

## La CMA en el marketing sanitario The day surgery in health marketing

J. C. Cagigas, B. Martín, R. Gonzalo, P. Cagigas, M. Mozo, P. Ruíz Álvarez

*Hospital Sierrallana-Tres Mares. Cantabria*

Autor para correspondencia: usass1000@gmail.com

### RESUMEN

El marketing sanitario (MS) es un nuevo concepto que adquiere relevancia ante el creciente interés de la administración por introducir un cierto nivel de competencia regulada entre los proveedores de la asistencia sanitaria en nuestro caso, hospitales y unidades quirúrgicas a las que deseamos garantizar un alto grado de competitividad y rentabilidad social.

El objetivo del marketing sanitario es coordinar la actividad asistencial de modo que integre el punto de vista del profesional y del paciente, con vistas a obtener el valor añadido que supone satisfacer sus expectativas a un precio razonable. A los requisitos de efectividad y eficiencia se les suma ahora el interés por obtener el valor añadido de la satisfacción del paciente. En la práctica observamos que los motivos más frecuentes de insatisfacción poco tienen que ver con la efectividad de las intervenciones. El marketing sanitario, entendido como una herramienta de investigación y de acción, se vislumbra como una alternativa para conocer mejor estas nuevas necesidades del paciente. Los contenidos que establecemos son: la aproximación inicial a la CMA como marketing, la gestión de la calidad del servicio de CMA y la investigación de mercados en la CMA.

*Palabras clave: Marketing, comunicación, Cirugía Mayor Ambulatoria.*

### ABSTRACT

Health marketing is a new concept that becomes relevant, given the increasing interest of the administration to introduce a certain level of regulated competition among health care providers; In our case: hospitals and surgical units to which we want to guarantee a high degree of competitiveness and social profitability. The objective of health marketing is to coordinate the care activity so that it integrates the point of view of the professional and the patient, with a view to obtaining the added value of meeting their expectations at a reasonable price. To the requirements of effectiveness and efficiency are added the interest to obtain the added value of patient satisfaction.

In practice we observe that the most frequent reasons for dissatisfaction have little to do with the effectiveness of the interventions. Health marketing, understood as a tool for research and action, is seen as an alternative to better understand these new needs of the patient. The contents that we establish are: The initial approximation to the Day Surgery (DS) as marketing, the management of the quality of the DS service and the market research in the DS.

*Key words: Marketing, communication, ambulatory surgery.*

## CMA, COMUNICACIÓN Y MARKETING

El marketing sanitario (MS) es una herramienta de gestión que posibilita optimizar la organización y sus clientes. El MS supone un intercambio y comunicación para adecuar la oferta y la demanda, proporcionando un servicio personalizado y de calidad. Los puntos sobre los que se basa el MS son disminuir la variabilidad de los procesos (consistencia), lograr una imagen propia de nuestro equipo (identidad) y saber transmitirla a los pacientes y, por último, la orientación a los clientes (profesionales que demandan nuestros servicios y pacientes). Asimismo, es fundamental que tanto el gestor de la organización como los profesionales de la unidad, cuiden la imagen de la unidad ante los profesionales de la comunidad científica, la sociedad y los medios de comunicación, lo que ayuda a posicionar el servicio en el contexto de la especialidad. Todo procedimiento puede ser susceptible de CMA o corta estancia hospitalaria. Esto se ha demostrado en el impacto económico de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (1).

El índice de su contenido se entiende como:

- a) El marketing de la CMA como un conjunto de medios o conjunto de técnicas (por ejemplo CMA, cirugía de corta estancia, publicidad o promoción de salud en CMA) que tratan de facilitar y agilizar los *outputs* de la empresa-hospital en la gestión de las listas de espera.
- b) La CMA y el marketing como filosofía de gestión. Actualmente, la CMA y el marketing se conciben como una filosofía que ha de ser compartida por todos los niveles/personas de la organización y que gira en torno a un aspecto clave: *la satisfacción de las necesidades de los clientes (orientación al cliente/usuario)*.

En esta orientación al cliente/usuario son clave:

- La gestión de la calidad del servicio de CMA durante la interacción usuario-organización (encuentros desde las consultas externas, alta resolución).
- La investigación de mercados o indicaciones de procesos quirúrgicos de CMA como herramienta para evaluar esa calidad del servicio, identificar las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios: las auditorías.
- Nueva definición de marketing y modificada por nosotros para la CMA.

Se destaca la necesidad de las organizaciones de CMA y Corta Estancia de ofrecer “valor” o calidad, no solo a los clientes sino también a los socios y a la sociedad en general.

## CMA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Llama poderosamente la atención que la naciente Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) española, cuando publica datos y valoraciones sobre el estado actual y el futuro de la CMA

(en sus aspectos no solo organizativos, sino también asistenciales), no haga mención a la imbricación de la Atención Primaria (AP) en el engranaje de la asistencia prequirúrgica y postquirúrgica (2). En un estudio descriptivo de la situación de la CMA en los hospitales de Madrid (poco desarrollados en esta actividad), al preguntar a los gestores de los hospitales, estos no tienen una opinión favorable sobre la participación de los médicos de AP en la fase preoperatoria y manifiestan una opinión neutra respecto a su participación en las fases de seguimiento y de coordinación de estos procesos (3). Por el contrario, resulta curioso comprobar que, en hospitales con más tiempo de experiencia y de gestión de la CMA, ven con mayor naturalidad la colaboración bidireccional de estas unidades de Cirugía Ambulatoria con la AP (4).

Los métodos que frecuentemente utiliza el marketing, y que pueden ser beneficiosos para el sector sanitario en CMA son, entre otros, los siguientes:

- Auditorías de imagen externa e interna.
- Planes de comunicación interna.
- Planes de creación/consolidación de imagen corporativa.
- Diseño de estrategias de implantación en su entorno.
- Diseño de estrategias de relaciones públicas.
- Formación de portavoces.
- Planes de formación de mejora de atención al usuario.
- Plan de *marketing* interno (satisfacción del personal).
- Publicitación de la información en forma de datos.
- Investigación sobre la satisfacción de los usuarios.
- Planes de calidad percibida.
- Programas de desestacionalización de la demanda.
- Diseño de cartera de servicios.
- Hospitalización a domicilio (proyecto comarcal).
- Aplicación de la informática en la gestión de los pacientes con CMA (proyecto comarcal) y seguimiento postoperatorio.

## RESULTADOS CLÍNICOS Y DE SATISFACCIÓN

Alrededor de cualquier proceso quirúrgico los actores principales son el paciente y el médico, pero a su vez existen otros actores secundarios que no debemos olvidar en la “representación sanitaria”, como son los propios allegados y familiares que requieren de otro *producto médico*: información sobre el estado del paciente, cuidados al alta, impresión pronóstica, medidas preventivas, etc., en cuya atención habrá que combinar la información que se da con la confidencialidad que se debe guardar.

A los requisitos de efectividad y eficiencia se les suma ahora el interés por obtener el valor añadido de la satisfacción del paciente.

En la práctica observamos que los motivos más frecuentes de insatisfacción poco tienen que ver con la efectividad de las intervenciones.

El marketing sanitario, entendido como una herramienta de investigación y de acción, se vislumbra como una alternativa para conocer mejor estas nuevas necesidades del paciente, con el objetivo de diseñar de la forma más adecuada los procesos asistenciales y, en definitiva, para asegurarnos que somos cada vez más capaces de responder positivamente a sus verdaderas necesidades y demandas.

Para obtener la mejora de la calidad percibida y esperada como valoración y marketing en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de la Comunidad Autónoma de Cantabria, se realiza la valoración del grado de satisfacción percibido y esperado por los pacientes intervenidos por CMA mediante la evaluación de diferentes áreas como son: accesibilidad y tiempos de espera, grado de información recibida y valoración global del servicio, mediante una encuesta de satisfacción. Se trata de una muestra de población seleccionada por cumplir criterios de CMA. La calidad percibida positiva es mayoritaria a la esperada en la accesibilidad, tiempos de espera, grado de información recibida y valoración global del servicio. En la actualidad se pretende mejorar esta percepción con el marketing sanitario.

El estudio del grado de satisfacción percibido por los individuos contribuyen enormemente a conocer el marketing y aún más ciertos comportamientos o mecanismos de comportamiento de los individuos (5).

## CONSENTIMIENTOS

- Son fundamentales en este tipo de actuaciones médicas. La explicación oral debe ser especialmente cuidadosa.
- El especialista quirúrgico debe obtener el consentimiento del paciente sobre el procedimiento quirúrgico que va a realizar, y debe obtener el consentimiento del paciente, aceptando su inclusión en un programa de CMA (6). Nosotros pensamos que debe haber uno solo para el circuito de CMA y de forma general.
- El anestesta debe obtener el consentimiento del paciente sobre el procedimiento anestésico que va a realizar.

Como ejemplo de consentimiento informado aportamos el realizado en el hospital Sierrallana para pacientes que requieran el procedimiento de CMA para colocación de reservorio venoso central (Anexo 1).

## DISCUSIÓN

La selección inadecuada de CMA supuso el principal motivo de ingreso durante el año 2014, y el segundo motivo durante el año 2013 (7). Este sería también un parámetro fácilmente mejorable si se realizasen adecuadamente la selección de pacientes para CMA conforme a la vía clínica que el hospital tiene establecida. Aunque la selección inadecuada de la CMA alcanza en nuestra casuística cifras importantes, creo que podría mejorar con una comunica-

ción fluida entre el cirujano y el anestesta. En muchas ocasiones el primero indica patologías subsidiarias de CMA al realizar la inclusión del paciente en la lista de espera, siguiendo exclusivamente criterios quirúrgicos. Se discuten 3 apartados que detallaremos a continuación.

## Aproximación inicial al marketing de CMA

- *Marketing externo*: actividades de marketing de CMA dirigidas a los usuarios, destacando el diseño de la oferta de servicios (orientación al usuario) y la comunicación.
- *Marketing interno*: actividades enfocadas a la formación, motivación y retención de los empleados en CMA.
- *Marketing interactivo*: actividades centradas en la gestión de las interacciones/encuentros con los usuarios durante la prestación del servicio de CMA y Corta Estancia.

## Gestión de la calidad del servicio de CMA

Creemos que se realiza mediante el *marketing interactivo*.

- *Objetivo*: gestionar eficazmente la interacción de los usuarios con la organización de CMA durante los encuentros de servicio con objeto de prestar un servicio de calidad.
- “*Encuentro de servicio*” o periodo de tiempo durante el cual el usuario interactúa con los servicios de la organización de CMA (medios físicos y personales).
  - Encuentros personales directos (presencia física).
  - Encuentros personales indirectos (teléfono).
  - Encuentros remotos (internet, correo electrónico).
- *¿Qué acción primera determina?*: identificar los momentos de la verdad que se originan durante los encuentros con la CMA.
  - “Momentos de la verdad”: cada uno de los episodios clave que se producen durante el encuentro de servicio (por ejemplo la llegada del paciente al centro, espera en la sala, realización del proceso quirúrgico, reanimación, sala del despertar y alta, y en torno a los que los usuarios forman sus evaluaciones de calidad del servicio).
- *¿Qué acción segunda determina?*: establecer los factores o aspectos que influyen en cada uno de los momentos de la verdad y que, en consecuencia, son críticos en las evaluaciones de calidad de los usuarios: *Referencia: Hospital-Unidad de CMA, servicio de urgencias, consulta de especialista, operación quirúrgica, etc.*
  - Organización y sistemas invisibles: *decisiones internas* en materia de personal, protocolos de diagnóstico médico, derechos y obligaciones del paciente, etc.
  - Contexto inanimado: características inertes/señales tangibles: salas de espera, habitaciones, señalización, etc. (atmósfera del servicio).
  - Personal de contacto: profesionales que interactúan con el usuario: personal médico, administrativo, etc. (capacidad técnica y competencias relacionales).

- Otros usuarios: situaciones donde otros usuarios interactúan con el usuario “A” y pueden condicionar su experiencia.
- *¿Qué acción tercera determina?:* gestionar los factores que resultan críticos en las evaluaciones de calidad de los usuarios. Especial importancia del “Marketing interno” (personas).
- Ofrecer al personal sanitario formación técnica y en competencias relacionales.
  - La tecnología y el equipamiento necesarios para prestar un servicio de calidad deberán ser facilitados a los empleados.
  - Considerar a los empleados como clientes (internos), con una adecuada política de comunicación interna.
  - Evaluación y recompensa (económica/social) de los empleados de forma continuada en el tiempo.
- *¿Qué acción cuarta determina?:* medir la calidad del servicio de CMA desde la óptica del usuario.

“La calidad de servicio es una evaluación del usuario que resulta de la comparación entre las expectativas iniciales (E) y las percepciones (P) del servicio prestado por la organización de CMA.”

- Resultado de la comparación (juicio del usuario):
  - $P > E$ : juicio del usuario: servicio excelente.
  - $P \approx E$ : juicio del usuario: servicio correcto, aceptable.
  - $P < E$ : juicio del usuario: servicio pobre, deficiente.
- SERVQUAL: escala de medición de la calidad de los servicios (P-E) (Figura 1):
  - Dim. 1 - Tangibles: evidencias físicas (parte visible) del servicio.
  - Dim. 2 - Fiabilidad: habilidad para prestar el servicio de forma precisa y de acuerdo con lo prometido.
  - Dim. 3 - Capacidad de respuesta: voluntad de los empleados para ayudar a los clientes y prestar un servicio rápido.
  - Dim. 4 - Seguridad: confianza en la prestación del servicio.
  - Dim.5 - Empatía: comprensión de las necesidades de los clientes y atención individualizada.
- SERVQHOS: medición de la calidad del servicio hospitalario:
  - Dim. 1 - Tangibles: equipos médicos, habitaciones, señalización, etc.
  - Dim. 2 - Fiabilidad: cumplimiento de promesas, tiempos de espera, interés por resolver los problemas del paciente, etc.
  - Dim. 3 - Capacidad de respuesta: puntualidad en las consultas, disposición del personal para ayudar al paciente, etc.
  - Dim. 4 - Seguridad: amabilidad, capacitación del personal médico, etc.
  - Dim. 5 - Empatía: trato personalizado y capacidad para comprender las necesidades de los pacientes.

Es importante señalar que la publicidad o el marketing beneficia más a la CMA (Anexo 2).

**La investigación de mercados o indicaciones en CMA**

La investigación de mercados o indicaciones de procesos quirúrgicos es una herramienta que implica el diagnóstico de las necesidades de información, el uso de diferentes métodos de obtención y el análisis e interpretación de esa información con el fin de solucionar los problemas en los procesos de toma de decisiones.

*Debe ser información oportuna, relevante, eficiente y exacta.*

Algunas aplicaciones de la investigación de mercados en el ámbito de los servicios sanitarios comprenden:

- *Análisis del mercado:*
  - Comportamientos de los ciudadanos en materia de salud.
  - Calidad del servicio/satisfacción del usuario.
  - Análisis del entorno de la organización de la CMA: hospitalaria y extrahospitalaria.
- *Análisis de las variables de marketing:*
  - Imagen pública de la organización en la CMA.
  - Eficacia de las campañas de comunicación sobre la CMA.

**FASE I. DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN CMA**

- Definición del problema de decisión (objetivo general): el objetivo de investigación debe definirse en base a una estrecha coordinación entre decisor e investigador.

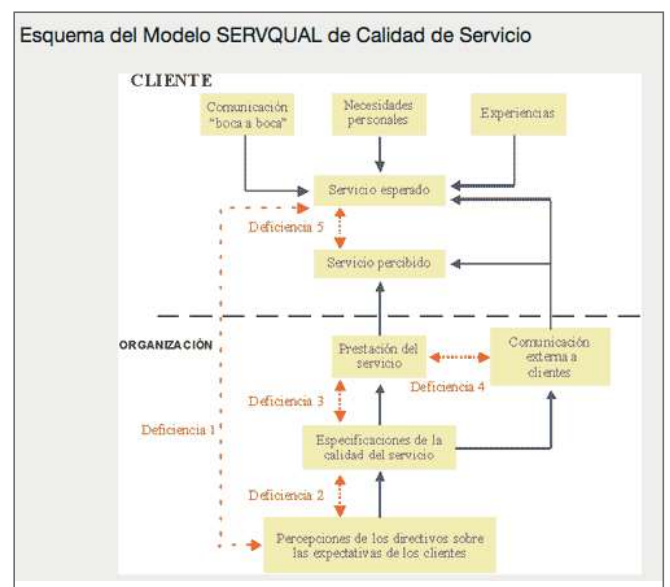


Figura 1. Modelo SERVQUAL.

- Establecimiento de las necesidades de información:
  - Definir las cuestiones de investigación concretas que guiarán la posterior recogida de información enfocadas a CMA.
  - Grupos de entre 8 y 15 personas, aprox.
  - Discusión libre sobre un tema (entre 1 y 2 horas máximo).
  - Efecto “bola de nieve”.
  - Mayor riqueza y profundidad en las opiniones.
- Aspectos críticos en la investigación cualitativa:
  - Definición de los objetivos que se pretenden alcanzar con las entrevistas/dinámicas de grupo.
  - Planificación.
  - Análisis e interpretación de los resultados.
  - Reuniones de grupo (focus group).
- Investigación cuantitativa:
  - El método más utilizado dentro de este tipo de investigación es la encuesta de satisfacción.
  - Estudios estructurados dirigidos a describir y cuantificar opiniones y comportamientos.
  - Utilización de muestras estadísticamente representativas de la población estudiada.
  - Los datos pueden ser objeto de un análisis estadístico sofisticado.
- Planificación del muestreo (relacionada con la población, lugar de residencia, distancia al centro asistencial, desplazamiento).
- Debe definirse:
  - Universo: población objeto de estudio.
  - Muestra: número de personas (pacientes/familiares) de quienes se obtendrá la información.
  - Procedimiento de muestreo: criterio de selección de la muestra (más frecuentes: por cuotas o por conveniencia; más fiables: procedimientos aleatorios).
- Establecimiento del soporte de información:
  - Método de recogida de información: en el caso de las encuestas, estas pueden ser personales (mayor número de ventajas), postales, telefónicas o virtuales.
  - Diseño del cuestionario: en las encuestas se plantea un conjunto de preguntas estructuradas por bloques temáticos (de acuerdo con las necesidades de información).

Están emergiendo nuevos modelos de gestión que tratan de mejorar los costes, la calidad y coordinación entre niveles asistenciales (Figura 2).

Muchos de estos modelos se centran en el tratamiento de episodios agudos, algo importante pero que no resolverá el desafío del valor en la asistencia sanitaria. Será necesario coordinar e integrar muchos de estos modelos, además de extenderlos a los servicios de prevención, crónicos o incluso terminales (8).

Países como el Reino Unido y los EE. UU. están asistiendo al crecimiento de “dispensarios”, clínicas dentro de otros

**FASE II. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y AUDITORÍAS DE MERCADOS**

- Elección del tipo de investigación o proceso quirúrgico en CMA.



Figura 2. La asistencia sanitaria en 2015.

establecimientos (como centros comerciales, empresariales, etc.), que responden mejor a la demanda de costes reducidos y de un acceso más adecuado en determinados casos. En el tratamiento de agudos, los centros de cirugía ambulatoria están descongestionando los hospitales. Tanto en los episodios de agudos como en las enfermedades crónicas, se utilizan los servicios de telemedicina y las e-visitas para la monitorización remota y las consultas online de los pacientes (8) (Figura 2).

### MODELO DE LAS DISCREPANCIAS O SERVQUAL

A mitad de la década de los 80, Parasuraman, Zeithaml y Berry (en adelante PZB), investigadores del Instituto de Marketing de Texas, propusieron un modelo de calidad del servicio, denominado de las “discrepancias” (*gaps*, en inglés), que ha logrado una gran difusión, mucho mayor a la conseguida por el modelo de la Imagen de Grönroos, pese a que, como los autores reconocen, su modelo parte de los postulados originales antes descritos de este autor nórdico (9-13).

PZB diseñaron su modelo de las discrepancias a partir de un estudio empírico sobre la calidad en las empresas de servicios, en concreto entrevistaron a 14 gestores de empresas de banca y productos afines (inversiones y tarjetas de crédito) y de empresas de servicios de reparación, y realizaron 12 grupos focales con clientes de estas empresas. A partir de la información de las entrevistas en profundidad con los directivos, identificaron un total de cuatro discrepancias en el terreno de la empresa que, en función de su magnitud, contribuían al deterioro de la calidad del servicio que prestaban a sus clientes. A partir de la información obtenida en estos grupos focales llegaron a la siguiente conclusión. Desde el punto de vista del cliente, la calidad percibida dependía de la diferencia entre lo que esperaban (expectativas) y lo que recibían (percepción de la experiencia).

La calidad percibida por el cliente, según estos autores, vendrá determinada por la comparación que realiza un cliente particular entre lo que espera sea el servicio que solicita y en lo que realmente consiste ese servicio. Según este modelo, lo que cuentan otros clientes, las experiencias previas de consumo, la publicidad o la propia necesidad personal, condicionan esa idea (expectativa) de lo que cabe esperar de una determinada organización o de una determinada prestación de servicio. Las dimensiones que se hipotetiza más importan a los clientes son: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación, cortesía, etc.

A partir de esta idea, construyeron su modelo teórico para explicar qué factores incidían en la calidad de los servi-

cios y en las valoraciones que realizaban los clientes. Este modelo identifica un total de 5 discrepancias, cuatro en el terreno de la propia organización y una quinta en el espacio del cliente. Diseñaron su modelo conforme al esquema de la figura inferior.

Las cuatro primeras discrepancias, según PZB, aplicadas a un centro sanitario, corresponderían al modelo de las discrepancias (9-13) (Figura 1).

### CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR EL PACIENTE

- La *primera discrepancia* es que la dirección no sea capaz de percibir correctamente lo que los pacientes desean o necesitan. En este caso, el centro no estará preparado para responder, en modo alguno, a las demandas y necesidades de los pacientes, y será incapaz de planificar su estrategia de cara al futuro. Se destacan como factores clave para determinar la magnitud de esta discrepancia (y por tanto de las posibles pérdidas de calidad) las fuentes de información de que dispongan sobre las necesidades y expectativas de los pacientes, cómo se aprovecha la información que pueden brindar los diferentes profesionales del Servicio y cómo se establecen líneas de comunicación entre responsables y componentes del equipo (Figura 1).
- La *segunda discrepancia* viene motivada por que la Dirección (o la Jefatura del Servicio) no pueda definir en forma realista especificaciones de calidad que se correspondan con la información obtenida sobre las necesidades actuales y futuras de los pacientes. Vendrá condicionada por imposibilidades organizativas, desconocimiento, despreocupación o por no saber traducir esa información en requisitos de calidad.
- La *tercera discrepancia* viene condicionada por cómo se determinan los objetivos de calidad, qué nivel de participación se logra en su definición, qué preocupación por la mejora continua existe en el centro o en el Servicio Médico, cuál es el grado de satisfacción laboral de los profesionales que integran el Servicio, qué oportunidades de desarrollo profesional tienen y qué estilos de dirección se llevan a la práctica. En general, se consideran aquí todos los factores que se producen por la incapacidad de la organización para responder al estándar de calidad predefinido.
- La *cuarta discrepancia* se relaciona básicamente con las comunicaciones hacia el exterior y hace referencia, especialmente, a las promesas hechas a los pacientes y que estos perciben como no cumplidas. En la práctica, cuando ocurre esta discrepancia en un hospital suele suceder que la Dirección y el personal de contacto con el paciente (por ejemplo Admisión) no mantienen la comunicación suficiente, la administración sanitaria formula manifestaciones que son desconocidas por el personal del centro sanitario de contacto directo con el paciente, o bien existe una falta de coordinación entre diferentes servicios médicos (9-13).

### ANEXO 1. CONSENTIMIENTO GENERAL DE CMA (6)

Ha sido informado de las características de la CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, bajo anestesia general, regional o local, con la peculiaridad de poder volver a casa con mi familia, si procede, el mismo día de la intervención.

El médico me ha explicado los riesgos comúnmente conocidos y las alternativas existentes, insistiendo además en:

1. Organizar la vuelta a casa con la compañía de una persona responsable-
2. No tomar alcohol en las 24 horas siguientes a la intervención.
3. No conducir ningún tipo de vehículo hasta después de las 24 horas siguientes a la anestesia.
4. Mi deber de llamar al Hospital o a mi médico para comunicarle cualquier anomalía de mi recuperación.
5. La posibilidad de que el médico prolongue la hospitalización en caso de surgir complicaciones.
6. Postponer decisiones importantes o trascendentes durante las primeras 24 horas, si esto es posible.

Por tanto autorizo a la Unidad de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA del Hospital \_\_\_\_\_ a realizar este tipo de tratamiento quirúrgico.

PACIENTE/ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE

MÉDICO

### ANEXO 2. ¿PUBLICIDAD O MARKETING?



**El poder del benchmarking**  
estancias hospitalarias potencialmente evitables debido a las eficiencias del programa de cirugía ambulatoria

La cirugía ambulatoria está implantada en todos los hospitales, pero no todos la impulsan con la misma intensidad

En el supuesto de que los hospitales que tienen tasas de sustitución más bajas se comportaran como los más resolutivos (con datos de Cataluña) habría un ahorro equivalente a la liquidación de al menos 50 camas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalde Bezhold D, Pérez Alonso A. Impacto económico de las unidades de CMA. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de CMA; 1997.
2. Arribas Blanco JM. Repercusiones de la Cirugía sin ingreso en las consultas de Atención Primaria. FMC 1998;5(4).
3. Simón Martín J. Estudio de situación de la cirugía ambulatoria en los hospitales de Madrid. En: Villacorta Ferreres J, editor. Madrid: Fundación Rich; 1996. p. 15-26.
4. Colomer Mascaró J. Creación y desarrollo de una unidad de cirugía sin ingreso (UCSI). En: Villacorta Ferreres, J editor. Madrid: Fundación Rich; 1996. p. 27-31.
5. Pino L, Cagigas JC, Gutiérrez E, Bolado M, Ruíz, JL, Cagigas-Roecker P, et al. La calidad percibida y esperada como marketing en la cirugía mayor ambulatoria del área III-IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Spanish J Surg Res 2016;XIX(4):143-51.
6. Jiménez A. Modelo de consentimiento informado. Hospital Clínico de Zaragoza Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Cagigas JC, Gómez J, Gutiérrez E, Ruíz JL, Bolado M, Cagigas-Roecker P, et al. Ingresos y reingresos en CMA. Análisis en el área III-IV de la Comunidad de Cantabria. Day surgery unit admissions and re-admissions. Analysis in area III-IV of Cantabria, north of Spain. Spanish J Surg Res 2016;19(2):63-8.
8. La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios. IBM Institute for Business Value IBM Global Business Services, a través del IBM Institute for Business Value.
9. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
10. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml VA. Perceived service quality as a customer-based performance measure: an empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model. Human Resource Management 1991;30(3):335-64.
11. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985;49:41-50.
12. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing 1998;64(1):12-40.
13. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. Journal of Retailing 1991;67(4):420-50.