



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de

Tabasco

México

Calero, Remedios; Gallarza, Martina G.
Identificación de diagnósticos y especialidades con mayor lealtad del paciente como
fuente de ventaja competitiva
Horizonte Sanitario, vol. 15, núm. 3, septiembre-diciembre, 2016, pp. 105-121
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457848199002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Identificación de diagnósticos y especialidades con mayor lealtad del paciente como fuente de ventaja competitiva

Diagnosis and specialties identification with more patient loyalty as a source of competitive advantage

Identificação de especialidades e diagnóstico com maior lealdade por parte do paciente como uma fonte de vantagem competitiva

Identification des diagnostics et spécialités associés à une plus grande fidélité des patients en tant que source d'avantage compétitifs

Remedios Calero¹, Martina G. Gallarza²

ARTICULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 15 de junio de 2016 Fecha de aceptación: 18 de agosto de 2016

Autor de correspondencia

Remedios Calero. Calle Los Huertos, 37, 46500, Sagunto (Valencia) España. Correo electrónico: remedios.calero@mail.ucv.es

Resumen

Objetivo: En un escenario de financiación capitativa y facturación intercentros, guiado por el lema de “el dinero sigue al paciente”, su lealtad, manifestada a través de la libre elección de centro, adquiere un carácter estratégico para la gestión sanitaria. En este entorno, resulta de especial relevancia conocer en qué diagnósticos y en qué especialidades médicas y quirúrgicas el paciente muestra una mayor lealtad.

Metodología: En el presente trabajo, daremos respuesta al objetivo, empleando como metodología un análisis confirmatorio y considerando, como datos secundarios, las asistencias de hospitalización y cirugía sin ingreso, realizadas a pacientes de la Comunidad Valenciana en el año 2012 (más de 1 millón de registros del aplicativo COMPAS).

Resultados: Los resultados de este análisis confirman el diferente comportamiento de lealtad del paciente ante diferentes diagnósticos y especialidades, y permiten su identificación.

Conclusión: Existe un diferente comportamiento de lealtad del paciente según diagnósticos y especialidades, favoreciendo el diseño de la cartera de servicios con una visión estratégica con la que lograr una ventaja competitiva.

Palabras clave: Gestión sanitaria, Cartera de servicios, Lealtad del paciente

1. Universidad Católica de Valencia. Doctora en Economía, Dirección y Gestión de Empresas
2. Universitat de València. Doctora en Economía

Abstract

Purpose: When there is a pay per person system and a management model is based on the aim “money follows patient”, patient loyalty becomes a priority for health management. In this framework, we study in which diagnosis and specialties patients become more loyal.

Method: Hospitalization and outpatient surgery records from patients of the Region of Valencia (Spain) during 2012 (more than 1 million of records from a database called COMPAS) are considered as secondary data for empirical research.

Results: Results show that loyalty behavior is different depending on diagnosis and health specialties. At the same time, it is allowed to identify those diagnosis and health specialties where patients are more loyal.

Conclusion: A different loyalty patient behavior depending on diagnosis and specialties has been identified. In consequence, managers could be able to design their health portfolio in order to get a competitive advantage..

Key words: Health management, Health portfolio, Patient loyalty

Resumo

Objetivo: Num cenário de financiamento por pessoa e faturação entre os centros, com o slogan "O dinheiro segue o doente", a sua lealdade, expressa através da livre escolha do centro de atendimento, assume um caráter estratégico para a gestão da saúde. Neste cenário, é especialmente relevante saber em que diagnósticos e especialidades o paciente apresenta maior fidelidade.

Métodos: A presente investigação tenta responder ao objetivo delineado usando como metodologia uma análise confirmatória. Foram usados como dados secundários, os atendimentos hospitalares e cirurgias realizadas a pacientes da Região de Valência (Espanha) em 2012 (mais de um milhão de registos)

Resultados: Os resultados desta análise confirmam o comportamento diferente de lealdade relativamente a diferentes diagnósticos e especialidades, e permitem a sua identificação.

Conclusão: Há um comportamento diferente de lealdade de acordo com diagnósticos e especialidades, favorecendo o design de um portfólio de serviços com uma visão estratégica com o qual se poderá alcançar uma vantagem competitiva..

Palavras-chave: Gestão da saúde, portfólio de serviços, fidelidade

Résumé

Objectif: Dans un scénario de financement de la santé publique par capita et où chaque unité est responsable de son propre revenu, selon la devise «l'argent suit le patient», la fidélité des patients, qui s'exprime par le libre choix d'un hôpital ou d'un centre de santé pour leur traitement devient un objectif stratégique pour la gestion sanitaire. Dans ce contexte, il est particulièrement important de connaître quels sont les diagnostics et les spécialités médicales et chirurgicales associés à une plus grande fidélité des patients.

Méthodologie: L'étude empirique qui répond à l'objectif utilise une analyse de confirmation en employant comme données secondaires les prestations d'hospitalisation et de chirurgie ambulatoire dispensées aux patients de la Région de Valencia (Espagne) en 2012 (plus d'un million de données provenant du logiciel COMPAS du système nationale espagnol de santé publique).

Résultats: Les résultats de cette analyse confirment l'existence de différents comportements de fidélité des patients selon les diagnostics et les spécialités, et permettent leur l'identification.

Conclusion: L'existence de ces différences dans la fidélité des patients va en faveur de la planification et l'offre d'un choix de spécialités et de services sanitaires avec une vision stratégique pour obtenir des avantages compétitifs par hôpital ou centre de santé..

Mots-clés: Système sanitaire, choix des services et spécialités, fidélité des patients

Introducción

Considerando la lealtad desde una óptica estratégica, en el presente estudio se busca conocer aquellos diagnósticos y especialidades en los que existe un mayor comportamiento de lealtad del paciente. En un entorno competitivo, como el que tiene lugar en la Comunidad Valenciana, donde desde el año 2005 el sistema de financiación es de corte capitativo con facturación intercentros, conocer las preferencias ejercidas por los pacientes a través de la libre elección resulta clave. En primer lugar, permite diseñar la cartera de servicios de una manera óptima, tanto a nivel *macro* por parte de la Conselleria de Sanidad, como a nivel *micro*, a propuesta de cada centro o Departamento de Salud. En segundo lugar, gracias a la adecuación de los flujos de pacientes interdepartamentales, se favorece la viabilidad y sostenibilidad de este sistema de financiación.

Con este propósito, se ha realizado un estudio empírico basado en un análisis confirmatorio que toma como base una fuente de datos secundaria de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Partiendo de estos datos, se han contrastado una serie de hipótesis que consideran las variables estratégicas de la lealtad conativa: captación, retención y deserción. Los resultados obtenidos permitirán dar respuesta al objetivo planteado e identificar aquellos diagnósticos y especialidades en los que se observa un mayor comportamiento de lealtad del paciente, con las ventajas estratégicas que esta identificación conlleva para los gestores sanitarios.

Conceptos

Organización asistencial y financiación capitativa en la Comunidad Valenciana

Tal y como se ha mencionado en la introducción, el presente trabajo toma como escenario la Comunidad Valenciana. El modelo organizativo de la sanidad pública valenciana se estructura según lo establecido en el decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat en 24 Departamentos de Salud¹ que se muestran en la Figura 1.

Los Departamentos de Salud se definen como las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad Valenciana a efectos sanitarios, siguiendo para su delimitación criterios geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, de accesibilidad y transporte y de disponibilidades sanitarias².

Contando con la anterior estructura, la gestión sanitaria pública valenciana se basa en un sistema de financiación capitativa. Este sistema constituye un proyecto estructural de la Agencia Valenciana de Salud que modifica el modelo de financiación de la actividad asistencial, mediante un sistema de primas per cápita, con el objetivo de optimizar la asignación de recursos y la colaboración entre los distintos agentes^{1,3}.

Bajo este esquema, la Conselleria de Sanidad dota a cada Departamento de Salud con el presupuesto capitativo que le corresponde en función de su población asignada (prima per cápita por número de personas asignadas). A posteriori, se realiza una reasignación de recursos a cada

Figura 1. Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana



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

<http://www.san.gva.es/web/comunicacion/organizacion-territorial>

Departamento en función de la población efectivamente atendida en el período (para ello se emplea un aplicativo informático denominado COMPAS). Es decir, por 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. Con el propósito de representar gráficamente este modelo de financiación capitativa y facturación intercentros, ofrecemos la Figura 2.

La lealtad como expresión del comportamiento de consumo

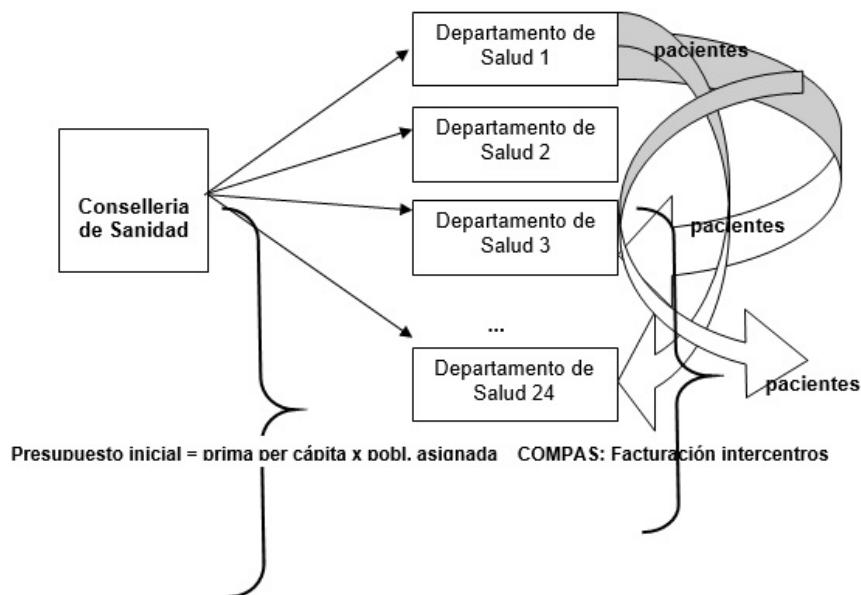
El hecho de que el modelo asistencial de la Comunidad Valenciana se base en áreas asistenciales delimitadas geográficamente, registrando la información sobre dónde acuden los pacientes para ser atendidos (si a su centro asignado o si optan por otro centro), ofrece una riqueza conceptual y metodológica que permite observar y analizar el comportamiento de lealtad del paciente.

En el estudio del comportamiento de consumo, se entiende que la lealtad del cliente es un concepto multidimensional que engloba la lealtad cognitiva, afectiva y conativa⁶. En esta visión multidimensional, Oliver^{5, p.35} considera que “*los consumidores manifiestan su lealtad primero de una manera cognitiva, seguidamente desde un sentido afectivo; posteriormente de forma conativa, para*

finalmente reflejarlo en su comportamiento a través de la acción de recompra”. Desde una dimensión cognitiva, la lealtad se entiende como evaluación y selección entre diferentes alternativas^{5,6,7}; la dimensión afectiva de la lealtad se relaciona con el comportamiento del consumidor abarcando aquellos sentimientos y emociones que favorecen un determinado patrón de compra⁸; mientras que la tercera dimensión de la lealtad, la conativa, más allá de la información y las emociones, se basa en el comportamiento de los clientes hacia la organización⁸. En el presente estudio, centraremos nuestro interés en su dimensión conativa o conductual.

Son medidas objetivas de esta lealtad conativa la captación, la retención y la deserción de pacientes. La captación se define como una estrategia ofensiva de la organización^{9,10} en la que busca, de forma proactiva, establecer relaciones con nuevos clientes, ya sean estos nuevos consumidores que entran a formar parte del mercado o consumidores insatisfechos con la competencia. La retención es una estrategia defensiva de la organización^{9,10}, consecuencia de un comportamiento efectivo de recompra^{11,12}, que afianza la relación con el cliente^{13,14}. La deserción, por su parte, supone la ruptura de la relación con el proveedor, teniendo en el sector sanitario una especial repercusión en dos vertientes: la relación médico-paciente y la sostenibilidad económica de la organización.

Figura 2. Financiación capitativa. Facturación intercentros



Fuente: Adaptación de Gadea (2009)⁴

Utilidad estratégica de la lealtad

Tras la aproximación realizada a la noción de lealtad, en el presente apartado buscamos mostrar, desde una visión estratégica, su utilidad (*para qué gestionar la lealtad*). A este respecto, queremos hacer un especial hincapié en las ventajas que supone la lealtad en un marco de financiación capitativa como el que tiene lugar en la Comunidad Valenciana.

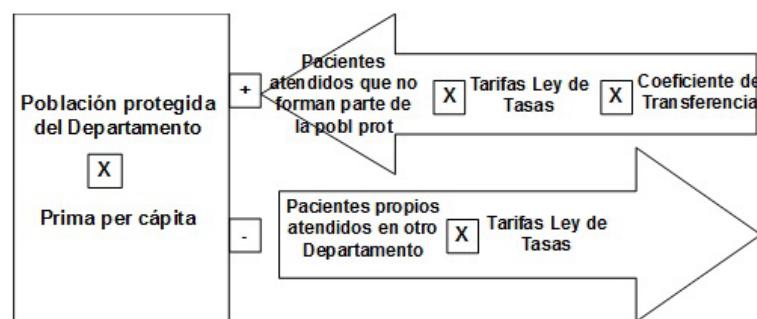
La financiación capitativa y la facturación intercentros exigen una alta calidad. Si la calidad ofrecida fuera baja, un elevado número de pacientes, manteniendo la inercia histórica, continuaría acudiendo a sus hospitales de referencia en detrimento del hospital al que pertenecen; un hecho que generaría grandes tensiones económico-financieras para el modelo¹⁵. De modo que los grandes beneficiados de esta forma de gestión son los propios pacientes, puesto que los incentivos del Departamento están ligados a la mejora de la oferta de servicios y de su accesibilidad, porque de lo contrario podrían verse afectados tanto en su prestigio como en su resultado económico³. Con ello, al introducir la libre elección en un entorno de competencia, se incentiva al Departamento a asegurar unos adecuados niveles de calidad¹⁶. De tal modo que el hecho de que la financiación en la Comunidad Valenciana se ligue a la figura del paciente conlleva a que la sostenibilidad de los Departamentos dependa de la elección del paciente, puesto que, siguiendo el mencionado lema de “el dinero sigue al paciente”, la capacidad de fidelización de la población asignada junto con la atracción de nuevos pacientes determinarán el nivel de ingresos y, por tanto, la viabilidad de esta fórmula de gestión sanitaria.

En este marco, el ejercicio de la libre elección por parte del paciente es un elemento clave de la financiación capitativa. Como señala Ibern¹⁷, la asignación de médico por parte de la Administración elude las preferencias individuales, anulando la libertad del ciudadano. Sin embargo, como

señala Villar Rojas¹⁸, la implantación de la libertad de elección en el ámbito sanitario no resulta sencilla, puesto que plantea serias dudas como, por ejemplo, quién debe elegir. Dado el carácter técnico de la asistencia sanitaria, el paciente carece de conocimientos y se halla en una situación de debilidad psicológica que dificultan su capacidad de elección de centro y profesional. De tal manera que, si sumamos a estos argumentos el tradicional paternalismo que caracteriza a la relación médico-paciente, la libertad y la capacidad de elección del paciente pueden llegar a cuestionarse. A pesar de todos estos condicionantes, Villar Rojas¹⁸ apuesta porque sea el propio paciente quien ejerza la capacidad de elección, siempre y cuando se cuente con un mercado regulado de servicios sanitarios, en el que se aseguren los derechos de los usuarios en la provisión de servicios. Con todo, según Fernández-Lasquetty¹⁹, la libre elección, además de permitir al paciente tomar decisiones sobre su propia salud, supone un punto de partida en la relación médico-paciente. Esto se debe a que, mediante el ejercicio de la libre elección, el paciente otorga un voto de confianza al profesional sanitario, valorando su trabajo y su profesionalidad.

De manera que si se pretende fomentar la competencia a través de nuevas fórmulas de gestión sanitaria, como la financiación capitativa, un requisito fundamental debe ser el establecimiento de una libertad de elección efectiva. Así, el paciente puede manifestar sus preferencias, premiando o castigando la gestión realizada, de tal modo que la viabilidad de esta fórmula será efectiva en la medida en que se logre la lealtad del paciente. En esta línea, como mostramos en la Figura 3, la financiación y, por tanto, la viabilidad del modelo se sustenta en dos elementos: la *prima per cápita* percibida por cada persona perteneciente a la población protegida y el saldo obtenido de la facturación intercentros. Por facturación intercentros, se entiende como la diferencia entre el importe a recibir por las asistencias realizadas a pacientes de otros Departamentos y el importe a abonar por las asistencias realizadas a pacientes propios en otros

Figura 3. Financiación capitativa de los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana



Fuente: Adaptación de Calero y Gallarza²⁰

Departamentos de Salud.

Asimismo, la siguiente fórmula refleja matemáticamente la repercusión económica de estos flujos asistenciales y poblacionales.

$$F = (P \times c) + [(A \times LT \times ct) - (B \times LT)]$$

Siendo:

F = Financiación capitativa

P = Población protegida del Departamento

c = Prima per cápita

A = Pacientes atendidos que no forman parte de la población protegida

LT = Tarifas Ley de Tasas

ct = Coeficiente de transferencia

B = Pacientes propios atendidos en otro Departamento

Así, el comportamiento del paciente y sus preferencias a la hora de recibir asistencia sanitaria se recogen en las variables A y B de esta fórmula, teniendo una incidencia directa en la financiación. De este modo, un mayor número de pacientes atendidos que no forman parte de la población protegida del Departamento, conllevará mayores ingresos. Sin embargo, el número de pacientes propios que acudan a otros Departamentos para ser atendidos implicará un coste. Debido, pues, a la repercusión directa de los flujos poblacionales en la financiación y, a su vez, en la viabilidad del modelo, centramos el objeto de este trabajo en el estudio de la lealtad de los pacientes en este modelo

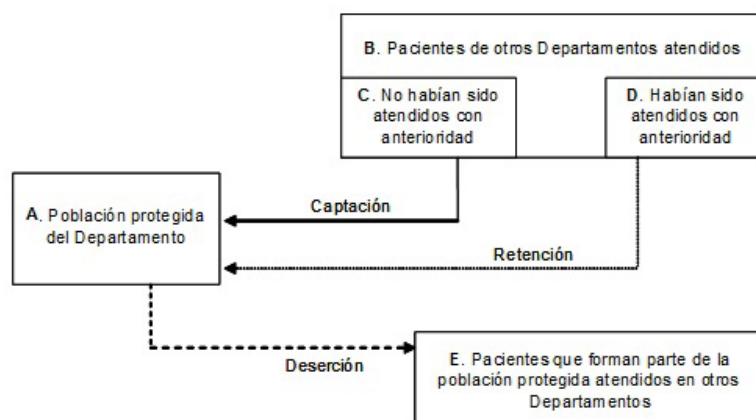
de gestión sanitaria, tratando de observar y determinar, de una manera más estratégica, aquellos diagnósticos y especialidades en los que tiene lugar una mayor lealtad del paciente.

Materiales y métodos

Metodológicamente se ha realizado un análisis confirmatorio empleando una fuente secundaria que consiste en una base de datos interna de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana denominada COMPAS²¹. Se trata de una herramienta informática que permite la recogida y el tratamiento de los flujos de pacientes y asistencias entre Departamentos, recogiéndose más de 12 millones de asistencias en el año 2012, y pudiéndose calcular las tasas de captación, retención y deserción de pacientes de cada Departamento de Salud, identificando el diagnóstico del paciente y la especialidad en que fue atendido. La Figura 4 y el Cuadro 1 explican la definición de estos parámetros adaptada al ámbito de la sanidad pública valenciana.

De manera previa a la presentación de los resultados y con el objeto de facilitar su interpretación, creemos necesario reseñar las pautas seguidas en el análisis confirmatorio. Reagrupamos estas pautas en conceptuales (i.e. las relativas a la naturaleza de las variables trabajadas) y metodológicas (i.e. los procesos metodológicos seguidos para su interpretación).

Figura 4. Captación, retención y deserción de pacientes entre Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana



Fuente: Adaptación de Calero y Gallarza²⁰

Cuadro 1. Parámetros a analizar

PARÁMETRO	DEFINICIÓN	FÓRMULA
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	C / A
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	D / A
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	E / A

Donde:

A = Población protegida del Departamento

B = Pacientes atendidos que no forman parte de la población protegida del Departamento

C = Pacientes atendidos que no forman parte de la población protegida del Departamento que no habían sido tratados con anterioridad

D = Pacientes atendidos que no forman parte de la población protegida del Departamento que habían sido tratados con anterioridad

E = Pacientes que forman parte de la población protegida, pero fueron atendidos en otros Departamentos

C.V. = Comunidad Valenciana

Fuente: Elaboración propia

Pautas conceptuales

- a) La información sobre la que se han realizado los contrastes son las asistencias de hospitalización y cirugía sin ingreso realizadas a pacientes de la Comunidad Valenciana en el año 2012. El registro 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.
- b) Los datos analizados se circunscriben al ámbito de la atención especializada, como servicio sanitario específico, y más concretamente a la hospitalización y la cirugía sin ingreso.
- c) Con el propósito de estudiar el comportamiento del paciente, basado en la libre elección de centro sanitario, hemos descartado en nuestro análisis las atenciones que tienen que ser realizadas en otros Departamentos de Salud debido a que el Departamento al que pertenece el paciente no cuenta con este servicio.
- d) El ámbito geográfico está limitado a los 24 Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, obviando las asistencias realizadas a pacientes de otras Comunidades Autónomas y países por no tener Departamento asignado en la Comunidad Valenciana.
- e) Atendiendo a la relatividad de la lealtad del paciente en función del objeto, distinguimos tres variables del servicio sanitario recibido: su tipología (médico o quirúrgico), el diagnóstico del paciente y la especialidad médica en la que fue atendido. En el caso del diagnóstico del paciente, se ha discriminado en función de la Categoría Diagnóstica

Mayor (CDM). La CDM es una clasificación, reconocida internacionalmente, que agrupa los diagnósticos principales en 25 categorías mutuamente excluyentes indicando el órgano o sistema afectados.

Pautas metodológicas

- a) La investigación empírica desarrollada a efectos de contrastar las hipótesis, se ha basado en la técnica estadística de la Chi-cuadrada, técnica que permite multitud de aplicaciones, siendo una de las más empleadas en la investigación de marketing²². Este tipo de contraste nos permite explorar la posible asociación entre la variable dependiente (comportamiento de lealtad del paciente: captación, retención y deserción) y las variables independientes, diagnóstico y especialidad, tomadas de una en una, para hacer valoraciones bivariantes. El uso de esta técnica resulta especialmente adecuada cuando el tamaño de la población es elevado^{23,24}. Es por ello que hemos optado su empleo para el desarrollo de nuestro análisis confirmatorio.
- b) Los datos se han analizado con el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 15.0.
- c) A efectos de mostrar los resultados, se han elaborado unas tablas en las que en la parte superior se muestra la hipótesis contrastada junto con la siguiente información estadística que nos permite evaluar la bondad del ajuste: valores del test chi-cuadrado (χ^2), nivel de significación (*p-value*) y grados de libertad (gl). Seguidamente, se ofrece una tabla de contingencia con los valores observados y la frecuencia relativa del comportamiento manifestado por los pacientes (columna sombreada en gris). En estas tablas, las filas hacen referencia a la variable independiente (características del sujeto, objeto o las circunstancias)

mientras que las columnas expresan el resultado sobre la variable dependiente (comportamiento del paciente).

Con todo ello, a fin de lograr el objetivo planteado, formulamos, atendiendo al diagnóstico (tipo de patología) que presenta el paciente, las siguientes hipótesis:

H1.1 Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función del diagnóstico

H1.2 Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función del diagnóstico

H1.3 Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función del diagnóstico

Discriminando en función de la especialidad médica (cardiología, neurología, etc.), planteamos estas hipótesis:

H2.1 Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de la especialidad

H2.2 Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de la especialidad

H2.3 Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de la especialidad

Resultados

En el presente apartado, mostramos los resultados obtenidos del análisis confirmatorio, explicando el comportamiento de lealtad del paciente dependiendo, en primer lugar, del diagnóstico y en un segundo apartado, de la especialidad médica^a.

La lealtad del paciente en función del diagnóstico

A efectos de explicar la lealtad del paciente en función de su diagnóstico, la Tabla 1 muestra los resultados del contraste de hipótesis realizado, ordenados de mayor a menor porcentaje de pacientes captados, retenidos o desertores, respectivamente

En relación al diagnóstico, se registran diferencias

significativas al 99% en la captación, retención y deserción de los pacientes, resultando validadas las hipótesis *H1.1*, *H1.2* y *H1.3*. Los pacientes que presentan una mayor captación son aquellos con los siguientes diagnósticos principales: quemaduras (49,2%), trastornos derivados de conductas adictivas como drogas o alcohol (24,1%), trastornos mieloproliferativos (19,8%), complicaciones en recién nacidos y neonatos (19,6%), politraumatismos (17,4%), o trastornos mentales (11,6%). En cambio, los diagnósticos en los que tiene lugar una menor captación son aquellos relacionados con: ojo (2,6%), piel (3,0%), aparato respiratorio (3,1%), aparato reproductor femenino (3,9%), o aparato digestivo (3,9%). Se observa este mismo patrón de diagnósticos si consideramos el comportamiento de deserción del paciente: quemaduras (62,7%), politraumatismos (37,0%), trastornos mieloproliferativos (35,4%), trastornos derivados de conductas adictivas como drogas o alcohol (31,6%), complicaciones en recién nacidos y neonatos (22,7%) o trastornos mentales (22,5%) que manifiestan una mayor deserción. Del mismo modo, la deserción resulta menor en pacientes con diagnósticos relacionados con: ojo (6,9%), aparato respiratorio (7,8%), piel (8,0%), o aparato digestivo (9,3%).

En cuanto al comportamiento de retención, ésta tiene lugar en mayor medida ante diagnósticos relativos al aparato reproductor femenino (72,9%), riñón y vías urinarias (66,8%), sistema endocrino (65,0%), sangre y sistema inmunológico (63,2%) o infecciones por VIH (63,0%). Asimismo, se observa una menor retención de pacientes ante los siguientes diagnósticos: complicaciones en recién nacidos y neonatos (0,2%), quemaduras (6,5%), politraumatismos (16,1%), trastornos derivados de conductas adictivas como drogas o alcohol (25,5%), o trastornos mentales (46,7%). Precisamente, en los diagnósticos en los que tiene lugar una mayor captación y deserción de pacientes, se produce la menor retención de los mismos. Es decir, en aquellos diagnósticos en los que el paciente tiene una mayor predisposición a acudir a un centro distinto al que tiene asignado, únicamente tiene un contacto y abandona la relación. En cambio, en diagnósticos con menor captación de pacientes, se logra establecer una relación más duradera.

A continuación, trataremos de ofrecer una posible explicación a los resultados encontrados, siendo difícil su comparación con trabajos anteriores debido a la especificidad del estudio realizado. Observamos un comportamiento más leal del

^a Los cuadros de resultados se muestran al final del presente artículo. En la parte superior, se cita la hipótesis contrastada junto con la siguiente información estadística que nos permite evaluar la bondad del ajuste: valores del test chi-cuadrado (χ^2), nivel de significación (p-value) y grados de libertad (gl). Seguidamente, se ofrece una tabla de contingencia con los valores observados y la frecuencia relativa del comportamiento manifestado por los pacientes (columna sombreada en gris). En estas tablas, las filas hacen referencia a la variable independiente (características del sujeto, objeto o las circunstancias) mientras que las columnas expresan el resultado sobre la variable dependiente (comportamiento del paciente).

Tabla 1. Comportamiento de lealtad en función del diagnóstico: χ^2

<i>H_{1.3}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función del diagnóstico</i>						
Diagnóstico principal	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Quemaduras	30	49,2%	31	50,8%	61	100%
Uso de drogas/alcohol y t. mentales orgánicos inducidos	186	24,0%	590	76,0%	776	100%
Trast. mieloproliferativos, neoplasias maldiferenciadas	816	19,8%	3.298	80,2%	4.111	100%
Recién nacidos y neonatos	1.570	19,6%	6.420	80,4%	7.990	100%
Politraumatismos	53	17,4%	252	82,6%	305	100%
Trastornos mentales	746	11,6%	5.671	88,4%	6.417	100%
Otras causas	598	11,2%	4.756	88,8%	5.354	100%
Embarazo, parto y puerperio	3.672	9,0%	37.072	91,0%	40.744	100%
Oído, nariz y faringe	2.440	8,2%	27.333	91,8%	29.773	100%
Aparato circulatorio	2.998	6,5%	43.005	93,5%	46.003	100%
Sistema nervioso	1.694	6,4%	24.876	93,6%	26.570	100%
Sangre, órganos hematop. y sist. inmunológico	291	6,4%	4.230	93,6%	4.521	100%
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	282	6,4%	4.092	93,6%	4.373	100%
Aparato reproductor masculino	619	6,0%	9.727	94,0%	10.346	100%
Sist. endocrino	425	5,6%	7.154	94,4%	7.579	100%
Sist. musculoesquelético y tejido conjuntivo	2.875	5,5%	49.060	94,5%	51.935	100%
Infecciones VIH	31	5,4%	544	94,6%	575	100%
Riñón y vías urinarias	1.174	5,1%	21.926	94,9%	23.100	100%
Enfermedades infecciosas	333	4,7%	6.702	95,3%	7.035	100%
Hígado, sistema biliar y páncreas	902	4,5%	19.143	95,5%	20.045	100%
Aparato digestivo	1.986	3,9%	48.333	96,1%	50.319	100%
Aparato reproductor femenino	580	3,9%	14.398	96,1%	14.978	100%
Aparato respiratorio	1.367	3,1%	42.250	96,9%	43.617	100%
Piel, tejido subcutáneo o mama	660	3,0%	21.474	97,0%	22.134	100%
Ojo	1.280	2,6%	47.537	97,4%	48.817	100%
Total	27.608	5,8%	449.871	94,2%	477.479	100%

H_{1.2}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función del

Continuacion de Tabla 1

Diagnóstico principal	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparato reproductor femenino	1.562	72,9%	581	27,1%	2.143	100%
Riñón y vías urinarias	2.362	66,8%	1.176	33,2%	3.538	100%
Sistema endocrino	780	65,0%	420	35,0%	1.200	100%
Sangre, órganos hematop. y sistema inmunológico	485	63,2%	283	36,8%	768	100%
Infecciones VIH	58	63,0%	34	37,0%	92	100%
Otras causas	959	61,9%	591	38,1%	1.550	100%
Hígado, sistema biliar y páncreas	1.414	61,6%	882	38,4%	2.296	100%
Ojo	2.046	61,5%	1.281	38,5%	3.327	100%
Piel, tejido subcutáneo o mama	1.054	61,1%	672	38,9%	1.726	100%
Enfermedades infecciosas	486	58,9%	339	41,1%	825	100%
Sist. musculoesquelético y tejido conjuntivo	3.904	57,4%	2.901	42,6%	6.805	100%
Aparato respiratorio	1.837	56,8%	1.399	43,2%	3.236	100%
Aparato reproductor masculino	812	56,7%	619	43,3%	1.431	100%
Aparato digestivo	2.547	55,9%	2.009	44,1%	4.556	100%
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	298	51,4%	282	48,6%	580	100%
Trast. mieloproliferativos, neoplasias maldiferenciadas	802	51,1%	767	48,9%	1.569	100%
Oído, nariz y faringe	2.413	49,7%	2.438	50,3%	4.851	100%
Sistema nervioso	1.627	49,3%	1.672	50,7%	3.299	100%
Embarazo, parto y puerperio	3.245	46,8%	3.693	53,2%	6.938	100%
Trastornos mentales	659	46,7%	753	53,3%	1.412	100%
Aparato circulatorio	2.350	43,4%	3.061	56,6%	5.411	100%
Uso de drogas/alcohol y t. mentales orgánicos inducidos	64	25,5%	187	74,5%	251	100%
Politraumatismos	10	16,1%	52	83,9%	62	100%
Quemaduras	2	6,5%	29	93,5%	31	100%
Recién nacidos y neonatos	4	0,2%	1.659	99,8%	1.663	100%
Total	31.780	53,4%	27.780	46,6%	59.560	100%
<i>H_{1,3}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función del diagnóstico</i>						
Diagnóstico principal	$\chi^2 = 10201,392$		<i>p-value <0,01</i>		gl = 24	
	Desertor		No desertor		Total	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	

Continuacion de Tabla 1

Quemaduras	52	62,7%	31	37,3%	83	100%
Politraumatismos	148	37,0%	252	63,0%	400	100%
Trast. mieloproliferativos, neoplasias maldiferenciadas	1.808	35,4%	3.295	64,6%	5.103	100%
Uso de drogas/alcohol y t. mentales orgánicos inducidos	272	31,6%	590	68,4%	862	100%
Otras causas	1.621	25,4%	4.756	74,6%	6.377	100%
Recién nacidos y neonatos	1.885	22,7%	6.420	77,3%	8.305	100%
Trastornos mentales	1.649	22,5%	5.671	77,5%	7.320	100%
Infecciones VIH	115	17,5%	544	82,5%	659	100%
Embarazo, parto y puerperio	7.423	16,7%	37.072	83,3%	44.495	100%
Sangre, órganos hematop. y sistema inmunológico	840	16,6%	4.230	83,4%	5.070	100%
Oído, nariz y faringe	5.221	16,0%	27.333	84,0%	32.554	100%
Sistema endócrino	1.359	16,0%	7.154	84,0%	8.513	100%
Riñón y vías urinarias	3.808	14,8%	21.926	85,2%	25.734	100%
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	693	14,5%	4.092	85,5%	4.785	100%
Sistema nervioso	3.972	13,8%	24.876	86,2%	28.848	100%
Aparato reproductor masculino	1.500	13,4%	9.727	86,6%	11.227	100%
Aparato reproductor femenino	2.231	13,4%	14.398	86,6%	16.629	100%
Aparato circulatorio	6.615	13,3%	43.005	86,7%	49.620	100%
Sist. musculoesquelético y tejido conjuntivo	7.504	13,3%	49.060	86,7%	56.564	100%
Hígado, sistema biliar y páncreas	2.520	11,6%	19.143	88,4%	21.663	100%
Enfermedades infecciosas	869	11,5%	6.702	88,5%	7.571	100%
Aparato digestivo	4.954	9,3%	48.333	90,7%	53.287	100%
Piel, tejido subcutáneo o mama	1.858	8,0%	21.474	92,0%	23.332	100%
Aparato respiratorio	3.593	7,8%	42.250	92,2%	45.843	100%
Ojo	3.527	6,9%	47.537	93,1%	51.064	100%
Total	66.037	12,8%	449.871	87,2%	515.908	100%

paciente (menor captación, menor deserción y elevada retención) en diagnósticos caracterizados por una cierta cronicidad en las patologías, requiriendo un seguimiento más exhaustivo: ojo, piel, aparato respiratorio, aparato digestivo y aparato reproductor femenino. De este modo, la mayor frecuentación genera una relación médico-paciente que se traduce en una mayor lealtad. En esta visión, encontramos que los diagnósticos en los que tiene lugar una menor lealtad del paciente (mayor captación, mayor deserción y menor retención) son aquellos en los que la

asistencia tiene un carácter más puntual: quemaduras, traumatismos, embarazos y recién nacidos. En el caso de las quemaduras, cabe destacar que la unidad de quemados de La Fe es referencia nacional. Otros diagnósticos que requieren una especial consideración son los relacionados con las conductas adictivas y los trastornos mentales, donde la relación médico-paciente adquiere la mayor relevancia posible. Se trata de patologías necesitadas de un elevado nivel de empatía y confianza, máxime si consideramos que el ingreso del paciente debe contar con su expresa

Tabla 2. Comportamiento de lealtad en función de la especialidad médica: χ^2

<i>H_{2.1}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de la especialidad</i>						
Especialidad médica	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Odontología	1.245	29,3%	2.999	70,7%	4.244	100%
Cirugía pediátrica	268	16,7%	1.341	83,3%	1.609	100%
Psiquiatría	977	16,4%	4.978	83,6%	5.955	100%
Hematología	401	15,8%	2.139	84,2%	2.540	100%
Pediatria	3.035	12,5%	21.227	87,5%	24.262	100%
Medicina intensiva	1.141	12,1%	8.296	87,9%	9.437	100%
Oncología	858	11,8%	6.411	88,2%	7.269	100%
Cardiología	1.653	10,5%	14.111	89,5%	15.764	100%
Anestesia	156	10,1%	1.394	89,9%	1.550	100%
Neurocirugía	195	8,6%	2.085	91,4%	2.280	100%
Ginecología	4.615	8,1%	52.490	91,9%	57.105	100%
Neurología	726	6,7%	10.115	93,3%	10.841	100%
Nefrología	174	6,6%	2.475	93,4%	2.649	100%
Cirugía plástica	206	6,5%	2.961	93,5%	3.167	100%
Cirugía cardiovascular	61	6,3%	904	93,7%	965	100%
Endocrinología	50	6,0%	787	94,0%	837	100%
Neurofisiología	25	5,7%	410	94,3%	435	100%
Urología	1.322	5,6%	22.171	94,4%	23.493	100%
Cirugía ortopédica y traumatología	2.727	5,3%	49.035	94,7%	51.762	100%
Cirugía maxilofacial	312	5,2%	5.713	94,8%	6.025	100%
Medicina digestiva	594	5,1%	11.117	94,9%	11.711	100%
Reumatología	30	5,1%	562	94,9%	592	100%
Cirugía torácica	64	4,9%	1.254	95,1%	1.318	100%
Otorrinolaringología	753	4,4%	16.205	95,6%	16.958	100%
Cirugía vascular	158	3,8%	4.028	96,2%	4.186	100%
Cirugía general y digestiva	1.894	3,4%	53.372	96,6%	55.266	100%
Neumología	449	3,2%	13.524	96,8%	19.973	100%
Unidad corta estancia	478	2,9%	15.911	97,1%	16.389	100%
Dermatología	188	2,8%	6.564	97,2%	6.752	100%
Oftalmología	1.215	2,5%	46.844	97,5%	48.059	100%
Medicina interna	1.638	2,3%	68.448	97,7%	70.086	100%
Total	27.608	5,8%	449.871	94,2%	477.479	100%

<i>H_{2.2}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de la especialidad</i>						
Especialidad médica	Retenido		No retenido		Total	
	$\chi^2 = 3098,569$		<i>p-value <0,01</i>		gl = 30	

Continuación de Tabla 2

	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nefrología	749	81,5%	170	18,5%	919	100%
Reumatología	79	69,9%	34	30,1%	113	100%
Cirugía torácica	132	67,7%	63	32,3%	195	100%
Endocrinología	112	67,5%	54	32,5%	166	100%
Dermatología	365	65,6%	191	34,4%	556	100%
Medicina digestiva	1.202	65,6%	631	34,4%	1.833	100%
Cirugía plástica	380	65,4%	201	34,6%	581	100%
Oncología	1.533	64,1%	858	35,9%	2.391	100%
Urología	2.356	63,7%	1.344	36,3%	3.700	100%
Otorrinolaringología	1.286	63,4%	741	36,6%	2.027	100%
Oftalmología	2.035	62,5%	1.220	37,5%	3.255	100%
Hematología	610	62,2%	371	37,8%	981	100%
Neumología	791	62,2%	480	37,8%	1.271	100%
Cirugía vascular	273	61,9%	168	38,1%	441	100%
Neurocirugía	308	58,8%	216	41,2%	524	100%
Cirugía general y digestiva	2.748	58,6%	1.943	41,4%	4.691	100%
Cirugía cardiovascular	111	57,8%	81	42,2%	192	100%
Cirugía ortopédica y traumatología	3.714	57,2%	2.781	42,8%	6.495	100%
Unidad corta estancia	619	56,5%	477	43,5%	1.096	100%
Ginecología	5.197	52,9%	4.630	47,1%	9.827	100%
Neurología	972	52,3%	887	47,7%	1.859	100%
Neurofisiología	24	49,0%	25	51,0%	49	100%
Cirugía maxilofacial	274	47,0%	309	53,0%	583	100%
Cirugía pediátrica	222	46,3%	258	53,8%	480	100%
Cardiología	1.496	43,0%	1.983	57,0%	3.479	100%
Medicina interna	1.310	42,3%	1.785	57,7%	3.095	100%
Psiquiatría	721	42,3%	982	57,7%	1.703	100%
Anestesia	78	39,4%	120	60,6%	198	100%
Odontología	757	37,6%	1.255	62,4%	2.012	100%
Pediatria	1.149	27,5%	3.028	72,5%	4.177	100%
Medicina intensiva	177	26,4%	494	73,6%	671	100%
Total	31.780	53,4%	27.780	46,6%	59.560	100%

H1.3: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de la especialidad

	$\chi^2 = 21158,988$		<i>p-value <0,01</i>		gl = 30	
Especialidad médica	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Odontología	2.143	41,7%	2.999	58,3%	5.142	100%
Hematología	1.129	34,5%	2.139	65,5%	3.268	100%
Nefrología	1.024	29,3%	2.475	70,7%	3.499	100%
Oncología	2.551	28,5%	6.411	71,5%	8.962	100%

Continuacion de Tabla 2

Cirugía pediátrica	532	28,4%	1.341	71,6%	1.873	100%
Psiquiatría	1.919	27,8%	4.978	72,2%	6.897	100%
Anestesia	453	24,5%	1.394	75,5%	1.847	100%
Cardiología	3.871	21,5%	14.111	78,5%	17.982	100%
Neurocirugía	564	21,3%	2.085	78,7%	2.649	100%
Cirugía plástica	718	19,5%	2.961	80,5%	3.679	100%
Medicina intensiva	1.999	19,4%	8.296	80,6%	10.295	100%
Pediatría	4.801	18,4%	21.227	81,6%	26.028	100%
Endocrinología	169	17,7%	787	82,3%	956	100%
Reumatología	114	16,9%	562	83,1%	676	100%
Ginecología	10.399	16,5%	52.490	83,5%	62.889	100%
Cirugía cardiovascular	176	16,3%	904	83,7%	1.080	100%
Cirugía torácica	232	15,6%	1.254	84,4%	1.486	100%
Neurología	1.833	15,3%	10.115	84,7%	11.948	100%
Medicina digestiva	1.975	15,1%	11.117	84,9%	13.092	100%
Urología	3.804	14,6%	22.171	85,4%	25.975	100%
Cirugía ortopédica y traumatología	7.071	12,6%	49.035	87,4%	56.106	100%
Neurofisiología	59	12,6%	410	87,4%	469	100%
Otorrinolaringología	2.138	11,7%	16.205	88,3%	18.343	100%
Cirugía maxilofacial	678	10,6%	5.713	89,4%	6.391	100%
Cirugía vascular	471	10,5%	4.028	89,5%	4.499	100%
Neumología	1.324	8,9%	13.524	91,1%	14.848	100%
Cirugía general y digestiva	4.997	8,6%	53.372	91,4%	58.369	100%
Dermatología	573	8,0%	6.564	92,0%	7.137	100%
Unidad corta estancia	1.295	7,5%	15.911	92,5%	17.206	100%
Oftalmología	3.449	6,9%	46.844	93,1%	50.293	100%
Medicina interna	3.576	5,0%	68.448	95,0%	72.024	100%
Total	66.037	12,8%	449.871	87,2%	515.908	100%

autorización. De este modo, el paciente cambiará de médico, e incluso de Departamento, continuamente hasta encontrar un profesional de su entera confianza.

La lealtad del paciente en función de la especialidad médica o quirúrgica

En segundo lugar, centramos nuestro interés en la especialidad médica (o quirúrgica) y en su influencia sobre el comportamiento de lealtad del paciente. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 2 ordenada de mayor a menor porcentaje de pacientes captados, retenidos o desertores, respectivamente.

A la vista de los resultados, encontramos que existen diferencias significativas en función del servicio médico, aceptando las hipótesis H.2.1, H.2.2 y H2.3. Con una significación menor a 0,01. Es decir, el comportamiento de lealtad del paciente depende de la especialidad médica en la que requiera asistencia. Así, odontología es la especialidad que cuenta con una mayor captación (29,3%) y deserción (41,7%) de pacientes. Tras esta especialidad, en el caso de la captación, la mayor tasa se da en las siguientes especialidades: cirugía pediátrica (16,7%), psiquiatría (16,4%), hematología (15,8%) y pediatría (12,5%). Algunas de estas especialidades también presentan los mayores porcentajes de deserción de pacientes: hematología (34,5%), nefrología (29,3%), oncología (28,5%), cirugía

pediátrica (28,4%) y psiquiatría (27,8%).

En cuanto a las especialidades médicas con menor captación de pacientes, encontramos: medicina interna (2,3%), oftalmología (2,5%), dermatología (2,8%), unidad de corta estancia (2,9%) y neumología (3,2%). Del mismo modo, algunas de estas especialidades figuran entre aquellas con menores tasas de deserción: medicina interna (5,0%), oftalmología (6,9%), unidad de corta estancia (7,5%) y dermatología (8,0%).

Respecto a la retención, las especialidades que cuentan con valores más altos son: nefrología (81,5%), reumatología (69,9%), cirugía torácica (67,7%), endocrinología (67,5%) y dermatología (65,6%). En cambio, medicina intensiva (26,4%), pediatría (27,5%) y odontología (37,6%) cuentan con poca retención de pacientes.

En aras de ofrecer una posible explicación a los resultados, en primer lugar encontramos que existe una relación entre los diagnósticos que presentan una mayor lealtad del paciente (ojo, piel, aparato respiratorio, aparato digestivo) y las especialidades médicas con mayor lealtad (oftalmología, dermatología, neumología, cirugía digestiva). Asimismo, los diagnósticos relacionados con conductas adictivas y trastornos mentales contaban con una menor lealtad del paciente; la especialidad de psiquiatría arroja los mismos resultados. De este modo, encontramos una lógica correlación entre diagnósticos y especialidades médicas de cara a la obtención de la lealtad del paciente. En segundo lugar, observamos cómo en las especialidades de pediatría y cirugía pediátrica tiene lugar una menor lealtad del paciente.

En consecuencia, la relatividad del comportamiento de lealtad del paciente depende tanto de la especialidad como del diagnóstico. Estos resultados permiten contestar afirmativamente a todas las hipótesis, permitiendo identificar aquellos diagnósticos y especialidades en los que es mayor la lealtad del paciente. Se confirma, así, que el comportamiento de lealtad del paciente es, en gran medida complejo y variable en función del tipo de servicio ofrecido. Desde una óptica estratégica, esta característica de su naturaleza es clave en el empleo de la diferenciación y el posicionamiento del servicio como herramientas con las que alcanzar una ventaja competitiva.

Discusión

Considerando la utilidad de la lealtad desde una óptica estratégica, conocer aquellos diagnósticos y especialidades en los que el paciente muestra mayor lealtad puede resultar clave para la configuración de la cartera de servicios de un centro. El contraste empírico realizado, que toma como escenario la Comunidad Valenciana, nos permite afirmar que:

- El comportamiento de lealtad depende del diagnóstico del paciente. Observamos un comportamiento más leal (menor captación, menor deserción y elevada retención) en diagnósticos caracterizados por una cierta cronicidad en las patologías, requiriendo un seguimiento más exhaustivo: ojo, piel, aparato respiratorio, aparato digestivo y aparato reproductor femenino. De este modo, la mayor frecuentación genera una relación médico-paciente que se traduce en una mayor lealtad. En esta visión, encontramos que los diagnósticos en los que tiene lugar una menor lealtad del paciente (mayor captación, mayor deserción y menor retención) son aquellos en los que la asistencia tiene un carácter más puntual: quemaduras, traumatismos, embarazos y recién nacidos.

- El comportamiento de lealtad depende de la especialidad médica o quirúrgica en la que es tratado el paciente. Entre las especialidades con mayor lealtad encontramos oftalmología, dermatología, neumología o cirugía digestiva; mientras que la menor lealtad del paciente se observa en especialidades como odontología o psiquiatría.

- Encontramos una lógica correlación entre diagnósticos y especialidades médicas de cara a la obtención de la lealtad del paciente. Así, existe una relación entre los diagnósticos que presentan una mayor lealtad del paciente (ojo, piel, aparato respiratorio, aparato digestivo) y las especialidades médicas con mayor lealtad (oftalmología, dermatología, neumología, cirugía digestiva). Asimismo, los diagnósticos relacionados con conductas adictivas y trastornos mentales contaban con una menor lealtad del paciente, la especialidad de psiquiatría arroja los mismos resultados.

En consecuencia, el comportamiento de lealtad del paciente depende tanto de la especialidad como del diagnóstico. Desde una óptica estratégica, este hecho es clave en el empleo de la diferenciación y el posicionamiento del servicio como herramientas con las que alcanzar una ventaja competitiva. En primer lugar, la estrategia de diferenciación se hace más necesaria a medida que un sector, en particular el de servicios, se vuelve más competitivo²⁵. Al aumentar la competencia, aumenta la necesidad de diferenciación entre los proveedores, de tal manera que proporcionen al paciente una clara percepción de diferencias entre las ofertas existentes^{26,27,28}. De este modo, la diferenciación representa una de las fuentes de ventaja competitiva junto con la reducción de costes²⁹. En segundo lugar, si bien tradicionalmente el sistema sanitario público ha adolecido de escasa preocupación por la búsqueda de un posicionamiento centrado en el paciente³⁰, la introducción de competencia, a través de la financiación capitativa y la facturación intercentros, requiere de un esfuerzo de posicionamiento a realizar por los diferentes Departamentos de Salud. A tal efecto, y como es bien sabido, se trata de diseñar la oferta y la imagen de la organización de tal modo que éstas ocupen un lugar

distintivo en la mente de los consumidores^{31,32,33,34} con una cartera de servicios que afiance su lealtad.

Conclusiones

Con todo ello, en un momento de cuestionamiento de la viabilidad del sistema sanitario público, en el que se ha avanzado en sistemas de financiación capitativa, desde una óptica estratégica, estos resultados adquieren un especial interés para gestores e investigadores del servicio sanitario. Confirman por una parte el diferente comportamiento de lealtad del paciente ante diferentes diagnósticos y especialidades, de tal manera que favorecen el diseño de la cartera de servicios con una visión estratégica con la que lograr una ventaja competitiva, empleando incluso la diferenciación y el posicionamiento. En definitiva, estos resultados muestran cómo, partiendo de una perspectiva de demanda (paciente), se puede aunar y configurar la oferta sanitaria (las diferentes especialidades entendidas como cartera de servicios) del centro.

Referencias

¹Cervera M. La Agencia Valenciana de Salud. Revista de Administración Sanitaria 2006; 4(1): 33-54.

²García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Health systems in transition: Spain: Health system review. Copenhague: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

³Campoy 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.

⁴Gadea S. Flujos de pacientes entre Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. (Trabajo de Fin de Máster, Universidad Católica de Valencia, 2009).

⁵Oliver RL. Whence consumer loyalty? Journal of Marketing 1999; 63: 33-44.
DOI: 10.2307/1252099

⁶Sheth JN, Park CW. A theory of multidimensional brand loyalty. Illinois: Faculty Working Papers. College of Commerce and Business Administration, University of Illinois at Urban-Champaign, 1974.

⁷El-Manstrly D. A literature review of the conceptualisation of service loyalty: do we really know what service loyalty is?. In Academy of Marketing, Liverpool, 2011.

⁸Dick AS, Basu K. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. Journal of the Academy of Marketing Science 1994; 22: 99-113.

⁹Fornell C, Wernerfelt B. Defensive marketing strategy by customer complaint management: a theoretical analysis. Journal of Marketing Research 1987; 24(4): 337-346.
DOI: 10.2307/3151381

¹⁰Rust RT, Zahorik AJ. Customer satisfaction, customer retention, and market share. Journal of Retailing 1993; 69(2): 193-214. DOI: 10.1016/0022-4359(93)90003-2

¹¹Johnson MD, Gustafsson A. Improving customer satisfaction, loyalty and profit: an integrated measurement and management system. Michigan: University of Michigan Business School Series, 2000.

¹²Szwarc P. Researching customer satisfaction & loyalty. London: Kogan Page, 2005.

¹³Chiesa C. CRM. Las cinco pirámides del marketing relacional. Barcelona: Deusto Editions, 2009.

¹⁴Naidu 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.

¹⁵Velasco E. El Modelo Alzira vs. Modelo Público. Valencia: Comunicación presentada en Jornadas del X Aniversario del Hospital de La Ribera. 2009.

¹⁶Álvarez B, Lobo F, Pellisé L. Sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en países latinoamericanos y de la OCDE. Organización Panamericana de la Salud, 1998.

¹⁷Ibern P. Interacciones público-privadas en el ámbito de la salud. Revista de Administración Sanitaria 2009; 7(1): 33-42.

¹⁸Villar Rojas FJ. La Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud: ¿hacia la desregulación de la Sanidad Pública? Derecho y Salud 1998; 6(2): 74-91.

¹⁹Fernández-Lasquetty J. Modelos de gestión en la Comunidad de Madrid: el modelo partenariado Público Privado. En Colomer, J. & Del Llano, J. (ed.), Una nueva forma de trabajar... mirando al futuro (pp. 123-126). Madrid: Fundación Gaspar Casal, 2011.

²⁰Calero 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.
DOI:10.1007/s12208-014-0121-4

²¹ Base de datos COMPAS. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

²² Churchill GA, Iacobucci D. Marketing Research. Methodological Foundations (8th ed.). Ohio: South-Western, 2002.

²³ Bearden WO, Sharma S, Teel JE. Sample size effects on chi square and other statistics used in evaluation causal models. Journal of Marketing Research 1982; 19(4): 425-430.

DOI: 10.2307/3151716

²⁴ Escuder R, Murgui JS. Estadística aplicada. Economía y Ciencias sociales. Valencia: Tirant Lo Blanch, 1995.

²⁵ Lovelock CH. Services Marketing. Prentice Hall International Editions, 1996.

²⁶ Gilligan C, Lowe R. Marketing and health care organizations. New York: Radcliffe Medical Press, 1995.

²⁷ Costa G. Posicionamiento de los servicios de salud en la mente del consumidor. Revista portuguesa de marketing 2009 ; 21 : 33-42.

²⁸ Medina P. El carácter estratégico de la proyección externa de la marca hospitalaria: el caso de Mayo Clinic. Universidad y Salud 2011; 13(1): 79-86.

²⁹ Porter ME. Ventaja competitiva. Madrid: Ed. Pirámide, 2010.

³⁰ Illana F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. Revista de Calidad Asistencial 2003; 18(5): 259-260.

³¹ Campos EB, Ortega PM. La dirección eficiente. Madrid: Ediciones Pirámide, 1990.

³² Trout J, Rivkin S. El nuevo posicionamiento. Madrid: McGraw-Hill, 1997.

³³ Palmer A. Principles of Services Marketing. McGraw-Hill, 2005.

³⁴ Kotler P, Keller KL. Dirección de marketing. Madrid: Pearson Educación, 2006.