que cuenten con al menos 60 u 80 camas generales para internación, o con plantas de personal médico y especializado de una determinada magnitud) podría interpretarse como garantía suficiente de que estos centros potencialmente sustitutos representen efectivamente una “elasticidad de sustitución por el lado de la oferta” suficiente para que sea razonable limitar el análisis a la atención general y no sea necesario hacerlo para cada especialidad (en cuyo caso, la extensión del mercado geográfico relevante para la atención quirúrgica emergente del TEH sería menor).

aplicar distintas particiones del AMBA según fuera la localización de dichos centros de atención médica (la distancia entre sí y la zona donde dentro del AMBA en que éstos se encuentren).



Así, la información del lugar de residencia de los pacientes de los centros involucrados proveería a la CNDC un sustento empírico robusto –en vez de ser un supuesto operativo– para que el mercado geográfico relevante abarque a todo –o casi todo– el AMBA.

Cabe notar igualmente que la aplicación del TEH hecha aquí es parcial, por dos motivos salientes. Primero, porque la información simulada no incluye aquella necesaria para calcular la medida complementaria de este test, el LOFI (*“Little Out From Inside”*, esto es, el área donde son “pocos” los residentes que eligen atender su salud fuera de la misma), cuya intersección con el área anterior es la que determina el cumplimiento conjunto de ambas medidas según lo requiere el test. Segundo, porque aquí no se supuso la disponibilidad de la información necesaria para ampliar el radio LIFO estimado (a partir de los centros de las empresas involucradas) partiendo de los centros de salud de la competencia (no involucrados) que están inicialmente incluidos dentro del mismo, de modo tal que resulta imposible verificar la eventual ampliación del área geográfica del mercado relevante que podría sumarse por la competencia transitiva o

indirecta (en ausencia de discriminación de precios según el lugar de residencia de los pacientes –un supuesto muy razonable en el caso de la atención médica) de estos otros centros de salud competidores fuera del radio LIFO calculado aquí.

5. Conclusión

En la experiencia internacional en materia del análisis y autorización de operaciones de concentración que involucran a hospitales o centros de atención médica, la definición inicial del mercado relevante partió, varias décadas atrás, de medidas *ad-hoc*, pero en la década de 1990 se comenzó a considerar con mayor cuidado esta cuestión, en particular respecto de la aplicación de un test propuesto en la década de 1970 basado en la distancia recorrida por los pacientes para atenderse en centros distantes de su residencia: el Test Elzinga-Hogarty –TEH. Al tratarse de un test para el cual se requieren datos que típicamente están disponibles (al menos en manos de las empresas notificantes que deben responder a las solicitudes de la autoridad *antitrust* cuando solicitan la aprobación de una integración económica o están bajo otro tipo de investigación), el mismo ha asistido reiteradamente a los jueces en EE.UU. para definir el alcance del mercado geográfico donde intervienen los hospitales. El análisis académico respecto de la precisión, sesgos y limitaciones de este test demuestra que con él tampoco se ha logrado alcanzar un método infalible, sin perder de vista que los métodos teóricamente superadores (en particular, el Test del Monopolista Hipotético –TMH) son muy sofisticados y requieren datos que normalmente no están disponibles para una autoridad *antitrust*.

Expuesto de forma muy simple, el contenido del Test Elzinga-Hogarty lleva a concluir que si un número (proporción) suficiente de pacientes que asisten a un centro médico (entre 10% y 25% según distintos criterios) proviene de distancias superiores a, por ejemplo 40 kms ó 45 minutos de traslado en automóvil, entonces todos los centros médicos ubicados a menos de 40 kms ó 45 minutos de distancia (respecto del centro médico examinado en una concentración económica) forman parte del mismo mercado geográfico relevante²⁷.

²⁷ La simplificación del Test de Elzinga-Hogarty hecha en esta explicación se debe a que éste también requiere verificar cuál es el área dentro de la cual una porción suficiente de sus habitantes (entre 75% y 90% dependiendo del umbral) no elige trasladarse hasta centros de atención médica distantes, ubicados fuera del área. Por otro lado, la

En tal sentido, el TEH es muy útil para definir el mercado geográfico relevante porque en la práctica no hay otro método mejor que esté disponible, y porque utilizado e interpretado cuidadosamente contiene una mejora notable respecto de métodos *ad hoc* alternativos: aunque no funcione como sustituto del TMH al no reflejar la elasticidad-precio de la demanda residual, sí indica que el costo de transporte –elemento central al definir la extensión de los mercados geográficos en toda la experiencia *antitrust* a nivel internacional– representa un elemento menor respecto del valor que atribuyen los pacientes a la atención hospitalaria.

En efecto, hay algunos principios básicos que surgen del análisis económico y la revisión de la experiencia internacional que limitan el espectro de definiciones alternativas. En una gran zona urbana como es el AMBA, resulta plausible que la extensión del mercado geográfico sea relativamente amplio (mucho mayor que si se examina el alcance del mercado geográfico donde los hospitales involucrados están ubicados en una urbe pequeña y distante de otro centro urbano), porque la competencia directa de los competidores más cercanos con otros competidores más lejanos también provocará, indirectamente, una competencia entre los primeros y los últimos (más lejanos). Incluso dentro de los análisis más objetivos y críticos sobre el TEH, Garmon (2016) señala que el mercado geográfico definido con un umbral débil (25%) tiende a coincidir con la superficie de las grandes metrópolis urbanas, por lo cual el mismo resulta útil mientras se examine con cuidado su sensibilidad y complementariedad con otros elementos de análisis. Asimismo, resulta natural considerar el conjunto de especialidades médicas de forma conjunta, eventualmente limitando la oferta a la de aquellos centros que tengan capacidad de sustitución y ampliación hacia especialidades en las que no participan activamente.

Aceptando que la definición del mercado geográfico relevante igualmente admite distintas posibilidades consistentes con la evidencia empírica que se disponga (dentro de cierto rango, obviamente), hay dos elementos fundamentales a cuidar. Primero, que la opción escogida se encuentre dentro de los límites razonables descriptos anteriormente. Y segundo, que las participaciones de mercado que resulten bajo distintas definiciones alternativas del mercado relevante sean interpretadas cuidadosamente.

definición del área relevante puede extenderse más allá de este radio, considerando la competencia que reciben otros sanatorios distintos del considerado inicialmente, también ubicados dentro del radio inicial.

Esto último siempre es importante por cuanto una alta participación de mercado no provoca *per se* la existencia de poder de mercado, dependiendo ello tanto de la elasticidad-precio de la demanda general de atención sanitaria –que seguramente es baja– como –en sentido inverso– de la sustituibilidad entre los servicios que se incluyen en el mercado relevante y los que quedan fuera de él, la cual aumenta al adoptar definiciones más estrechas del mercado relevante. Así, bajo una definición más acotada del alcance del mercado relevante, las mayores participaciones de mercado resultantes de las empresas competidoras notificantes están asociadas con la existencia de una demanda residual más elástica o sensible al precio, que les resta poder de mercado debido a la mayor elasticidad-precio cruzada de la demanda de servicios hacia sus centros con las ofertas sustitutas y a la mayor elasticidad-precio de la oferta de los competidores que quedan fuera del mercado relevante pero pueden ingresar a él (mejorando o ampliando sus servicios).

Como expusieron claramente Landes y Posner (1981) hace ya más de cuatro décadas, la definición más estrecha del mercado relevante implica omitir la inclusión en él de ofertas competidoras (desde fuera del mercado relevante) que aumentan la elasticidad-precio de la demanda residual que enfrentan las empresas involucradas, por lo cual ese mayor *market share* está acompañado de una mayor elasticidad-precio de la demanda residual de aquéllas, de modo tal que el ejercicio de poder de mercado inferido (un distanciamiento entre el precio y el costo marginal, medido como porcentaje del precio) no tiene porqué ser distinto; en efecto, la definición del mercado relevante puede variar según sea el criterio de la autoridad *antitrust* responsable, pero ésta debe reconocer que un criterio más restrictivo trae asociado el cómputo de participaciones de mercado mayores que sin embargo envuelven un menor poder de mercado que el que erróneamente se podría inferir de una consideración aislada de las mismas.

En otras palabras, concluir sobre el mayor poder de mercado de una empresa a partir de que su mercado relevante ha sido definido de forma más estrecha (respecto de otras definiciones plausibles pero desechadas), lo cual provoca obviamente que la empresa sea definida como “más grande” dentro de dicho mercado, es algo totalmente distinto a concluir o suponer que una empresa más grande tiene mayor poder de mercado que un competidor más pequeño en un mismo mercado relevante; no sólo es muy distinto, lo primero es simplemente un error.

Como comentario final, debe apuntarse la importancia de que en el futuro la recientemente constituida Autoridad Nacional de la Competencia (ANC, en reemplazo de la CNDC) recoja y examine información derivada de operaciones de integración económica (que involucren a centros de atención de salud u otras), no sólo para eventualmente revisar esta definición del mercado geográfico (en alguna otra operación que así lo requiera) sino también para llevar a cabo otro tipo de análisis referidos a conductas competitivas, por ejemplo para poder estudiar la existencia de cambios en los patrones de residencia de pacientes antes y después de operaciones de integración económica que podrían estar asociados a cambios en las estrategias de captación de los centros de salud o de empresas de medicina prepaga con las cuales interactúen o incluso estén integrados. Más generalmente, la nueva autoridad de defensa de la competencia debería tener presente que las empresas involucradas en las operaciones de concentración económica pueden aportar información valiosa para que sus análisis y decisiones futuras en materia *antitrust* puedan gozar de un mayor fundamento empírico con el cual mejorar la calidad y confiabilidad del proceso de defensa de la competencia más generalmente.

Referencias

- Capps, C. S., D. Dranove, S. Greenstein y M. Satterthwaite: “The Silent Majority Fallacy of the Elzinga-Hogarty Criteria: A Critique and New Approach to Analyzing Hospital Mergers”, NBER Working Paper Series, 2001.
- Elzinga, K. G. y T. F. Hogarty: “The Problem of Geographical Market Delineation in Antimerger Suits”, 18 Antitrust Bulletin, 45, 1973; y “The Problem of Geographical Market Delineation Revisited: The Case of Coal”, Antitrust Bulletin 3, 1-2, 1978.
- Elzinga, K. G. y V. M. Howell: “Geographic Market Definition in the Merger Guidelines: A Retrospective Analysis”, Review of Industrial Organization 53, 2018.
- European Commission (EC): “Support study accompanying the evaluation of the Commission Notice on the definition of relevant market for the purposes of Community competition law”, 2021, disponible en https://competition-policy.ec.europa.eu/system/files/2021-06/kd0221712enn_market_definition_notice_2021_1.pdf.
- European Commission (EC): Communication on the Definition of the Relevant Market for the Purposes of Union Competition Law, 2024.
- French III, H. E., J. Langenfeld y R. Forrest McCluer: “Elzinga-Hogarty Tests and Alternative Approaches for Market Share Calculations in Hospital Markets”, Antitrust Law Journal 71, n.3, 2004.
- Garmon, C.: “The Accuracy of Hospital Merger Screening Methods”, FTC Working Paper No. 3267, 2016, disponible en <https://www.ftc.gov/reports/accuracy-hospital-merger-screening-methods>.
- Hentschker, C., R. Mennicken y A. Schmid: “Defining hospital markets – an application to the German hospital sector”, Health Economics Review, 2014, disponible en <https://ideas.repec.org/p/zbw/rwirep/469.html>.
- Landes, W. y R. Posner: “Market Power in Antitrust Cases”, Harvard Law Review 94, No. 5, 1981.
- Morrissey, M., F. Sloan y J. Valvona: “Defining Geographic Markets for Hospital Care”, Journal of Law and Contemporary Problems, 1989, disponible en <https://scholarship.law.duke.edu>.
- Navajas, F. y S. Urbiztondo: “Antitrust Market Definition and Taxes”, Anales de la Academia Nacional de Ciencias Económicas, Vol.LV, 2010, y las referencias citadas allí.
- OXERA: “Techniques for defining markets for private healthcare in the UK: literature review”, prepared for the OFT, November 2011, disponible en <https://es.scribd.com/document/290871643/Oxera-Market-Definition>.
- Scheffman, D. y P.T. Spiller: “Geographic Market Definition under the U.S. Department of Justice Merger Guidelines”, Journal of Law and Economics 30, No. 1, 1987.
- US DOJ/FTC: “Horizontal Merger Guidelines”, 2010.
- US DOJ/FTC: “Merger Guidelines”, 2023.
- White, W. y M. Morrissey: “Are Patients Traveling Further?”, International Journal of Economics and Business 5-203, 1998.

SERIE DOCUMENTOS DE TRABAJO

135. Una nota sobre el alcance del mercado geográfico relevante en concentraciones de centros de salud. Santiago Urbiztondo, Marzo 2026.
134. Evaluación del Impacto de una Reforma en la Protección de Patentes Secundarias. G. Bermúdez, Mónica Panadeiros, S. Urbiztondo, Mayo 2025.
133. La desregulación del Mercado de Capitales en Argentina. Laura D'Amato, Juan Pablo Brichetti y Daniel Artana, Enero 2025.
132. La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina: 2018-I.2024. Santiago Urbiztondo y Guillermo Bermúdez, Septiembre 2024.
131. Lineamientos para una reforma regulatoria en energía a partir de diciembre 2023: gas natural y electricidad. Fernando Navajas, Santiago Urbiztondo y Juan Pablo Brichetti, Diciembre 2023.
130. Pruebas APRENDER: la dimensión regional. Mismos derechos, distintas oportunidades. Ivana Templado, Diciembre 2019.
129. La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina: 2012-2018. Walter Cont y Santiago Urbiztondo, Mayo 2019.
128. La cumbre del G20 de 2018 y su importancia para América Latina. Marcela Cristini y Guillermo Bermúdez, Marzo 2019.
127. Pruebas APRENDER: o acerca de la cuantificación de oportunidades. Ivana Templado, Agosto 2018.
126. Acuerdo de Comercio Mercosur – Unión Europea: Impacto Sobre el Gasto en Medicamentos Adquiridos en Farmacias y por PAMI en Argentina, Walter Cont, Mónica Panadeiros y Santiago Urbiztondo, Enero 2018.
125. Revisión del Paradigma de los Sistemas: Clarificación y agregados a la luz de la transición post-socialista, János Kornai, Marzo 2017.
124. La regulación de los servicios públicos en Argentina, 2003-2015: Lógica y balance de tres períodos presidenciales bajo un mismo signo político, Santiago Urbiztondo, Febrero 2016.
123. El sistema tributario argentino. Análisis y evaluación de propuestas para reformarlo, Daniel Artana (coord.), Isidro Guardarucci, Pablo Lavigne, Jorge Puig, Nuria Susmel, Agosto 2015.
122. Subsidios a la energía, devaluación y precios. Fernando Navajas, Abril 2015.
121. La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina. Santiago Urbiztondo, Walter Cont y Mónica Panadeiros. Octubre 2013.
120. Consumo residencial de electricidad y eficiencia energética: un enfoque de regresión cuantílica. Pedro Hancevic y Fernando Navajas. Abril 2013.
119. Eficiencia del gasto público en las provincias argentinas. Explorando sus determinantes. Cynthia Moskovits y Javier Cao. Octubre 2012.
118. La infraestructura vial en Argentina. Guillermo Bermúdez. Octubre 2012.
117. La productividad del sistema financiero argentino: ¿son los bancos públicos diferentes? Ramiro Moya. Octubre 2012.
116. La calidad educativa en la Argentina. Sebastián Auguste. Octubre 2012.
115. Eficiencia del sistema de salud en la Argentina. Mónica Panadeiros. Octubre 2012.
114. La vivienda social: criterios de eficiencia y descentralización de la política habitacional. Marcela Cristini, Guillermo Bermúdez y Ramiro Moya. Octubre 2012.
113. Workable environmentally related energy taxes. Fernando Navajas, Mónica Panadeiros, Oscar Natale. Junio 2012.
112. Fijación de alcúotas en el sistema de riesgos del trabajo. Mónica Panadeiros. Mayo 2012.
111. Revisando el impacto fiscal de la suba de los precios del petróleo en Centroamérica. Marcelo Catena y Fernando Navajas. Marzo 2012.
110. Provisión pública de agua potable y saneamiento en América Latina: una descripción sintética bajo una óptica regulatoria moderna. Santiago Urbiztondo. Febrero 2012.
109. Sub-national revenue mobilization in Latin America and Caribbean Countries. the case of Argentina. D. Artana, S. Auguste, M. Cristini, C. Moskovits e I. Templado . Enero 2012.
108. Energía, maldición de recursos y enfermedad holandesa. Fernando Navajas. Octubre 2011.

107. What drove down natural gas production in Argentina? D. Barril y F. Navajas. Mayo 2011.
106. Is the Argentine Revenue Effort “too” High? D. Artana and I. Templado. Noviembre 2010.
105. Infraestructura y Energía en la Argentina: Diagnósticos, Desafíos y Opciones. F. Navajas. Octubre 2010.
104. Passenger Cars and CO2 Emissions: Assessing Global Impacts of a Convergence to Low-power. F. Navajas y M. Panadeiros. Octubre 2010.
103. Política Fiscal y Cohesión Social: El Federalismo Cuenta. M. Cristini, C. Moskovits, G. Bermúdez y D. Focanti. Junio 2010.
102. Informalidad Laboral en la Argentina. J. L. Bour, N. Susmel y P. Roccatagliata. Mayo 2010.
101. Energy Populism and Household Welfare. W. Cont, P. Hancevic y F. Navajas. Agosto 2009.
100. Acceso a Internet y Desempeño Académico en la Argentina: Explorando la Evidencia. M. Cristini y G. Bermúdez. Diciembre 2008. Abril 2009.
99. Políticas para Mitigar Riesgos Sociales. El Caso de los Infortunios Laborales y el Desempleo. M. Panadeiros y N. Susmel. Diciembre 2008.
98. El Desempeño de los Sistemas de Capitalización Previsional en América Latina: Determinantes Estructurales y Regulatorios sobre la Competencia de las AFP. Sebastián Auguste y Santiago Urbiztondo. Noviembre 2008.
97. Financiamiento de la Infraestructura en la Argentina: lo que dejó la crisis macroeconómica. D. Artana y R. Moya. Noviembre 2008.
96. Adaptación Tarifaria y Tarifa Social: Simulaciones para Gas Natural y Electricidad en el AMBA. F. Navajas y P. Hancevic. Diciembre 2007.
95. Estructuras Tarifarias en el Servicio de Electricidad para Usuarios Residenciales. El Caso de las Provincias Argentinas. Walter Cont. Diciembre 2007.
94. El Shock de los Precios del Petróleo en América Central: Implicancias Fiscales y Energéticas. Daniel Artana, Marcelo Catena y Fernando Navajas. Agosto 2007.
93. El Mapa Económico de las Mujeres Argentinas (1998-2006). M. Cristini y G. Bermúdez Abril 2007.
92. Are Latin-American Countries Decentralized? D. Artana. Marzo 2007.
91. El Sistema Argentino de Innovación (1980-2004): Evaluación y Propuestas. M. Cristini, G. Bermúdez y F. Ares. Diciembre 2006.
90. ¿Qué Hace Diferente a las Aseguradoras del Resto de las Empresas? Una Propuesta General para Fortalecer el Mercado de Seguros. R. Moya. Diciembre 2006.
89. “Energó –Crunch” Argentino 2002-20XX. F. Navajas. Octubre 2006.
88. Privatization of Infrastructure Facilities in Latin America: Full Economic Effects and Perceptions. S. Urbiztondo. Julio 2006.
87. Gasto Tributario: Concepto y Aspectos Metodológicos para su Estimación. D. Artana. Diciembre 2005.
86. Fusiones Horizontales. W. Cont y F. Navajas. Diciembre 2005.
85. La Reforma del Sector Eléctrico en Colombia: Breve Análisis y Crítica Constructiva. S. Urbiztondo y J.M. Rojas. Octubre 2005.
84. Transparencia, Confidencialidad y Competencia: Un Análisis Económico de las Reformas Actuales en el Mercado de Gas Natural Argentino. S. Urbiztondo, Agosto 2005.
83. Proyecto Mundial de Internet: El Capítulo Argentino. FIEL e Instituto de Economía Aplicada (Fundación Banco Empresario de Tucumán). Noviembre 2004.
82. La Anatomía Simple de la Crisis Energética en la Argentina. F. Navajas y W. Cont. Septiembre 2004.
81. La Nueva China Cambia al Mundo. M. Cristini y G. Bermúdez. Septiembre 2004.
80. Las PyMES Argentinas: Ambiente de Negocios y Crecimiento Exportador. M. Cristini y G. Bermúdez. Junio 2004.
79. Educación Universitaria. Aportes para el Debate acerca de su Efectividad y Equidad. M. Echart. Diciembre 2003.
78. Cables Suelto: La Transmisión en la Provincia de Buenos Aires (Comedia). E. Bour y Carlos A. Carman. Noviembre 2003.
77. Renegotiation with Public Utilities in Argentina: Analysis and Proposal. S. Urbiztondo. Octubre 2003.

76. Productividad y Crecimiento de las PYMES: La Evidencia Argentina en los 90. M. Cristini, P. Costa y N. Susmel. Mayo 2003.
75. Infraestructura y Costos de Logística en la Argentina. M. Cristini, R. Moya y G. Bermúdez. Noviembre 2002.
74. Nuevas Estrategias Competitivas en la Industria Farmacéutica Argentina y Reconocimiento de la Propiedad Intelectual. M. Panadeiros. Octubre 2002.
73. Estructuras Tarifarias Bajo Estrés. F. Navajas. Septiembre 2002.
72. Seguridad Social y Competitividad: El Caso del Sistema de Salud. M. Panadeiros. Marzo 2002.
71. El Agro y el País: Una Estrategia para el Futuro. M. Cristini y Otros. Octubre 2001.
70. Reseña: Índice de Producción Industrial y sus Ciclos. Lindor Esteban Martin Lucero. Agosto 2001.
69. Apertura Comercial en el Sector Informático. P. Acosta y M. Cristini. Junio 2001.
68. Microeconomic Decompositions of Aggregate Variables. An Application to Labor Informality in Argentina. L. Gasparini. Marzo 2001.
67. Una Educación para el Siglo XXI. La Práctica de la Evaluación de la Calidad de la Educación. Experiencia Argentina e Internacional. M. Nicholson. Diciembre 2000.
66. Una Educación para el Siglo XXI. La Evaluación de la Calidad de la Educación. G. Cousinet. Noviembre 2000.
65. Hacia un Programa de Obras Públicas Ampliado: Beneficios y Requisitos Fiscales. S. Auguste, M. Cristini y C. Moskovits. Septiembre 2000.
64. La Apertura Financiera Argentina de los '90. Una Visión Complementaria de la Balanza de Pagos. Claudio Dal Din. Junio 2000.
63. La Integración Mercosur-Unión Europea: La Óptica de los Negocios. M. Cristini y M. Panadeiros. Diciembre 1999.
62. El Control Aduanero en una Economía Abierta: El Caso del Programa de Inspección de Preembarque en la Argentina. M. Cristini y R. Moya. Agosto 1999.
61. El Crédito para las Microempresas: Una Propuesta de Institucionalización para la Argentina. M. Cristini y R. Moya. Agosto 1999.
60. El Problema del Año 2000. Implicancias Económicas Potenciales. E. Bour. Marzo 1999.
59. Aspectos Financieros de Tipos de Cambio y Monetarios del Mercosur. Diciembre 1998.
58. Desarrollos Recientes en las Finanzas de los Gobiernos Locales en Argentina. R. López Murphy y C. Moskovits. Noviembre 1998.
57. Regulaciones a los Supermercados. D. Artana y M. Panadeiros. Julio 1998.
56. La Deuda Pública Argentina: 1990-1997. C. Dal Din y N. López Isnardi. Junio 1998.
55. Modernización del Comercio Minorista en la Argentina: El Rol de los Supermercados. D. Artana, M. Cristini, R. Moya, M. Panadeiros. Septiembre 1997.
54. Competencia Desleal en el Comercio Minorista. Experiencia para el Caso Argentino. D. Artana y F. Navajas. Agosto 1997.
53. Decentralisation, Inter-Governmental Fiscal Relations and Macroeconomic Governance. The Case of Argentina. Ricardo L. Murphy and C. Moskovits. Agosto 1997.
52. Las Estadísticas Laborales. Juan L. Bour y Nuria Susmel. Junio 1997.
51. Determinantes del Ahorro Interno: El Caso Argentino. R. López Murphy, F. Navajas, S. Urbiztondo y C. Moskovits. Diciembre 1996.
50. Mercado Laboral e Instituciones: Lecciones a partir del Caso de Chile. Ricardo Paredes M. Diciembre 1996.
49. Una Propuesta de Tarifación Vial para el Area Metropolitana. O. Libonatti, R. Moya y M. Salinardi. Septiembre 1996.
48. El Relabanceo de las Tarifas Telefónicas en la Argentina. D. Artana, R. L. Murphy, F. Navajas y S. Urbiztondo. Diciembre 1995.
47. Las PYMES en la Argentina. M. Cristini. Diciembre 1995.
46. Precios y Márgenes del Gas Natural: Algunas Observaciones Comparativas. F. Navajas. Octubre 1995.
45. Encuesta sobre Inversión en la Industria Manufacturera (2da. parte). M. Lurati. Septiembre 1995.
44. Defensa de la Competencia. D. Artana. Marzo 1995.

43. Defensa del Consumidor. D. Artana. Diciembre 1994.
42. Fiscal Decentralization: Some Lessons for Latin America. D. Artana, R. López Murphy. Octubre 1994.
41. Reforma Previsional y Opción de Reparto-Capitalización. José Delgado. Junio 1994
40. La Experiencia del Asia Oriental. FIEL/BANCO MUNDIAL. Marzo de 1994.
39. Financiamiento de la Inversión Privada en Sectores de Infraestructura. FIEL/BANCO MUNDIAL. Diciembre de 1993.
38. La Descentralización de la Educación Superior: Elementos de un Programa de Reforma. Agosto 1993.
37. Encuesta sobre Inversión en la Industria Manufacturera. M. Lurati. Julio 1993.
36. El Arancel Externo Común (AEC) del MERCOSUR: los conflictos. M. Cristini, N. Balzarotti. Febrero 1993.
35. Costos Laborales en el MERCOSUR: Comparación de los Costos Laborales Directos. J. L. Bour, N. Susmel, C. Bagolini, M. Echart. Diciembre 1992.
34. Gasto Público Social: El Sistema de Salud. M. Panadeiros. Septiembre 1992.
33. El sistema Agro-Alimentario y el Mercado de la CE. M. Cristini. Junio 1992.
32. Costos Laborales en el MERCOSUR: Legislación Comparada. J. L. Bour, N. Susmel, C. Bagolini, M. Echart. Abril 1992.
31. Los Acuerdos Regionales en los 90: Un Estudio Comparado de la CE92, el NAFTA y el MERCOSUR. M. Cristini, N. Balzarotti. Diciembre 1991.
30. Reforma de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Mendoza. M. Cristini, J. Delgado. Octubre 1991.
29. El Sistema de Obras Sociales en la Argentina: Diagnóstico y Propuesta de Reforma. M. Panadeiros. Agosto 1991.
28. Propuesta de Reforma de la Carta Orgánica del Banco Central. J. Piekarz, E. Szewach. Marzo 1991.
27. La Comercialización de Granos. Análisis del Mercado Argentino. D. Artana, M. Cristini, J. Delgado. Diciembre 1990.
26. Algunas Consideraciones sobre el Endeudamiento y la Solvencia del SPA. D. Artana, O. Libonatti, C. Rivas. Noviembre 1990.
25. Evolución de las Cotizaciones Accionarias en el Largo Plazo. C. Miteff. Julio 1990.
24. Efectos de un Esquema de Apertura Económica sobre la Calidad de Bienes Producidos Localmente. C. Canis, C. Golonbek, I. Soloaga. Marzo 1990.
23. Principales Características de las Exportaciones Industriales en la Argentina. C. Canis, C. Golonbek, I. Soloaga. Diciembre 1989.
22. La Promoción a la Informática en la Argentina. D. Artana, M. Salinardi. Septiembre 1989.
21. Inversión en Educación Universitaria en Argentina. J. L. Bour, M. Echart. Junio 1989.
20. Incidencia de los Impuestos Indirectos en el Gasto de las Familias. J. L. Bour, J. Sereno, N. Susmel. Enero 1989.
19. Aspectos Dinámicos del Funcionamiento del Mercado de Tierras: El Caso Argentino. M. Cristini, O. Chisari. Noviembre 1988.
18. Investigaciones Antidumping y Compensatorias contra los Países Latinoamericanos Altamente Endeudados. J. Nogués. Agosto 1988.
17. Sistema de Atención Médica en la Argentina: Propuesta para su Reforma. M. Panadeiros. Mayo 1988.
16. Regulación y Desregulación: Teoría y Evidencia Empírica. D. Artana y E. Szewach. Marzo 1988.
15. Informe OKITA: Un Análisis Crítico. D. Artana, J. L. Bour, N. Susmel y E. Szewach. Diciembre 1987.
14. La Política Agropecuaria Común (PAC): Causas de su Permanencia y Perspectivas Futuras. M. Cristini. Julio 1987.
13. Las Encuestas de Coyuntura de FIEL como Predictores del Nivel de Actividad en el Corto Plazo. M. Cristini e Isidro Soloaga. Noviembre 1986.
12. La Demanda de Carne Vacuna en la Argentina: Determinantes y Estimaciones. M. Cristini. Noviembre 1986.
11. El Impuesto a la Tierra: una Discusión de sus Efectos Económicos para el Caso Argentino. M. Cristini y O. Chisari. Abril 1986.
10. El Impuesto a la Tierra, las Retenciones y sus Efectos en la Producción Actual y la Futura. M. Cristini, N. Susmel y E. Szewach. Octubre 1985.
9. El Ciclo Ganadero. La Evidencia Empírica 1982-84 y su Incorporación a un Modelo de Comportamiento. M. Cristini. Noviembre 1984.

8. Determinantes de la Oferta de Trabajo en Buenos Aires. J. L. Bour. Enero 1984.
7. La Oferta Agropecuaria: El Caso del Trigo en la Última Década. M. Cristini. Septiembre 1983.
6. Ocupaciones e Ingresos en el Mercado de Trabajo de la Cap. Fed. y GBA. H. Hopenhayn. 1982. 3 tomos.
5. Oferta de Trabajo: Conceptos Básicos y Problemas de Medición. J. L. Bour. Julio 1982.
4. Ganado Vacuno: El Ciclo de Existencias en las Provincias. M. Cristini. Junio 1982.
3. Algunas Reflexiones sobre el Tratamiento a los Insumos no Comerciables en el Cálculo de Protección Efectiva. G. E. Nielsen. Diciembre 1981.
2. Encuesta sobre Remuneraciones en la Industria. Diseño Metodológico. J. L. Bour, V. L. Funes, H. Hopenhayn. Diciembre 1981.
1. La Fuerza de Trabajo en Buenos Aires, J. L. Bour. Diciembre 1981.

Patrocinantes FIEL



Patrocinantes FIEL



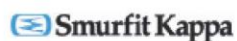
GRIMOLDI



MEDICUS



raízen



telecom



TOYOTA

