



# Las listas de espera: su impacto en el comportamiento de lealtad del paciente

REMEDIOS CALERO<sup>1</sup> Y MARTINA G. GALLARZA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gerencia de Atención Integrada de Hellín. Directora de Gestión y Servicios Generales, <sup>2</sup>Universitat de València. Profesora del Departamento de Comercialización e Investigación de Mercados.

## Resumen

**Objetivos:** Ante el desequilibrio entre demanda (cultura de la inmediatez) y oferta sanitaria (gestión del tiempo), se busca contrastar si la existencia de listas de espera afecta al comportamiento de lealtad del paciente.

**Métodos:** El estudio considera las asistencias a pacientes de la Comunidad Valenciana durante un año (más de un millón de registros) recogidas en una base de datos interna de la Conselleria de Sanidad. Mediante un análisis confirmatorio de independencia (chi-cuadrado) se ha contrastado el efecto de la gestión del tiempo sobre las variables estratégicas de la lealtad.

**Resultados:** Las hipótesis planteadas son validadas con un nivel de significatividad menor a 0,01. Se confirma que el comportamiento de lealtad del paciente sí depende de la existencia de lista de espera, así como de la circunstancia de ingreso (urgente o programado) en la que tuvo lugar la asistencia.

**Conclusiones:** Se pone en evidencia la relevancia de la gestión del tiempo desde una óptica de oferta (gestión de listas de espera y tiempos más óptimos de prestación) para atender a una demanda cada vez más exigente (mayor rapidez en la prestación del servicio). La bondad del análisis reside en confirmar estadísticamente el impacto, a priori presumible, de la demora asistencial en el comportamiento del paciente. Resulta de mayor relevancia por la incidencia directa de los flujos de pacientes en la financiación, máxime cuando se observa un entorno cada vez más competitivo, tanto en los sistemas sanitarios públicos como en los privados.

**Palabras clave:** Administración de los servicios de salud, Gestión en salud, Listas de espera, Comportamiento del consumidor.

## Abstract

**Objectives:** Due to the imbalance between health demand (culture of immediacy) and health supply (time management), we try to test in which way delay affects patient loyalty behaviour.

**Methods:** We have considered health data during one year in the Region of Valencia (more than one million of data). In order to set the confirmatory analysis (using chi-squared test), strategic loyalty variables have been assessed.

**Results:** Hypotheses are validated with a level of significance lower than 0.01. It is shown that patient loyalty behaviour depends on delay and time circumstances.

**Conclusions:** Excellent time management is key from a demand perspective and a competitive advantage from a supply perspective. The contribution lies in confirming statistically something what sounds plausible: i.e. the impact of care delay on patient's behaviour. But its relevance is higher taking not account the direct impact of patient flows on financing, because highly competitive environments, both in public and private health systems.

**Key words:** Health services administration, Health management, Waiting lists, Consumer behaviour.

## INTRODUCCIÓN

Ante el problema de las listas de espera que afronta la gestión sanitaria y la exigencia por parte del paciente de una mayor rapidez en la prestación del servicio, se produce un desequilibrio entre oferta y demanda sanitaria. El presente trabajo toma como punto de partida esta dicotomía en la gestión del tiempo de prestación del servicio sanitario, buscando mostrar en qué medida ello afecta al comportamiento de lealtad del paciente.

En los últimos años, se aprecia una marcada evolución del paciente como consumidor, caracterizada por su sofisticación: ya no es receptor pasivo, adoptando un carácter crítico y exigente<sup>1,2</sup>. Cuenta con más información, más educación, mayor acceso al conocimiento y ejerce un papel mucho más activo en el cuidado de su salud<sup>2,3</sup>, un sujeto que considera que tiene derecho al servicio y exige unos mínimos de calidad<sup>4</sup>.

Este nuevo perfil de paciente, además de calidad, demanda una mayor cantidad de servicios sanitarios<sup>4,5</sup>. Con una mayor preocupación por la calidad de vida, el culto al cuerpo y la prevención de molestias y enfermedades<sup>6,7</sup>.

En el marco de esta evolución del paciente como consumidor, se llega a hablar de una cultura de la inmediatez que se traduce en la creencia de que los servicios sanitarios deben dar respuesta a cualquier mínima circunstancia que altere el estado de bienestar físico, psíquico y social<sup>8,9</sup>, siendo motivo de consulta y rápida atención<sup>10</sup>.

En este contexto, con una elevada diversidad de la demanda<sup>11</sup>, se distinguen dos tipos de poblaciones<sup>12</sup>: **a)** los pacientes habituales que priorizan la atención por su médico o enfermera, sin motivo urgente de consulta. Y **b)** los pacientes ocasionales que requieren tanto inmediatez como un horario

## Autor para correspondencia

Remedios Calero  
Calle Los Huertos, 37. 46500 Sagunto  
(Valencia) Spain  
E-mail: remedios.calero@mail.ucv.es



amplio, por encima de qué profesional va a atenderle; es decir priorizan la accesibilidad. Esta dualidad debe ser considerada de cara a la organización y adecuación de los servicios sanitarios<sup>13</sup>.

A su vez, los momentos de mayor demanda pueden adoptar distintas formas con variaciones diarias, semanales, estacionales, ya sean éstas cíclicas o impredecibles<sup>8</sup>. En consecuencia, nos encontramos ante una demanda de servicios sanitarios dotada de un carácter impredecible, puesto que se solicita cuando surge una enfermedad y cuya aparición es incierta. Es por ello que las previsiones de demanda en el servicio sanitario revisten un elevado grado de incertidumbre. Además, dado el carácter perecedero de los servicios (desaparecen con su uso, y no pueden “almacenarse” para una futura prestación)<sup>14</sup>, resulta necesario combatir la estacionalidad de la demanda<sup>8,15</sup>. En esta visión y considerando el carácter impredecible de la demanda del servicio sanitario, surge la necesidad de organizar la prestación del servicio de tal manera que el tiempo y la experiencia del personal, el equipamiento y las instalaciones no queden ociosos en ningún momento<sup>16</sup>.

La realidad descrita resulta, además de un reto para los prestadores del servicio sanitario, una oportunidad para la implementación de las nuevas aproximaciones al análisis y gestión de los servicios. Sin embargo, a pesar de la inmediatez y accesibilidad requeridas por los pacientes, la oferta sanitaria no siempre da respuesta a la rapidez solicitada: éste se encuentra ante distintos tiempos de espera como son: la dificultad para conseguir cita, la espera para entrar en la consulta o el tiempo de demora en ingresos no urgentes. Considerando el coste de oportunidad para el paciente<sup>17</sup>, las listas de espera se han convertido en un problema para la sanidad pública que está favoreciendo la predisposición del usuario hacia la sanidad privada, puesto que la atención y las denominadas listas de espera, son calificadas como un problema para el paciente<sup>18-21</sup>. Resulta pues necesaria una cuidada planificación con la que favorecer una mejor utilización de los recursos sanitarios<sup>22</sup>, y

umentar la satisfacción del paciente, evitando a su vez la exposición de éstos a un riesgo adicional derivado del tiempo que pasa hasta que obtienen tratamiento<sup>23</sup>.

Ante este desequilibrio entre demanda (paciente exigente que no quiere esperar) y oferta (dificultad para gestionar los tiempos) evidenciado en las listas de espera, cobra sentido estudiar el comportamiento de lealtad del paciente la demora en la prestación de la asistencia sanitaria.

La lealtad desde la óptica del servicio sanitario debe entenderse como continuidad en la atención sanitaria<sup>24</sup>. Como herramienta de gestión, su utilidad es reconocida por multitud de autores<sup>14,25,26</sup> y también lo es en el ámbito sanitario.

Considerando la utilidad de la lealtad y su multidimensionalidad cognitiva, afectiva y conativa, esto es (creencias, emociones y acciones)<sup>29</sup>, en este trabajo se adopta una óptica conativa, basada en el comportamiento real (en lugar de una actitud o predisposición como serían la cognitiva o afectiva) de los pacientes hacia la organización<sup>26</sup>, por ser ésta la que mejor se adapta a los objetivos empíricos y al procedimiento metodológico establecidos. Más concretamente, el estudio de la lealtad conativa se abordará desde la consideración de tres variables estratégicas: captación, retención y deserción. Mediante la captación, la organización busca de forma proactiva entablar relaciones con nuevos clientes<sup>30</sup>; la retención pretende lograr el mantenimiento de la relación con el cliente, mientras que, como consecuencia de la deserción, se produce la ruptura de dicha relación establecida con un cliente<sup>30</sup>.

Considerando la dimensión conativa de la lealtad y estas tres variables estratégicas, partiendo de la demanda del paciente de mayor rapidez y el problema que suponen las listas de espera, buscamos determinar en qué medida la demora en la prestación del servicio afecta a la lealtad mostrada por el paciente.

## MÉTODOS

La metodología empleada se basa en un análisis confirmatorio de independencia entre

TABLA 1

OBJETIVOS E HIPÓTESIS PLANTEADAS

OBJETIVOS		HIPÓTESIS		
ESPECÍFICO	VARIABLE INDEPENDIENTE	CAPTACIÓN	RETENCIÓN	DESERCIÓN
Contrastar el grado de lealtad del paciente en función de la gestión del tiempo	Demora (especialidades con o sin lista de espera)	<b>H1.1:</b> Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con lista de espera	<b>H1.2:</b> Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con lista de espera	<b>H1.3:</b> Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con lista de espera
	Circunstancia de ingreso (urgente o programada)	<b>H2.1:</b> Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de la circunstancia de ingreso	<b>H2.2:</b> Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de la circunstancia de ingreso	<b>H2.3:</b> Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de la circunstancia de ingreso

Fuente: Elaboración propia

variables (captación, retención y deserción como variables dependientes y la existencia o no de lista de espera en la especialidad, y la circunstancia de ingreso como variables independientes). (Ver tabla 1).

### 2.1. Delimitación de los datos del estudio

Los datos analizados son de carácter secundario, facilitados por la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, recogidos en una base de datos interna denominada COMPAS, seleccionando los episodios de hospitalización y cirugía sin ingreso realizados a pacientes de la Comunidad Valenciana en un año. Por tanto, el ámbito geográfico se ha limitado a los 24 Departamentos de Salud en los que está dividida, a efectos sanitarios, la Comunidad Valenciana, obviando las asistencias realizadas en

esta región a pacientes de otras Comunidades Autónomas y países.

Los datos a analizar corresponden a prestaciones de hospitalización y cirugía sin ingreso realizadas en el año 2012 (más de un millón de registros). El análisis de estos dos tipos de asistencia resulta de gran riqueza al contener toda la información relativa al paciente, a la asistencia en concreto, a la circunstancia en que tuvo lugar y a las características tanto del Departamento de procedencia del paciente como del centro donde fue atendido. Lógicamente, se ha descartado de la totalidad de datos disponibles aquellas atenciones que necesariamente tienen que ser realizadas en otros Departamentos de Salud cuando el Departamento de origen del paciente no cuenta con este servicio.



## 2.2. Pautas metodológicas

Se han seleccionado como variables dependientes aquellas medidas estratégicas que permiten la medición de la lealtad conativa o comportamental, a saber, captación, deserción y retención de pacientes. Estos parámetros se calculan como una proporción respecto de la población asignada (tasas). Con ello se minimiza el sesgo que supondría el tamaño del hospital, ya que la dotación y la infraestructura normalmente suele ajustarse a la población protegida con que cuenta cada Departamento.

Como variables independientes se seleccionaron dos variables temporales: la existencia o no de lista de espera en la especialidad, y la circunstancia de ingreso. Atendiendo a la primera variable, para clasificar la variable dicotómica “especialidad con o sin lista de espera”, se ha empleado la información publicada periódicamente por la Agencia Valenciana de Salud a especialidades que presentan demora en los hospitales de Comunidad Valenciana, que sigue las medidas establecidas en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, en el que se fijan los criterios, indicadores y requisitos mínimos para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Más concretamente, a efectos de contrastar las hipótesis planteadas, se emplea la información publicada por la Agencia Valenciana de Salud fechada en diciembre de 2012. En relación a la segunda variable, se ha considerado si la asistencia fue urgente o programada.

## 2.3. Hipótesis planteadas

Atendiendo al objetivo planteado, se busca contrastar la situacionalidad del comportamiento de lealtad del paciente haciendo referencia a la dimensión tiempo (i.e. aquellas especialidades registradas en la base de datos utilizada, con demora en la prestación de la asistencia, y circunstancia de ingreso: urgente o programado).

La técnica estadística de la Chi-cuadrado permite explorar la asociación entre dos variables cualitativas con dos o más categorías. En consecuencia, se plantean las hipótesis que se muestran en la Tabla 2 contrastando la capta-

ción, retención y deserción de pacientes, en función de si son atendidos o no en una especialidad con lista de espera o en función de la circunstancia de ingreso.

## 3. RESULTADOS

La Tabla 3 recoge los resultados de las pruebas de contraste relativas a la temporalidad entendida como especialidades con lista de espera. Encontramos que el comportamiento de lealtad del paciente sí depende de la lista de espera, por lo que aceptamos las hipótesis H.1.1., H.1.2. y H.1.3. (con un nivel de significatividad menor que 0,01). Así, se da una mayor captación de pacientes en aquellas especialidades que no tienen lista de espera (6,9 por ciento frente a 4,2 por ciento). Una vez captado el paciente, sin embargo, la mayor retención corresponde a las especialidades con demora (57,8 por ciento). En otras palabras, cuando el paciente ha logrado ser atendido en una especialidad en la que existe lista de espera parece lógico que muestre una mayor predisposición a seguir acudiendo a este centro, antes que optar por un cambio de hospital. De este modo, encontraremos especialidades con una elevada captación, pero en las que el paciente únicamente tiene un contacto y abandona la relación; y especialidades con menor captación de pacientes, pero en los que logra establecer una relación más duradera.

En cuanto a la deserción, ésta muestra un valor más elevado en el caso de especialidades sin demora (14,6 por ciento frente a 10,2 por ciento).

En segundo lugar, desde otra visión de la gestión del tiempo, se distingue entre actividad programada y urgente. A la vista de los resultados ofrecidos en la Tabla 3, la circunstancia temporal en que tuvo lugar la atención sanitaria, urgente o programada, afecta al comportamiento de lealtad del paciente (se acepta H2.1, H2.2. y H2.3). Si bien la captación se logra en mayor medida en aquellas asistencias con carácter urgente, la retención del paciente y su deserción tienen lugar en atenciones programadas en las que no existe esa premura. Así, parece lógico que un hospital pueda captar

TABLA 2

COMPORTAMIENTO RELATIVO EN FUNCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA:  $\chi^2$

**H1.1: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con lista de espera**

Demora	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialidad con lista de espera	8.466	4,2%	191.635	95,8%	<b>449.871</b>	<b>100%</b>
Especialidad sin lista de espera	19.142	6,9%	258.236	93,1%	<b>277.378</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>27.608</b>	<b>5,8%</b>	<b>449.871</b>	<b>94,2%</b>	<b>477.479</b>	<b>100%</b>

$\chi^2 = 1521,376$       p-valor <0,01      gl = 1

**H1.2: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con lista de espera**

Demora	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialidad con lista de espera	11.748	57,8%	8.570	42,2%	<b>20.318</b>	<b>100%</b>
Especialidad sin lista de espera	20.032	51,0%	19.210	49,0%	<b>39.242</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>31.780</b>	<b>53,4%</b>	<b>27.780</b>	<b>46,6%</b>	<b>59.560</b>	<b>100%</b>

$\chi^2 = 246,775$       p-valor <0,01      gl = 1

**H1.3: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con lista de espera**

Demora	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialidad con lista de espera	21.843	10,2%	191.635	89,8%	<b>213.478</b>	<b>100%</b>
Especialidad sin lista de espera	44.194	14,6%	258.236	85,4%	<b>302.430</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>66.037</b>	<b>12,8%</b>	<b>449.871</b>	<b>87,2%</b>	<b>515.908</b>	<b>100%</b>

$\chi^2 = 2151,897$       p-valor <0,01      gl = 1

Fuente: Elaboración propia

con mayor facilidad a un paciente para un primer contacto si la atención requerida es urgente, y que tras este primer contacto (positivo, se entiende por la lealtad conativa demostrada), el paciente muestre una mayor tendencia a volver al centro para asistencias programadas.

## 4. DISCUSION

Son varias las contribuciones derivadas de este estudio. En primer lugar, se confirma la dependencia de la dimensión tiempo del comportamiento de lealtad del paciente. Así, cuando el paciente ha logrado ser atendido en una



**TABLA 3**

COMPORTAMIENTO RELATIVO EN FUNCIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA DE INGRESO:  $\chi^2$

**H1.1: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de la circunstancia de ingreso**

$\chi^2 = 12,921$  | p-valor <0,01 | gl = 1

Circunstancia de ingreso	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urgente	15.264	5,9%	243.731	94,1%	<b>258.995</b>	<b>100%</b>
Programado	12.344	5,6%	206.140	94,4%	<b>218.484</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>27.608</b>	<b>5,8%</b>	<b>449.871</b>	<b>94,2%</b>	<b>477.479</b>	<b>100%</b>

**H1.2: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de la circunstancia de ingreso**

$\chi^2 = 1.291,362$  | p-valor <0,01 | gl = 1

Circunstancia de ingreso	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urgente	13.177	45,8%	15.616	54,2%	<b>28.793</b>	<b>100%</b>
Programado	18.603	60,5%	12.164	39,5%	<b>30.767</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>31.780</b>	<b>53,4%</b>	<b>27.780</b>	<b>46,6%</b>	<b>59.560</b>	<b>100%</b>

**H1.3: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de la circunstancia de ingreso**

$\chi^2 = 552,311$  | p-valor <0,01 | gl = 1

Circunstancia de ingreso	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urgente	32.552	11,8%	243.731	88,2%	<b>276.283</b>	<b>100%</b>
Programado	33.485	14,0%	206.140	86,0%	<b>239.625</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>66.037</b>	<b>12,8%</b>	<b>449.871</b>	<b>87,2%</b>	<b>515.908</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

especialidad en la que existe lista de espera, muestra una mayor predisposición a seguir acudiendo a este centro, antes que optar por un cambio a un hospital diferente (se observa menor deserción, y mayor retención de pacientes). De este modo, encontraremos especialidades con una elevada captación, pero en las

que el paciente únicamente tiene un contacto y abandona la relación (por ejemplo, odontología, pediatría,...); y especialidades con menor captación de pacientes (por ejemplo, reumatología, dermatología,...), pero en las que logra establecer una relación más duradera. La validación de estas hipótesis pone en evidencia la

relevancia de la gestión del tiempo desde una óptica de oferta así como el impacto en el comportamiento de lealtad del paciente desde una óptica de demanda. Así, se confirma la idea de que la rapidez en la prestación del servicio puede condicionar la elección de hospital, en la línea de trabajos anteriores que muestran cómo la demora afecta negativamente a la satisfacción y al comportamiento del paciente<sup>34-36</sup>.

En segundo lugar, se distingue entre actividad programada y urgente concluyendo que la circunstancia temporal en que tuvo lugar la atención sanitaria, urgente o programada, afecta al comportamiento de lealtad del paciente. Esta diferenciación relativa la tiempo (programada o urgente) coincide con la literatura<sup>31</sup> empleándose en estudios que abarcan ámbitos tan diferentes como la duración de la estancia preoperatorio<sup>32</sup> o el consentimiento informado<sup>33</sup>. En nuestro caso, un hospital puede captar con mayor facilidad a un paciente para un primer contacto si la atención requerida es urgente. Tras este primer contacto, el paciente muestra una mayor tendencia a volver al centro para asistencia programadas.

También son varias las implicaciones para la gestión, derivadas de este trabajo. Por ejemplo, en él se pone en valor la relevancia de la gestión del tiempo y su impacto en el comportamiento de lealtad del paciente, de tal modo que se hace necesaria la adopción de pautas específicas de gestión sanitaria relacionadas con los tiempos. La lealtad, además de manifestar la confianza del paciente, puede tener un impacto directo en los beneficios de las organizaciones sanitarias<sup>28</sup>, tanto en el sistema sanitario privado (por la contraprestación económica) como en el sistema sanitario público (ya que esta última está adoptando diferentes sistemas de financiación, entre otros el capitativo con libre elección de médico y hospital y con facturación intercentros derivada de la elección realizada por el paciente, como es el caso en la Comunidad Valenciana). En esta visión, el flujo de pacientes entre hospitales afecta de manera directa al presupuesto del Departamento de Salud a través del ajuste realizado en la facturación intercentros. En este

contexto, los resultados corroboran la opinión de Spake y Bishop: "los proveedores de servicios sanitarios tienen mucho que ganar analizando la lealtad del paciente"<sup>27</sup>, pág. 3.

Con todo, la bondad de este trabajo reside en confirmar estadísticamente el impacto, a priori presumible, de la demora asistencial en el comportamiento del paciente, y apuntar sus variaciones en aspectos como la captación, la retención o la deserción de pacientes.

Son limitaciones de este trabajo, asumidas y refrendadas como oportunidades de investigación las siguientes. La lealtad es un concepto multidimensional, a saber (cognitiva, afectiva y comportamental o conativa), escogiendo solo la última por tratar aquí con comportamientos reales. Estas deberían completarse con información primaria sobre las dimensiones afectiva o cognitiva, medidas como intenciones de conducta y/o de recomendación del servicio sanitario.

Así, además de con datos secundarios de bases internas, se podrían medir objetivos similares con información primaria (por ejemplo en lo que respecta a medir la satisfacción con la prestación médica o con el interfaz con el empleado sanitario, a pesar de los tiempos de espera).

Todas estas orientaciones de futuros trabajos permitirán proseguir en el empeño por profundizar en el análisis del comportamiento de lealtad del paciente y aportar un mayor conocimiento sobre éste ante las diferentes actuaciones realizadas en el marco de la gestión del tiempo en el servicio sanitario. ■





# REFERENCIAS

- 1 Cruz D. La posición del usuario frente a la actividad de servicio público: especial atención a los servicios sanitarios. *Derecho y Salud*. 1998;6(1):2-24.
- 2 Tejerina E. et al. Modelos de gestión de la calidad aplicados a la sanidad en humanización de la atención sociosanitaria. Valencia: Generalitat Valenciana; 2002.
- 3 Kotler P. El padre fundador. En Mazur, L. & Miles, L. (ed.), *Conversaciones con los grandes del marketing* (pp. 13-34). Barcelona: Ediciones Deusto; 2007.
- 4 Pérez Somalo F. *Marketing en tecnología sanitaria*. Madrid: ESIC Ediciones; 2008.
- 5 Beltrán, A, Forn R, Garicano L, Martínez MM, Vázquez P. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada; 2009.
- 6 Alen ME, Fraiz JA. Marketing turístico de la salud. En Cubillo, J.M. & Cerviño, J. (ed.), *Marketing sectorial* (pp. 77-106). Madrid: ESIC Editorial; 2008.
- 7 López-Casasnovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2009;23(5):458-461.
- 8 Palmer A. *Principles of Services Marketing*. McGraw-Hill; 2005.
- 9 Ortún V. Las claves de la sanidad futura: investigación y gestión. *Panorama Social*, nº 7. Ed. Funcas; 2008.
- 10 Sen A. Why health equity? *Health Economics*. 2002;11(8):659-666.
- 11 Bateson J. *Management Services Marketing*. The Dryden Press. Harcourt Brace College Publishers; 1995.
- 12 Van Dierdonck R. Capacity management. In Van Looy, B., Van Dierdonck, R. & Gemmel, P. (ed.), *Service Management: An Integrated Approach* (pp. 277-316). Londres: Financial Times Pitman Publishing; 1998.
- 13 Murray E, Pollock L, Donelan K, Catania J, White M, Zapert K, Turner R. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*. 2003;163:1727-1734.
- 14 Zeithaml V, Bitner MJ, Gremler D. *Services marketing. Integrating customer focus across the firm* (6th ed.). New York: McGraw-Hill International Edition; 2013.
- 15 Sanguino R, Arroyo A. Marketing hospitalario: el estado de la cuestión. Comunicación presentada en La gestión de la diversidad: XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés. Logroño; 1999.
- 16 Berry LL, Bendapudi N. Health Care, a fertile field for service research. *Journal of Service Research*. 2007;10(2):111-122.
- 17 Okada EM, Hoch SJ. Spending time versus spending money. *Journal of Consumer Research*. 2003;32(2):1-31.
- 18 Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 2002;17(5):273-283.
- 19 Martín SR, Gallardo EB, Gómez AA, Fernández JM. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Atención primaria*. 2005;36(7):358-364.
- 20 Valls JM. Las largas esperas en la atención sanitaria pública, un problema de pérdida de calidad. *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. 2008;12:98.
- 21 Navarro AM, Sancho GM, Céspedes AC, Araya AV, Cubillo AA. Listas de Espera. *Acta Médica Costarricense*. 2014;56(2).
- 22 Sampietro L, Espallargues M. Nuevas fórmulas para dar solución a las listas de espera. *El Médico*. 2001;15:60-4.
- 23 Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(5):436-9.
- 24 Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*. 1997;314(7098):1870-3.
- 25 Naidu GM, Parvatiyar A, Sheth JN, Westgate L. Does relationship marketing pay? An empirical investigation of relationship marketing practices in hospitals. *Journal of Business Research*. 1999;46:207-218.
- 26 Dick AS, Basu K. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1994;22:99-113.
- 27 Spake DF, Bishop JS. The impact of perceived closeness on the differing roles of satisfaction, trust, commitment, and comfort on intention to remain with a physician. *Health Marketing Quarterly*. 2009;26(1):1-15.
- 28 MacStravic RS. *Creating consumer loyalty in healthcare*. Chicago: Health Administration Press; 1999.
- 29 Oliver RL. Whence consumer loyalty? *Journal of Marketing*. 1999;63:33-44.
- 30 Rust RT, Zahorik AJ. Customer satisfaction, customer retention, and market share. *Journal of Retailing*. 1993;69(2):193-214.
- 31 Enríquez-Navascués JM. Urgencias y atención continuada: agotamiento del actual sistema de guardias y búsqueda de nuevos modelos. *Cirugía Española*. 2008;83(4):173-9.
- 32 Millán EM, Torrecillas JMG, Pereira MCL. Variación de la estancia preoperatorio en España según grupos de edad, sexo y modo de acceso hospitalario (urgente o programado). *Revista de Calidad Asistencial*. 2008;23(5):222-229.
- 33 Akkad A, Jackson C, Kenyon S, Dixon-Woods M, Tabú N, Habiba M. Informed consent for elective and emergency surgery: questionnaire study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004;111:1133-8.
- 34 Pruyun A, Smidts A. Effects of waiting on the satisfaction with the service: beyond objective time measures. *International Journal of Research in Marketing*. 1998;15(4):321-334.
- 35 Riveros J, Berné C. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista médica de Chile*. 2007;135(7):862-870.
- 36 Pyone JS, Isen AM. Positive affect, intertemporal choice, and levels of thinking: increasing consumers' willingness to wait. *Journal of Marketing Research*. 2011;48(3):532-543.
- 37 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.