

## Percepciones del Usuario vs. Percepciones del Gestor del Servicio Sanitario: Un Análisis Cualitativo en el Ámbito del “Modelo Alzira”

Remedios Calero<sup>1</sup>, Martina G. Gallarza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España*

<sup>2</sup> *Universitat de València, Valencia, España*

**Resumen** Como un ejemplo de cómo la óptica de la Lógica del Servicio Dominante puede arrojar una mirada diferente al encuentro del servicio sanitario, el propósito del presente trabajo consiste en explorar la percepción del servicio sanitario de una manera dual: desde la perspectiva de la demanda (usuarios) y de la oferta (profesionales y gestores), buscando conocer las diferencias entre tres modelos de gestión sanitaria: público, privado y colaboración público-privada ejemplarizada en el denominado Modelo Alzira. Tras la revisión de la literatura de gestión sanitaria, se efectúa un análisis de los datos ofrecidos por el Barómetro Sanitario 2009. Este análisis de información secundaria se completa con una metodología cualitativa consistente en siete entrevistas en profundidad a profesionales y gestores sobre cinco cuestiones a investigar relativas a la idiosincrasia del servicio sanitario y a las diferencias percibidas entre los tres modelos de gestión. Los resultados muestran la existencia, según casos, de divergencias en la percepción de las bondades de los diferentes modelos de gestión y del servicio sanitario en general por parte de la oferta y la demanda de este servicio, valorando normalmente de manera muy positiva la colaboración público-privada como alternativa a la tradicional polarización

---

*Correspondencia a:* Remedios Calero (e-mail: [remedios.calero@mail.ucv.es](mailto:remedios.calero@mail.ucv.es))

entre prestación privada o pública del servicio sanitario. Así, se concluye que, pese a la criticalidad del servicio sanitario (importante, pero difícil de gestionar), la sanidad pública española está muy bien considerada tanto por usuarios como por prestatarios. Sin embargo, actualmente se cuestiona su sostenibilidad económica. En este marco, el Modelo Alzira se erige como alternativa aportando flexibilidad de recursos, avances en la gestión del tiempo, mejoras en procesos y una nueva cultura de gestión mediante la provisión privada de un servicio público permitiendo así aprovechar las sinergias de la colaboración público-privada.

**Palabras clave** Gestión en Salud, Servicios de Salud, Prestación de Atención de Salud, Relaciones Profesional-Paciente, Investigación Cualitativa.

**Clasificación JEL** : I13, M31, H51.

## 1. Introducción

El sistema sanitario público español ha emprendido, en la última década, una etapa de modernización que pasa en muchos casos por una mayor orientación hacia los destinatarios de sus servicios (Ortigueira y Ortigueira (2001), Pérez Somalo (2008)). Esta nueva orientación posee un atractivo notable para el investigador de Marketing, puesto que el usuario del servicio sanitario es cada vez más sofisticado y está mejor informado (Navarro y Wilkins (2001), Tanenbaum (2008)), lo que sin duda cambia las reglas del juego del encuentro de servicio sanitario (John (1996), Laing, Hogg y Winkelman (2004)).

Ante este nuevo escenario y con la presión del incremento del gasto sanitario, en Europa están cobrando mayor relevancia nuevas fórmulas organizativas que apuestan por mejorar la calidad y percepción de los usuarios buscando la satisfacción del ciudadano al menor coste posible. En este marco, se sitúa la Concesión Sanitaria Administrativa, un partenariado público-privado que constituye una de las mayores apuestas de la sanidad valenciana desde la apertura en 1999 del hospital de La Ribera en Alzira, siendo desde entonces comúnmente reconocida esta forma

de gestión como Modelo Alzira. Dado que este modelo se está consolidando en la Comunidad Valenciana y se está extendiendo a otras Comunidades Autónomas, resulta interesante estudiar cómo es percibido el servicio prestado por esta nueva fórmula de gestión sanitaria en comparación con los dos modelos tradicionales, a saber sanidad pública y sanidad privada.

Todos estos cambios recientes determinan la necesidad desde las universidades, de aportar mayor conocimiento sobre las fórmulas de gestión de los servicios sanitarios. Como ya señalaba Stanley en 2002, estos cambios determinan la necesidad en la gestión sanitaria de afrontar los retos del futuro con nuevas metodologías y nuevas ópticas.

Una de estas nuevas ópticas considerada como de las más novedosas a la gestión de los servicios, y cuya aplicación desde nuestro conocimiento es todavía incipiente en el ámbito sanitario es la llamada “lógica del Servicio Dominante” o “Service Dominant Logic” (Vargo y Lusch (2004)). En esta nueva aproximación, se propone un proceso de co-creación de valor entre oferta y demanda, en el que el servicio es el centro de intercambio, todos los agentes son actores integrales, y dicho valor es único para cada cliente. El poder máximo otorgado al cliente en la creación de valor, poder que se considera creciente en el servicio sanitario (Stanley (2002)), y la consideración de su aplicabilidad en sistemas complejos de servicio (Alter (2010)) son dos de las características de esta nueva óptica que la hacen a nuestro juicio, apropiada para investigar el servicio sanitario en su nuevo escenario.

Con esta realidad cambiante como marco de actuación, el presente trabajo tiene como objetivo explorar la percepción del servicio sanitario de manera dual: desde la perspectiva de la demanda (usuario del servicio) y desde el punto de vista de la oferta (profesionales y gestores sanitarios), buscando conocer la percepción de estos dos colectivos de las diferencias entre los tres modelos de gestión sanitaria existentes en España: público, privado y partenariado público-privado. Para la consecución de este objetivo, se propone la combinación de técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad) con el análisis de datos secundarios (Barómetro Sanitario).

De este modo, en este trabajo abordamos el servicio sanitario, tema preferente en la literatura académica de Management y Marketing de Servicios a lo largo de las últimas décadas y la colaboración público-privada, tema de gran actualidad tanto social como económicamente. Socialmente, la implantación de estas fórmulas ha generado polémicas (no siempre fundamentadas) sobre la universalidad del servicio sanitario, y económicamente, el contexto actual de crisis ha permitido la proliferación de estudios que buscan contabilizar el gasto sanitario y la necesidad de búsqueda de formas alternativas de gestión.

Así, este estudio permite una visión novedosa al utilizar la perspectiva de los usuarios para generar una discusión en la de los prestatarios del servicio sanitario, y ver si estas dos son coincidentes. Como es sabido, la investigación actual de Marketing de servicios, desde la conocida aportación de Vargo y Lusch (2004) sobre la Lógica del Servicio Dominante, propone procesos duales como éste (en la llamada co-creación de valor) que permiten evitar miopías de mercados al analizar la perspectiva de oferta y de demanda. El análisis comparativo de tres modelos de gestión (público, privado y colaboración público-privada) también abre futuros debates sobre la iniciativa privada en la gestión pública en un servicio tan crítico como el sanitario.

La estructura de la propuesta es la siguiente: tras la introducción, se ofrece un marco teórico-conceptual sobre el servicio sanitario, después del cual se presentan la metodología abordada y los resultados más relevantes con la ayuda de cuadros recapitulativos, y por último se aborda la discusión de dichos resultados y las conclusiones más relevantes, a las que sumamos la asunción de limitaciones en el trabajo, y la propuesta de futuras líneas de investigación.

## **2. Marco Teórico-Conceptual**

Para describir el ámbito en el que se circunscribe el trabajo, presentamos de manera inicial un breve marco conceptual sobre el servicio sanitario y la Concesión Administrativa.

Por servicio sanitario entendemos “las actividades o procesos que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias con el objetivo de satisfacer las necesidades de cuidado y atención de un tipo especial de clientes, los pacientes” (Lamata et al. (1994: 25)). Aunque esta definición es acorde a la mayoría de las conceptualizaciones del servicio, que se plantean exclusivamente desde una óptica de oferta, como “actuaciones” (eg. A.M.A. (1960:21), Kotler (2006:420)), en el caso del servicio sanitario, creemos necesario retener una óptica dual oferta-demanda, como la que plantea Gronröos (1990:26-27) destacando “interacciones entre el cliente y los empleados de servicio y/o los recursos físicos o productos y/o sistemas de dar servicio, que son generados como soluciones a los problemas de los clientes”. Asimismo, además de las clásicas características de los servicios (Zeithaml, Bitner y Gremler (2005)), debemos considerar para nuestro análisis la idiosincrasia del servicio sanitario que describimos a continuación:

- Dinamicidad: Durante la prestación del servicio, éste se ve modificado en función de los nuevos datos y situaciones que tengan lugar (Lovelock (1996)). Requiere tanto de procedimientos complejos, en ocasiones sofisticados, como de conocimiento especializado y tecnología con los que resolver problemas concretos como alterar el curso normal de las enfermedades, prevenir, curar, rehabilitar (Lamata et al. (1994)). A lo largo del encuentro de servicio, la percepción de satisfacción por parte del paciente puede verse afectada en repetidas ocasiones antes de proceder a su valoración final del servicio. De manera que el enfoque de la gestión y de las distintas estrategias debe pivotar en torno al paciente tratando de lograr su satisfacción y establecer un vínculo que asegure su fidelidad.
- Altas Expectativas de los usuarios: La expectativa adquiere grado de excelencia en el momento de decidir la satisfacción de una necesidad (Corella (1998)). Esta realidad afecta a la medición de la calidad del servicio sanitario con modelos de disconfirmación de expectativas como el Servqual. Se hace necesaria una estudiada planificación y coordinación que evite demoras y garantice una correcta prestación así como con una capacidad de respuesta adecuada. Además,

se hace necesaria la tangibilización del servicio mediante equipos modernos, tecnología punta tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y cuidando el aspecto y las formas de los empleados.

- Incertidumbre: Es uno de los factores que más influye en el comportamiento de los profesionales médicos. Por un lado, una parte esencial consiste en diagnosticar a los pacientes, a menudo con urgencia y disponiendo de información siempre imperfecta. Por otro lado, existen graves dificultades para medir o evaluar el resultado de la actuación de un médico, puesto que cada paciente demanda, recibe y percibe los servicios de manera diferentes de forma que, aún compartiendo síntomas comunes, existe incertidumbre sobre los efectos de un tratamiento (Hidalgo, Del Llano y Pérez Camarero (2006)).
- Relación profesional sanitario-paciente: La relación que se da entre el prestador del servicio, ya sea un médico o un profesional sanitario (enfermera, psicólogo, auxiliar,...), y el consumidor del servicio no es de igual a igual, lo que necesita replanteamientos continuos del encuentro de servicio sanitario (John (1996), Laing, Hogg y Winkelman (2004)). El paciente acude en busca del conocimiento y pericia del profesional, a lo que se suma que, en la enfermedad, hay una posición de partida del paciente incómoda, teñida muchas veces por la angustia y el temor. Como indica Ortún (2008), podríamos conceptualizar esta relación como una relación de agencia, con diferentes intereses entre las partes.
- Complejidad del sistema de *Servucción* sanitario: En la *servucción* del servicio sanitario las relaciones de concomitancia (entre el paciente principal y el servicio recibido y el resto de usuarios y servicios) son más cítricas (tanto positivas como negativas) porque el paciente no es un ente aislado sino que es sensible al servicio prestado a otros usuarios así como, al mismo tiempo, obtiene información y referencias de éstos (Calero y Gallarza (2010)). La fuerte interacción personal que se da en el servicio sanitario afecta a la calidad, a la diferenciación del servicio así como a la satisfacción del cliente (Bateson (1995)). Precisamente, el servicio sanitario representa el nivel más alto de servicio personal (Palmer (2005)).

- El prestador del servicio es prescriptor: El médico, además de ofrecer su servicio directo (diagnóstico, consejo,...), se convierte en intermediario respecto a otros servicios sanitarios. Indicará un tratamiento, prescribirá una receta, aconsejará unas radiografías, analíticas, le señalará la conveniencia de una operación determinada,... Es decir, el médico, como experto y consejero, se convierte en .“agente” del enfermo y condiciona qué otro tipo de servicios sanitarios consumirá dicho enfermo (Lamata et al. (1994)).
- Consumidor mediatizado por otras influencias como Internet: La relación médico-paciente está cambiando: la asimetría en el poder y la información ya no es tan acentuada, porque el consumidor de servicios sanitarios busca otras fuentes como Internet (Navarro y Wilkins, 2001; Tanenbaum, 2008), especialmente en enfermedades crónicas (Ouschan, Sweeney y Johnson (2006)).

Estas características de la idiosincrasia del servicio sanitario que hemos descrito son coincidentes, en gran medida, con las premisas del Service-Dominant Logic, apuntadas por los propios Vargo y Lusch (2004) o por algunos de los autores que han desarrollado con posterioridad esta óptica de análisis (e.g. Karpen, Bove y Lukas (2012), Baron et al. (2010)). Nos referimos a las temáticas de la integración, la interactividad, la llamada “customización” o necesidad de realizar servicios a medida del cliente. Todas ellas son, como dicen Vargo y Lusch, “lentes” a través de las cuales se puede, a nuestro juicio, entender mejor esa figura del cliente prescriptor, la mayor información del paciente y la complejidad de su servucción. En definitiva, esta nueva óptica puede ser generadora de una mayor co-creación de valor en el servicio sanitario.

Respecto al partenariado público-privado objeto de nuestro análisis, a la luz de la literatura consultada, por Concesión Sanitaria Administrativa, entendemos aquella 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 privado (Prieto, López de Letona y Mengual (2006), Campoy (2008), Rebollo (2007)). Así,

la esencia del Modelo Alzira como materialización de la Concesión Administrativa en la Comunidad Valenciana, recogida en la Figura 1, se basa en las siguientes premisas (De Rosa y Bosch (2006)): propiedad, control y financiación públicos mientras que la prestación es de carácter privado, implicando una transmisión de riesgo al concesionario.

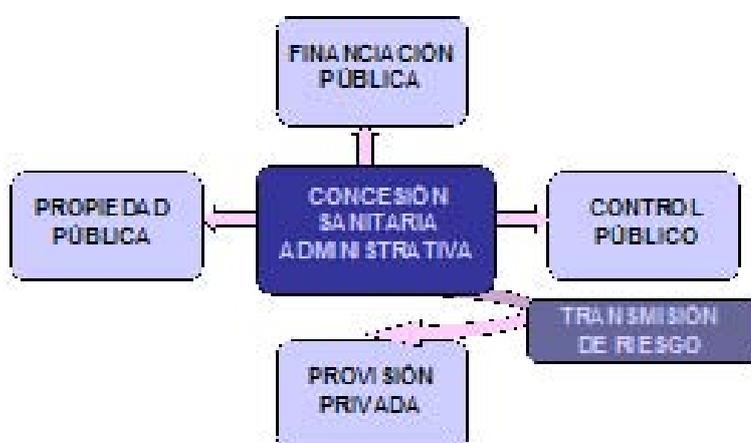


Figura 1: Características definitorias del “Modelo Alzira” (Fuente: elaboración propia).

Se trata pues, de un intento de alejamiento del modelo burocrático de producción de servicios para orientarse hacia modelos híbridos en los que resulte posible disminuir los controles jerárquicos y administrativos, y potenciar la autonomía y los incentivos (Martín et al. (2007)). Este modelo surge como contrapartida a los problemas del modelo de gestión pública (Caviedes (2009)): falta de flexibilidad, centralización de funciones; incentivos inadecuados; asignación de recursos a los establecimientos sobre la base de criterios de oferta; ausencia de mecanismos de rendición de cuentas; uso de tarifas y precios distorsionados; falta de disciplina financiera, burocracia con baja autonomía y significativas limitaciones en la gestión de recursos humanos y el uso de insumos. Si a todo ello sumamos el hecho de que la sanidad es una industria compleja que requiere la mayor flexibilidad posible en su gestión (Ortigueira y Ortigueira (2001)), de tal forma que sus administradores

puedan asignar los recursos con la mayor eficiencia posible, emerge una necesidad de buscar fórmulas de gestión alternativas.

En respuesta a las limitaciones descritas que presenta la gestión pública, existen ventajas que impulsan a una región a adoptar un sistema público-privado para la gestión sanitaria: se favorecen las sinergias entre los sectores públicos y privados; se crean incentivos en el mercado (eficiencia); los proveedores privados pueden dar soporte a objetivos sociales, además de los económicos; se introduce competencia por el mercado en lugar de competencia en el mercado; introduce más flexibilidad en el sistema; mejora la estructura de costes; e incrementa la capacidad de responder a un aumento de la demanda (Santacreu (2009)). Como resultado, el Modelo Alzira busca beneficiarse de todas las ventajas de la gestión privada, al tiempo que goza de la protección y facilidades que la Administración otorga a la iniciativa pública, dando lugar a una cooperación ventajosa para ambas partes.

### **3. Cuestiones a Investigar**

Para la consecución del objetivo del presente trabajo, dada la complejidad del encuentro de servicio sanitario frente a otros servicios (Simons (2009); Zeithaml, Bitner y Gremler (2005)) y el carácter exploratorio del objetivo de este trabajo, creemos necesaria una aproximación cualitativa antes de emprender cualquier esfuerzo cuantitativo de medición de este encuentro. Por esa razón, en este trabajo se han combinado diferentes fuentes de información. En primer lugar, se procedió a un análisis de contenido de la revisión de la literatura y de la información secundaria provista por el Barómetro Sanitario. A partir de dicha información se redactaron cinco cuestiones a investigar, reflejo de la idiosincrasia del servicio sanitario y de la percepción actual de los usuarios de dicho servicio en España. Seguidamente, estas cuestiones fueron objeto de discusión en siete entrevistas en profundidad mantenidas con prestadores del servicio sanitario (médicos, personal de enfermería y gestores). En la discusión final de estas cuestiones en forma de resultados aportados en este trabajo, hemos buscado mostrar como algunas de las

realidades descritas por la revisión de la literatura se han puesto en evidencia, notablemente en lo que respecta a algunos de los postulados de la Lógica del Servicio Dominante.

Tras la revisión de la literatura y del análisis del Barómetro Sanitario de 2009, se seleccionaron cinco temas clave: a) dificultad de evaluación del servicio sanitario, b) elección de servicio público o privado; c) motivos de elección de sanidad pública o sanidad privada; d) comportamiento del paciente ante las listas de espera; y e) percepción de los ciudadanos de la financiación y provisión de la sanidad. La elección de estos temas responde obviamente a la subjetividad de los autores de este trabajo, pudiendo resultar cualquier otro igualmente relevante. La traducción metodológica de estos temas dio lugar a cinco cuestiones relativas a la percepción del servicio sanitario visto desde la perspectiva de la demanda (usuario del servicio). Así, proponemos la Figura 2, que recoge las fuentes utilizadas, los cinco temas estudiados y las cuestiones a investigar propuestas.

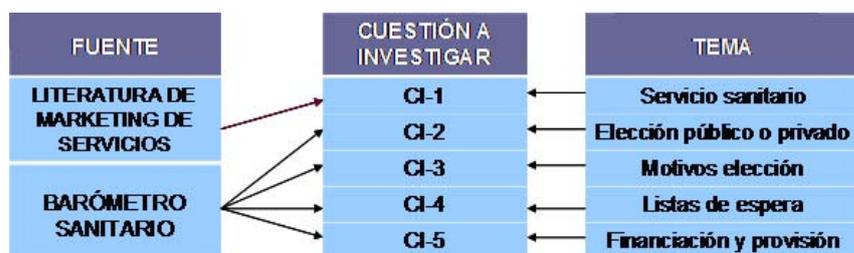


Figura 2: Descripción de la metodología de la investigación (Fuente: elaboración propia).

A continuación, describimos cada uno de los cinco temas escogidos para su discusión y que dan lugar a la propuesta de cada una de las cuestiones a investigar que serán posteriormente tratadas en las entrevistas en profundidad.

### 3.1. *Dificultad de Evaluación del Servicio Sanitario*

La literatura sobre comportamiento del consumidor apoya la idea de que la falta de conocimiento de un producto dificulta su evaluación. En esta línea, Zeithaml, Bitner y Gremler (2005) clasifican los distintos tipos de productos y servicios en función de la facilidad o dificultad del consumidor a la hora de evaluarlos, resaltando cómo el servicio sanitario es el que se sitúa en un nivel de mayor dificultad para su evaluación. Esta dificultad responde al elevado grado de características de credibilidad que posee el servicio sanitario provocando que este servicio resulte casi un “acto de fe” puesto que, incluso después de su consumo, el usuario es incapaz de evaluarlo. En efecto, muy pocos pacientes disponen de los suficientes conocimientos médicos como para valorar si el servicio sanitario que han recibido ha sido el adecuado y se ha prestado correctamente. Por todo ello, el resultado del servicio sanitario es difícil de juzgar por los propios pacientes (Gabbott y Hogg (1998), Kaplan y Babad (2011)). Un paciente puede saber si los síntomas han desaparecido, pero no es capaz de juzgar él mismo si ha sido curado de su enfermedad o si el tratamiento prescrito constituye la alternativa más eficaz. Con este razonamiento de base, planteamos la siguiente cuestión a investigar:

**CI<sub>1</sub> “La falta de conocimientos médicos por parte del paciente dificulta la evaluación del servicio sanitario”.**

### 3.2. *Elección de Servicio Público o Privado*

Tal y como describen Gabbott y Hogg (1998), el resultado del servicio sanitario no es la sanidad en sí misma, sino más bien la salud y el bienestar. Esta necesidad de salud y bienestar por parte de la población queda reflejada en el resultado obtenido por el Barómetro Sanitario a la pregunta acerca de qué áreas sociales consideraban que eran las de mayor interés para los ciudadanos. Así pues, la sanidad es considerada el área de principal importancia, seguida por la educación y la vivienda, en ese orden.

Dado que la sanidad constituye el área de mayor relevancia para los ciudadanos, centramos nuestro interés en conocer dónde acuden para satisfacer esta necesidad y qué factores determinan su decisión. De acuerdo con los datos del Barómetro, observamos que el 84,2% de los ciudadanos acuden con mayor frecuencia a un centro público frente a un 11% que acude a un centro privado y un 3,2% que acude tanto a uno como otro centro. Sin embargo, cabe destacar que este porcentaje varía si, en lugar de preguntar al usuario por los centros a los que acude con mayor frecuencia, el Barómetro Sanitario plantea la siguiente pregunta: “Si pudiera elegir y Ud. o algún miembro de su familia tuviera una enfermedad grave, ¿a dónde acudiría, a un servicio sanitario público o a uno privado?” De manera que, ante una enfermedad grave, en lugar de un 84,2% de pacientes que se decantan por la sanidad pública, este porcentaje se vería reducido al 57,9%; manifestando su preferencia por la sanidad privada un 31,5% mientras que un 8,5% no se decanta a favor de un sistema sanitario u otro.

A la vista de los datos mostrados, extraemos la siguiente cuestión a investigar:

**CI<sub>2</sub> “La preferencia del paciente por la sanidad privada es mayor ante enfermedades graves que ante situaciones no revestidas de gravedad”.**

### *3.3. Motivos de Elección de Sanidad Pública o Sanidad Privada*

Después de conocer la preferencia por el servicio sanitario público o privado, centramos nuestra atención en los motivos que llevan al paciente a decantarse por uno u otro. Como mostramos en la Figura 3, a la luz de los resultados del Barómetro Sanitario de 2009, los ciudadanos optan por el sistema sanitario público fundamentalmente por la tecnología y medios de que disponen sus centros sanitarios y por la capacitación de sus profesionales médicos y de enfermería. Mientras que prefieren el sistema sanitario privado por la rapidez con que se les atiende, el confort de las instalaciones y el trato personal recibido.

	SANIDAD PÚBLICA	SANIDAD PRIVADA	
+ V A L O R A C I O N	Tecnología y medios de que dispone	Rapidez con que atienden	+ V A L O R A C I O N
	Capacitación de los médicos	Confort de las instalaciones	
	Capacitación de la enfermería	Trato personal recibido	
	Información recibida sobre el problema de salud	Información recibida sobre el problema de salud	
	Trato personal recibido	Tecnología y medios de que dispone	
	Confort de las instalaciones	Capacitación de los médicos	
	-	Rapidez con que atienden	

Figura 3: Motivos de elección de un sistema sanitario público o privado (Fuente: Barómetro Sanitario 2009).

Si contrastamos esta información con aspectos propios del comportamiento del consumidor, es sabido que una de las consideraciones más importantes para los consumidores, a la hora de elegir entre distintas alternativas, es la comodidad del acceso o conveniencia, entendiendo por conveniencia la localización física, los días y horas de apertura y las opciones de compra y entrega (Kotler y Lee (2007)). Así, mientras los proveedores del servicio sanitario tradicionalmente han centrado su atención en la tecnología y los medicamentos, los pacientes muestran una mayor preocupación por el servicio y la información recibidos (Zeithaml, Bitner y Gremler (2005)). Los pacientes buscan experiencias positivas, reconfortantes y no traumáticas tanto para ellos como para sus familiares. Debido a esto, otorgan un gran valor al confort de las instalaciones. Encontramos aquí una expresión de esa mayor implicación del paciente en el nuevo escenario del servicio sanitario, enunciada entre otros por Simons (2009) y que creemos es una particularidad clave de las nuevas reglas del juego; considerar de manera proactiva y generadora de valor esta nueva naturaleza del paciente está en clara consonancia con los postulados de la lógica Dominante del Servicio que entiende que todos los agentes son creadores de valor, de un valor altamente individualizado.

Estos argumentos podrían explicar que tanto la rapidez en la atención como el confort de las instalaciones hagan decantarse al paciente por un tipo u otro de gestión sanitaria.

Del mismo modo, como muestra la Figura 3, la tecnología y los medios disponibles decantan la balanza a favor de la sanidad pública. La tecnología ayuda al médico en su trabajo diario, entendiendo el concepto tecnología en un sentido amplio: tecnología diagnóstica y terapéutica, tecnología preventiva y curativa, tecnología farmacéutica y quirúrgica (Gervás (2009)). De forma que la disponibilidad de tecnología se configura como una herramienta fundamental del profesional sanitario, valorada, por tanto, por el usuario de este servicio.

En cuanto a la capacitación de los médicos y enfermeros, la elección de un determinado centro por un paciente puede verse condicionada no tanto por las características del centro sanitario como por el deseo de ser atendidos por un profesional determinado (Van Looy, Gemmel y Van Dierdonck (1998)).

Ahora bien, ante un partenariado que aúna características de la sanidad pública y de la sanidad privada, como es el caso del Modelo Alzira, nos interesa conocer en qué medida la colaboración público-privada puede incorporar estos elementos y aprovechar las sinergias generadas. A estos efectos, planteamos la siguiente cuestión a investigar:

**CI<sub>3</sub> “El Modelo Alzira permite incorporar las bondades de la sanidad pública (tecnología y medios, capacitación del personal sanitario) y de la sanidad privada (rapidez, confort)”.**

### *3.4. Listas de Espera*

En el apartado anterior, hemos mencionado que la rapidez en la atención es un factor considerado por el paciente en el momento de decidir entre un servicio sanitario público o privado. Concretamente, hemos mostrado cómo este elemento parece decantar al paciente por la sanidad privada. De hecho, la demora conlleva, tal y como recoge el Barómetro Sanitario, que los aspectos peor valorados por

el usuario del servicio sanitario público estén relacionados precisamente con los tiempos de espera: el tiempo que tardan los resultados de las pruebas diagnósticas, la tardanza en ser atendido desde que se pide la cita, la facilidad para conseguir cita, la espera que se produce hasta entrar en la consulta, el tiempo de demora para ingreso no urgente,...

Respecto a la percepción del usuario de la evolución de las listas de espera, más de la mitad de los ciudadanos considera que el problema de las listas de espera sigue igual o ha empeorado: sólo un 20,7% de los usuarios cree que esta realidad ha mejorado.

De este modo, las listas de espera se han convertido un problema para la sanidad pública que está favoreciendo la predisposición del usuario hacia la sanidad privada. Como señalan Van Looy, Gemmel y Van Dierdonck (1998:290), “No nos gusta esperar. El tiempo que tenemos que esperar antes de ser atendidos afecta a nuestro nivel de satisfacción y nuestro comportamiento de recompra”. O, en palabras de Bateson (1995:223), “el consumidor no solo demanda calidad, también demanda rapidez”. Es por todo ello que planteamos la siguiente cuestión a investigar:

**CI<sub>4</sub> “La colaboración público-privada permite solventar el problema de las listas de espera en el marco de la sanidad pública”.**

### *3.5. Financiación y Provisión de la Sanidad*

Otro aspecto a destacar de la información recogida por el Barómetro Sanitario de 2009 hace referencia al grado de conocimiento del usuario sobre la financiación de la sanidad pública. Una mayoría de los ciudadanos (46,2%) cree que la sanidad pública en España se financia con cuotas a la Seguridad Social que satisfacen los trabajadores. Tan sólo el 27,2% considera que se financia mediante los impuestos que pagan todos los ciudadanos. Un 15,8% contesta que se financia por ambas vías, impuestos y cuotas a la Seguridad Social. Mientras que un 10,3% desconoce el modo de financiación.

Resulta llamativo y por ello digno de ser analizado, cómo hay un alto porcentaje de respuesta errónea a esta cuestión por parte de los ciudadanos. Como es sabido, el Sistema Nacional de Salud se financia mediante impuestos que pagan todos los ciudadanos. Este desconocimiento de la población del modo de financiación de la sanidad pública nos hace pensar que el usuario está más interesado por la provisión del servicio sanitario que por su financiación. El ciudadano no muestra interés por conocer cómo se financia la sanidad pública sino que su preocupación se centra, conforme hemos mostrado en apartados anteriores, en aspectos relacionados con la calidad, la accesibilidad, los medios y la tecnología, el confort de las instalaciones,...

Aplicando un paralelismo entre financiación y gestión, nos interesa conocer si el usuario es consciente de quién es el proveedor del servicio sanitario público que recibe. Es decir, en un modelo de colaboración público-privada como el Modelo Alzira, en el que la propiedad, control y financiación son públicos mientras que la provisión es privada, queremos saber en qué medida el paciente es consciente de que la provisión del servicio sanitario es efectuada por una entidad privada. De esta manera, planteamos esta cuestión a investigar:

**CI<sub>5</sub> “El ciudadano muestra una mayor preocupación por la provisión que por la financiación del servicio sanitario”.**

#### **4. Metodología**

El propósito de este trabajo consiste en explorar la percepción del servicio sanitario tanto desde la perspectiva de la demanda (usuario del servicio) como desde el punto de vista de la oferta (profesionales y gestores sanitarios) buscando conocer diferencias entre distintos modelos de gestión sanitaria. La cohabitación de tres sistemas sanitarios en la Comunidad Valenciana (Privado, Público y Modelo Alzira) hace especialmente interesante esta región para un análisis como el que se propone. Concretamente, la Comunidad Valenciana cuenta con 24 Departamentos de Salud (cf. Figura 4) cuya forma de gestión es directa, a excepción de cinco que

son gestionados mediante el denominado Modelo Alzira, cubriendo esta pionera fórmula de gestión la asistencia sanitaria de 917.176 personas respecto a una población total de 4.761.355 personas, según los datos del Sistema de Información Poblacional (S.I.P.) a 31 de mayo de 2012, representando, pues, una cobertura de un 19,26 % de la asistencia sanitaria de esta Comunidad Autónoma española. De este modo, la Comunidad Valenciana representa un marco idóneo para analizar y contrastar la percepción de la gestión sanitaria pública, privada y la colaboración público-privada ejemplificada en el Modelo Alzira.



Figura 4: Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana gestionados mediante el “Modelo Alzira” (Fuente: elaboración propia).

La metodología seguida en este trabajo, como se ha mencionado con anterioridad, es de carácter cualitativo: por un lado se procedió a un análisis de contenido de la revisión de la literatura y de la información secundaria provista por el Barómetro sanitario, del que se extrajeron 5 cuestiones a investigar. Por otro lado, estas cuestiones fueron después objeto de discusión en entrevistas en profundidad mantenidas con prestadores del servicio sanitario.

El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (C.I.S.). desde 1995 y con periodicidad anual. En la Figura 5, recogemos la ficha técnica del Barómetro correspondiente al año 2009, último año disponible en el momento de la realización de este trabajo.

<b>Universo</b>	<b>Población residente de ambos sexos mayores de 17 años</b>
<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>7.800 entrevistas, distribuidas en tres sub-muestras de 2.600 entrevistas cada una de ellas</b>
<b>Periodo de referencia</b>	<b>Marzo - noviembre 2009</b>
<b>Error muestral</b>	<b>El conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional con un error de muestreo de <math>\pm 1,1\%</math> para un nivel de confianza del 95,5% y P=Q e muestreo aleatorio simple</b>

Figura 5: Ficha técnica Barómetro Sanitario 2009 (Fuente: Barómetro Sanitario 2009).

Puesto que el objetivo de nuestro trabajo es de carácter exploratorio, consideramos la obtención de datos cualitativos como la más adecuada, en combinación con el estudio de datos secundarios, puesto que este análisis nos permite ahondar en la subjetividad de un conjunto de cuestiones relativas a cómo se crea una experiencia social (Mercado y Torres (2000)). Por su parte, entre las distintas metodologías cualitativas, seleccionamos la entrevista en profundidad. Este tipo de entrevista constituye una técnica cualitativa directa en la que no se oculta al sujeto investigado el objeto de la investigación (García Ferrer (2002)) y, a su vez, nos permite obtener como ventajas: a) la combinación de estructura con flexibilidad; b) la interacción; c) la exploración de las razones, sentimientos, opiniones y creencias del entrevistado (Legard, Keegan y Ward (2003)). Todas ellas son aproximaciones de interés para los objetivos y la temática de esta investigación. De este modo, las cuestiones a investigar propuestas son discutidas mediante entrevistas en profundidad con el objetivo de explorar la percepción que de dichas cuestiones

posee la oferta (profesionales y gestores sanitarios). Es por ello que, al tratarse de un análisis cualitativo y con una finalidad exploratoria, no se proponen hipótesis sino cuestiones a investigar: su discusión ordenada en las siete entrevistas en profundidad permite contraponer la opinión de los usuarios con la de los prestadores del servicio y establecer, así, conclusiones relevantes para la gestión del servicio sanitario.

En relación a la muestra, dado el carácter exploratorio de este trabajo, la relevancia del tipo de muestreo no reside en el tamaño de la muestra sino en los individuos seleccionados. Cada individuo analizado debe ser susceptible de aportar ideas y puntos de vista interesantes. De este modo, la elección de la muestra es estratificada propositiva (Ritchie, Elam y Lewis (2003)), al seleccionar grupos de entrevistados que poseen diversidad entre ellos, pero guardan cierta homogeneidad por su ocupación y/o formación, conocedores de los tres modelos de gestión sanitaria objeto de estudio. Concretamente, se han seleccionado los siguientes perfiles:

- Perfil 1 (3 entrevistados): Profesional sanitario con experiencia profesional en los tres tipos de gestión sanitaria estudiados (pública, privada y colaboración público-privada): dos profesionales médicos y un profesional enfermero.
- Perfil 2 (2 entrevistados): Profesional sanitario que ha ejercido o ejerce prestando asistencia sanitaria y, actualmente, desarrolla su labor desde el ámbito de la gestión en la Conselleria de Sanidad. Debido a su experiencia, ofrecen una doble visión como profesionales y como gestores sanitarios.
- Perfil 3 (2 entrevistados): Gestor sanitario, ocupando un primer entrevistado el cargo de gerente de un hospital público mientras que el segundo entrevistado desempeña un cargo directivo en la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana encargado de la implementación y gestión de la concesión sanitaria administrativa en esta región española.

## 5. Resultados

Los resultados obtenidos son resumidos en la Figura 6 en forma de matriz (cinco cuestiones  $\times$  siete entrevistados).

En relación a la cuestión a investigar 1, relativa a la dificultad de evaluación del servicio sanitario, la mayoría de los entrevistados afirma que sí existe esa dificultad debido a la falta de conocimientos específicos del paciente. Ante esta dificultad, el paciente tiende a valorar el servicio recibido a través de elementos que puede tangibilizar como, por ejemplo, la hostelería. Sin embargo, se observa un mayor interés de éste que le lleva a adoptar un comportamiento activo de búsqueda de información a través de medios como Internet con los que contrastar los diagnósticos recibidos y los tratamientos recomendados. Existe por tanto esa mayor implicación del cliente que es un recurso operante y conocedor de sus exigencias, por tanto claramente participe de la creación de valor en el encuentro de servicio. Asimismo, los entrevistados destacan la relevancia del trato personal, la relación médico-paciente y la empatía por parte del profesional sanitario como factores determinantes de la satisfacción y la valoración del servicio por parte del paciente. Como señala el entrevistado 1, *“no basta con los conocimientos técnicos, sino que, además, hay que desarrollar una empatía con el paciente”*.

La segunda cuestión a investigar plantea si la preferencia por la sanidad privada aumenta en caso de enfermedades graves. En este caso, la respuesta de los entrevistados es unánime al afirmar que la búsqueda de rapidez constituye el principal motivo que lleva al paciente a acudir a la sanidad privada ante una enfermedad revestida de gravedad. Sin embargo, un número considerable de entrevistados recomienda la sanidad pública ante estas situaciones. Asimismo, cabe resaltar que algunos entrevistados señalan la incapacidad del paciente a la hora de determinar la gravedad, dado que la confunde con conceptos como prioridad y urgencia. Así, como expone el entrevistado 5, *“la gravedad es un concepto diferente para el paciente y para el médico”*.

A la cuestión a investigar 3, que pregunta en qué medida la colaboración público-privada incorpora las bondades de la sanidad pública y de la sanidad pri-

	PROFESIONAL SANITARIO			PROFESIONAL Y GESTOR SANITARIO		GESTOR SANITARIO	
	MÉDICO		ATS	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7
	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3				
CI-1	V	X	V	X	V	V	V
CI-2	X	X	X	X	X	X	X
CI-3	V	V	V	V	V	V	V
CI-4	V	V	V	V	V	V	V
CI-5	V	V	V	V	V	V	V

Figura 6: Percepción del Servicio Sanitario desde el punto de vista de la oferta. Coincidencia de los entrevistados con las cuestiones a investigar planteadas (Fuente: elaboración propia).

vada, la respuesta mayoritaria de los entrevistados es coincidente con el enunciado de la cuestión. Si bien alguno de ellos menciona la falta de conceptualización de este partenariado así como su no consideración en las estadísticas oficiales, pese a la cada vez mayor implantación de este modelo de gestión. Para el entrevistado 2, *“la consideración de un tercer modelo es sólo a efectos de gestión, puesto que para el usuario sólo existe servicio privado o público”*. Así, la necesidad de marcos definitorios más claros se hace evidente.

La cuestión a investigar 4 plantea la fuga de pacientes hacia el sistema sanitario privado que provocan las listas de espera y en qué medida la colaboración público-privada ofrece una solución en el marco de la sanidad pública. La mayoría de los entrevistados manifiesta su preocupación por las listas de espera, que son consideradas como uno de los principales problemas de la sanidad pública. Sin embargo, no coinciden en la causa de este problema. Mientras que para los entrevistados 3, 5 y 6 se deben a una falta de recursos, los entrevistados 4 y 7 consideran que obedecen a carencias organizativas. En lo que sí muestran una opinión común es en que la sanidad privada acorta los plazos de espera. Ante esta coyuntura,

la colaboración público-privada aporta una nueva cultura del tiempo que puede solventar esta debilidad del sistema público.

Por último, la cuestión a investigar 5 propone, ante el desinterés del ciudadano por conocer el modo de financiación de la sanidad pública, conocer si existe una preocupación de éste por saber si la provisión del servicio sanitario que recibe es realizada por una entidad pública o privada. Los distintos entrevistados confirman el desinterés del ciudadano por la financiación de la sanidad pública, resaltando la mayoría que el paciente no es consciente ni responsable del gasto sanitario que genera. Incluso el entrevistado 2 afirma que *“no hay conciencia del gasto ni por parte del paciente ni por parte del profesional sanitario”*. Por otra parte, confirman una preocupación y un cierto temor y rechazo del ciudadano hacia la introducción de la iniciativa privada en la provisión pública de servicios sanitarios. En este sentido, la mayor implicación del cliente apuntada por las ópticas que hemos señalado como óptimas para la gestión futura del servicio sanitario, necesitaría ser revisada, en la medida en que el consumidor español claramente necesita mayores esfuerzos de comunicación y concienciación, que se proponen de manera generalizada por todos los entrevistados para propiciar un uso más responsable del servicio sanitario.

## 6. Conclusiones

En el presente trabajo hemos buscado contrastar la percepción del servicio sanitario desde la perspectiva de la demanda, es decir, del usuario del servicio, con la del gestor y la del profesional sanitario, esto es el punto de vista de la oferta. Esta confrontación de los dos lados del intercambio de servicio busca ser entendida bajo la óptica de la llamada Lógica del Servicio Dominante de Vargo y Lusch (2004, 2008), que propugna la necesidad de buscar procesos de co-creación de valor en el interfaz entre prestador y cliente del servicio. En nuestra opinión, esta óptica todavía incipiente en la literatura sobre salud y servicio sanitario, puede ser claramente generadora de una aproximación más sistemática y analítica a los complejos procesos de la gestión sanitaria, en la medida en que permite considerar a todos los agentes como generadores de valor (sobre todo al paciente, cada vez más informado

y más exigente) además de poner al servicio en el centro de la prestación, creando valores altamente individualizados. El objetivo principal buscado era explorar la percepción que los gestores del servicio poseen ante tres sistemas de gestión sanitaria diferentes: sanidad pública y sanidad privada y colaboración público-privada, ejemplificada en el denominado Modelo Alzira, a través de la discusión de cinco temas de actualidad extraídos del análisis de la información secundaria contenida en el barómetro sanitario, así como de la revisión de la literatura de marketing de servicios. Las principales conclusiones que extraemos, ordenadas en torno a los cinco grandes ejes discutidos, son las siguientes:

- 1. La *Criticalidad* del Servicio Sanitario.** El servicio sanitario es, frente a otros servicios como banca, seguros o educación, el de mayor importancia para el usuario y de mayor dificultad para el prestatario. Es por ello que su prestación puede considerarse como crítica: muy relevante pero muy compleja. Al no disponer de conocimientos suficientes, el paciente tiende a valorar el servicio sanitario a través de factores que puede tangibilizar como hostelería o confort. De ahí deriva la importancia de los elementos tangibles a los ojos del usuario del servicio. Asimismo, en el servicio sanitario, se valoran aspectos como el trato personal, la relación médico-paciente y la empatía por encima de la calidad clínica. Resulta destacable el cambio en la asimetría de la relación médico-paciente por el uso de Internet, ya mencionado en la literatura (Tanenbaum (2008)) pero que también se ha puesto de manifiesto en las entrevistas en profundidad. El paciente está más informado (vía Internet) previamente a la consulta aunque la novedad en este trabajo es que esta nueva realidad no siempre es vista como un elemento negativo por parte del médico, que en ocasiones tiene menos información que proveer y, por tanto, puede concentrarse mejor en la solución. Se confirma, pues, el auge del llamado “e-healthcare” (Lin y Umoh (2002), Mukherjee y McGinnis (2007)) y se augura un notable interés por el estudio de sus efectos sobre el ya complejo encuentro de servicio sanitario.
- 2. La *Cohabitación* de Sanidad Pública y Privada.** Tanto desde el punto de vista de la oferta como de la demanda, las opiniones que resaltan la

bondad de la sanidad pública en España han sido unánimes, aunque su sostenibilidad económica sea en ocasiones cuestionada. Por su parte, la sanidad privada constituye una segunda opción en la que se busca fundamentalmente rapidez o es consultada únicamente como una opinión alternativa. A su vez, la percepción de la preferencia por la sanidad privada ante una enfermedad grave puede tratarse de un espejismo debido a la confusión entre los conceptos gravedad y urgencia. Dado que la “gravedad” puede considerarse subjetiva, el paciente tiende a valorar como tal la necesidad de una rápida atención. Lo que confirmaría que la predilección por la sanidad privada se produjera ante una situación urgente más que ante un caso revestido de gravedad.

- 3. El Modelo Alzira Combina las Ventajas de la Sanidad Pública y de la Sanidad Privada.** Esta fórmula de gestión sanitaria es considerada como generadora de un equilibrio entre el equipamiento, tecnología y capacitación públicos y la rapidez y el confort privados. Se trata de un modelo que permite aunar la visión *largoplacista* del sistema público con la capacidad de gestión y flexibilidad de la iniciativa privada, resultando una alternativa viable como modelo de gestión sanitaria ante los problemas de sostenibilidad a los que está haciendo frente el actual sistema público.
- 4. La Gestión del Tiempo Sigue Siendo Difícil, pero es Mejorable.** La gestión del tiempo en el servicio sanitario sigue siendo compleja puesto que el paciente no desea esperar pero sí que el médico pase un máximo de tiempo con él. De este modo, las listas de espera siguen constituyendo un problema para la sanidad pública, sobre todo desde que se ha confrontado a otra realidad que se ha hecho posible en el Modelo Alzira. A la luz de las entrevistas efectuadas, las mejoras en procesos, con equipamientos en funcionamiento las 24 horas, deberían aportar otra cultura del tiempo a la sanidad pública.
- 5. Percepción Errónea de la Financiación del Servicio Sanitario.** La percepción por el usuario de la financiación de la sanidad es totalmente errónea, lo que probablemente esté en la raíz de una confusión entre lo que es un servicio *universal* y un servicio *gratuito*. De las discusiones mantenidas en las entrevistas

se desprende que el modelo público actual es considerado por los prestatarios (gestores, enfermeros y médicos) en muchos casos como insostenible, lo que llevará a modificar necesariamente esta percepción del usuario que, en opinión de gestores y facultativos, en ocasiones usa y abusa de su derecho a una sanidad *universal*.

Al término de este trabajo, asumimos una serie de limitaciones, propias de un trabajo de carácter exploratorio. Entre ellas, destacamos que para analizar la percepción del usuario hemos empleado fundamentalmente como fuente de información el Barómetro Sanitario de 2009, con lo que, además de poseer las naturales limitaciones del uso de fuentes secundarias, hemos incorporado a nuestro trabajo las bondades y carencias de este informe. Entre estas carencias, figura el hecho de que en el Barómetro se le pregunta al ciudadano por dos modelos de gestión sanitaria (el público y el privado), sin hacer referencia a un tercer modelo representado por la colaboración público-privada. Una investigación ad-hoc sobre percepciones de una muestra aleatoria de usuarios del servicio se propone como futura línea de investigación, que debería solventar esta y otras deficiencias de la metodología empleada. Además de esta limitación de orden metodológico, asumimos una limitación en la revisión de la literatura sobre marketing del servicio sanitario: este tema resulta cada vez más atractivo para los investigadores en marketing lo que hace difícil abarcar todas las líneas y frentes abiertos en este momento. Los tratados en este trabajo son los planteamientos básicos de aplicabilidad del marketing de servicios al servicio sanitario, quedando de lado otras aproximaciones más novedosas (como el Service-Dominant Logic o la Co-creación de valor) que sin duda traerán futuras discusiones con las que profundizar en la interesante idiosincrasia del servicio sanitario.

Con estas limitaciones, la bondad del presente trabajo reside en el hecho de recoger y estudiar la percepción tanto del usuario como del gestor y el profesional de tres modelos de gestión sanitaria, analizando e incluyendo una novedosa fórmula como es el *Modelo Alzira*. De manera que se arrojan unos resultados

que pueden ser tenidos en cuenta tanto en la política como en la gestión sanitaria a la hora de considerar la introducción de la iniciativa privada en la provisión de un servicio público de carácter sanitario.

De manera más general, podríamos concluir al término de este estudio cómo pese a la *criticalidad* del servicio sanitario que lo hace difícil de gestionar, dada la elevada valoración por parte del paciente de la cercanía y la empatía del personal sanitario, la sanidad pública española está muy bien considerada tanto por usuarios como por prestatarios. Sin embargo, hoy en día se cuestiona su sostenibilidad económica. En este marco, el *Modelo Alzira* se erige como alternativa aportando flexibilidad de recursos, avances en la gestión del tiempo, mejoras en procesos y una nueva cultura de gestión mediante la provisión privada de un servicio público permitiendo así aprovechar las sinergias de la colaboración público-privada. En definitiva, como señala De Rosa y Bosch (2006), el objetivo se traduce, pues, en alcanzar una sanidad sostenible y de calidad, una búsqueda del mejor servicio al ciudadano con el coste apropiado sin olvidar la eficiencia.

## Referencias

1. Alter, S. (2010): Service Systems and Service-Dominant Logic: partners or distant cousins? *Journal of Relationship Marketing* 9, 98-115.
2. American Marketing Association, 1960. Marketing definitions. A glossary of marketing terms. Committee on Definitions of the A.M.A.
3. Barómetro Sanitario 2009. Instituto de Información Sanitaria. [Publicación en Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid. Disponible en: [www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm)
4. Baron, S., Patterson, A., Warnaby, G. (2010): Service-dominant logic: marketing research implications and opportunities. *Journal of Customer Behaviour* 9(3), 253-264.
5. Bateson, J., (1995): *Managing Services Marketing*. The Dryden Press. Harcourt Brace College Publishers.

6. Calero, R., Gallarza, M.G. (2010): Marketing de servicios: análisis aplicado a la concesión sanitaria administrativa. *Revista Española de Economía de la Salud* 9, 22-27.
7. Campoy, F. (2008): Concesiones administrativas de gestión sanitaria: perspectiva desde las empresas sanitarias concesionarias. III Congreso Nacional de la FAISS (Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios); 24-26 sept. 2008; Murcia.
8. Caviedes, R. (2009): Concesiones sanitarias: garantizando la sostenibilidad del sistema. Serie Informe Social 122.
9. Corella, J.M. (1998): Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
10. De Rosa, A., Bosch, M. (2006): *Modelo Alzira 1999-2005*. La ambición de una nueva sanidad. Ed. La Ribera. Departamento 11 de Salud.
11. Gabbott, M., Hogg, G. (1998): *Consumers and services*. John Wiley and sons Ed.
12. García Ferrer, G. (2002): *Investigación comercial*. ESIC Editorial.
13. Gervás J. (2009): Gobierno clínico de la clínica diaria. En: Ortún V. El buen gobierno sanitario. Springer Healthcare Communications; 2009. p. 27-45.
14. Grönroos, C. (1990): *Service Management and Marketing. Managing the moments of truth in service competition*. Lexington Books.
15. Hidalgo, A., Del Llano, J., Pérez Camarero, S. (2006): *Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora*. Elsevier España.
16. John, J. (1996): A dramaturgical view of the healthcare service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behaviour. *European Journal of Marketing* 30, 60-87.
17. Kaplan, R.M., Babad, Y.M. (2011): Balancing influence between actors in healthcare decision making. *BMC Health Services Research* 11, 1-14.
18. Karpen, I.O., Bove, L.L., Lukas, B.A. (2012): Linking Service-Dominant Logic and Strategic Business Practice: A Conceptual Model of a Service-Dominant Orientation. *Journal Of Service Research* 15(1), 21-38.
19. Kotler, P., Lee, N. (2007): *Marketing en el sector público: todas las claves para su mejora*. Pearson Education.
20. Kotler, P. (2006): *Dirección de marketing*. Pearson Educación.

21. Laing, A., Hogg, G., Winkelman, D. (2004): Healthcare and the information revolution: re-configuring the healthcare service encounter. *Health Services Management Research* 17, 188-99.
22. Lamata, F., Conde, J., Martínez, B. , Horno, M. (1994): *Marketing sanitario*. Ediciones Díaz de Santos.
23. Legard, R., Keegan, J., Ward, K. (2003): In depth interviews. In: Ritchie J, Lewis J. (Eds.), *Qualitative Research Practice*. SAGE Publications, 138-169.
24. Levitt, T. (1980): Marketing success through differentiation of anything. *Harvard Business Review* enero, 1-9.
25. Lin, B., Umoh, D. (2002): E-healthcare: a vehicle of change. *American Business Review* 20, 27-32.
26. Lovelock, C., 1996. *Services Marketing*. Prentice Hall International Editions.
27. Martín, J., Agustí, E., Allende, M.J. et al. (2007): El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios: modelos de gestión. Fundación Alternativas, Seminarios y Jornadas 43/2007.
28. Mercado, F.J., Torres, T.M. (2000): *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Ed. Plaza y Valdés.
29. Mukherjee, A., McGinnis, J. (2007): E-healthcare: an analysis of key themes in research. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* 1, 49-63.
30. Navarro, F.H., Wilkins, S.T. (2001): A new perspective on consumer health Web use: "valuegraphic" profiles of health information seekers. *Managed Care Quarterly* 9, 35-43.
31. Ortigueira, M., Ortigueira, M. (2001): El sistema sanitario público, sus servicios y sus responsables: creación y pilotaje de su imagen. *Cuadernos de Gestión* 1, 67-103.
32. Ortún, V. (2008): Incentivos a los médicos, vía de mejora de los servicios sanitarios. Las claves de la sanidad futura: investigación y gestión. *Panorama Social* 7, 67-76.
33. Ouschan, R., Sweeney, J., Johnson, L. (2006): Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing* 40, 1068-1086.
34. Palmer, A. (2005): *Principles of services marketing*. McGraw-Hill.
35. Pérez Somalo, F. (2008): *Marketing en tecnología sanitaria*. ESIC Ediciones.

36. Prieto, A., López de Letona, A., Mengual, E. (2006): El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios. Laboratorio de Alternativas, Documento de trabajo 99/2006.
37. Rebollo, A. (2007): APP´s institucionales, financiación de infraestructuras y contabilidad pública. *Reflexiones: Revista de obras públicas, transportes y ordenación territorial* 2, 61-122.
38. Ritchie, J., Lewis, J., Elam, G. (2003): Designing and selecting samples. In: Ritchie J, Lewis J. (Eds), *Qualitative Research Practice*. SAGE Publications, 77-108.
39. Santacreu, J. (2009): Les opcions efectives per a una col.laboració públicoprivada a la sanitat. *Referent, Revista de management per al sector sanitari i social* 6, 4-9.
40. Simons, T. (2009): The Future of Healthcare Marketing: Who's in Charge?. *Marketing Health Services* 29(1), 32.
41. Stanley, S. (2002): Vision: A view from the Chair. *International Journal of Medical Marketing* 57.
42. Tanenbaum, S.J. (2008): Consumer Perspectives on Information and Other Inputs to Decision-Making: Implications for Evidence-Based Practice. *Community Mental Health Journal* 44, 331-335.
43. Van Looy, B., Gemmel, P., Van Dierdonck, R. (1998): *Service Management: An Integrated Approach*. Financial Times Pitman Publishing.
44. Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2008): Service-Dominant Logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36, 1-10.
45. Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004): Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing* 68, 1-17.
46. Zeithaml, V.A., Bitner, M.J., Gremler, D.D. (2005): *Services marketing. Integrating customer focus across the firm*. McGraw Hill.