

---

**¿CÓMO CO-CREAR VALOR EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?  
CARACTERIZACIÓN TEÓRICA DEL SERVICIO SANITARIO BAJO LA  
PERSPECTIVA DEL *SERVICE-DOMINANT LOGIC***

---

**VALUE CO-CREATION IN HEALTH?  
A THEORETICAL APPROACH TO HEALTH SERVICES THROUGH THE SERVICE  
DOMINANT LOGIC**

---

**Remedios Calero<sup>1</sup>; Martina G. Gallarza<sup>2</sup>; Giacomo del Chiappa<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Catholic University of Valencia (Spain)

<sup>2</sup> University of Valencia (Spain)

<sup>3</sup> University of Sassari & CRENos

## RESUMEN

Desde mediados de la década del 2000, la literatura de Marketing de servicios viene proponiendo el *Service Dominant Logic* como una novedosa visión estratégica, fuente de ventaja competitiva para las organizaciones, basada en la creación de un mayor valor con –en lugar de para- el consumidor. En este marco, el presente trabajo busca explorar la aplicabilidad de este novedoso enfoque al servicio sanitario.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión y discusión teórica de la especificidad del servicio sanitario a la luz de las premisas del *Service Dominant Logic*, evidenciando a) cuáles son sus principales elementos caracterizadores y, b) cómo se logra la co-creación de valor en el ámbito de este servicio

Como resultado, identificamos como caracterizadores del servicio sanitario su carácter crítico (importante pero complejo), su naturaleza “credence” (con cualidades de credibilidad, que no pueden ser fácilmente evaluadas) y su dimensión social (transciende del individuo a la sociedad). Con esta realidad, la co-creación de valor en el ámbito sanitario se obtiene de la participación activa de un paciente cada vez más informado, y de la comprensión de los complejos equilibrios de la relación médico-paciente.

Tomando en consideración estos caracterizadores del servicio sanitario y su relación con los elementos facilitadores de la co-creación de valor, se puede evidenciar la utilidad y aplicabilidad del *Service-Dominant Logic* al servicio sanitario, invitando a futuras discusiones más aplicadas, y a propuesta empíricas de medición de esta co-creación de valor.

**PALABRAS CLAVE.** *Service Dominant Logic*, Servicio sanitario, co-creación de valor

## ABSTRACT

Since mid 2000, service literature has focused on the so called Service Dominant Logic, as a new strategic “lens” that brings competitive advantages to service organizations. Based on a better value creation “with” and not just “for” the consumer, this paper aims at exploring conceptually the applicability of this approach to the healthcare service.

Methodologically, we have conducted a review and theoretical discussion on the specificity of the healthcare service through the Service Dominant Logic premises. They show a) which are the main characteristics of the healthcare service provision, and b) how these characteristics may help in the value co-creation.

As a result, we have found that healthcare service is characterized by its criticality (important but very complex), its credence qualities (difficult to be evaluated) and its social nature (as the service provision transcend from the individual to the society. This reality allow us to understand value co-creation in healthcare from the participation of more and more informed patients, and by understanding the very complex balances occurring in the doctor-patient relationship.

In conclusion, taking into account the characteristics of the healthcare service and its relationships with the facilitators of value co-creation, evidence has been brought on both the utility and applicability of the Service Dominant Logic to the healthcare service, inviting to future discussion and further empirical applications of this approach.

**KEY WORDS.** *Service Dominant Logic*, Healthcare service, Value co-creation

## 1. INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

Desde un prisma disciplinar de Marketing de servicios, el servicio sanitario es susceptible de ser analizado bajo algunos de las más novedosos enfoques académicos, como son las premisas del denominado *Service-Dominant Logic*<sup>1</sup> apuntadas en el Journal of Marketing y en el Journal of the Academy of Marketing Science por los profesores Steve Vargo y Robert Lusch (Vargo y Lusch, 2004; Vargo y Lusch, 2008); premisas discutidas y ampliadas con posterioridad por otros autores que han desarrollado esta óptica de análisis para la mejor comprensión de la provisión de productos y servicios al mercado (Karpen et al., 2012). Nos referimos a las temáticas de la integración y co-creación de valor con el destinatario del servicio, la interactividad, y la llamada *customización* o necesidad de realizar servicios a medida del cliente. Todas ellas permiten entender mejor la prestación del servicio sanitario, en un ámbito en el que el paciente cuenta cada vez con mayor cantidad de información y en el que el proceso de producción del servicio es especialmente complejo.

La aproximación al servicio sanitario desde el *Service Dominant Logic* representa una visión estratégica, fuente de ventaja competitiva para las organizaciones, basada en la creación de un mayor valor *con* –en lugar de *para*- los consumidores<sup>3</sup>. Este proceso de co-creación de valor entre oferta y demanda pivota en torno al servicio como centro de intercambio, integrando a todos los agentes y generando un valor único para cada cliente, combinando capacidades, recursos y conocimientos<sup>2</sup>. Implica un nuevo enfoque para proveedores, consumidores e intermediarios al resaltar el rol del consumidor como co-creador de valor (Ballantyne y Varey, 2008; Sheth y Sharma, 2008).

Dos de las características de esta óptica que justifican la propuesta de trabajo y, a nuestro juicio, la hacen apropiada para comprender el servicio sanitario en su nuevo escenario son el poder máximo que se otorga al cliente en la creación de valor, poder creciente en el caso del servicio sanitario (Stanley, 2002), y su aplicabilidad en sistemas complejos de servicio (Alter, 2010). De este modo, tratamos de arrojar luz sobre la aplicabilidad del *Service-Dominant Logic* al servicio sanitario. Para ello, la metodología empleada es una revisión y discusión teórica de la especificidad del servicio sanitario a la luz de las premisas del *Service Dominant Logic*, exponiendo, en primer lugar, sus principales elementos caracterizadores y abordando, en segundo lugar, la co-creación de valor en el ámbito de este servicio, por ser éste el eje vertebrador de este novedoso enfoque.

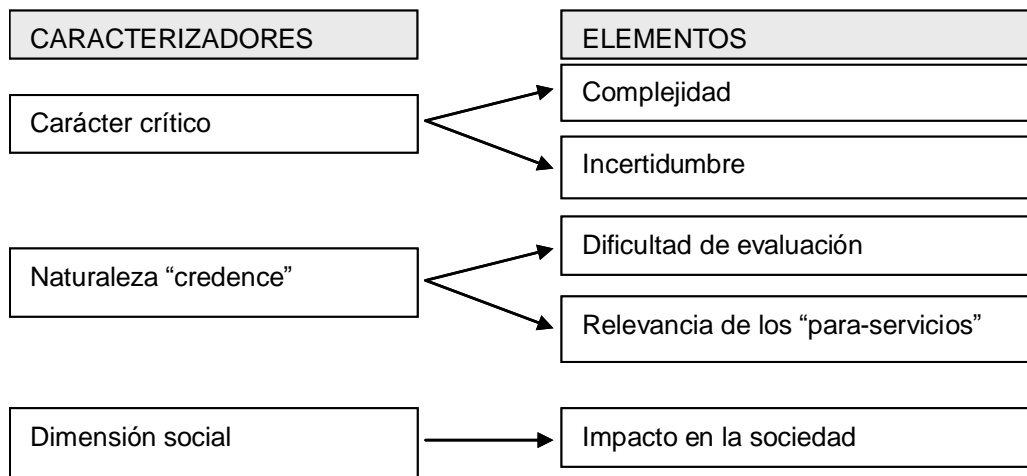
## 2. REVISIÓN TEÓRICA DE LOS ELEMENTOS CARACTERIZADORES DEL SERVICIO SANITARIO

La especificidad del servicio sanitario dentro de la literatura de servicios se concreta en tres elementos caracterizadores (cf. Figura 1): su carácter crítico, su naturaleza “*credence*” o “de confianza” y su dimensión social. Su análisis nos permite encontrar puntos de anclaje para la posterior discusión de la co-creación de valor como eje de la lógica dominante del servicio.

---

<sup>1</sup> Traducido al español “*Lógica del Servicio*” aunque la fórmula en inglés está muy extendida también en la literatura en castellano

Figura 1. Caracterizadores del servicio sanitario



Fuente: Elaboración propia

### 2.1. El carácter crítico del servicio sanitario

Frente a otros servicios, el servicio sanitario se caracteriza por ser crucial para el usuario, estando su prestación rodeada de complejidad e incertidumbre. La confluencia de estos elementos, nos llevan a poder considerarlo como crítico, dificultando su gestión.

#### a) Elevada complejidad en la prestación del servicio

El escenario en el que se mueven las organizaciones sanitarias es único, debiendo ofrecer productos y servicios a públicos muy diferentes –pacientes, familiares, personal sanitario- (MacStravic, 1986; Hafer, 1987). A este peculiar escenario, se añade que el servicio sanitario es intensivo en personal (Uhl y Upah, 1979) y que, como proceso, está formado por procedimientos complejos que requieren un conocimiento especializado y una elevada dotación tecnológica. Mediante estos procedimientos, se pretende resolver gran variedad de problemas (alterar el curso normal de las enfermedades, prevenir, curar o rehabilitar), no exentos de dificultad en su resolución (Lamata et al., 1994).

Otra fuente de complejidad reside en los actores del proceso. Así, algunas partes requieren de la interacción del profesional sanitario con el paciente, otras son realizadas por los propios pacientes (como tomarse la medicación), mientras que algunas fases del proceso involucran a terceras partes (ej. un laboratorio) (Zeithaml et al., 2013). Por todo ello, el servicio sanitario debe desarrollarse en un entorno diseñado con tal detalle que permita tanto la especial interacción entre productor y consumidor como su elevada complejidad (Bateson, 1995; Casas, 2000; Errasti, 2000; Medina, 2011), teniendo en cuenta unas expectativas muy exigentes de los usuarios (Corella, 1998).

#### b) Incertidumbre en el servicio sanitario

La heterogeneidad que caracteriza a los servicios se ve aumentada cuando el *producto* del servicio sanitario es el paciente (Lovelock, 1983; Errasti, 1997; Oliver, 1997; Palmer, 2005; Ortún, 2008): la adaptación del servicio a las características de cada persona dificulta su estandarización. Esta elevada diversidad de la demanda a la que se enfrenta, junto con la alta disponibilidad del paciente a participar en su co-producción, incrementan el nivel de incertidumbre al que se ve expuesto el servicio sanitario (Bateson, 1995; Oliver, 1997). La incertidumbre se da tanto en el proceso como en el resultado, siendo uno de los factores que más influye en el comportamiento de los profesionales médicos. Considerando el gran peso del capital humano en la provisión del servicio sanitario, observamos cómo una parte esencial de su trabajo consiste en diagnosticar a los pacientes, en numerosas ocasiones con urgencia y disponiendo de información imperfecta. Es por ello que, de manera habitual, el médico se enfrenta a situaciones en las que se requiere tomar decisiones con rapidez en condiciones de gran incertidumbre (Lovelock, 1996).

## **2.2. La naturaleza “credence” del servicio sanitario**

### a) Dificultad de evaluación por parte del paciente

Nelson (1970) establece dos categorías de atributos -*search qualities* (*cualidades de búsqueda*) y *experience qualities* (*de experiencia*)-, a las que Darby y Karni (1973) añaden una tercera, *credence qualities*, (de confianza) que recoge características imposibles de evaluar por el consumidor debido a la falta de conocimientos específicos, dificultando su evaluación, siendo éste el caso del servicio sanitario. Siguiendo esta línea, Zeithaml y otros (2013) realizan una clasificación de productos y servicios en función de la facilidad o dificultad del consumidor a la hora de evaluarlos. En esta clasificación, el servicio sanitario un lugar extremo: servicios que poseen un mayor grado de características de credibilidad y confianza puesto que, incluso después de su consumo, el usuario es incapaz de evaluar el servicio: 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 (Vertinsky, 1974; Gabbott y Hogg, 1998; Kaplan y Babd, 2011; Zeithaml et al., 2013).

### b) Especial relevancia de los “para-servicios”

La dificultad de evaluación del servicio sanitario provoca que, más allá de la calidad clínica, los usuarios otorguen una especial valoración a otros atributos que rodean la prestación principal, como son los denominados “para-servicios”: el trato personal, la empatía, la seguridad, la actitud del profesional, la disponibilidad, la competencia, la profesionalidad y la rapidez (Mira et al., 2002; Palmer, 2005; Molina-López, 2008). Además de estos intangibles, los pacientes tienen en consideración elementos tangibles tales como el equipamiento o el alojamiento (Zeithaml et al., 2012). Lovelock (1996, p. 56) se pregunta “¿qué impresión causa en un futuro usuario que visita a un familiar en un hospital el encontrar un edificio pulcro y bien conservado, bien decorado y con un plantilla atenta y amable?”. Esta cuestión reafirma la idea de que, al no disponer de conocimientos suficientes, el paciente tiende a valorar el servicio sanitario a través de factores que puede tangibilizar.

### 2.3. La dimensión social del servicio sanitario

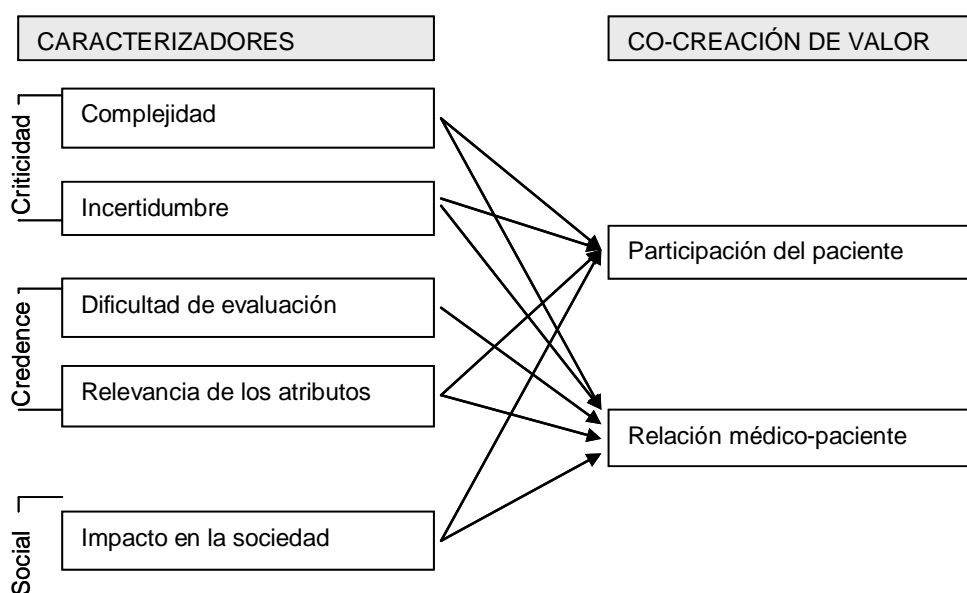
El servicio sanitario tiene un componente sensiblemente social provocado por su relación inseparable con las necesidades de las personas (Bateson, 1995; Lovelock, 1996; Cobra, 2000; Barlow y Maul, 2003), de tal manera que el objetivo del servicio sanitario debe ser la provisión de la mejor salud posible al máximo de población (Kaplan y Babad, 2011).

Desde esta dimensión social, el público objetivo del servicio sanitario no son solo los pacientes, sino toda la ciudadanía, ya que estos últimos son usuarios potenciales de los servicios sanitarios. A diferencia de lo que ocurre con otros servicios, la relevancia y opinión de los ciudadanos no reside en su uso del servicio sanitario, sino en la preocupación que manifiestan por el sistema y el servicio sanitario deseado para la sociedad en su conjunto. Por todo ello, podemos considerar que el servicio sanitario trasciende el acto de provisión de un servicio en particular para convertirse en un concepto social.

### 3. REVISIÓN TEÓRICA DE LA CO-CREACIÓN DE VALOR EN EL ÁMBITO SANITARIO

Mostramos, a continuación, la relación existente entre los caracterizadores del servicio sanitario que acabamos de describir y lo que en la óptica del *Service Dominat Logic* se entiende como elementos facilitadores de la co-creación de valor, siendo en el ámbito sanitario la participación del paciente y la relación médico-paciente (cf. Figura 2).

Figura 2. Relación entre los caracterizadores del servicio sanitario y la co-creación de valor



Fuente: Elaboración propia

### **3.1. La participación del paciente**

El caso extremo de simultaneidad entre producción y consumo lo constituyen los servicios personales, en los que el cliente debe estar presente durante todo el proceso de producción, como por ejemplo un paciente durante una cirugía (Palmer, 2005). Esta participación del paciente constituye un elemento crítico en la experiencia de consumo (Henthorne et al., 2009). Su participación abarca diferentes fases como la programación, el diseño y la realización expresa del servicio (Bateson, 1995). Mediante esta participación, los usuarios se convierten en co-creadores y co-productores, más allá del simple rol de consumidores (Vertinsky et al., 1974; Bateson, 1995; Podestà y Addis, 2007). Adicionalmente, la participación en la toma de decisiones aumenta su percepción de calidad del servicio, especialmente en aquellos servicios con un elevado riesgo percibido (Vertinsky et al., 1974; Heskett et al., 1997) e incertidumbre (Peiró, 2003), como es el caso del sanitario.

En este sentido, la participación del paciente puede entenderse también desde un prisma de corresponsabilidad (Murray et al., 2007). Los distintos cambios sociales, culturales, políticos y éticos están llevando a las profesiones sanitarias a evolucionar hacia un modelo centrado en el paciente, en el que tiene lugar una decisión compartida. Así, se acuña el término *Medicina Deliberativa* para diferenciar de las soluciones técnicas, que no requieren de la implicación del paciente en la solución definitiva, de aquellas soluciones adaptativas que, al ser más complejas, sí requieren de su aportación (Colomer, 2009).

La participación del cliente es determinante en la visión del *Service Dominant Logic*. Aplicado al servicio sanitario, Karpen y otros (2012) citan como ejemplo el caso de una consulta médica. En ella, el doctor toma nota de las condiciones médicas del paciente y su entorno, ofrece apoyo emocional y psicológico, transmite al paciente los riesgos del tratamiento e informa y comparte detalles del mismo. Al mismo tiempo, el médico requiere de un *feedback* del paciente, como una co-participación en la creación de valor. De manera adicional, podrían citarse otras actividades co-creadoras de valor, tales como la adopción de estilos de vida saludables, la realización de pruebas de detección precoz de enfermedades o el fiel seguimiento de los pasos indicados para reducir la complejidad y severidad de los tratamientos (Porter y Teisberg, 2006).

### **3.2. La relación médico-paciente**

La especial relación médico-paciente es resultado de la propia idiosincrasia del servicio sanitario: un servicio personal, en el que tiene lugar una relación de agencia entre los actores y en el que el médico desempeña un rol esencial como prestador del servicio.

#### a) Relación de agencia

Una primera cualidad que da forma a la relación médico-paciente es que esta relación no es de igual a igual, lo que la literatura denomina como relación de “agencia” (Gummerson, 2008; Ortún, 2008). El paciente acude en busca del conocimiento y pericia del profesional, a lo que se suma que en la enfermedad el paciente puede sentirse incómodo, muchas veces por la angustia y el temor (relacionado con la criticidad e incertidumbre, características anteriormente señaladas). En este sector, la peculiaridad de la relación hace que el personal sanitario adquiera una mayor relevancia e intensidad que en cualquier otro servicio. De este modo, la relación médico-paciente está dotada de

un componente psicológico, con una gran confianza del paciente en el criterio del doctor (Vertinsky et al., 1974; Gabbott y Hogg, 1998). Nos encontramos, así, ante una situación de dependencia (Lovelock, 1996) que se debe, en parte, a la falta de conocimientos específicos del paciente, que le aboga a depender del consejo del profesional sanitario a la hora de tomar decisiones (Calnan, 1995; Gervás, 2009). Así, distintos autores consideran la relación entre médico y paciente como una relación de “agencia”, siendo los flujos de información esenciales en esta relación (Gummerson, 2008; Ortún, 2008). El médico posee una mejor posición respecto al paciente en el dominio de la información sobre la indicación y la efectividad de los procedimientos disponibles (Vertinsky et al., 1974; Artells, 1999; Porter y Teisberg, 2006). A priori, el mercado resulta incompetente a la hora de proveer información completa debido a que la información requerida en este servicio se caracteriza por ser individual e intransferible, con una naturaleza técnica que no facilita la comprensión del usuario y unos costes de una decisión equivocada muy elevados. De este modo, al carecer de información suficiente, la soberanía del consumidor se ve limitada (Artells, 1999).

#### b) Cambios en la gestión de la información en el marco de la relación médico-paciente

Pese a esta relación de agencia, la posibilidad de acceso a gran cantidad de información médica está cambiando la relación médico-paciente, con un paciente más informado sobre su enfermedad. Por un lado, la información ofrecida por los distintos medios de comunicación influye tanto en la conducta del paciente como en su toma de decisiones (Rosenstock, 2005). Por otro, el paciente muestra una actitud proactiva recurriendo a fuentes de información como Internet (Tanenbaum, 2008; Sawyer, 2011; Ziady, 2011). Surge, en este último caso, el auge del llamado “e-healthcare” (Lin y Umoh, 2002; Mukherjee y McGinnis, 2007), del que se observa un notable interés en la literatura por el estudio de sus efectos sobre el ya complejo encuentro de servicio sanitario. Así, Zeithaml y otros (2013, p. 405) califican como *health seekers*<sup>2</sup> a aquellos pacientes que se preocupan por buscar información en la red sobre enfermedades específicas, nutrición, fármacos, etc. Precisamente, esta búsqueda online les facilita información rápida de forma anónima.

En este sentido, una de las principales conclusiones de la evolución del paciente reside en que el profesional sanitario pierde cierta legitimidad ante un paciente con un acceso sin precedentes a información técnica especializada, permitiéndole cuestionar el servicio recibido (Costa, 2009). Se establece una nueva relación de poder. No estamos ante un usuario pasivo, sino ante un paciente más informado, preocupado por su salud y dotado de un mayor nivel de autonomía (Oliver, 1997; Civera, 2008).

Esta nueva realidad está en consonancia con los principios teóricos de la co-creación de valor (Vargo y Lusch, 2004), que facilita una mayor orientación al cliente en el diseño y producción del servicio, pero que también necesita ser asimilada y aprehendida por el prestador del servicio, llevando al desempeño de un nuevo rol del profesional sanitario.

#### c) Rol desempeñado por el profesional sanitario

El profesional sanitario ocupa un lugar central en la co-creación de valor, puesto que, como hemos explicado, tiene que lidiar con consumidores más informados y sofisticados, pero recae en él la facultad de decisión sobre distintos factores como el

---

<sup>2</sup> Traducido al español “*buscadores de información*”



tiempo de dedicación a cada paciente, qué pruebas diagnósticas se realizarán, qué tratamiento se prestará al paciente, qué recursos empleará, etc. Su papel va más allá de la asistencia sanitaria, resultando un agente fundamental del proceso, con capacidad de gestionar recursos, velar por el conocimiento, modular la demanda y garantizar la calidad del servicio (Vertinsky et al., 1974; Pérez Somalo, 2008; Colomer, 2009). Se convierte, así, en intermediario y prescriptor respecto de otros servicios sanitarios (Hafer, 1987; Kotler y Clarke, 1987; Lamata et al., 1994; Gilligan y Love, 1995; Junquera y García Núñez, 2008), jugando pues un rol predominante. Asimismo, se da una relación continuada entre médico y paciente, lo que exige cierto nivel de adaptación entre ellos (Barlow y Maul, 2003), de tal manera que esta fuerte interacción así como la experiencia vivida por el paciente resultan elementos clave de su satisfacción (Henthorne et al., 2009). La consideración de este enfoque pone en valor el mayor intercambio y trato entre profesionales sanitarios y pacientes, con una mayor orientación hacia estos últimos (Riveros y Berné, 2006).

#### **4. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSION TEORICA**

La percepción del paciente como consumidor del servicio sanitario está evolucionando desde un rol pasivo a una visión de co-creador de valor, resultando un campo paradigmático para la aplicación del *Service Dominant Logic* (Vargo y Lusch, 2004). Esta propuesta constituye una de las ópticas de la gestión de los servicios con mayor impacto en la investigación de marketing, cuya aplicación todavía es incipiente en el ámbito sanitario.

Esta óptica permite una aproximación más sistemática y analítica a los complejos procesos de la prestación sanitaria, donde los equilibrios de información y competencia se han visto alterados. Al considerar a todos los agentes como generadores de valor, se sitúa al servicio en el centro de la prestación, creando valores altamente individualizados. En consecuencia, “*entender cómo se produce esta co-creación en el marco del servicio sanitario es fundamental no sólo para el individuo sino también para otros actores como los profesionales médicos, las organizaciones sanitarias o las autoridades gubernamentales*” (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 7). Tomando en consideración los caracterizadores descritos en este trabajo y su relación con los elementos facilitadores de la co-creación de valor, se evidencia la utilidad y se justifica la aplicabilidad del *Service-Dominant Logic* al servicio sanitario.

La limitación de este trabajo reside en ser sólo una discusión teórica, pero invita a futuras discusiones más aplicadas y abre la perspectiva hacia propuestas empíricas de medición de esta co-creación de valor.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alter, S. Service Systems and Service-Dominant Logic: partners or distant cousins?. *Journal of Relationship Marketing* . 2010; 9: 98-115.

Artells, J.J. Necesidad vs Demanda Sanitaria. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 1999.

- Ballantyne, D. & Varey, R.J. The service-dominant logic and the future of marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 2008; 36: 11-14.
- Barnes, M. Users as citizens: collective action and the local governance of welfare. *Social Policy & Administration*. 1999; 33 (1): 73-90.
- Barlow, J. & Maul, D. Valor emocional en el servicio. México: Compañía Editorial Continental; 2003.
- Bateson, J. *Management Services Marketing*. The Dryden Press. Harcourt Brace College Publishers; 1995.
- Calnan, M. Citizens' views on health care. *Journal of Management in Medicine*. 1995; 9 (4): 17-23.
- Casas, M. Los sistemas de clasificación de pacientes. En Jiménez, J. (ed.), *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos (429-442)*. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- Civera, M. Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. (Tesis Doctoral, Universitat Jaume I, 2008).
- Cobra, M. *Marketing de servicios*. Madrid: McGraw-Hill; 2000.
- Colomer, J. La gestión sanitaria a través de la administración pública: burocracia y privilegios. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2009; 4: 140-144.
- Corella, J. M. Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, Pamplona; 1998.
- Costa, G. Posicionamiento de los servicios de salud en la mente del consumidor. *Revista portuguesa de marketing*. 2009; 21: 33-42.
- Darby, M.R. & Karni, E. Free competition and the optimal amount of fraud. *Journal of Law and Economics*. 1973; 16 (1): 67-88.
- Errasti, F. *Principios de gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- Errasti, F. Marketing y comunicación en el hospital. En Jiménez, J. (ed.), *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos (85-116)*. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- Gabbott, M. & Hogg, G. *Consumers and services*. John Wiley and sons Ed.; 1998.
- Gervás, J. Gobierno clínico de la clínica diaria. En Ortún, V. (ed.), *El buen gobierno sanitario (27-46)*. Madrid: Springer Healthcare Communications; 2009.
- Gilligan, C. & Lowe, R. *Marketing and health care organizations*. New York: Radcliffe Medical Press; 1995.
- Gummerson, E. *Total Relationship Marketing*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2008.
- Hafer, J.C. Developing and operationalizing a product/service classification system for health care providers. *Journal of Health Care Marketing*. 1987; 7 (3): 25-36.

- Henthorne, T.L., Salgaonkar, P. & George, B.P. External recommendations versus internal satisfaction in health care: a case study in India. *Health Marketing Quarterly*. 2009; 26 (3): 241-250.
- Heskett, J.L., Sasser, W.E. & Schlesinger, L.A. *The service profit chain*. New York: The Free Press; 1997.
- Junquera, A. & García Núñez, R.M. Marketing de productos farmacéuticos. En Cubillo, J.M. & Cerviño, J. (ed.), *Marketing sectorial (285-324)*. Madrid: ESIC Editorial; 2008.
- Kaplan, R.M. & Babad, Y.M. Balancing influence between actors in healthcare decision making. *BMC Health Services Research*. 2011; 11: 1-14.
- Karpen, I.O., Bove, L.L. & Lukas, B.A. Linking service-dominant logic and strategic business practice: a conceptual model of a service-dominant orientation. *Journal of Service Research*. 2012; 15 (1): 21-38.
- Kotler, P. & Clarke, R.N. *Marketing for health care organizations*. New Jersey: Prentice-Hall; 1987.
- Lamata, F., Conde, J., Martínez, B. & Horno, M. *Marketing sanitario*. Ediciones Díaz de Santos; 1994.
- Lin, B. & Umoh, D. E-healthcare: a vehicle of change, *American Business Review*. 2002; 20 (2): 27-32.
- Lovelock, C.H. Classifying services to gain strategic marketing insights. *Journal of Marketing*. 1983; 47: 9-20.
- Lovelock, C.H. *Services Marketing*. Prentice Hall International Editions; 1996.
- MacStravic, R.S. Product-line administration hospitals. *Health Care Marketing Review*. 1986; 11: 35-43.
- McColl-Kennedy, J.R., Vargo, S.L., Dagger, T.S., Sweeny, J.C. & Van Kasteren, Y. Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*. 2012; May 1: 1-20.
- Medina, P. El carácter estratégico de la proyección externa de la marca hospitalaria: el caso de Mayo Clinic. *Universidad y Salud*. 2011; 13 (1): 79-86.
- Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J. Pérez-Jover, V., Palazón, I. & Llorca, E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 2002; 17 (5): 273-283.
- Molina-López, M. Caja Castilla La Mancha: vinculando tecnologías e innovación sanitarias. En Funcas (ed.), *Las claves de la sanidad futura: investigación y gestión (116-120)*; 2008.
- Mukherjee, A. & McGinnis, J. E-healthcare: an analysis of key themes in research, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2007; 1 (4): 349-63.
- Murray, E., Pollock, L., White, M. & Lo, B. Clinical decision-making: patients' preferences and experiences. *Patient Education Counselling*. 2007; 65: 189-196.
- Nelson, P. Information and consumer behavior. *The Journal of Political Economy*. 1970; 78: 311-329.

- Oliver, R.L. Satisfaction: a behavioural perspective on the consumer. Singapore: McGraw-Hill; 1997.
- Ortún, V. Las claves de la sanidad futura: investigación y gestión. *Panorama Social*, nº 7. Ed. Funcas; 2008.
- Palmer, A. *Principles of Services Marketing*. McGraw-Hill; 2005.
- Peiró, S. Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. *Semergen*. 2003; 29 (6): 285-289.
- Pérez Somalo, F. *Marketing en tecnología sanitaria*. Madrid: ESIC Ediciones; 2008.
- Podestà, S. & Addis, M. Converging industries through experience. En Carù, A. & Cova, B. (ed.), *Consuming experience (139-153)*. New York: Routledge; 2007.
- Porter, M.E. & Teisberg, E. *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press; 2006.
- Riveros, J. & Berné, C. La aplicación del marketing en los hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: el caso de un hospital del sur de Chile. *Revista Médica de Chile*. 2006; 134: 353-360.
- Riveros, J., Berné, C. & Múgica, J.M. Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista Médica de Chile*. 2010; 138: 630-638.
- Rosenstock, I.M. Why people use health services? *The Milbank Quarterly*. 2005; 83 (4): 1-32.
- Sawyer, S.H. Market segmentation, digital campaigns and implications for the strategic marketer. In Boyer, C., Dunlop, D., Stevens, D., Stremcha, J., Teach, D. et al. (ed.), *The thought leaders project: hospital marketing (47-56)*. Minneapolis: Bierbaum Publishing; 2011.
- Sheth, J.N. & Sharma, A. The impact of the product to service shift in industrial markets and the evolution of the sales organization. *Industrial Marketing Management*. 2008; 37: 260-269.
- Stanley, S. 20:20 Vision: A view from the Chair. *International Journal of Medical Marketing*. 2002; 57.
- Tanenbaum, S. J. Consumer Perspectives on Information and Other Inputs to Decision-Making: Implications for Evidence-Based Practice. *Community Mental Health Journal*. 2008; 44: 331-335.
- Uhl, K.P. & Upah, G.D. The marketing of services: why and how is it different? Illinois: University of Illinois, Working Paper 584; 1979.
- Vargo, S.L. & Lusch, R.F. Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*. 2004; 68 (1): 1-17.
- Vargo, S.L. & Lusch, R.F. Service-Dominant Logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 2008; 36 (1): 1-10.
- Vertinsky, I.B., Thompson, W.A. & Uyeno, D. Measuring consumer desire for participation in clinical decision making. *Health Services Research*. 1974; 9 (2): 121-134.

Zeithaml, V., Bitner M.J. & Gremler, D. Services marketing. Integrating customer focus across the firm (6th ed.). New York: McGraw-Hill International Edition; 2013.

Ziady, N. Social media and the succession of search social media optimization. In Boyer, C., Dunlop, D., Stevens, D., Stremcha, J., Teach, D. et al. (ed.), The thought leaders project: hospital marketing (57-78). Minneapolis: Bierbaum Publishing; 2011.