

La naturaleza relativa del comportamiento de lealtad del paciente: captación, retención y deserción

The relativity of patients' loyalty behaviour: capture, retention and desertion

Remedios Calero¹, Martina G. Gallarza²

¹ Catholic University of Valencia, Valencia, Spain

² University of Valencia, Valencia, Spain

remedios.calero@mail.ucv.es

martina.gallarza@uv.es

Resumen

La libertad de elección de médico plantea el cuestionamiento de qué factores determinan la continuidad en el tiempo de la relación del paciente con el personal sanitario o el centro hospitalario. En este trabajo trataremos de arrojar luz buscando contrastar la naturaleza relativa del comportamiento de lealtad conativa en el marco del servicio sanitario. Para ello, el objeto general se divide a su vez en tres objetivos específicos: analizar su variación en función del sujeto (género y edad), del objeto (tipo de asistencia) y de las circunstancias (demora y circunstancia de ingreso).

Metodológicamente, se han empleado fuentes de información internas de organismos públicos como datos secundarios, contando concretamente con más de 1 millón de registros de asistencias de pacientes de la Comunidad Valenciana (España) durante el año 2012. Tras una revisión de la literatura sobre la investigación de marketing en el ámbito sanitario, la importancia estratégica de la lealtad y su medición, centramos nuestro trabajo empírico en tres parámetros: las tasas de captación, retención y deserción del paciente, planteándose sendas hipótesis.

Seguidamente, exponemos los resultados en forma de cuadros, y se comentan con el objeto de comprender mejor comportamiento de lealtad del paciente (a través de su captación, retención y deserción) demostrándose altamente relativo, es decir, sensible a las personas, al tipo de servicio y a las circunstancias. Las conclusiones derivadas de este trabajo resultan, así, de interés para investigadores y gestores del servicio sanitario.

Abstract

The freedom of doctor choice raises the question of what factors determine the continuity of the patient's relationship with the medical staff or the hospital. In this paper we try to shed light looking for contrasting the relativity of patients' loyalty behaviour. For this, the general object is divided into three specific objectives: by testing the relativity of patients' loyalty behaviour, which varies across subjects (gender and age), objects (type of health service provided) and the circumstances (time).

Methodologically, we have used internal information sources of secondary data from a public institution, counting with more than 1 million records of assists patients of Valencia (Spain) in the year 2012.). From our literature review about health marketing and the strategic importance of loyalty and its measurement, we have selected those parameters that allow the measurement of patients' loyalty: capture rate, retention rate, and desertion rate.

Next, we present the results and discussion in order to better understand patients' loyalty behaviour, showing highly relativity, sensitive to people, the type of service and

circumstances. The conclusions reached in this study hold relevant implications for managers and researchers interested in health services, both from the perspective of healthcare consumer behaviour (patients' loyalty behaviour, identifying its relativistic nature) and health management (competitive advantages of each Health Department).

Keywords

Lealtad, servicio sanitario, comportamiento del paciente

1. INTRODUCCIÓN

Resulta de gran dificultad para el investigador de servicios comprender y analizar la especificidad de la prestación sanitaria, dado el carácter multidisciplinar de la investigación del servicio sanitario (Sanguino y Arroyo, 1999; Harris et al., 2011). Nuestro comportamiento como pacientes plantea condicionantes sociales, culturales y personales que lo hacen especialmente interesante como objeto de estudio. De todo el abanico de conductas de las personas como pacientes, la que ha levantado más interés en los últimos años, quizá sea la lealtad (Torres et al., 2009; Spake y Bishop, 2009). En el caso de España, este interés es aún mayor, en un entorno cada vez más competitivo y en el marco del actual debate sobre la introducción de la iniciativa privada en la gestión de la sanidad pública, puesto que *“la lealtad del paciente –cómo se forma y cómo se mantiene- se convierte en un elemento de máxima relevancia para los proveedores de servicios sanitarios”* (Torres et al., 2009, p. 184).

Si existe libertad de elección de médico ¿cuales son los factores que determinan que un paciente mantiene una relación duradera con el personal sanitario de un centro hospitalario? ¿Es una respuesta que depende de los sujetos- pacientes, del tipo de servicio prestado, de las circunstancias de la transacción, o de todo ello simultáneamente?

El objetivo de este trabajo consiste en contrastar la naturaleza relativa del comportamiento de lealtad conativa en el marco del servicio sanitario. De las tres formas medición de la lealtad reconocidas por la doctrina (Oliver, 1997), a saber, medidas conativas o de comportamiento real, medidas actitudinales o de intención de recompra, o una combinación de ambas, en este trabajo nos centraremos en las primeras. Así, entendemos por naturaleza relativa de un comportamiento el hecho de que éste sea personal (varíe por sujetos), comparativo (implica diferencias por objeto o servicio consumido) y circunstancial (varía con el contexto) (Holbrook, 1999). Para el objeto de este trabajo, el objetivo general se divide a su vez en tres objetivos específicos: analizar su variación en función del sujeto (género y edad), del objeto (tipo de asistencia) y de las circunstancias (demora y circunstancia de ingreso).

Metodológicamente, al buscar medir la lealtad conativa del paciente, es decir, una conducta real y observada, este trabajo utiliza fuentes de información internas de organismos públicos como datos secundarios. La utilidad y conveniencia de las bases de datos internas como fuente de información reside en que permiten describir la naturaleza y tipología de los clientes -desde perspectivas geodemográfica, conativa, psicográfica y psicológica-; entender sus necesidades; descubrir patrones y tendencias en el tiempo; predecir el comportamiento de los consumidores a partir de estas tendencias; testear y controlar las variables de marketing; y monitorizar y adoptar decisiones a partir de sucesos pasados (Churchill y Iacobucci, 2002; Malhotra y Birks, 2003; Grande y Abascal, 2011). Como afirman Kotler y Clarke (1987, p. 163), *“el sistema de información más básico y más antiguo empleado por los profesionales del marketing son los registros internos de la organización”*. Para el caso específico del servicio sanitario, de carácter público y de dimensión social, su registro es sistemático y por tanto, las bases de datos internas de los organismos públicos sanitarios son valiosísimas fuentes de información sobre el comportamiento real de los ciudadanos como pacientes.

Dado el ámbito (lealtad conativa) y el objetivo (contraste de la relatividad de un comportamiento observado), el uso de datos secundarios es una metodología idónea para este trabajo, para el que hemos contado con más de 1 millón de registros de asistencias de pacientes de la Comunidad Valenciana (España) durante el año 2012.

La ponencia se organiza de la siguiente manera: después de esta introducción, en el marco teórico, un primer apartado describe las luces y sombras de la investigación de marketing del servicio sanitario; un segundo apartado aborda la importancia estratégica de la lealtad en el servicio sanitario y un tercero expone el concepto y la medición de la lealtad en dicho ámbito, cristalizados en torno a la captación, retención y deserción del paciente. A continuación se describen los objetivos y metodología seguidos: descripción de la base de datos secundarios utilizada y de las hipótesis planteadas. Por último, exponemos los resultados en forma de cuadros, y se comentan con el objeto de comprender mejor tres tipos de comportamiento de

lealtad (a saber, captación, retención y deserción) que se demuestra altamente relativo, es decir, sensible a las personas, al tipo de servicio y a las circunstancias. Las conclusiones derivadas de este trabajo son de interés para investigadores y gestores del servicio sanitario.

2. MARCO CONCEPTUAL

2. 1. *Evolución de la investigación de marketing del servicio sanitario: luces y sombras*

En la consideración del marketing sanitario como campo de estudio, la *Academy for Health Services Research and Health Policy* define la investigación del servicio sanitario como “*un campo de investigación multidisciplinario que estudia cómo los factores sociales, los sistemas de financiación, las estructuras y procesos organizativos, las tecnologías sanitarias y el comportamiento del personal afectan al acceso a la sanidad, a la calidad y el coste sanitario y, en último lugar, a la salud y el bienestar*” (Lohr y Steinwachs, 2002, p. 16). Existe en esta definición una marcada dimensión social e incluso ética que no existe en otros servicios (bancario, hostelería, de seguros,...) y que acompaña a cualquier descripción o conceptualización del servicio sanitario, más allá de las propias de otros servicios públicos (educación, justicia, cuerpos de seguridad,...).

Desde el ámbito académico, los primeros trabajos sobre la aplicabilidad del marketing al servicio sanitario se deben a: Kotler y Murray (1975) con su contribución a las organizaciones no lucrativas; Ireland (1977), quien consideraba que el servicio sanitario presentaba una mayor necesidad y dependencia del marketing que otros servicios prestados en el sector público y/o no lucrativo; MacStravic (1978), con un marcado enfoque de investigación de mercado; y Hafer (1987), autor de las primeras clasificaciones de productos y servicios en el ámbito sanitario. Estos sistemas de clasificación y el reconocimiento de la especificidad del servicio sanitario supusieron una gran contribución en la planificación, evaluación y toma de decisiones de las organizaciones sanitarias. Así, desde esta orientación de marketing, el servicio sanitario es prestado atendiendo a las necesidades de diferentes públicos específicos como pacientes y médicos, convirtiéndose en una guía de la organización sanitaria para la adopción e implementación de planes estratégicos específicos (Brown, 1983).

Sin embargo, esta percepción de la contribución del marketing al servicio sanitario no ha sido unánime desde el principio, existiendo una cierta corriente contraria a sus beneficios (e.g. Sánchez, 1981; Brown, 1983; Gelb, 1987; O’Conner, 1982; Sanguino y Arroyo, 1999). En el inicio de la década de los 80, se hablaba de un desconocimiento y no entendimiento de la función del marketing sanitario (Brown, 1983). Este desconocimiento es atribuido principalmente a una falta de formación y experiencia de los responsables de marketing en el ámbito sanitario (Sánchez, 1981; Brown, 1983; Gelb, 1987). Por una parte, se sitúa el foco en el médico y en el paciente, obviando terceras partes implicadas en el servicio sanitario como son otros empleados, instituciones sanitarias, agentes gubernamentales, familiares, etc. Por otra parte, como también sucede en otros ámbitos, el marketing sanitario es identificado a menudo con la publicidad y las relaciones públicas, no considerando otros aspectos fundamentales del mismo, como la planificación y entrega del servicio. Es por ello que se defiende la necesidad de ofrecer una visión más amplia del marketing sanitario que abarque a todos los actores implicados (Brown, 1983). Todo ello se traduce en una presión máxima sobre los responsables de marketing a los que se les exige continuamente nuevas campañas y resultados instantáneos, reclamando una visión a largo plazo más allá del tradicional enfoque cortoplacista (Sanchez, 1981).

En segundo lugar, se observa un cierto rechazo y escepticismo al entenderse como no ético y poco profesional. En esta visión, las implicaciones éticas del servicio sanitario no presentes en otros servicios, provocan que el marketing sanitario deba hacer frente a las connotaciones perturbadoras de aquellos que consideran que la prestación sanitaria debe mantenerse al margen del mercado (O’Conner, 1982; Brown, 1983; Sanguino y Arroyo, 1999). Concretamente, en el año 1987, Kotler y Clarke (p. 4) incidían en que “*el término marketing ha*

sido ampliamente malinterpretado por los administradores y profesionales sanitarios". Estos autores hacían referencia a la colisión del marketing, entendido como consumismo, con las reglas éticas de la práctica clínica.

La tercera dificultad que recoge la literatura a la hora de implementar un enfoque de marketing en el ámbito sanitario es el incremento de costes que puede llegar a suponer, máxime cuando en la mayoría de los casos se trata de organizaciones sin ánimo de lucro con una limitada financiación (Sanchez, 1981; O'Connor, 1982).

En consecuencia, fruto de estas razones y circunstancias, consideramos que han existido luces y sombras en la evolución del marketing aplicado al servicio sanitario (Kotler y Clarke, 1987). Hoy en día, la literatura es más unánime, y la mayoría de autores apuestan por involucrar a toda la organización en el marketing sanitario logrando, de esta manera, una mayor proximidad y enfoque al paciente (Thornton y Brown, 2009; Hillestad y Berkowitz, 2012). Asimismo, abogan por una mayor formación de los responsables de marketing y el empleo de nuevas tecnologías que les permitan analizar el mercado y entender los procesos de decisión de los pacientes (Boyer, 2011; DeTora, 2011). De este modo, conforme el mercado sanitario se vuelve más competitivo, con capacidad de captación de pacientes, con una mayor preocupación por los costes y el servicio ofrecido, y los pacientes más sofisticados, el marketing constituye una herramienta indispensable para el éxito y supervivencia de las organizaciones sanitarias (Brown, 1983).

En este contexto, existe una variable clave en el estudio del comportamiento del consumidor, la lealtad, que es reconocida como esencial para la comprensión moderna de la relación con el paciente, y que es considerada por tanto como eje conceptual y empírico del presente trabajo. Consideramos que la propia evolución del sector sanitario, en el que los tradicionales monopolios se están viendo afectados por la desregulación y la introducción de libre competencia, aboca a considerar la lealtad del paciente como un requisito imprescindible a fin de no verse relegados por sus competidores (Reichheld, 1996). De manera prescriptiva y categórica, *"los proveedores de servicios sanitarios tienen mucho que ganar analizando la lealtad del paciente"* (Spake y Bishop, 2009, p. 3). Analizamos a continuación la importancia estratégica de esta variable, así como un análisis de su conceptualización y medición.

2.2. Importancia estratégica de la lealtad en el servicio sanitario

De manera general, la utilidad de la lealtad como herramienta de gestión de la relación con clientes es reconocida por multitud de autores (e.g. Jacoby y Kyner, 1973; Dick y Basu, 1994; Zeithaml et al., 1996a; Gremler y Brown, 1999; Pritchard et al., 1999; Cronin et al., 2000; Brady et al., 2005; Han et al., 2008). En lo que respecta a los servicios sanitarios, este reconocimiento ha sido algo más tardío por las reticencias anteriormente señaladas a la adopción de una orientación de marketing en sanidad, pero hoy por hoy, existe también en la literatura especializada un amplio reconocimiento de la importancia de la búsqueda de las diferentes formas de lealtad del paciente (e.g. Naidu et al., 1999; Cengiz y Kirkbir, 2007; Spake y Bishop, 2009; Torres et al., 2009; Rundle-Thiele y Russell-Bennet, 2010).

En el año 1996, se afirmaba: *"tanto los académicos como los facultativos reconocen la lealtad como un elemento esencial en el ámbito de los negocios"* (Gremler y Brown, 1996, p. 171). Y unos años más tarde, la literatura de marketing sanitario apunta cómo *"el concepto de lealtad en el ámbito sanitario ha pasado de considerarse simplemente un valor importante a ser el principal determinante del éxito y supervivencia de las organizaciones sanitarias"* (MacStravic, 1999, p. 1). Efectivamente, la búsqueda de la lealtad no solo permite a estas organizaciones atraer y mantener sus beneficios a través de sistemas de financiación como el capitativo o el pago por actos, sino que además mejora los resultados para el paciente logrando su confianza. En concreto, Torres y otros (2009, p. 191) señalan las siguientes aportaciones de la lealtad del paciente: *"ayuda a los doctores a realizar mejores diagnósticos, reduce la*

deserción de los pacientes, desarrolla carteras de clientes eficientes, y reduce los costes de captación de nuevos pacientes”.

Pero ¿en qué es particularmente diferente medir la lealtad al prestador del servicio sanitario? En primer lugar y de manera genérica y común a otros servicios, su intangibilidad y su carácter perecedero generan una mayor dificultad de lograr la lealtad en el ámbito de los servicios (Cobra, 2000). En segundo lugar, en aquellos servicios en los que tiene lugar tanto un elevado grado de participación del consumidor en su co-creación, como es el caso del sanitario, más allá de la satisfacción, las emociones positivas resultan determinantes en las elecciones de los consumidores y, en consecuencia, en su lealtad (Dick y Basu, 1994; Bloemer y Ruyter, 1999; Lu et al., 2008). Así, en el servicio sanitario, los aspectos afectivos que experimentan los consumidores durante su prestación y co-creación determinan su comportamiento futuro (Rundle-Thiele y Russell-Bennet, 2010). Y la satisfacción no es el único determinante de la lealtad, sino que influyen también otros factores como los costes de salida y las relaciones interpersonales (Gremler y Brown, 1996). Como resultado de estas interrelaciones y la afectividad experimentada por el paciente, observamos cómo su *“intención de permanecer con un determinado médico resulta una medida válida para predecir comportamientos futuros”* (Spake y Bishop, 2009, p. 11).

2.3. ¿Qué es y cómo se puede medir la lealtad del paciente?

La lealtad desde la óptica del servicio sanitario puede entenderse como continuidad en la atención sanitaria (Freeman y Hjordahl, 1997; Naidu et al., 1999; Roberge et al.), pero las formas de medir dicha continuidad pueden ser muchas y muy variadas.

Tradicionalmente, la medición de la lealtad distingue entre medidas conativas o de comportamiento real y escalas actitudinales (Oliver, 1997). En este trabajo, como se anunciaba en la introducción, centramos nuestro interés en las primeras. De manera general, la medición de la lealtad como expresión del comportamiento resulta compleja puesto que *“la lealtad conductual puede ser medida de numerosas maneras, a través de la duración (relación durante un período de tiempo), intensidad (ej. horas por semana de relación), secuencia (ej. patrones de adquisición a una o varias empresas), proporción de compras relativas de otros productos u opciones, y probabilidad de compra o relación”* (Pritchard et al. 1999, p. 345). De este modo, la medición de la lealtad requiere del desarrollo de diferentes parámetros (Dick y Basu, 1994). A la clásica distinción entre lealtad actitudinal y lealtad conativa de Oliver (1997), Mellens et al. (1996) añade un criterio adicional (orientadas a la organización vs. orientadas al individuo) presentando la siguiente matriz.

Cuadro 1. Clasificación de las principales medidas de lealtad

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

Fuente: Adaptación de Mellens y otros (1996)

De manera más concreta, nos centraremos ahora en las medidas conativas de la lealtad, orientadas a la organización (bloque C del Cuadro 1): a saber, captación, retención y deserción, por ser éstas las escogidas para el trabajo empírico.

La captación de clientes es fruto de la implementación de una estrategia ofensiva por parte de la organización (Fornell y Wernerfelt, 1987; Rust y Zahorik, 1993): la organización busca de forma proactiva entablar relaciones con nuevos clientes, ya sean éstos nuevos consumidores que entran a formar parte del mercado o consumidores insatisfechos con la competencia. La captación debe dirigirse de forma individualizada a los segmentos objetivo de

la organización en función de su atractivo y su desarrollo potencial (Filip y Voinea, 2012). Sería un error un enfoque de la organización basado en tratar de captar continuamente clientes como si éstos fueran inagotables (Chiesa, 2009). Tras esta selección de segmentos objetivo, la organización debe encaminar sus esfuerzos hacia el establecimiento de una comunicación con los clientes potenciales a fin de iniciar una relación que se mantenga en el tiempo (Filip y Voinea, 2012). Así, una vez iniciada esta relación, la preocupación de la organización se traslada hacia su mantenimiento evitando el abandono por parte del cliente: entren pus en juego la deserción y retención de clientes.

La deserción es un comportamiento al que tradicionalmente no se le ha prestado mucho interés en la literatura (Reichheld, 1996; Oliver, 1997). Sin embargo, *“perder un cliente leal es una verdadera tragedia en la nueva era del marketing”* (Heskett et al., 1997, p. 64). En el servicio sanitario, esta realidad tiene una especial repercusión en dos vertientes: la relación médico-paciente y la sostenibilidad económica de la organización (Anderson, 1995; Roberge et al., 2001; Reichheld y Sasser, 1990). Por un lado, *“el hecho de que un paciente elija otro proveedor del servicio sanitario se interpreta como un signo de deslealtad minando la relación con el que hasta la fecha había sido su médico”* (Porter y Teisberg, 2006, p.120). Por otro lado, medir la deserción es lo que permite a los gestores dirigir su atención hacia las causas que han podido provocar el abandono ofreciendo la oportunidad de reconducir su estrategia hacia la corrección de las incidencias detectadas (Reichheld y Sasser, 1990).

Por retención, entendemos *“la repetición de una compra –o de un volumen mínimo prefijado- durante un determinado período de tiempo”* (Huete, 1997, p. 41). Tradicionalmente, la retención de clientes ha despertado un menor interés que su captación (Alfaro, 2004b; Kotler y Keller, 2006; Chiesa, 2009; Alcaide, 2010; Stremcha, 2011). Sin embargo, como es sabido, desde la década de los 90, el marketing relacional demostró que resulta menos costoso retener a los clientes existentes que captar nuevos (Hart et al., 1990; Szwarc, 2005; Kotler y Keller, 2006; Boora y Singh, 2011). El objetivo, pues, de una organización no es asegurar una transacción con el cliente, sino, lograr su retención (Chiesa, 2009; Naidu et al., 1999). Los beneficios de la organización se encuentran ligados a la retención como expresión de la lealtad (Oliver, 1999), puesto que al aumentar la lealtad del consumidor, se incrementa su recompra en el futuro (Anderson et al., 1994).

En lo que respecta a la retención en el servicio sanitario, no debe descuidarse el mantenimiento y la satisfacción tanto de los pacientes actuales como de sus familiares (Chiesa, 2009; Stremcha, 2011). Además, la confianza, el compromiso y la satisfacción tienen un impacto positivo en la retención del paciente (Taylor y Baker, 1994; Crutchfield, 2001; Roberge et al., 2001; Spake y Bishop, 2009; Torres et al., 2009; Lee, 2010), hasta tal punto que incluso un factor emocional como la empatía entre médico y paciente puede constituir una barrera a la deserción del paciente (Spake y Bishop, 2009).

Estos tres comportamientos, captación, deserción y retención, son variables estratégicas de lealtad conativa. Su medición requiere de indicadores objetivos y fiables que reflejen el comportamiento real del cliente (Reichheld, 1996). Estos análisis deben permitir, a su vez, identificar a los clientes en riesgo de fuga de forma previa a que éstos finalicen su relación con la organización, de tal manera que puedan desarrollarse acciones preventivas que impidan su deserción (Bellido, 2004). El Cuadro 2 recoge una revisión de la literatura de los diferentes parámetros utilizados para medir la captación, deserción y retención de clientes, en forma de tasas o índices.

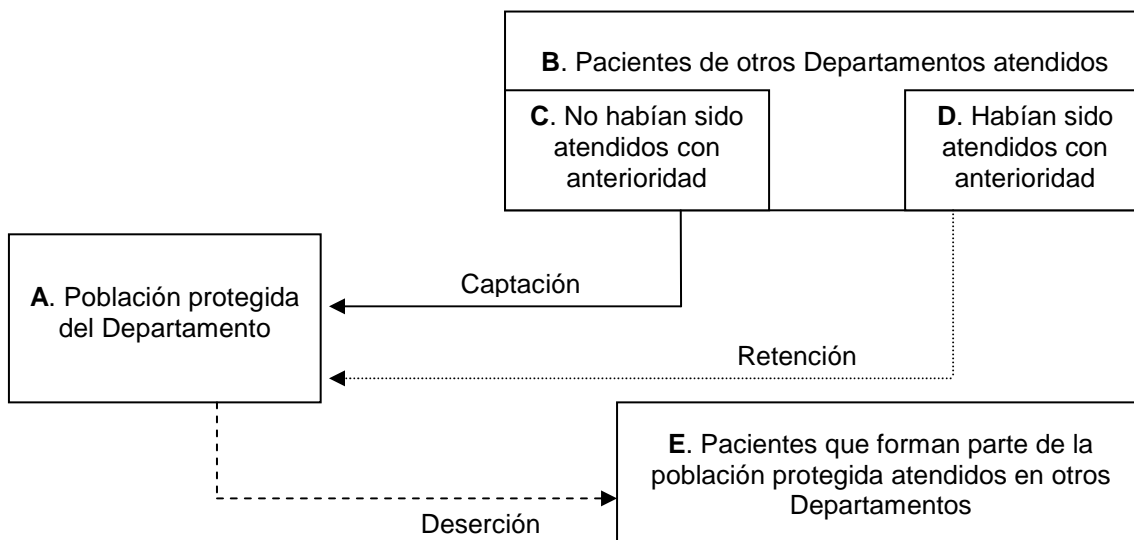
Cuadro 2. Medidas de captación, deserción y retención de clientes

Parámetro	Fórmula	Autores
Tasa de captación	$Tasa\ captación = \frac{Clientes\ adquiridos\ durante\ el\ periodo}{Clientes\ totales\ al\ inicio\ del\ periodo}$	Reichheld (1996), Alfaro (2004b)
Tasa de deserción	$Tasa\ deserción = 1 - \frac{Clientes\ (t\ a\ t+1)}{Clientes\ t}$	Huete (1997), Chiesa (2009), Filip y Voinea (2012)
Tasa de retención	$Tasa\ retención = \frac{Clientes\ (t\ a\ t+1)}{Clientes\ t}$	Huete (1997), Chiesa (2009), Filip y Voinea (2012)

Fuente: Elaboración propia

En consecuencia, dada la especial idiosincrasia del servicio sanitario, en la que adquiere un gran peso la relación médico-paciente, cabe considerar estas tres medidas a fin de determinar la lealtad mostrada por el paciente. Adaptando estos parámetros a la particularidad del servicio sanitario público de la Comunidad Valenciana, obtenemos los flujos representados en la Figura 1.

Figura 1. Captación, retención y deserción de pacientes entre Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana



Fuente: Elaboración propia

Cada Departamento de Salud cuenta con una población protegida asignada (A), pero puede atender a pacientes de otros Departamentos de Salud (B) que habrán sido tratados con anterioridad (C) o no (D). Por otro lado, parte de la población protegida del Departamento acudirán a otros Departamentos de Salud (E).

En este marco, entendemos la captación (trazo continuo) como la proporción de pacientes de otros Departamentos de Salud que, sin haber sido tratados con anterioridad, son atendidos en un Departamento, en relación a la población protegida de este Departamento. Por *retención* (trazo punteado), consideramos, respecto de la población protegida de un Departamento, la proporción de pacientes atendidos de otros Departamentos de Salud, tratados con anterioridad. Por su parte, entendemos por deserción (trazo discontinuo) la proporción de pacientes de la población protegida que son atendidos en un Departamento de Salud al que no estaban asignados. Estos parámetros se calculan como una proporción respecto a la población asignada, para minimizar el sesgo del tamaño del hospital, ya que la dotación y la infraestructura normalmente suele ajustarse a la población protegida con que cuenta cada Departamento.

Partiendo de la Figura 1, el siguiente Cuadro recoge los parámetros que analizaremos, ofreciendo su definición adaptada al contexto de este estudio y su fórmula siguiendo la nomenclatura trazada en esta Figura.

Cuadro 3. Parámetros a analizar

PARÁMETRO	DEFINICIÓN	FÓRMULA
Tasa de captación	Pacientes de otros Departamentos atendidos durante el período n que no habían sido atendidos en periodos 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 periodos 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

Fuente: Elaboración propia

3. OBJETIVOS Y METODOLOGIA

3.1. Objetivos e hipótesis planteadas

Como anunciábamos en la introducción, el presente trabajo tiene como objetivo general contrastar la naturaleza relativa del comportamiento de lealtad en el marco del servicio sanitario, distinguiendo a su vez tres objetivos específicos: analizar su variación en función del sujeto (género y edad), del objeto (tipo de asistencia) y de las circunstancias o contexto (demora y circunstancia de ingreso).

Para cumplir estos objetivos, proponemos una serie de hipótesis agrupadas de tal modo que resulte posible distinguir entre características personales (varían en función de la persona), comparativas (con diferencias entre objetos como tipos de servicio) y circunstanciales (específicas del contexto). La literatura consultada indica que las características particulares del paciente (edad, sexo, hábitat, estado de salud,...) y las conductuales (frecuencia de visitas, regularidad del contacto,...) así como las relativas al tipo de atención prestada constituyen factores que repercuten en la lealtad manifestada por el paciente (Rundle-Thiele y Russell-Bennet, 2010). Respecto a las diferencias del contexto, Fottler y otros (2000, p. 91) afirman que *“la industria sanitaria ha reconocido cómo el entorno físico es un recurso valioso que afecta a los clientes”* lo que nos permite dar sustento al contraste de dichas diferencias.

Desde esta óptica, hemos seleccionado el género y la edad (sujeto), el tipo de asistencia (objeto) y la demora o no en la especialidad y la circunstancia de ingreso (circunstancia) como variables con las que contrastar la naturaleza relativa de la lealtad. El Cuadro 4 de doble entrada recoge, por un lado, los subobjetivos con su variable independiente a analizar y, por otro, las hipótesis planteadas distinguiendo si hacen referencia a la medición de la captación, retención o deserción (variable dependiente).

Cuadro 4. Objetivos confirmatorios en función de la naturaleza relativa e hipótesis

OBJETIVOS			HIPÓTESIS		
GENERAL	ESPECIFICOS	VARIABLE INDEPENDIENTE	CAPTACIÓN	RETENCIÓN	DESERCIÓN
Contrastar la naturaleza relativa (subjettiva, objetiua y circunstancial) de la lealtad en el servicio sanitario	1. Conocer si las características del SUJETO influyen en su lealtad	Género	<i>H_{1,1}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de su género</i>	<i>H_{1,2}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de su género</i>	<i>H_{1,3}: Existen diferencias significativas en la deserción en función de su género</i>
		Edad	<i>H_{1,4}: Existen diferencias significativas en captación de pacientes en función de su edad</i>	<i>H_{1,5}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de su edad</i>	<i>H_{1,6}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de su edad</i>
	2. Conocer si el OBJETO de la atención sanitaria influye en la lealtad del paciente	Tipo de asistencia (médica o quirúrgica)	<i>H_{2,1}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función del tipo de asistencia</i>	<i>H_{2,2}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función del tipo de asistencia</i>	<i>H_{2,3}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función del tipo de asistencia</i>
	3. Conocer si las CIRCUNSTANCIAS afectan a la lealtad del paciente	Demora (especialidades con o sin demora)	<i>H_{3,1}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con demora</i>	<i>H_{3,2}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con demora</i>	<i>H_{3,3}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con demora</i>
		Circunstancia de ingreso (urgente o programada)	<i>H_{3,4}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de la circunstancia de ingreso</i>	<i>H_{3,5}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de la circunstancia de ingreso</i>	<i>H_{3,6}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de la circunstancia de ingreso</i>

3.2. Metodología

A fin de llevar a cabo nuestra investigación empírica, hemos partido de información secundaria recogida en una base de datos interna de la Conselleria de Sanidad que recoge las asistencias de hospitalización y cirugía sin ingreso realizadas a pacientes de la Comunidad Valenciana en el año 2012, en sus 24 Departamentos de Salud, obviando las asistencias realizadas a pacientes de otras Comunidades Autónomas y países. El registro de estos dos tipos de asistencia (hospitalización y cirugía) resulta de gran riqueza al contener toda la información demográfica relativa al paciente, a la asistencia en concreto, a la circunstancia en que tuvo lugar y a las características tanto del Departamento de procedencia como del centro donde fue atendido¹.

La implementación en la Comunidad Valenciana de la financiación capitativa y la facturación intercentros que tuvo lugar en el año 2005 hizo necesaria una herramienta informática que permitiera la recogida y el tratamiento de los flujos de pacientes y asistencias entre Departamentos de Salud, el aplicativo COMPAS (COMPensación Asistencia Sanitaria) como soporte del sistema de compensación intercentros (Gadea, 2009).

En relación a la información recogida de cada atención, COMPAS registra tanto datos personales del paciente (número de tarjeta sanitaria, edad, género, domicilio, Departamento al que está asignado el paciente,...) como asistenciales (diagnósticos, procedimientos, circunstancia de ingreso, origen de la lesión, servicio, Departamento en el que ha sido atendido el paciente...). De este modo, permite realizar análisis tanto a nivel horizontal - contactos de un paciente en diferentes servicios y actividades asistenciales- como vertical -para un servicio concreto, el número de pacientes atendidos, la frecuencia de atenciones a pacientes, etc. (Heskett et al., 1997).

Para el presente estudio, la utilidad de base de datos COMPAS cabe buscarla desde una doble perspectiva. Por un lado, nos permite conocer la actividad realizada en un Departamento a pacientes que no forman parte de su población protegida. Por otro, nos facilita la información sobre aquellos pacientes que, siendo población protegida del Departamento, han sido atendidos en otros centros sanitarios.

Para contrastar las hipótesis planteadas, dada la naturaleza no cuantitativa de las variables independientes (cf. Cuadro 4), el análisis estadístico seguido es el contraste Chi-cuadrado. El uso de esta técnica resulta especialmente adecuado cuando el tamaño de la población es elevado (Bearden et al., 1982; Escuder y Murgui, 1995), como es nuestro caso, al tratarse de datos secundarios. Los datos se han analizado con el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 15.0.

¹ 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.

4. RESULTADOS

4.1. Comportamiento relativo de la lealtad conativa del paciente en función del sujeto (género y edad)

El primer contraste sobre las variables estratégicas de la lealtad conativa (captación, retención y deserción) se ha realizado respecto del género de los pacientes, hallándose diferencias significativas en los tres comportamientos (cf. Tabla 1)².

Tabla 1. Comportamiento relativo en función del género: χ^2

<i>H_{1.1}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de su género</i>						
		$\chi^2 = 5,594$		<i>p-value <0,05</i>		<i>gl = 1</i>
Género	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombre	11.014	6,4%	160.624	93,6%	171.638	100%
Mujer	12.414	6,2%	186.926	93,8%	199.340	100%
Total	23.428	6,3%	347.550	93,7%	370.978	100%
<i>H_{1.2}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de su género</i>						
		$\chi^2 = 80,245$		<i>p-value <0,01</i>		<i>gl = 1</i>
Género	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombre	10.540	48,3%	11.280	51,7%	21.820	100%
Mujer	13.952	52,4%	12.677	47,6%	26.629	100%
Total	24.492	49,4%	23.957	50,6%	48.449	100%
<i>H_{1.3}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de su género</i>						
		$\chi^2 = 3,940$		<i>p-value <0,05</i>		<i>gl = 1</i>
Género	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombre	25.520	13,0%	171.355	87,0%	196.875	100%
Mujer	29.803	13,2%	196.513	86,8%	226.316	100%
Total	55.323	13,1%	367.868	86,9%	423.191	100%

La captación en los hombres es ligeramente superior a las mujeres (6,4% frente a 6,2%). Sin embargo, una vez captados, la posibilidad de retención de las mujeres es superior a la de los hombres (52,4% frente a 48,3%). En lo que se refiere a la deserción, ésta tiene lugar con una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (13,2% frente a 13,0%). En consecuencia, existen diferencias significativas en los tres indicadores de comportamiento de lealtad, siendo siempre mayor en las mujeres que en los hombres y siendo la retención más sensible al género comparativamente a los otros indicadores.

Asimismo, podemos afirmar, aceptando las hipótesis H_{1.4}, H_{1.5} y H_{1.6}, que existen diferencias significativas en la captación, retención y deserción de los pacientes en función de su edad (cf. Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento relativo en función de la edad: χ^2

<i>H_{1.4}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de su edad</i>						
		$\chi^2 = 5897,897$		<i>p-value <0,01</i>		<i>gl = 4</i>
Edad	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1	2.152	18,5%	9.463	81,5%	11.615	100%
1 a 14	2.012	10,1%	17.895	89,9%	19.907	100%
15 a 45	9.031	8,4%	98.791	91,6%	107.822	100%
46 a 64	4.614	5,6%	77.760	94,4%	82.374	100%
>64	5.619	3,8%	143.641	96,2%	149.260	100%
Total	23.428	6,3%	347.550	93,7%	370.978	100%
<i>H_{1.5}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de su edad</i>						
		$\chi^2 = 2064,002$		<i>p-value <0,01</i>		<i>gl = 4</i>

² En la parte superior de cada tabla 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).

Edad	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1	91	4,3%	2.023	95,7%	2.114	100%
1 a 14	3.034	57,9%	2.207	42,1%	5.241	100%
15 a 45	9.034	49,8%	9.098	50,2%	18.132	100%
46 a 64	5.990	56,1%	4.681	43,9%	10.671	100%
>64	6.343	51,6%	5.948	48,4%	12.291	100%
Total	24.492	50,6%	23.957	49,4%	48.449	100%

H_{1.6}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de su edad

		$\chi^2 = 7798,932$	<i>p-value <0,01</i>	<i>gl = 4</i>		
Edad	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1	2.721	22,2%	9.555	77,8%	12.276	100%
1 a 14	5.615	23,4%	18.373	76,6%	23.988	100%
15 a 45	20.360	16,7%	101.842	83,3%	122.202	100%
46 a 64	12.344	13,0%	82.351	87,0%	94.695	100%
>64	14.283	8,4%	155.747	91,6%	170.030	100%
Total	55.323	13,1%	367.868	86,9%	423.191	100%

En relación a la captación (hipótesis H_{1.4}), los niños, tanto los menores de 1 año como los de edades comprendidas entre 1 y 14 años, son los más captados (18,5% y 10,1%, respectivamente). Este resultado es especialmente significativo si tenemos en cuenta que se trata de sus familiares los que toman la decisión de dónde ser atendidos. Del mismo modo, observamos cómo la captación se reduce con la edad, siendo los mayores de 64 años el grupo que presenta una menor captación (3,8%). Atendiendo a la retención (hipótesis H_{1.5}), la mayor retención de pacientes se da en aquellos niños con edades entre 1 y 14 años (57,9%), así como en los adultos entre 46 y 64 años (56,1%), seguidos de los mayores de 64 (51,6%) y los adultos entre 15 y 45 años (49,8%). En cambio, los menores de un año resultan muy poco retenidos (4,3%). Respecto de la deserción (hipótesis H_{1.6}), encontramos cómo, al igual que sucedía con la captación, a menor edad, se da una mayor deserción de pacientes (23,4% en los niños de edades entre 1 y 14 años y 22,2% en los menores de un año). Nuevamente, encontramos que aquellos que muestran en mayor medida este comportamiento son quienes no toman la decisión de dónde ser atendidos. Asimismo, si tenemos en cuenta que los menores de un año presentan una importante captación y deserción, pero una menor retención, podemos entender que con facilidad estos menores serán atendidos en un Departamento de Salud al que no están asignados, pero no continuarán recibiendo asistencia en ese Departamento, sino que volverán a aquel en el que están asignados. En cuanto al resto de grupos de edad, de manera progresiva se da una menor deserción, siendo los mayores de 64 años los que más acuden al centro al que están asignados (con una deserción del 8,4%).

Estos resultados relativos al género y la edad refrendan las hipótesis H_{1.1} a H_{1.6} (cf. Cuadro 4), resaltando el carácter subjetivo de la lealtad. Estos resultados confirman las disparidades en el comportamiento de los pacientes asociadas a su género y edad encontradas por otros autores (Rosa-Jiménez et al., 2005; López et al., 2006), así como que estas diferencias no resultan muy abultadas en el caso del género de los pacientes (Arber y Cooper, 1999).

4.2. Comportamiento relativo de la lealtad conativa del paciente en función del objeto (tipo de asistencia)

Buscamos ahora valorar diferencias en el comportamiento del paciente en función del objeto, es decir, del tipo de servicio sanitario ofrecido (tipo de asistencia recibida por el paciente: médica o quirúrgica) (cf. Tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento relativo en función del tipo de asistencia: χ^2

H_{2.1}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función del tipo de asistencia

		$\chi^2 = 430,634$	<i>p-value <0,01</i>	<i>gl = 1</i>		
Tipo	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	16.489	6,4%	239.824	93,6%	256.313	100%
Quirúrgico	11.119	5,0%	210.047	95,0%	221.166	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 del tipo de asistencia</i>						
		$\chi^2 = 0,047$		<i>p-value = 0,829</i>		<i>gl = 1</i>
Tipo	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	21.698	53,4%	18.944	46,6%	40.642	100%
Quirúrgico	10.082	53,3%	8.836	46,7%	18.918	100%
Total	31.780	53,4%	27.780	46,6%	59.560	100%

<i>H_{2.3}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función del tipo de asistencia</i>						
		$\chi^2 = 161,325$		<i>p-value <0,01</i>		<i>gl = 1</i>
Tipo	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	36.947	13,3%	239.824	86,7%	276.771	100%
Quirúrgico	29.090	12,2%	210.047	87,8%	239.137	100%
Total	66.037	12,8%	449.871	87,2%	515.908	100%

A la luz de esta tabla, afirmamos que existen diferencias significativas en los comportamientos de captación y deserción de los pacientes atendiendo al tipo de asistencia. Ante una atención de carácter médico tiene lugar una mayor captación (6,4% frente a 5,0%) y deserción (13,3% frente a 12,2%) que en el caso de asistencias quirúrgicas. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en el comportamiento de retención, de tal manera que el tipo de asistencia, médica o quirúrgica, no conlleva una mayor o menor retención de pacientes. De este modo, se validan las hipótesis H_{2.1} y H_{2.3} quedando sin refrendar la hipótesis H_{2.2}.

4.3. Comportamiento relativo de la lealtad conativa del paciente en función de las circunstancias (tiempo)

Para el análisis de la circunstancia temporal, analizamos dos aspectos diferentes: la existencia de demora en la especialidad del servicio, y el carácter de urgencia o programado de la prestación sanitaria. En primer lugar, proponemos la Tabla 4 que recoge los resultados de las pruebas de contraste relativas a la temporalidad entendida como demora en la especialidad.

Tabla 4. Comportamiento relativo en función de la demora: χ^2

<i>H_{3.1}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con demora</i>						
		$\chi^2 = 1521,376$		<i>p-value <0,01</i>		<i>gl = 1</i>
Demora	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialidad con demora	8.466	4,2%	191.635	95,8%	449.871	100%
Especialidad sin demora	19.142	6,9%	258.236	93,1%	277.378	100%
Total	27.608	5,8%	449.871	94,2%	477.479	100%

<i>H_{3.2}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con demora</i>						
		$\chi^2 = 246,775$		<i>p-value <0,01</i>		<i>gl = 1</i>
Demora	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialidad con demora	11.748	57,8%	8.570	42,2%	20.318	100%
Especialidad sin demora	20.032	51,0%	19.210	49,0%	39.242	100%
Total	31.780	53,4%	27.780	46,6%	59.560	100%

<i>H_{3.3}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de si son atendidos o no en una especialidad con demora</i>						
		$\chi^2 = 2151,897$		<i>p-value <0,01</i>		<i>gl = 1</i>
Demora	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialidad con demora	21.843	10,2%	191.635	89,8%	213.478	100%
Especialidad sin demora	44.194	14,6%	258.236	85,4%	302.430	100%
Total	66.037	12,8%	449.871	87,2%	515.908	100%

Una vez realizados estos contrastes, encontramos que el comportamiento de lealtad del paciente sí depende de la demora en las especialidades, por lo que aceptamos las hipótesis H_{3.1}, H_{3.2} y H_{3.3}. Así, se da una mayor captación de pacientes en aquellas especialidades que no tienen lista de espera (6,9%). Una vez captado el paciente, sin embargo, la mayor retención corresponde a las especialidades con demora (57,8%). En otras palabras, cuando el paciente ha logrado ser atendido en una especialidad en la que existe lista de espera parece lógico que

muestre una mayor predisposición a seguir acudiendo a este centro, antes que optar por un cambio de Departamento. De este modo, encontraremos especialidades con una elevada captación, pero en las que el paciente únicamente tiene un contacto y abandona la relación; y especialidades con menor captación de pacientes, pero en los que logra establecer una relación más duradera.

En cuanto a la deserción, ésta muestra un valor más elevado en el caso de especialidades con demora (14,6%). Este resultado se entiende en el marco de la existencia de listas de espera, en las que el paciente evalúa las diferentes alternativas y manifiesta un comportamiento de deserción en aras de reducir los tiempos de atención.

La validación de estas tres hipótesis pone en evidencia la relevancia de la gestión del tiempo desde una óptica de oferta así como el impacto en el comportamiento de lealtad del paciente desde una óptica de demanda. De este modo, se confirma la idea de que la rapidez constituye un factor determinante en el comportamiento del paciente, condicionando su elección de centro sanitario (Bateson, 1995; Van Looy et al., 1998; Okada y Hoch, 2003; Kotler y Lee, 2007). Este resultado se sitúa en la línea de trabajos como los de Pruyn y Smidts (1998), Riveros y Berné (2007) y Pyone e Isen (2011) que muestran cómo la demora afecta negativamente a la satisfacción y al comportamiento del paciente.

En segundo lugar, consideramos en la Tabla 5 el contraste de temporalidad según la circunstancia de ingreso: urgente o programado.

Tabla 5. Comportamiento relativo en función de la circunstancia de ingreso: χ^2

<i>H_{3.4}: Existen diferencias significativas en la captación de pacientes en función de la circunstancia de ingreso</i>						
		$\chi^2 = 12,921$		<i>p-value <0,01</i>		gl = 1
Circunstancia de ingreso	Captado		No captado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urgente	15.264	5,9%	243.731	94,1%	258.995	100%
Programado	12.344	5,6%	206.140	94,4%	218.484	100%
Total	27.608	5,8%	449.871	94,2%	477.479	100%
<i>H_{3.5}: Existen diferencias significativas en la retención de pacientes en función de la circunstancia de ingreso</i>						
		$\chi^2 = 1291,362$		<i>p-value <0,01</i>		gl = 1
Circunstancia de ingreso	Retenido		No retenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urgente	13.177	45,8%	15.616	54,2%	28.793	100%
Programado	18.603	60,5%	12.164	39,5%	30.767	100%
Total	31.780	53,4%	27.780	46,6%	59.560	100%
<i>H_{3.6}: Existen diferencias significativas en la deserción de pacientes en función de la circunstancia de ingreso</i>						
		$\chi^2 = 552,311$		<i>p-value <0,01</i>		gl = 1
Circunstancia de ingreso	Desertor		No desertor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urgente	32.552	11,8%	243.731	88,2%	276.283	100%
Programado	33.485	14,0%	206.140	86,0%	239.625	100%
Total	66.037	12,8%	449.871	87,2%	515.908	100%

La circunstancia temporal en que tuvo lugar la atención sanitaria, urgente o programada, afecta al comportamiento de lealtad del paciente (cf. H_{3.4}, H_{3.5} y H_{3.6}). Si bien la captación se logra en mayor medida en aquellas asistencias con carácter urgente, la retención del paciente y su deserción tienen lugar ante atenciones programadas en las que no existe esa premura. En esta visión, un Departamento puede captar con mayor facilidad a un paciente para un primer contacto si la atención requerida es urgente. Tras este primer contacto, el paciente muestra una mayor tendencia a volver al centro para asistencias programadas. Resultan así validadas las hipótesis H_{3.4}, H_{3.5} y H_{3.6} con una significación inferior a 0,01.

Estas conclusiones refrendan los trabajos de autores como Tamayo (2004) y Moreno y otros (2007) que subrayan las diferencias existentes entre actividad urgente y programada, incidiendo en la necesidad de desarrollar la gestión de pacientes, o como Enríquez-Navascués (2008) que aboga por adecuar los recursos a estos dos tipos de actividad tan diferentes a fin de ofrecer un mejor servicio al paciente.

En consecuencia, los resultados de estos análisis demuestran que el comportamiento de lealtad del paciente es *situacional*, en lo que a temporalidad se refiere. Contestamos así de manera afirmativa a las hipótesis H._{3.1.} a H._{3.6.} (cf. Cuadro 4). En nuestro caso, el comportamiento del paciente difiere en función de si se trata o no de un servicio con demora variando también según la circunstancia, urgente o programada, del ingreso.

5. CONCLUSIONES

La revisión teórica realizada ha permitido comprender el servicio sanitario atendiendo a su idiosincrasia y particularidad. Destacamos cómo los primeros intentos de aplicabilidad del prisma disciplinar de marketing de servicios (tanto en la investigación como en la gestión) al servicio sanitario tuvo que hacer frente a serias dificultades. Sin embargo, los nuevos enfoques en la comprensión de la naturaleza de este servicio constatan un vínculo cada vez mayor entre estrategia y marketing sanitario.

En cuanto a la conceptualización de la lealtad en el ámbito del servicio sanitario, la literatura de marketing de la salud hace un especial hincapié en la ya mencionada idiosincrasia de este servicio y en su elevado grado de participación del paciente como factores determinantes. Como resultado, la lealtad conativa desde la óptica del servicio sanitario puede entenderse como continuidad en la atención sanitaria: configurándose como la prestación de asistencia sanitaria por un profesional, equipo u organización médica a un paciente a lo largo del tiempo.

Centrando nuestro interés en esta dimensión conativa de la lealtad, analizamos las estrategias de marketing ofensiva (*captación*) y defensiva (*retención*) como herramientas con las que lograr la lealtad del cliente evitando así su *deserción*. Desde esta óptica, la *captación* se entiende como el inicio de la relación, la *retención* como su mantenimiento y la *deserción* como el abandono de la misma. Todas ellas son relevantes para una correcta monitorización de la cartera de pacientes de un Departamento de Salud u hospital. Subrayando la complejidad de la medición de la lealtad, realizamos una aproximación en la que, con una orientación a la organización, hemos presentado los principales parámetros para la medición de la *captación*, *retención* y *deserción*. Esta visión de conjunto de todas las medidas sirve de base para la investigación empírica que hemos llevado a cabo.

Valorando su naturaleza relativa, nuestro estudio empírico ha confirmado que el comportamiento de lealtad del paciente es: subjetivo y personal (según el género y la edad); complejo y variable (dependiendo del objeto de la asistencia); y situacional (en función de la circunstancia temporal).

En primer lugar, tanto el género como la edad constituyen un determinante para el comportamiento de lealtad del paciente, resultando llamativo el comportamiento observado en los menores de 15 años, por ser éste el colectivo con una mayor *captación*, *retención* y *deserción*. Este resultado es especialmente significativo si tenemos en cuenta que se trata de un grupo de población que, debido a su corta edad, no toma directamente la decisión de dónde ser atendidos, siendo sus familiares quienes hacen efectiva esta elección de centro sanitario. Asimismo, encontramos que tanto la *captación* como la *deserción* se reducen con la edad.

En segundo lugar, respecto a las variaciones por el objeto (tipo de servicio), se observa como, ante una atención de carácter médico, tiene lugar una mayor *captación* y *deserción* que en el caso de asistencias quirúrgicas. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en el comportamiento de *retención*, de tal manera que el tipo de asistencia, médica o quirúrgica, no conlleva una mayor o menor *retención* de pacientes.

En tercer lugar, se confirma la situacionalidad del comportamiento de lealtad del paciente haciendo referencia a la dimensión temporal. A la vista de los resultados, se deduce que, cuando el paciente ha logrado ser atendido en una especialidad en la que existe lista de espera, muestra una mayor predisposición a seguir acudiendo a este centro, antes que optar por un cambio a un

Departamento diferente. En cuanto a la *deserción*, ésta muestra un valor más elevado en el caso de especialidades con demora, entendiéndose este resultado en el marco de la existencia de listas de espera, en las que el paciente evalúa las diferentes alternativas y manifiesta un comportamiento de *deserción* en aras de reducir los tiempos de atención.

Asimismo, la circunstancia temporal en que tuvo lugar la atención sanitaria, urgente o programada, afecta al comportamiento de lealtad del paciente. En esta visión, un Departamento puede captar con mayor facilidad a un paciente para un primer contacto si la atención requerida es urgente. Tras este primer contacto, el paciente muestra una mayor tendencia a volver al centro para asistencias programadas.

Estos resultados cobran una mayor relevancia desde la perspectiva del establecimiento de pautas para la gestión sanitaria relacionadas con los determinantes del comportamiento de lealtad del paciente:

- La naturaleza personal y subjetiva del comportamiento de lealtad del paciente resulta esencial de cara a la implementación de estrategias de segmentación, permitiendo a su vez una mayor comprensión del modo en que el paciente evalúa el servicio sanitario.
- Desde una óptica estratégica, el efecto sobre la lealtad del tipo de servicio requerido por el paciente es clave en el empleo de la diferenciación y el posicionamiento del servicio como herramientas con las que alcanzar una ventaja competitiva.
- La validación de las hipótesis relativas al componente circunstancial de la lealtad pone en evidencia la relevancia de la gestión del tiempo desde una óptica de oferta (gestión de listas de espera y tiempos más óptimos de prestación).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaide, J.C. (2010). *Fidelización de clientes*. Madrid: ESIC Editorial.

Alfaro, M. (2004). De la lealtad del cliente a la gestión de relaciones. En Alfaro, M. (coord.), *Temas clave en marketing relacional* (pp. 51-71). Madrid: McGraw-Hill.

Anderson, J.C. (1995). Relationships in business markets: exchange episodes, value creation, and their empirical assessment. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23 (4), 346-350.

Arber, S. & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science & Medicine*, 48 (1), 61-76.

Bateson, J. (1995). *Management Services Marketing*. The Dryden Press. Harcourt Brace College Publishers.

Bearden, W.O., Sharma, S. & Teel, J.E. (1982). Sample size effects on chi square and other statistics used in evaluation causal models. *Journal of Marketing Research*, 19 (4), 425-430.

Bellido, C. (2004). Explotación de datos para marketing relacional. En Alfaro, M. (coord.), *Temas clave en marketing relacional* (pp. 107-119). Madrid: McGraw-Hill.

Bloemer, J. & Ruyter, K. (1999). Customer loyalty in high and low involvement service settings: the moderating impact of positive emotions. *Journal of Marketing Management*, 15 (4), 315-330.

Boora, K.K. & Singh, H. (2011). Customer loyalty and its antecedents: a conceptual framework. *Asia Pacific Journal of Research in Business Management*, 2 (1), 151-164.

Boyer, C. (2011). The ROI of social media. In Boyer, C., Dunlop, D., Stevens, D., Stremcha, J., Teach, D. et al. (ed.), *The thought leaders project: hospital marketing* (pp. 40-46). Minneapolis: Bierbaum Publishing.

- Brady, M.K., Knight, G.A., Cronin, J.J., Tomas, G., Hult, M. & Keillor, B.D. (2005). Removing the contextual lens: a multinational, multi-setting comparison of service evaluation models. *Journal of Retailing*, 81 (3), 215-230.
- Brown, S.W. (1983). Candid observations on the status of health services marketing. *Journal of Health Care Marketing*, 3 (3), 45-52.
- Cenzig, E. & Kirkbir, F. (2007). Customer perceived value: the development of a multiple item scale in hospitals. *Problems and Perspectives in Management*, 5 (3), 252-268.
- Chiesa, C. (2009). *CRM. Las cinco pirámides del marketing relacional*. Barcelona: Ediciones Deusto.
- Cobra, M. (2000). *Marketing de servicios*. Madrid: McGraw-Hill.
- Churchill, G.A. & Iacobucci, D. (2002). *Marketing Research. Methodological Foundations* (8th ed.). Ohio: South-Western.
- Cronin, J.J., Brady, M.K. & Hult, G.T.M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76 (2), 193-218.
- Crutchfield, T.N. (2001). The effect of trust and commitment on retention of high-risk professional service customers. *Services Marketing Quarterly*, 22 (2), 17-27.
- DeTora, G. (2011). The next realm of health care marketing. In Boyer, C., Dunlop, D., Stevens, D., Stremcha, J., Teach, D. et al. (ed.), *The thought leaders project: hospital marketing* (pp. 31-39). Minneapolis: Bierbaum Publishing.
- Dick, A.S. & Basu, K. (1994). Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22, 99-113.
- Enríquez-Navascués, J.M. (2008). Urgencias y atención continuada: agotamiento del actual sistema de guardias y búsqueda de nuevos modelos. *Cirugía Española*, 83 (4), 173-179.
- Escuder, R. & Murgui, J.S. (1995). *Estadística aplicada. Economía y ciencias sociales*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Filip, A. & Voinea, L. (2012). Understanding the processes of customer acquisition, customer retention and customer relationship development. *International Journal of Economic Practices and Theories*, 2 (2), 62-67.
- Fornell, C. & Wernerfelt, B. (1987). Defensive marketing strategy by customer complaint management: a theoretical analysis. *Journal of Marketing Research*, 24 (4), 337-346.
- Fottler, M.D., Ford, R.C., Roberts, V. & Ford, E.W. (2000). Creating a healing environment: the importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*, 45 (2), 91-106.
- Freeman, G. & Hjortdahl, P. (1997). What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 314 (7098), 1870-1873.
- Gadea, S. (2009). *Flujos de pacientes entre Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana*. (Trabajo de Fin de Máster, Universidad Católica de Valencia, 2009).
- Gelb, B.D. (1987). What university research can offer the health care marketer? *Journal of Health Care Marketing*, 7 (4), 41-44.
- Grande, I. & Abascal, E. (2011). *Fundamentos y técnicas de investigación comercial* (11^a ed.). Madrid: ESIC Editorial.
- Gremler, D.D. & Brown, S.W. (1999). The loyalty ripple effect: appreciating the full value of customers. *International Journal of Service Industry Management*, 10 (3), 271-291.

- Hafer, J.C. (1987). Developing and operationalizing a product/service classification system for health care providers. *Journal of Health Care Marketing*, 7 (3), 25-36.
- Han, X., Kwortnik, R.J. & Wang, C. (2008). Service loyalty: an integrative model and examination across service contexts. *Journal of Service Research*, 11 (1), 22-42.
- Harris, J.K., Beatty, K.E., Lecy, J.D., Cyr, J.M. & Shapiro, R.M. (2011). Mapping the multidisciplinary field of public health services and systems research. *American Journal of Preventive Medicine*, 41 (1), 105-111.
- Hart, C.W.L., Heskett, J.L. & Sasser, W.E. (1990). The profitable art of service recovery. *Harvard Business Review*, july-august, 148-156.
- Heskett, J.L., Sasser, W.E. & Schlesinger, L.A. (1997). *The service profit chain*. New York: The Free Press.
- Hillestad, S.G. & Berkowitz, E.N. (2012). *Health care market strategy*. Burlington: Jones and Bartlett Learning.
- Holbrook, M.B. (1999). *Consumer value. A framework for analysis and research*. London: Routledge.
- Huete, L.M. (1997). *Servicios & Beneficios*. Bilbao: Ediciones Deusto.
- Ireland, R.C. (1977). Using marketing strategies to put hospitals on target. *Trustee*, july, 25-31.
- Jacoby, J. & Kyner, D.B. (1973). Brand loyalty vs. repeat purchasing behavior. *Journal of Marketing Research*, 10 (1), 1-9.
- Kotler, P. & Keller, K.L. (2006). *Dirección de marketing*. Madrid: Pearson Educación.
- Kotler, P. & Clarke, R.N. (1987). *Marketing for health care organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kotler, P. & Murray, M. (1975). Strategies for introducing marketing into Nonprofit Organizations. *Journal of Marketing*, 43, 37-44.
- Lee, W.I. (2010). The development of a qualitative dynamic attribute value model for healthcare institutes. *Iranian Journal of Public Health*, 39 (4), 15-25.
- Lohr, K.N. & Steinwachs, D.M. (2002). Health services research: an evolving definition of the field. *Health Services Research*, 37 (1), 15-17.
- López, E., Findling, L. & Abramzon, M. (2006). Desigualdades en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud colectiva*, 2 (1), 61-74.
- Lu, I.Y., Yang, C.Y., Chiu, S.C. & Tseng, C.J. (2008). *The study of repurchase intention in sense of experiential marketing*. Paper presented at the 6th Asian Network for Quality Congress, Thailand.
- MacStravic, R.S. (1999). *Creating consumer loyalty in healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
- MacStravic, R.S. (1978). The health care marketing audit.. *Hospital Progress*, october, 63-65.
- Malhotra, N.K. & Birks, D.F. (2003). *Marketing Research. An applied approach* (3rd ed.). Harlow: Prentice Hall.
- Mellens, M., Dekimpe, M.G. & Steenkamp, J.B.E.M. (1996). A review of brand-loyalty measures in marketing. *Tijdschrift voor economie en management*, XLI (4), 507-533.
- Moreno, E. (2007). Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente. *Emergencias*, 19, 32-35.

- Naidu, G.M., Parvatiyar, A., Sheth, J.N. & Westgate, L. (1999). Does relationship marketing pay? An empirical investigation of relationship marketing practices in hospitals. *Journal of Business Research*, 46, 207-218.
- O'Conner, C.P. (1982). Why marketing isn't working in the health care arena. *Journal of Health Care Marketing*, 2 (1), 31-36.
- Okada, E.M. & Hoch, S.J. (2003). Spending time versus spending money. *Journal of Consumer Research*, 32 (2), 1-31.
- Oliver, R.L. (1999). Whence consumer loyalty? *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Oliver, R.L. (1997). *Satisfaction: a behavioural perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill.
- Porter, M.E. & Teisberg, E. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Pritchard, M.P., Havitz, M.E. & Howard, D.R. (1999). Analyzing the commitment-loyalty link in service contexts. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27 (3), 333-348.
- Pruyn, A. & Smidts, A. (1998). Effects of waiting on the satisfaction with the service: beyond objective time measures. *International Journal of Research in Marketing*, 15 (4), 321-334.
- Pyone, J.S. & Isen, A.M. (2011). Positive affect, intertemporal choice, and levels of thinking: increasing consumers' willingness to wait. *Journal of Marketing Research*, 48 (3), 532-543.
- Reichheld, F.F. (1996). *The loyalty effect*. Boston: Harvard Business School Press.
- Reichheld, F.F. & Sasser, W. (1990). Zero defections: quality comes to services. *Harvard Business Review*, September-November, 25-32.
- Riveros, J. & Berné, C. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista médica de Chile*, 135 (7), 862-870.
- Roberge, D., Beaulieu, M.D., Haddad, S., Lebeau, R. & Pineault, R. (2001). Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Family Practice*, 18, 53-59.
- Rosa-Jiménez, F., Montijano, A.M., Herráiz, C.I. & Zambrana, J.L. (2005). ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *Anales de medicina interna*, 22 (11), 515-519.
- Rundle-Thiele, S. & Russell-Bennett, R. (2010). Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services. *Health Marketing Quarterly*, 27 (2), 195-214.
- Rust, R.T. & Zahorik, A.J. (1993). Customer satisfaction, customer retention, and market share. *Journal of Retailing*, 69 (2), 193-214.
- Sanchez, P.M. (1981). Improving marketing practice in the health care field. *Journal of Health Care Marketing*, 1 (4), 18-24.
- Sanguino, R. & Arroyo, A. (1999). Marketing hospitalario: el estado de la cuestión. *Comunicación presentada en La gestión de la diversidad: XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés*. Logroño.
- Spake, D.F. & Bishop, J.S. (2009). The impact of perceived closeness on the differing roles of satisfaction, trust, commitment, and comfort on intention to remain with a physician. *Health Marketing Quarterly*, 26 (1), 1-15.
- Stremcha, J. (2011). Turning engaged families into marketing allies. In Boyer, C., Dunlop, D., Stevens, D., Stremcha, J., Teach, D. et al. (ed.), *The thought leaders project: hospital marketing* (pp. 133-137). Minneapolis: Bierbaum Publishing.
- Szwarc, P. (2005). *Researching customer satisfaction & loyalty*. London: Kogan Page.

Tamayo, M.L. (2004). Admisión y gestión de pacientes en atención especializada. En Escolar, F. & Carnicero, J. (ed.), *El sistema integrado de información clínica. Informe SEIS (6)* (pp. 65-94). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud.

Taylor, S.A. & Baker, T.L. (1994). An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *Journal of Retailing*, 70 (2), 163-178.

Thornton, C. & Brown, J.D. (2009). Employer demand for health services researchers in the year 2020. *Health Services Research*, 44 (6), 2242-2254.

Torres, E., Vasquez-Parraga, A.Z. & Barra, C. (2009). The path of patient loyalty and the role of doctor reputation. *Health Marketing Quarterly*, 26 (3), 183-197.

Van Looy, B., Krols, K., Buyens, D. & Vandenbossche, T. (1998). The role of empowerment in service organizations. In Van Looy, B., Van Dierdonck, R. & Gemmel, P. (ed.), *Service Management: An Integrated Approach* (pp. 229-242). Londres: Financial Times Pitman Publishing.

Zeithaml, V., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60, 31-46.