



¿Cambios de hospital? Análisis de los movimientos realizados por los pacientes en la Comunidad Valenciana

REMEDIOS CALERO

Doctora en Economía, Dirección y Gestión de Empresas por la Universidad Católica de Valencia, Directora de Gestión y Servicios Generales. Gerencia de Atención Integrada de Hellín (Servicio de Salud de Castilla La Mancha)

Resumen

Tras casi dos décadas de partenariado público-privado en la Comunidad Valenciana, en lo que se ha denominado Modelo Alzira, de futuro incierto y cuestionado, planteada incluso su reversión, el presente trabajo busca describir el comportamiento de lealtad del paciente manifestado a través de sus elecciones de dónde ser atendido. A partir de los registros recogidos en una base de datos interna de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, se han procesado más de diez millones de registros, calculándose tasas de captación, retención, deserción, crecimiento neto de pacientes e índice de variación vegetativa y mostrándose los resultados de dicho análisis, de carácter descriptivo, en forma de gráficos y rankings. Fruto de este estudio y considerando la complejidad de la medición de la lealtad como comportamiento del paciente, se identifica cómo La Fe cuenta con una trayectoria diferenciada respecto al resto de Departamentos de Salud, al mismo tiempo que se observan marcadas diferencias entre las concesiones con una mayor trayectoria (La Ribera y Torrevieja) y aquellas de más reciente creación (Denia, Manises y Elx-Crevillent). Con todo ello, se alcanza el objetivo de profundizar en el análisis del comportamiento de lealtad del paciente y aportar un mayor conocimiento sobre éste en un contexto de implantación de modelos alternativos de gestión sanitaria.

Palabras clave: Modelo Alzira; Colaboración público-privada; Lealtad; Libre elección

Abstract

With almost two decades of public-private partnership in the Region of Valencia, in what has been called the Alzira Model, with an uncertain future, even it has been questioned its reversion, the present work seeks to describe patient loyalty behaviour manifested through patients choices. From an internal database of the Valencian Council of Health, more than ten million records have been processed, calculating rates of capture, retention, drop out, net patient growth, and vegetative variation index. Descriptives results are shown in the form of charts and rankings. As a result, and considering the complexity of loyalty measurement, it is identified how one hospital, La Fe, has a different trajectory with respect to the rest of Health Departments. At the same time, there are marked differences between old concessions (La Ribera and Torrevieja) and those of more recent creation (Denia, Manises and Elx-Crevillent). In consequence, it is reached the goal of analyzing patient loyalty behaviour and providing a better knowledge about it in a context of implementation of alternative models of health management.

Key words: Alzira Model; Public-Private Partnership; Loyalty; Freedom of choice.

INTRODUCCIÓN

En el año 1999, se inauguraba en Alzira el primer hospital de colaboración público-privada en la Comunidad Valenciana, el Hospital de La Ribera, cuyo contrato fue revisado en 2003 para abarcar, a su vez, la atención primaria y convertirse en un Departamento de Salud gestionado mediante partenariado. Posteriormente, cuatro Departamentos más adoptaron este modelo de gestión. La coexistencia de diferentes modelos de gestión sanitaria en una misma región requiere de estudios comparativos que permitan un *benchmarking* sobre la base de trabajos científicos^{1,2,3}. Con un paciente cada vez más informado y exigente^{4,5,6,7}, y con un entorno más competitivo^{8,9} y cambiante¹⁰, en el que se observa un vínculo cada vez mayor entre estrategia y marketing sanitario^{11,12}, el principal objetivo de este trabajo es analizar la trayectoria de esta fórmula de gestión a través del comportamiento manifestado por los pacientes con su lealtad.

Como objetivos secundarios, en primer lugar, se busca arrojar luz sobre el impacto, positivo o negativo, de los flujos de pacientes en los ingresos y, por ende, considerar su repercusión en la viabilidad futura del partenariado. El hecho de que la financiación del Modelo Alzira se ligue a la figura del paciente conlleva que su sostenibilidad dependa única y exclusivamente de la elección de éste sobre el hospital en el que desea ser atendido. Siguiendo el conocido lema de “el dinero sigue al paciente”, la viabilidad de esta fórmula de gestión está en función del nivel de ingresos obtenidos, y estos a su vez, son el resultado de la capacidad de fidelización de la población

Autor para correspondencia

Remedios Calero
C/ Los Huertos 37. 46500 Sagunto (Valencia)
remedios.calero@mail.ucv.es



asignada y de la atracción de nuevos pacientes que determinarán ese nivel de ingresos. En segundo lugar, se pretende el objetivo de plasmar gráficamente los movimientos entre Departamentos de Salud de los pacientes de la Comunidad Valenciana, poniendo en evidencia sus preferencias y la capacidad de gestión de cada Departamento en cuanto a capacidad de atracción y fidelización de los pacientes.

Para la consecución de estos objetivos y tras mostrar la complejidad de la medición de la lealtad, se han seleccionado como parámetros las tasas de captación, retención, deserción, crecimiento neto de pacientes, índice de variación vegetativa y cuota de mercado. Para su cálculo, se ha empleado información secundaria obtenida de una base de datos interna de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana denominada COMPAS, contando con más de diez millones de registros.

Los resultados del análisis descriptivo se muestran en forma de gráficos y rankings, con su correspondiente explicación. A partir de todos ellos se extraen una serie de conclusiones que permitirán avanzar en el conocimiento del Modelo Alzira, y el comportamiento de lealtad del paciente, constituyendo una base para el análisis de la introducción de fórmulas de gestión sanitarias alternativas.

MARCO TEÓRICO

Organización asistencial y financiación capitativa en la Comunidad Valenciana

La sanidad pública valenciana, escenario elegido para el presente trabajo, cuenta con una estructura geográfica y organizativa basada en 24 Departamentos de Salud, según lo establecido en el Decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat. Esta estructura se muestra en la Figura 1.

Más allá de esta configuración, cabe resaltar dos elementos que caracterizan a la sanidad pública valenciana: la financiación capitativa y la cohabitación de dos modelos de gestión (la gestión pública y la colaboración público-privada, en lo que se ha conocido como Modelo Alzira). En primer lugar, el sistema de financiación capitativa implantado por la Agencia Valenciana de Salud busca, mediante un siste-

FIGURA 1



Fuente: Adaptado de la página web de la Conselleria de Sanidad.

ma de primas per cápita, optimizar la asignación de recursos y la colaboración entre los distintos agentes^{13,14}. Con este sistema, la Conselleria de Sanidad, en un primer momento, dota a cada Departamento de Salud con el presupuesto que le corresponde en función de su población asignada (prima per cápita por número de personas asignadas). Posteriormente, realiza una reasignación de recursos a cada Departamento en función de la población efectivamente atendida en el período (para ello se emplea un aplicativo informático denominado COMPAS). Es decir, las atenciones que un Departamento X realiza a

población que no forma parte de su población asignada, se le abonan a través de la facturación intercentros. Del mismo modo, las atenciones realizadas en centros de otro Departamento Y a población asignada al Departamento X, se le cargan a éste a través de la facturación intercentros posibilitada por este aplicativo informático. La financiación de cada Departamento se sustenta, así, en dos elementos (cf. Figura 2): la prima per cápita percibida por cada persona perteneciente a la población protegida y el saldo obtenido de la facturación intercentros.

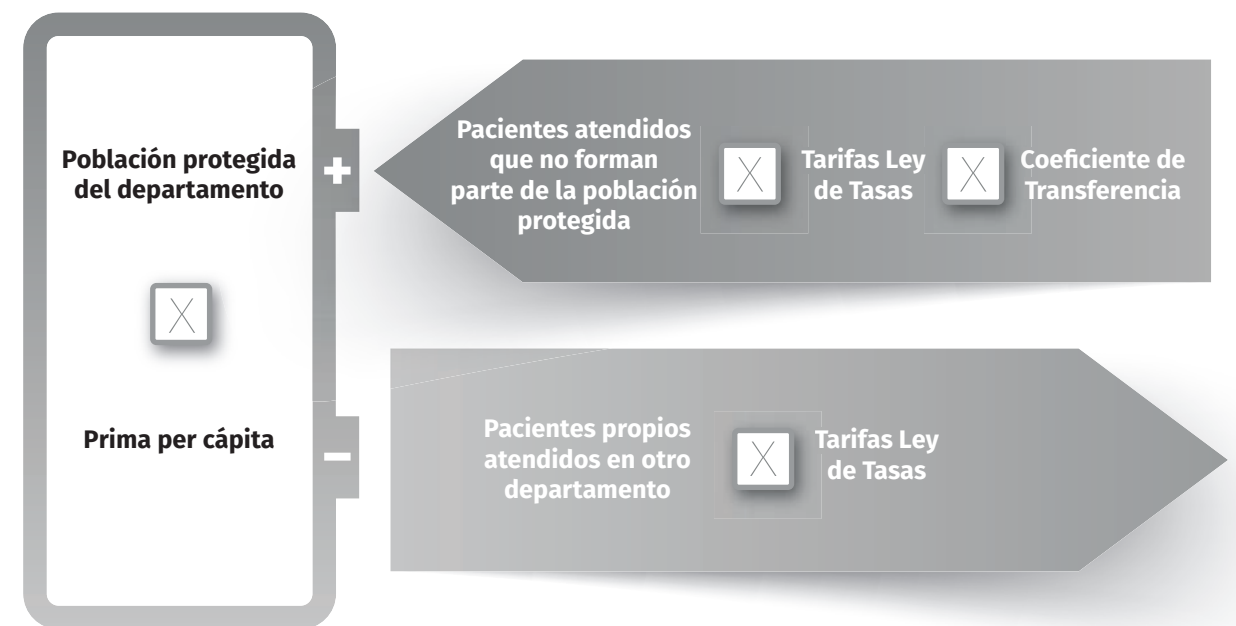
Debido a la repercusión directa de los flujos poblacionales en la financiación de cada Departamento y, a su vez, en la viabilidad de aquellos Departamentos gestionados mediante el Modelo Alzira, resulta esencial el estudio de la lealtad de los pacientes, su comportamiento y sus preferencias en un marco de libre elección de médico y Departamento.

En segundo lugar, cabe señalar la coexistencia de dos sistemas de gestión sanitaria¹⁶ con, 19 Departamentos de gestión pública y 5 gestionados mediante el Modelo Alzira, definido este último como una relación contractual entre una parte pública y otra privada para el suministro y mantenimiento de una infraestructura sanitaria y la provisión y gestión de un servicio público de carácter sanitario cuya propiedad, financiación y control son públicos, mientras que su gestión es desarrollada íntegramente por un ente privado¹⁵. De forma desagregada, la Tabla 1 detalla los Departamentos gestionados mediante el Modelo Alzira, indicando su fecha de creación así como su principal característica diferenciadora.

Debido a la repercusión directa de los flujos poblacionales en la financiación de cada Departamento y, a su vez, en la viabilidad de aquellos Departamentos gestionados mediante el Modelo Alzira, resulta esencial el estudio

FIGURA 2

FINANCIACIÓN CAPITATIVA DE LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



Fuente: Adaptación de Calero y Gallarza¹⁵.



TABLA 1

DEPARTAMENTOS DE SALUD GESTIONADOS MEDIANTE EL MODELO ALZIRA

Departamento de Salud	Fecha creación	Principal característica
La Ribera	1999 (1 abril 2003 con la nueva forma contractual)	Fue el primer hospital español gestionado por Concesión Sanitaria Administrativa. En sus inicios cubría únicamente la asistencia especializada, adjudicándose en 2003 un nuevo contrato que recogía la asistencia sanitaria integral, tanto primaria como especializada.
Torreveja	16 de octubre de 2006	Departamento limítrofe con otra Comunidad Autónoma, atiende a un elevado número de pacientes desplazados nacionales, así como a una numerosa población de turistas extranjeros.
Denia	1 de febrero de 2009	Única concesión que no se creó ex-novo, no implicando la creación de un nuevo Departamento, sino que se trató de la adopción de un nuevo modelo de gestión sanitaria en un Departamento ya existente y que era gestionado hasta dicha fecha a través del sector público. Atiende a un elevado número de pacientes extranjeros atraídos fundamentalmente por el turismo residencial.
Manises	7 de mayo de 2009	Próximo a la capital valenciana, lo que conlleva un mayor flujo de pacientes entre Manises y los distintos Departamentos ubicados en la ciudad de Valencia.
Elx-Crevillent	1 de junio de 2010	Ubicado en la ciudad de Elche (donde existe otro hospital, de gestión pública), se formó con parte de la población de los Departamentos de Elda y Elche.

Fuente: Adaptación de Calero y Gallarza¹⁷.

de la lealtad de los pacientes, su comportamiento y sus preferencias en un marco de libre elección de médico y Departamento.

En segundo lugar, cabe señalar la coexistencia de dos sistemas de gestión sanitaria¹⁶ con, 19 Departamentos de gestión pública y 5 gestionados mediante el Modelo Alzira, definido este último como una relación contractual entre una parte pública y otra privada para el suministro y mantenimiento de una infraestructura sanitaria y la provisión y gestión de un servicio público de carácter sanitario cuya propiedad, financiación y control son públicos, mientras que su gestión es desarrollada íntegramente por un ente privado¹⁵. De forma desagregada, la Tabla 1 detalla los Departamentos gestionados mediante el Modelo Alzira, indicando su fecha de creación así como su principal característica diferenciadora.

Aproximación a la medición de la lealtad

De manera inicial, y como cláusula de partida, cabe decir que la medición de la lealtad como

expresión del comportamiento resulta compleja¹⁸, conllevando la necesidad de empleo de múltiples parámetros¹⁹. Considerando la taxonomía de Mellens et al.²⁰, las medidas de lealtad pueden clasificarse en función de diferentes criterios dependiendo del aspecto en el que hacen un mayor hincapié: actitudinales vs. conativas; y orientadas a la organización vs. orientadas al individuo (cf. Tabla 2).

En el presente trabajo, adoptaremos un enfoque de la lealtad como expresión del comportamiento del paciente. De este modo, nos centraremos únicamente en las medidas conativas de la lealtad (bloque C de la Tabla 2), sin diferenciar entre el carácter relativo (tasa) o absoluto (indicador).

En primer lugar, consideraremos la medición de la captación, deserción y retención. El impacto de la lealtad en el crecimiento se define en función de dos variables²¹: el volumen de clientes y el beneficio por cliente, determinándose dicho volumen de clientes a través de las tasas de retención, deserción y

captación. Estas tasas repercuten a su vez en indicadores tales como la tasa de crecimiento neto de la base de clientes o el índice de variación vegetativa.

Una segunda medición de la lealtad conativa con una orientación a la organización se basa en a cuota de mercado. Esta cuota es un parámetro explicativo de las ventas de una organización en relación con sus competidores^{20,22}. Indica el porcentaje de mercado o segmento de mercado al que sirve la empresa²³, resultando una medición competitiva que refleja la lealtad relativa. Como subraya Reichheld²¹, p.228: *“la tasa de retención y la cuota de mercado son excelentes estadísticos, no sólo porque indican si el valor ofrecido al cliente es suficiente, sino porque son ingredientes esenciales para el cálculo del valor neto aportado por el cliente”*. Yendo un paso más allá, Rust y Zahorik²⁴ ofrecen una visión integrada de la cuota de mercado que definen como los clientes que conserva la organización del período anterior más aquellos que ha captado de la competencia más la parte que ha conseguido atraer de los nuevos clientes en el mercado. En esta visión más amplia, Kotler y Clarke²⁵ proponen, para la estimación del mercado potencial, el análisis de las ventas por área. Aplicado al servicio sanitario, buscaría analizar la zona de procedencia de los pacientes actuales, resultando de especial interés si consideramos la distribución geográfica de la sanidad pública valenciana explicada anteriormente.

METODOLOGÍA

Como metodología, se ha desarrollado un análisis descriptivo a partir de información secundaria obtenida de una base de datos interna de la Conselleria de Sanidad, denominada COMPAS. La implementación en la Comunidad Valenciana de la financiación capítativa y la facturación intercentros que, como exponíamos en apartados anteriores, tuvo lugar en el año 2005 hizo necesaria una herramienta informática que permitiera la recogida y el tratamiento de los flujos de pacientes entre Departamentos de Salud. En este marco, la Conselleria de Sanidad desarrolló el aplicativo COMPAS (COMPensación Asistencia Sanitaria) como soporte del sistema de compensación intercentros²⁶.

A la vista de la complejidad de trabajar con información secundaria²⁷, y dado el volumen de los datos manejados, creemos necesario reseñar las pautas seguidas en el uso de esta información, con el objeto de facilitar su interpretación. A continuación, mencionamos dichas pautas, reagrupadas en conceptuales (i.e. las relativas a la naturaleza de las variables) y metodológicas (i.e. los procesos metodológicos seguidos para su interpretación).

Pautas conceptuales

- Con el propósito de diferenciar entre captación y retención, consideraremos pacientes *retenidos* aquellos que hayan sido atendidos en el

TABLA 2

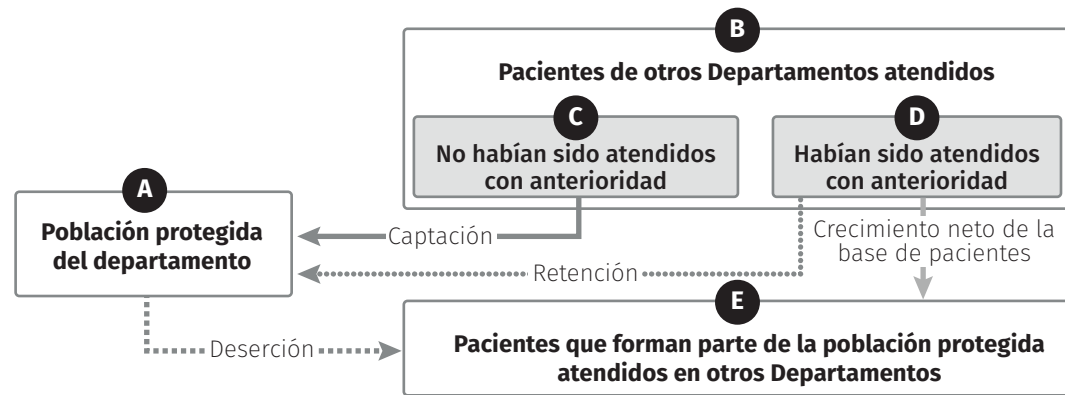
CLASIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES MEDIDAS DE LEALTAD

	Actitudinales		Conativas	
Orientación a la organización	A	Intención de compra	C	Captación, deserción y retención
		Preferencia		Cuota de mercado
		Compromiso con la organización		Modelos de decisión
Orientación al individuo	B	Actitud favorable hacia ciertos productos/marcas	D	Proporción de compra
		Actitud favorable en función de características personales		Patrones de compra

Fuente: Adaptación de Mellens y otros²⁰.

**FIGURA 3**

CAPTACIÓN, RETENCIÓN Y DESERCIÓN DE PACIENTES ENTRE DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



Fuente: Calero y Gallarza¹⁵.

- Departamento de Salud con anterioridad y que vuelven a tener un contacto; y pacientes *captados* aquellos que no han tenido ningún contacto con la organización desde el año de partida de nuestro análisis (cf. Figura 3). Por su parte, entendemos por *deserción* la proporción de pacientes de la población protegida que son atendidos en un Departamento de Salud en el que no estaban asignados.
- Todos los parámetros se calculan como una proporción respecto a la población asignada (cf. Tabla 3). Con ello pretendemos eliminar el sesgo que supondría el tamaño del hospital, ya que la dotación y la infraestructura suele ajustarse a la población protegida asignada.
- El crecimiento neto representa el saldo entre los pacientes atendidos de otros Departamentos (captados y retenidos) y aquellos pacientes asignados al Departamento que han desertado.
- La variación vegetativa muestra el incremento anual de la población del Departamento considerando tanto la población asignada inicial como las variaciones debidas al comportamiento de los pacientes; es por ello que, en nuestro objetivo de describir el comportamiento de lealtad de los pacientes, obviaremos el componente correspondiente a las variaciones relativas a la población asignada inicialmente.

- La cuota de mercado constituye una medición competitiva que permite determinar el grado de lealtad relativa alcanzado. Desde esta óptica, observaremos cómo varía como consecuencia de los diferentes flujos de población. Para ello, consideramos únicamente el saldo entre los pacientes atendidos que no son del Departamento y los pacientes del Departamento atendidos en otros, dividido entre la población total, eliminando el efecto de la población asignada^a.

La Tabla 4 muestra la formulación adaptada a la casuística de la Comunidad Valenciana de los parámetros de medición de la lealtad conativa seleccionados para este trabajo.

Pautas metodológicas

- El contenido de la investigación empírica se ha circunscrito al ámbito de la atención especializada, como servicio sanitario específico, y más concretamente a los siguientes tipos de asistencia: hospitalización, cirugía sin ingreso, urgencias hospitalarias y consultas externas. Pese a que los Departamentos de Salud están formados por el/los hospitales y los Centros de Salud y Consultorios Auxiliares del área, no se ha considerado la atención primaria debido a que, según lo establecido en los Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares que rigen los

TABLA 3

POBLACIÓN PROTEGIDA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA POR DEPARTAMENTO DE SALUD. 2007-2012

Dpto/Año	Media 2007	Media 2008	Media 2009	Media 2010	Media 2011	Media 2012
1. Vinaroz	85.081	85.521	87.742	87.493	87.831	84.596
2. Castellón	265.237	269.472	271.900	272.241	273.100	265.626
3. La Plana	180.132	183.220	184.862	184.801	184.891	181.426
4. Sagunto	141.101	144.062	146.087	146.062	146.749	144.619
5. Valencia Clínico	324.635	328.062	330.898	329.013	329.788	322.800
6. Valencia Amau	294.638	301.521	295.080	290.650	293.619	291.364
7. Valencia La Fe	325.762	329.340	266.759	202.486	188.140	183.244
8. Requena	48.359	48.378	48.809	48.796	48.856	48.079
9. Valencia General	368.108	378.994	360.073	347.028	347.591	340.393
10. Valencia Peset	357.554	353.186	354.580	351.032	351.177	343.865
11. La Ribera	250.420	253.614	255.474	255.183	255.703	251.475
12. Gandía	173.933	176.791	178.080	177.031	177.445	172.157
13. Denia	152.422	156.196	158.615	159.523	159.480	152.769
14. Xàtiva-Ont	195.911	197.527	198.254	197.697	197.597	193.854
15. Alcoy	137.922	138.428	138.325	137.369	136.791	134.714
16. Villajoyosa	164.691	168.183	170.089	169.720	171.178	163.716
17. San Juan	209.293	210.919	192.842	205.416	205.862	200.593
18. Elda	212.558	214.369	214.349	199.753	189.871	187.037
19. Alicante	246.961	250.417	255.204	255.575	256.156	251.244
20. Elche	277.737	281.479	283.139	207.780	155.551	152.696
21. Orihuela	155.172	158.647	160.584	160.545	161.427	158.042
22. Torrevieja	154.802	167.981	172.744	172.765	173.909	162.407
23. Manises	0	0	149.261	178.934	195.093	193.417
24. Elx-Crev	0	0	0	149.717	150.163	148.249
Total C.V.	4.722.429	4.797.308	4.873.752	4.886.609	4.837.967	4.728.380
Media por Dpto.	214.656	218.059	211.902	203.609	201.582	197.016

contratos del Modelo Alzira, este tipo de atención no genera compensación económica; es por ello que la incorporación de estos registros de actividad al aplicativo COMPAS se hizo con posterioridad, no disponiendo de toda la serie completa para su análisis.

- Se han obviado en el análisis aquellas asistencias en que el paciente necesariamente debe acudir a otro Departamento para ser atendido por no disponer su Departamento de procedencia del servicio. En dichos casos, el comportamiento del paciente no supone una expresión de sus preferencias.
- El período analizado abarca los años 2007 a 2012^b. Cabe señalar que, en el periodo consi-

derado, se produce el inicio de tres Departamentos de Salud gestionados mediante el Modelo Alzira (Denia y Manises en 2009, y Elx-Crevillent en 2010). Estos tres Departamentos se incluyen en el análisis desde la fecha de su creación, no disponiendo de la serie completa del periodo.

- Para una mejor visualización, hemos empleado diferentes gráficos y figuras. En primer lugar, recogemos las tasas por Departamento de Salud y año, ordenadas de manera decreciente en función de la media interanual. En segundo lugar, en cuanto a captación, retención y deserción, ofrecemos un ranking anual con la posición que ocupa



TABLA 4

FORMULACIÓN ADAPTADA A LA CASUÍSTICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DE LOS PARÁMETROS DE LEALTAD

Medición	Parámetro	Fórmula adaptada a la casuística de la Comunidad Valenciana
Medición de la captación, deserción y retención	Tasa de captación	(Pacientes de otros Departamentos atendidos durante el período n que no habían sido atendidos en períodos anteriores) / (Población protegida del Departamento en el período n)
	Tasa de deserción	(Pacientes que forman parte de la población protegida en el período n que son atendidos en otros Departamentos) / (Población protegida del Departamento en el período n)
	Tasa de retención	(Pacientes de otros Departamentos atendidos durante el período n que habían sido atendidos en períodos anteriores) / (Población protegida del Departamento en el período n)
	Tasa de crecimiento neto de la base de clientes	(Pacientes de otros Departamentos atendidos durante el período n) / (Pacientes que forman parte de la población protegida en el período n que son atendidos en otros Departamentos)
	Índice de Variación Vegetativa	[Población protegida del Departamento en el período n + Pacientes de otros Departamentos atendidos durante el período n - Pacientes que forman parte de la población protegida en el período n que son atendidos en otros Departamentos] / [Población protegida del Departamento en el período n-1 + Pacientes de otros Departamentos atendidos durante el período n-1 - Pacientes que forman parte de la población protegida en el período n-1 que son atendidos en otros Departamentos] Desagregaremos este índice como: Índice de Variación Vegetativa = $[(A+B-E)n] / [(A+B-E)n-1]$ Variación Vegetativa debida a los incrementos en la población asignada al Departamento = $(An) / (An-1)$ Variación Vegetativa debida al comportamiento de los pacientes = $[(B-E)n] / [(B-E)n-1]$ Donde: A = Población protegida del Departamento; B = Pacientes atendidos que no forman parte de la población protegida del Departamento; E = Pacientes que forman parte de la población protegida, pero fueron atendidos en otros Departamentos
Parámetros de cuota de mercado	Cuota de mercado fruto de la población asignada al Departamento = $ADptox / ACV$ Cuota de mercado fruto del comportamiento de los pacientes = $(B-E)Dptox / ACV$ Donde: A Dptox = Población protegida del Departamento; ACV = Población protegida de la Comunidad Valenciana; B = Pacientes atendidos que no forman parte de la población protegida del Departamento; E = Pacientes que forman parte de la población protegida, pero fueron atendidos en otros Departamentos	

cada Departamento en función de sus tasas de captación, retención o deserción. Este ranking ofrece una comparativa interanual así como entre Departamentos.

- Los valores relativos al Departamento La Fe, que por su volumen no resultan comparables en un mismo gráfico, aparecen en la es-

quina superior derecha, con una mayor escala, en los gráficos comparativos de los diferentes Departamentos.

En las diferentes figuras, se han resaltado en negrita los valores correspondientes a los Departamentos gestionados mediante el Modelo Alzira.

RESULTADOS

Se exponen los resultados que describen la lealtad mostrada por los pacientes, distinguiendo los relativos a las variables estratégicas (captación, retención, deserción) y la incidencia que dichas variables tienen en la gestión de los Departamentos (crecimiento neto de pacientes, variación vegetativa y cuota de mercado).

Aproximación a la evaluación de la lealtad conativa de los pacientes en los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana

Análisis del grado de captación

Conforme muestra la Figura 4, ordenado de manera descendente en función de la tasa media interanual, La Fe presenta una tasa de captación con un valor extremadamente alto en comparación

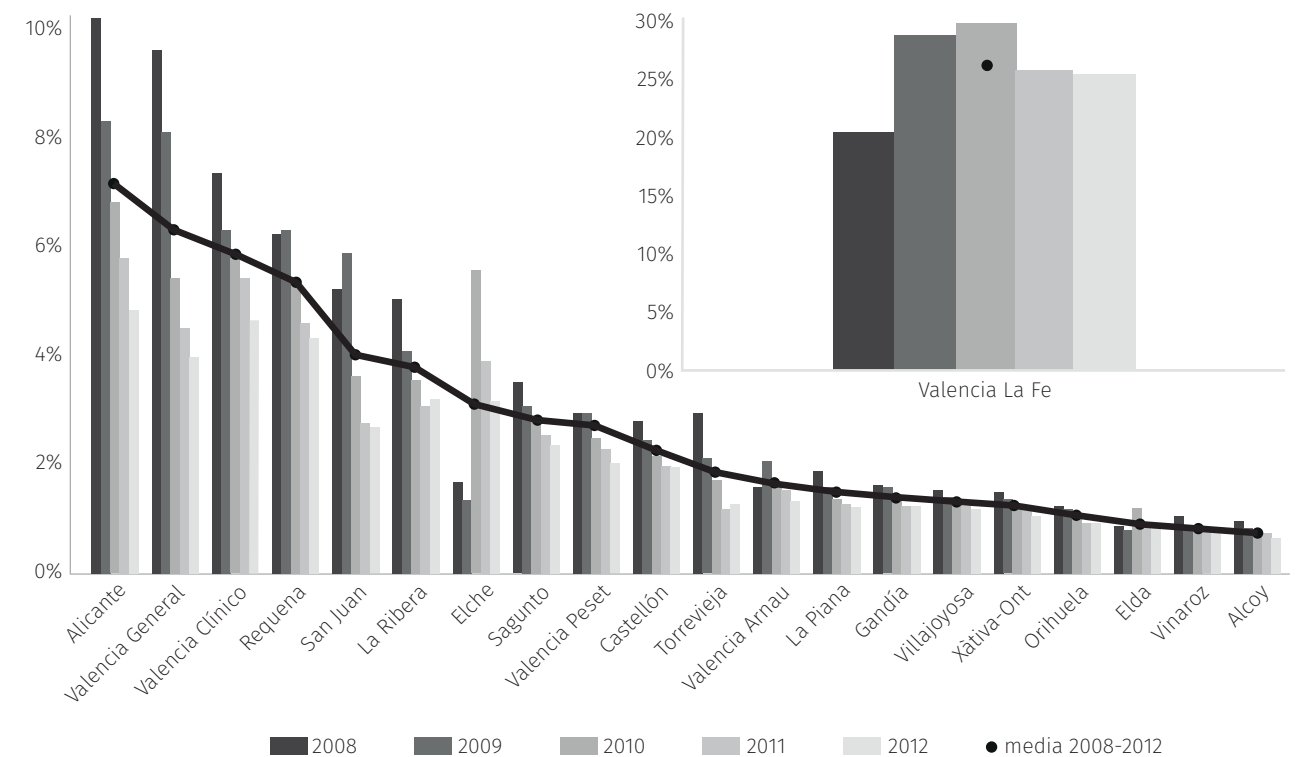
con el resto de Departamentos (26,5 por ciento). Seguidamente, los Departamentos con una mayor captación son Alicante, General de Valencia y Valencia-Clinico, presentando tasas medias interanuales del 7,2 por ciento; 6,3 por ciento; y 5,9 por ciento respectivamente. Tras ellos, dos Departamentos, Requena (5,4 por ciento) y San Juan (4,1 por ciento), capaces de captar una cantidad de pacientes importante, no tanto en términos absolutos como en relativos, si tenemos en cuenta que su población asignada es bastante reducida.

En cuanto a los Departamentos gestionados mediante el Modelo Alzira, en séptimo lugar encontramos la concesión de La Ribera (3,8 por ciento), mientras que Torrevieja (1,9 por ciento) figura en el décimo lugar de los 21 Departamentos considerados.

La Figura 5 ofrece un ranking ordenando los Departamentos de mayor a menor tasa de captación.

FIGURA 4

TASA DE CAPTACIÓN POR DEPARTAMENTO DE SALUD. AÑOS 2008-2012



**FIGURA 5**

RANKING DE DEPARTAMENTOS EN FUNCIÓN DE SU TASA DE CAPTACIÓN. AÑOS 2008-2012

2008	2009	2010	2011	2012	
La Fe	La Fe	La Fe	La Fe	La Fe	1
Alicante	Alicante	Alicante	Alicante	Alicante	2
Gral. Valencia	Gral. Valencia	Clínico	Clínico	Clínico	3
Clínico	Clínico	Elche	Requena	Requena	4
Requena	Requena	Gral. Valencia	Gral. Valencia	Gral. Valencia	5
San Juan	San Juan	Requena	Elche	La Ribera	6
La Ribera	La Ribera	San Juan	La Ribera	Elche	7
Dr. Peset	Sagunto	La Ribera	San Juan	San Juan	8
Sagunto	Dr. Peset	Sagunto	Sagunto	Sagunto	9
Torre Vieja	Castellón	Dr. Peset	Dr. Peset	Dr. Peset	10
Castellón	Torre Vieja	Castellón	Castellón	Castellón	11
La Plana	Arнау	Arнау	Arнау	Arнау	12
Elche	Gandía	Torre Vieja	La Plana	Torre Vieja	13
Gandía	La Plana	La Plana	Villajoyosa	La Plana	14
Arнау	Villajoyosa	Gandía	Gandía	Gandía	15
Villajoyosa	Elche	Villajoyosa	Torre Vieja	Villajoyosa	16
Xàtiva-Ont	Xàtiva-Ont	Xàtiva-Ont	Xàtiva-Ont	Xàtiva-Ont	17
Orihuela	Orihuela	Elda	Orihuela	Orihuela	18
Vinaroz	Vinaroz	Orihuela	Elda	Elda	19
Alcoy	Alcoy	Vinaroz	Vinaroz	Vinaroz	20
Elda	Elda	Alcoy	Alcoy	Alcoy	21

La mayor variación en la posición relativa de la captación tiene lugar en Elche con un gran ascenso en 2010. Respecto a la evolución relativa de La Ribera y Torre Vieja, apreciamos diferentes trayectorias. Si bien La Ribera ve reducida su posición relativa en 2010, a partir de este año muestra un comportamiento ascendente. Torre Vieja desciende su posición año tras año hasta 2011, repuntando ligeramente en 2012.

Análisis del grado de retención

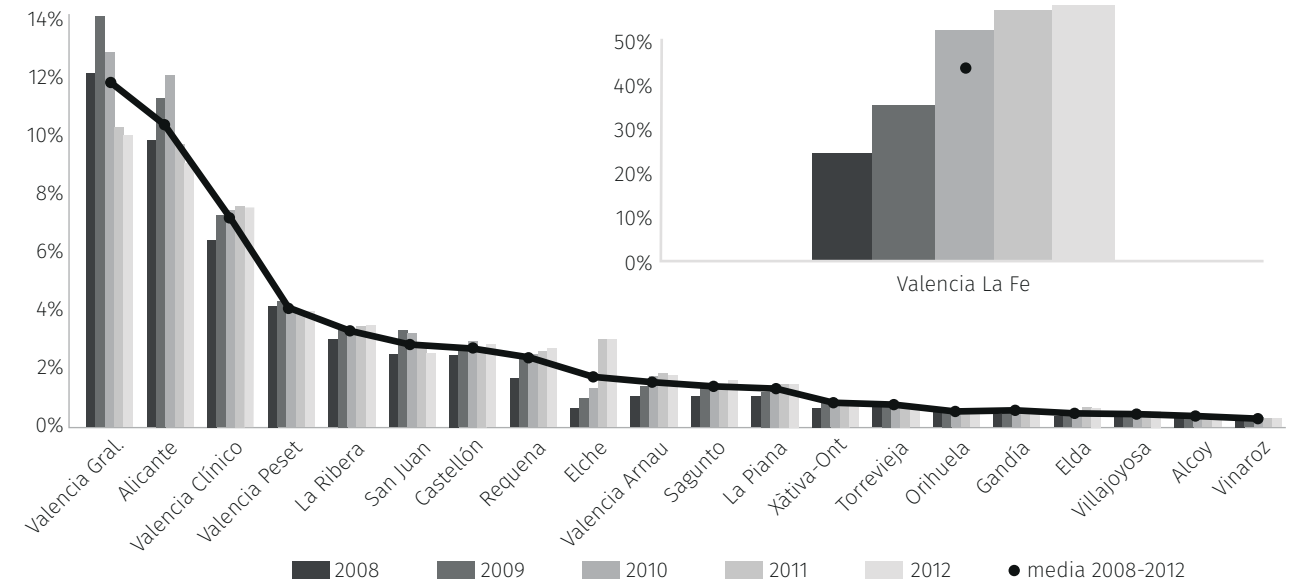
Primeramente, analizaremos las tasas de retención de todos los Departamentos de Salud a excepción de Denia, Manises y Elx-Crevillent^c (cf. Figura 6). Destaca la cifra de retención que presenta La Fe (45,1 por ciento). Seguidamente, los Departamentos con mayor tasa de retención son General de Valencia (11,8 por ciento), Alicante (10,3 por ciento), Clínico (7,2 por ciento) y Doctor Peset (4,1 por ciento). A continuación, se sitúa la concesión

de La Ribera (3,4 por ciento), mientras que la de Torre Vieja (0,8 por ciento) ocupa el decimoquinto lugar de los 21 Departamentos considerados. En último lugar, encontramos los hospitales comarcales (Elda, 0,6 por ciento; Villajoyosa, 0,5 por ciento; Alcoy, 0,4 por ciento; Vinaroz, 0,3 por ciento).

A la luz de la Figura 7, con un ranking con las posiciones relativas de cada Departamento según su tasa de retención, la mayoría de Departamentos mantienen su posición relativa de retención de pacientes. Asumimos, por tanto, como primer resultado que las tasas de retención son más estables en el tiempo que las de captación. El mayor aumento de posición tiene lugar en los Departamentos de Elche y Elda. En cuanto a la retención en las dos concesiones analizadas en este período, encontramos una marcada diferencia entre La Ribera y Torre Vieja. La Ribera mantiene su sexta posición durante todo el período. Torre Vieja, en cambio,

FIGURA 6

TASA DE RETENCIÓN POR DEPARTAMENTO DE SALUD. AÑOS 2008-2012

**FIGURA 7**

RANKING DE DEPARTAMENTOS EN FUNCIÓN DE SU TASA DE RETENCIÓN. AÑOS 2008-2012

2008	2009	2010	2011	2012	
La Fe	La Fe	La Fe	La Fe	La Fe	1
Gral. Valencia	Gral. Valencia	Gral. Valencia	Gral. Valencia	Gral. Valencia	2
Alicante	Alicante	Alicante	Alicante	Alicante	2
Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	4
Dr. Peset	Dr. Peset	Dr. Peset	Dr. Peset	Dr. Peset	5
La Ribera	La Ribera	La Ribera	La Ribera	La Ribera	6
San Juan	San Juan	San Juan	Elche	Elche	7
Castellón	Castellón	Castellón	San Juan	Castellón	8
Requena	Requena	Requena	Castellón	Requena	9
La Plana	Arнау	Arнау	Requena	San Juan	10
Arнау	Sagunto	Sagunto	Arнау	Arнау	11
Sagunto	La Plana	Elche	Sagunto	Sagunto	12
Torre Vieja	Elche	La Plana	La Plana	La Plana	13
Elche	Xàtiva-Ont	Torre Vieja	Xàtiva-Ont	Xàtiva-Ont	14
Xàtiva-Ont	Torre Vieja	Xàtiva-Ont	Torre Vieja	Elda	15
Orihuela	Orihuela	Gandía	Elda	Gandía	16
Gandía	Gandía	Orihuela	Gandía	Torre Vieja	17
Elda	Villajoyosa	Villajoyosa	Orihuela	Orihuela	18
Villajoyosa	Elda	Elda	Villajoyosa	Villajoyosa	19
Alcoy	Alcoy	Alcoy	Alcoy	Alcoy	20
Vinaroz	Vinaroz	Vinaroz	Vinaroz	Vinaroz	21



experimenta un descenso de posición, pasando de ser el decimotercero Departamento en retención de pacientes al decimoséptimo.

Análisis del grado de deserción

En la Figura 8, ordenado de manera decreciente en función de la tasa media interanual, apreciamos la elevada tasa de deserción de Manises, donde en el año 2009 (año de inicio de la concesión) se situaba por encima del 22 por ciento. En otras palabras, prácticamente una de cada cinco personas que formaban parte de la población protegida de Manises optaba por ser atendida en otro Departamento de Salud. Esta fuerte deserción se ha ido minimizando alcanzando en 2012 una tasa del 13,1 por ciento. También es destacable la tasa de deserción de la concesión de Elx-Crevillent teniendo en el año de su apertura una deserción del 10,7 por ciento, que en 2012 se sitúa ya en el 6,1 por ciento.

La Ribera muestra este comportamiento, aunque no tan acusado, al ver reducida su deserción a lo largo de la serie temporal analizada, presentando una tasa interanual del 5,7 por ciento. En relación al Departamento de Denia, y considerando que es la única concesión no creada *ex novo*, es de resaltar cómo ha visto reducida notablemente su deserción desde que pasó a ser gestionada mediante el Modelo Alzira en 2009 (del 6,4 por ciento al 3,9 por ciento). En cuanto a la concesión de Torrevieja, resulta de máxima relevancia el hecho de que se trata del Departamento de Salud con menor tasa de deserción de pacientes (3 por ciento).

La mayor pérdida de pacientes se da en Valencia-Arnau (18,9), Clínico (16,8 por ciento), Peset (16,7 por ciento), La Fe (14,5 por ciento), General de Valencia (13,0 por ciento) y San Juan (12,1 por ciento).

La lectura del ranking confirma el escaso comportamiento de deserción de pacientes en la concesión de Torrevieja, siendo el Departamento con menor tasa de deserción en los años 2008 a 2012. La Ribera también se sitúa en una posición relativamente buena. En cuanto a las tres concesiones que se implantaron en este periodo, observamos un cambio de comportamiento a la baja en Denia a partir del año 2009, año en que comienza a ser gestionada mediante el Modelo Alzira.

Manises se sitúa como el Departamento con mayor deserción de pacientes en 2009, año de su inauguración, y ya en 2011 consigue bajar posiciones situándose en cuarto lugar. El inicio de la concesión de Elx-Crevillent conllevó una deserción de pacientes importante, que se ha ido reduciendo con los años.

En lo que se refiere a los Departamentos de gestión pública, destaca el salto de Elche en 2010, coincidiendo con la apertura de la concesión de Elx-Crevillent. Otros cambios reseñables serían el descenso que presentan La Fe y Elda y el alza del Doctor Peset.

Medidas estratégicas de lealtad conativa en los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana

Yendo un paso más allá, incidimos en las medidas estratégicas de lealtad, que ayudarán a entender la incidencia del comportamiento del paciente en los Departamentos.

Análisis de la tasa de crecimiento neto de la base de pacientes

La figura, ordenada de manera decreciente en función de su tasa interanual de crecimiento neto^d, muestra que únicamente seis Departamentos cuentan con mayor número de pacientes captados y retenidos que desertores, experimentando un crecimiento neto de la base de pacientes: La Fe (4,1), Alicante (3,9), Castellón (1,6), General de Valencia (1,5), La Ribera (1,3) y Torrevieja (1,0). De manera adicional, todos los Departamentos han logrado una tasa de crecimiento neto de la base de pacientes superior a uno en algún período anual: Elche y Requena. Precisamente, Elche logra esta tasa en 2011 y 2012 viéndose favorecido por el impacto de la apertura de Elx-Crevillent. El resto de Departamentos, en cambio, cuentan con más pacientes desertores que captados y retenidos, disminuyendo de este modo su base de pacientes.

Entre aquellos que logran aumentar su base de pacientes, se sitúan dos concesiones, La Ribera y Torrevieja, esta última únicamente de 2007 a 2010. En Torrevieja este incremento responde en mayor medida a su escasa deserción de pacientes más que a su capacidad de captar y retener pacientes de otros centros. En cuanto a los otros tres Departamentos del Modelo Alzira, su

FIGURA 8

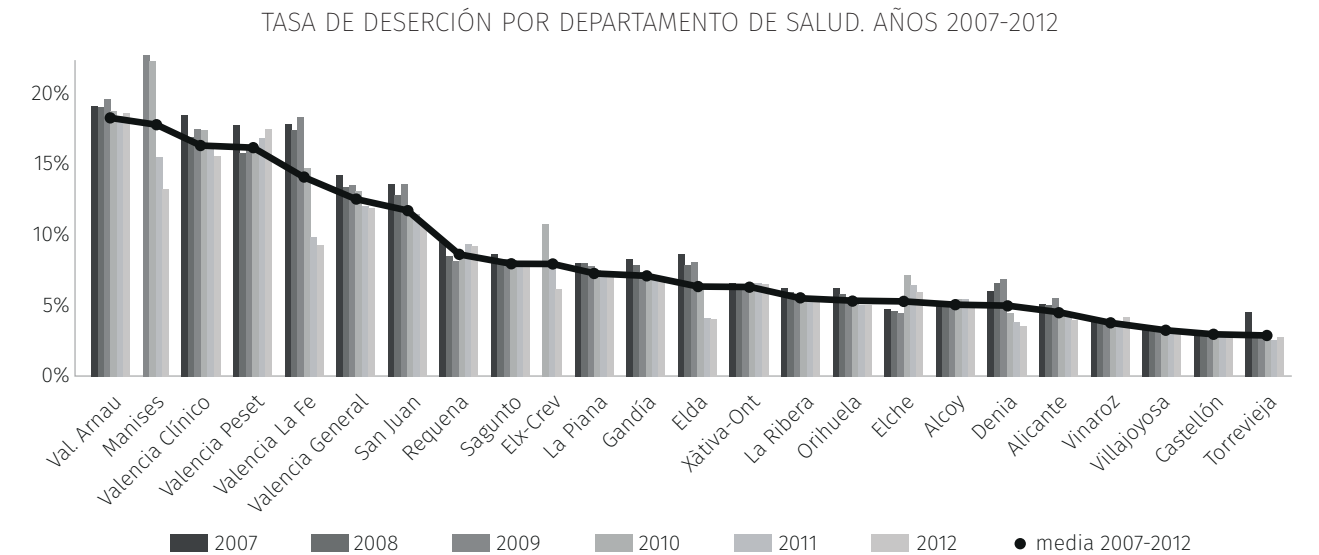
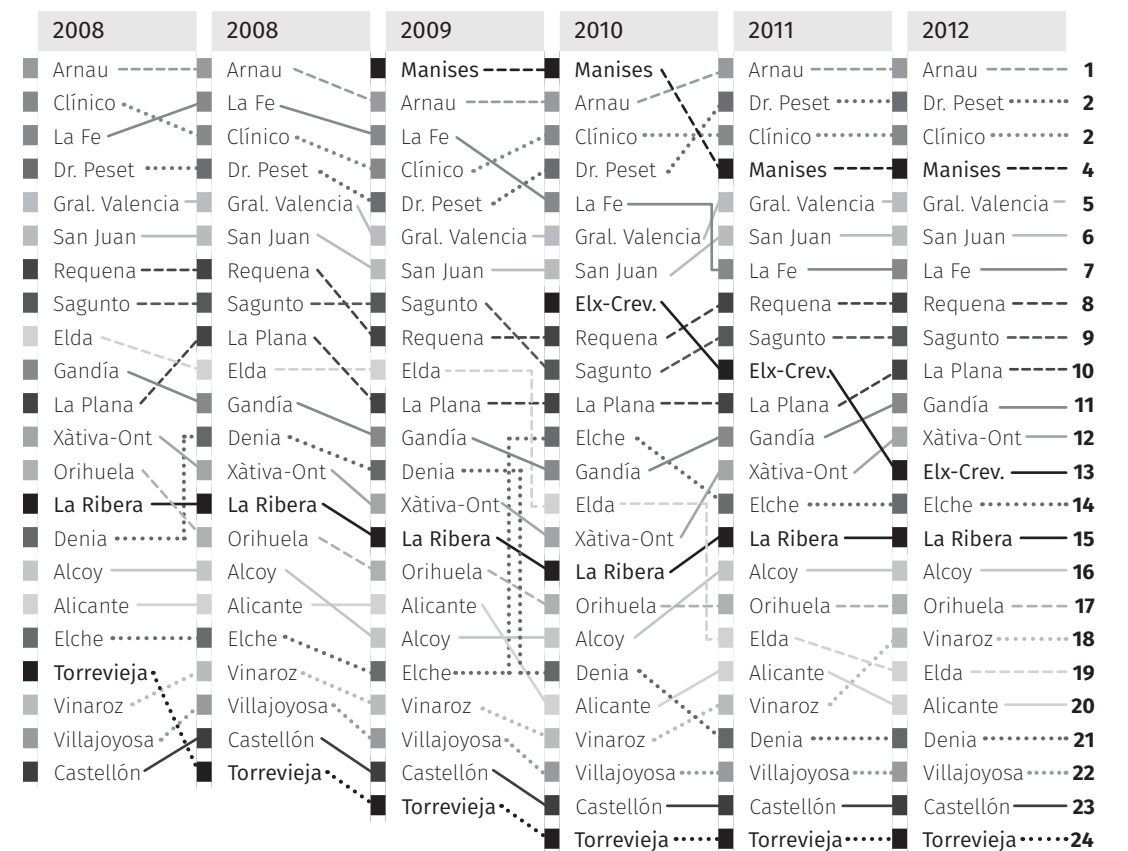


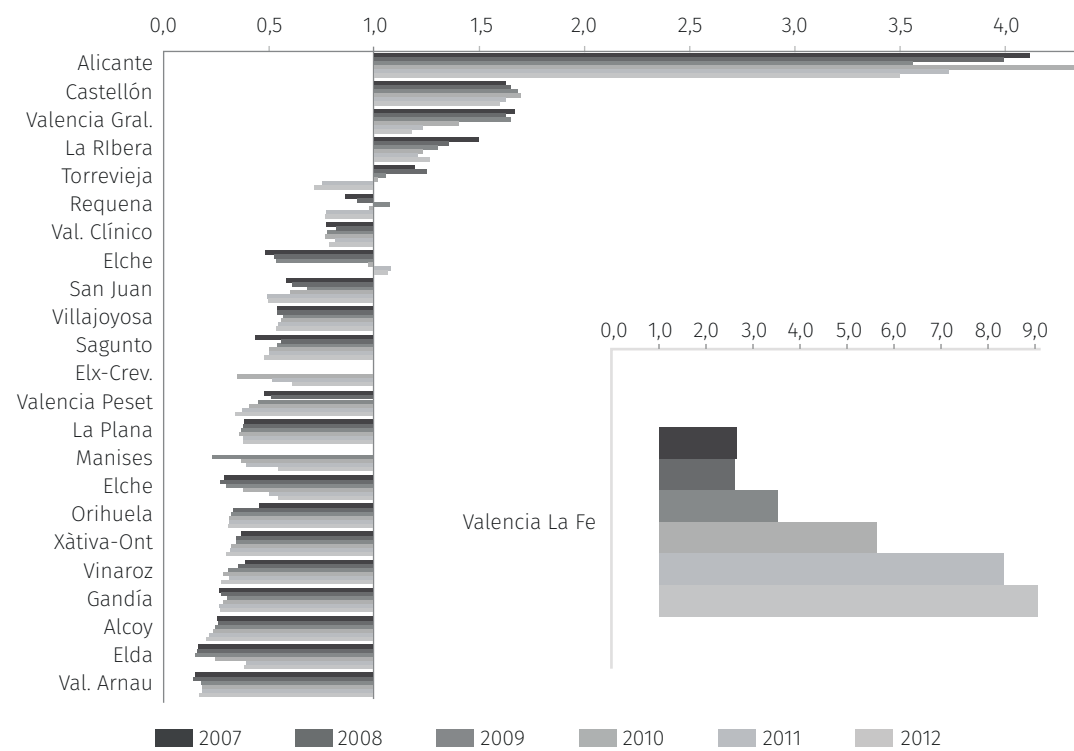
FIGURA 9

RANKING DE DEPARTAMENTOS EN FUNCIÓN DE SU TASA DE DESERCIÓN. AÑOS 2007-2012



**FIGURA 10**

CRECIMIENTO NETO DE LA BASE DE PACIENTES POR DEPARTAMENTO DE SALUD. AÑOS 2007-2012



base de pacientes se ve reducida como consecuencia de los flujos interdepartamentales. Esta pérdida de pacientes va siendo cada vez menor si observamos su evolución interanual. En 2009 la tasa de crecimiento neto de Manises era de 0,2 llegando a situarse en 2012 en 0,6; Elx-Crevillent pasa de 0,4 en 2010 a 0,6 en 2012; mientras que Denia muestra un cambio a partir de 2009, año en que comienza a ser gestionado mediante el Modelo Alzira. Así, pasa de un mantenimiento de su base de pacientes (0,3 en 2007 y 2008) a una pérdida de pacientes cada vez menor (de 0,3 en 2008 a 0,6 en 2012).

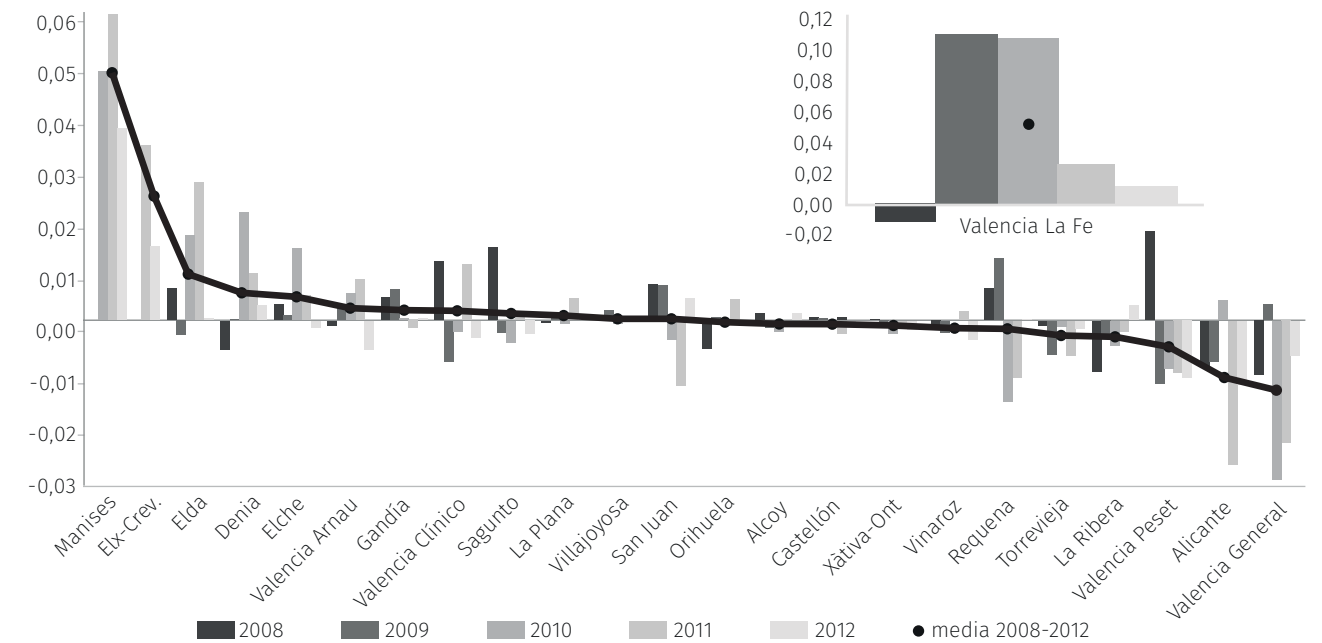
Análisis del índice de variación vegetativa

Este índice constituye el mejor indicador para apreciar la evolución interanual del comportamiento de los pacientes y de su repercusión en los Departamentos⁸.

Más allá del primer lugar ocupado por La Fe, llama la atención cómo Manises (0,05) y Elx-Crevillent (0,03) se sitúan en la segunda y tercera posición respectivamente en incremento interanual de población fruto del comportamiento de los pacientes. Estas dos concesiones iniciaron su andadura con elevadas tasas de deserción. Sin embargo, su deserción se ha reducido de tal manera que, junto con su capacidad de captar y retener pacientes, permite que logren una variación vegetativa positiva por encima del resto de Departamentos. En tercer y quinto lugar encontramos a Elda y Elche, Departamentos que han visto favorecida su captación y retención de pacientes al transferir parte de su población a la concesión de Elx-Crevillent en 2010. Denia arroja una variación vegetativa interanual de 0,006, con un alza desde 2009. Torrevieja (-0,003) y La Ribera (-0,003) muestran una variación vegetativa negativa, reflejando una disminución

FIGURA 11

VARIACIÓN VEGETATIVA. AÑOS 2008-2012



interanual del saldo entre pacientes captados y retenidos y pacientes desertores.

Análisis de la cuota de mercado

El análisis diacrónico de la cuota de mercado muestra su incremento debido al comportamiento de los pacientes desde el año 2007 al 2012 (cf. Figura 12)⁹.

Cinco Departamentos aumentan su cuota de mercado en todo el periodo como consecuencia de las preferencias manifestadas por los pacientes: La Fe (2,5 por ciento), Alicante (0,7 por ciento), General de Valencia (0,5 por ciento), Castellón (0,1 por ciento) y La Ribera (0,1 por ciento). Tras ellos, Torrevieja presentaba valores positivos en los primeros años, sin embargo, en 2011 y 2012 su cuota de mercado se ve disminuida. El resto de Departamentos muestran una reducción de su cuota de mercado. En el caso de Denia, a partir de 2009, su reducción de cuota se ve suavizada, pasando de valores de -0,1 por ciento a -0,05 por ciento. Manises y Elx-Crevillent acusan su arranque en 2009 y 2010, respectivamente, con una importante pérdida de cuota de mercado. Sin embargo, este im-

pacto se reduce con los años: Manises pasa de una pérdida de cuota de mercado del 0,5 por ciento en 2009 al 0,2 por ciento en 2012; y Elx-Crevillent reconduce su disminución del 0,2 por ciento en 2010 al 0,1 por ciento en 2012.

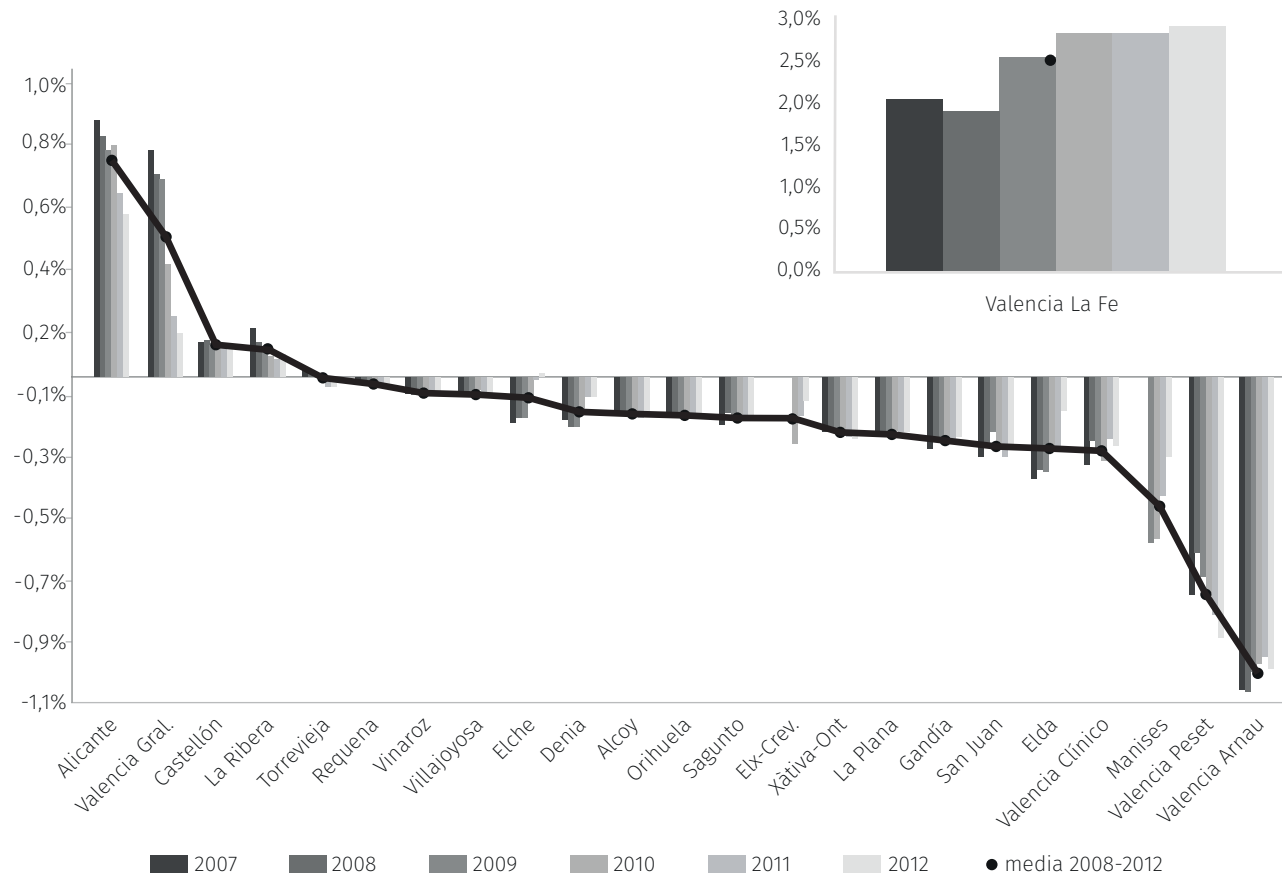
CONCLUSIONES

Tras explicar la organización de la sanidad pública valenciana y describir la complejidad de la medición de la lealtad conductual, a modo de resumen del análisis descriptivo realizado, la Tabla 5 recoge las principales conclusiones extraídas, distinguiendo en función del modelo de gestión, y a su vez entre las cinco concesiones (ya que se observan marcadas diferencias entre las concesiones con una mayor trayectoria -La Ribera y Torrevieja- y las más recientes -Denia, Manises y Elx-Crevillent-).

Con los resultados y conclusiones del análisis, se ha dado respuesta a los objetivos planteados de estudiar la trayectoria del Modelo Alzira a través del comportamiento de lealtad manifestado por los pacientes. Así, se han plasmado gráfica-

**FIGURA 12**

ANÁLISIS DE LA CUOTA DE MERCADO



mente los movimientos entre Departamentos de Salud de los pacientes de la Comunidad Valenciana, poniendo en evidencia sus preferencias y la capacidad de gestión de cada Departamento en cuanto a capacidad de atracción y fidelización de los pacientes; y se ha expuesto el impacto en el crecimiento neto de la base de pacientes, la variación vegetativa y la cuota de mercado de los Departamentos gestionados mediante partenariado, cifras claves que tienen un impacto directo, y cada vez más positivo, en su facturación intercentros y, por tanto, en su presupuesto y viabilidad futura. De este modo, en un marco de cohabitación de modelos de gestión, se ofrece una evaluación del comportamiento del paciente manifestado a través de sus preferencias, aportando una evaluación del Mo-

delo Alzira y respondiendo a afirmaciones de la literatura que abogan por estas evaluaciones, como la de Sánchez et al. (2013, p.6): “*apenas existe evidencia para el caso español acerca del grado en que las estrategias gerencialistas y de privatización formal (en el ámbito de la gestión directa) y las diversas modalidades de privatización funcional (gestión indirecta) han alcanzado los objetivos que motivaron su puesta en práctica*”.

Más allá de las conclusiones obtenidas, el presente estudio no ha estado exento de limitaciones. En primer lugar, debemos recalcar que nos encontramos con concesiones de reciente creación (Denia y Manises en 2009, y Elx-Crevillent en 2010), cuya trayectoria cuantitativa (los datos disponibles sobre ellas) y cualitativa (las circunstancias de en-

TABLA 5

PRINCIPALES CONCLUSIONES

Tipo de gestión	Departamento	Conclusión obtenida
Gestión pública		La Fe presenta valores extremadamente elevados en captación y retención de pacientes en comparación con el resto de Departamentos de Salud. Estos resultados se entienden en virtud de la imagen y reputación de que disfruta el Hospital de La Fe, principal hospital de la Comunidad Valenciana.
		Los Departamentos con mayor captación y retención son aquellos que cuentan con hospitales de cierto renombre: Alicante, General de Valencia y Clínico.
		Las tasas más elevadas de deserción se dan en los Departamentos Valencia-Arnau, Valencia-Clínico y Doctor Peset.
		La menor tasas de deserción tiene lugar en Castellón, Villajoyosa y Alicante.
Modelo Alzira	La Ribera y Torrevieja	La Ribera y, en menor medida, Torrevieja consiguen incrementar tanto su base neta de pacientes como su cuota de mercado inicialmente asignada.
		La Ribera presenta una elevada capacidad de captación y retención de pacientes de otros Departamentos.
		Torrevieja cuenta con las menores tasas de deserción de pacientes asignados de la Comunidad Valenciana.
	Denia	Se observa un cambio de comportamiento a partir del año 2009, año en que pasa a ser gestionada mediante el Modelo Alzira, principalmente en: tasa de deserción, crecimiento neto de la base de pacientes, cuota de mercado y variación vegetativa.
	Manises y Elx-Crevillent	Situación de partida de las concesiones de Manises y Elx-Crevillent muy negativa (fundamentalmente en deserción de pacientes).
		Esta situación se ha ido corrigiendo en los años posteriores: notable reducción de la deserción de pacientes; buenos resultados de Manises en captación y retención de pacientes de otros Departamentos; menor decrecimiento neto de su base de pacientes; menor reducción de su cuota de mercado; y elevada variación vegetativa.
	Rápida y buena evolución de las concesiones de reciente creación, que aumentan interanualmente sus cifras de población gracias al comportamiento manifestado por los pacientes.	
	La mayor variación en la posición relativa de captación, retención y deserción de pacientes tiene lugar en los Departamentos de Elche y Elda con un gran impacto en el año 2010. Puede deberse al efecto que supuso para estos Departamentos el inicio de la concesión de Elx-Crevillent, cuya población estaba asignada a Elche y Elda. Así, una vez iniciada la actividad en la concesión, parece ser que una parte considerable de los pacientes optó por ser atendida en sus antiguos Departamentos. Sin embargo, no se observa este efecto en el General de Valencia ni en La Fe ante la apertura de la concesión de Manises en 2009; si bien levemente también se ve afectado el Departamento Valencia-Arnau, siendo estos tres Departamentos aquellos en los que estaba asignada anteriormente la población de esta nueva concesión.	

torno que rodean dicha implantación) limitan nuestro análisis. Es por ello que estas tres concesiones presentan unos resultados marcados por el impacto del cambio de modelo de gestión, ensombreciendo su comparación con otros Departamentos de Salud y concesiones. Futuros trabajos con

la observación de una mayor trayectoria nos permitirán proseguir en nuestro empeño por ahondar en el análisis del comportamiento de lealtad del paciente y aportar un mayor conocimiento sobre éste en un contexto de implantación de nuevos modelos de gestión sanitaria.



REFERENCIAS

NOTAS DE LA AUTORA

- a. Por otra parte, este análisis desagregado posibilita eliminar el efecto que tiene sobre la cuota de mercado el hecho de que la población asignada sufra una modificación importante. A modo de ejemplo, la apertura de la concesión de Elx-Crevillent en 2010, supuso una notable disminución de la población del Departamento de Salud de Elche.
- b. El estudio expuesto en este trabajo forma parte de una investigación más amplia, concretamente de la Tesis Doctoral de la autora defendida en la Universidad Católica de Valencia en mayo de 2014 y titulada *El comportamiento de lealtad del paciente: un análisis aplicado al Modelo Alzira*; es por ello que el periodo abarca hasta el año 2012.
- c. Recordamos que, debido a que su apertura tuvo lugar en 2009 (Denia y Manises) y 2010 (Elx-Crevillent), no contamos con una serie histórica que abarque el período 2007-2012 para estos tres Departamentos.
- d. Si la tasa es inferior a uno es debido a que el numerador es menor que el denominador, es decir que hay más pacientes que adoptan un comportamiento de deserción que aquellos que son captados o retenidos. Asimismo, si la tasa supera el valor uno es porque el Departamento capta y retiene más pacientes que los que pierde, creciendo su base neta de pacientes. Esta tasa relaciona, así, la captación y la retención con la deserción, determinando su incidencia en el crecimiento o decrecimiento de la base de pacientes del Departamento.
- e. Un valor por encima de cero supone aumentar interanualmente el número de pacientes; mientras que una cifra negativa indica una reducción de población.
- f. Los valores positivos reflejan un aumento de la cuota de mercado frente a los valores negativos que suponen una disminución de la misma.

- 1 Caballer M, Vivas D, Moya I. Financiación pública, provisión privada: la medida de la eficiencia comparada. *Revista de Administración Sanitaria*. 2009; 7(3): 521-536.
- 2 García-Altés A, Argimon JM. La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30: 9-13.
- 3 Martín JC, Ortega MI. Rendimiento hospitalario y benchmarking. *Revista de Economía Aplicada*. 2016; 24(70): 27-51.
- 4 Caviedes R. Concesiones sanitarias: garantizando la sostenibilidad del sistema. Santiago de Chile: Ed. Libertad y Desarrollo; 2009.
- 5 Serrano M. El papel del médico en el marketing de contenidos sanitarios. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2013; 4(2): 123-126.
- 6 Cerdà JCM. El derecho de los pacientes a recibir información. *Revista CONAMED*. 2014; 19(4): 183-186.
- 7 Vaquero AYG. El paciente como sujeto de derechos. La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas. *Bajo Palabra Revista de Filosofía*. 2016; 12: 153-162.
- 8 Álvarez FR. La gestión económico-financiera bajo los modelos de colaboración público privada: el caso de los hospitales de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid; 2014.
- 9 Martín JJM. El sistema nacional de salud español ante la gran recesión. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 2016; 34(2): 315.
- 10 Cantero J. Crisis y mutación del servicio público sanitario en España. *Revista de la Facultad de Derecho PUCP*. 2016; 76: 251-276.
- 11 Thornton C, Brown JD. Employer demand for health services researchers in the year 2020. *Health Services Research*. 2009; 44(6): 2242-2254.
- 12 Hillestad SG, Berkowitz EN. *Health care market strategy*. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2012.
- 13 Cervera M. La Agencia Valenciana de Salud. *Revista de Administración Sanitaria*. 2006; 4(1): 33-54.
- 14 Campoy LF, Santacreu J. La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia. *Revista de Administración Sanitaria*. 2008; 6(2): 297-321.
- 15 Calero R, Gallarza MG. Loyalty behaviour in patients: applied analysis to the "Alzira Model". *International Review on Public and Nonprofit Marketing*. 2014; 12(1): 89-91.
- 16 Soriano F. Un nuevo modelo de régimen jurídico y de los recursos humanos en la sanidad. La experiencia de la Comunidad Valenciana. Tesis Doctoral, Universidad de Alicante; 2016.
- 17 Calero R, Gallarza MG. La concesión administrativa como modelo de gestión sanitaria en la Comunidad Valenciana. *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*. 2010; 59: 37-64.
- 18 Pritchard MP, Havitz ME, Howard DR. Analyzing the commitment-loyalty link in service contexts. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 199; 27(3): 333-348.
- 19 Dick AS, Basu K. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1994; 22: 99-113.
- 20 Mellens M, Dekimpe MG, Steenkamp JBEM. A review of brand-loyalty measures in marketing. *Tijdschrift voor economie en management*. 1996; XLI (4): 507-533.
- 21 Reichheld FF. *The loyalty effect*. Boston: Harvard Business School Press; 1996.
- 22 Kotler P, Keller KL. *Dirección de marketing*. Madrid: Pearson Educación; 2006.
- 23 Gummerson E. *Total Relationship Marketing*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2008.
- 24 Rust R. What is the domain of service research? *Journal of Service Research*. 1998; 1: 107.
- 25 Kotler P, Clarke RN. *Marketing for health care organizations*. New Jersey: Prentice-Hall; 1987.
- 26 Gadea S. Flujos de pacientes entre Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. Trabajo de Fin de Máster, Universidad Católica de Valencia; 2009.
- 27 Blankenship AB, Breen GE, Dutka A. *State of the art Marketing Research (2nd ed.)*. Chicago: American Marketing Association; 1998.