



VNIVERSITAT
D VALÈNCIA

[E] Facultat d' Economia

Departament de Comercialització i Investigació de Mercats
Programa de Doctorado en Marketing

**DETERMINANTES DE LA INFLUENCIA DEL WOM EN
LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: LA
PERSPECTIVA DEL FACULTATIVO SANITARIO**

Tesis Doctoral

Presentada por:

Alejandro Utrilla Gómez

Dirigida por:

Dra. Dña. María José Miquel Romero

Dr. D. Joaquín Aldás Manzano

Valencia, Septiembre 2019

Agradecimientos

Quiero dedicar esta tesis doctoral a mi mujer Raquel, y en especial a mis dos hijas, Claudia y Alejandra. Nunca podía imaginar que se puede amar tanto, os quiero muchísimo, sois mi vida. Claudia y Alejandra, a pesar de que todavía sois muy pequeñas, papá y mamá van a intentar enseñaros la cultura del esfuerzo. Nunca os rindáis, trabajad duro por alcanzar vuestros sueños y seguro que los alcanzaréis. No puedo olvidarme de mis padres que me han educado y apoyado en todas mis decisiones a lo largo de mi vida, os quiero mucho.

Quiero agradecer esta tesis a mis dos directores, Ximo y María José, porque sin ellos esta tesis nunca podría haber salido adelante. Quería hacer una mención especial a María José por ser tan buena profesional, y sobre todo excelente persona. Durante estos cinco años hemos trabajado codo con codo, has visto nacer a mis dos hijas; te voy a echar mucho de menos. Por otro lado, Ximo, a pesar de la enorme carga de trabajo que llevas por tu puesto actual de Vicerrector de la Universidad, siempre has estado ahí; sin tu enfoque y ayuda esta tesis tampoco podría haber salido; he tenido también mucha suerte de tenerte como director; te agradezco mucho tu esfuerzo y dedicación en toda esta tesis doctoral.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO 1: CONTEXTO DE ESTUDIO : LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA.....	27
1.1. Relevancia y peculiaridades del sector farmacéutico	29
1.2 Desarrollo de medicamentos nuevos	35
1.3 Medicamentos de marca y medicamentos genéricos	39
1.4 Canales de contacto y comunicación entre el laboratorio farmacéutico y el paciente	44
<i>1.4.1 La comunicación entre el laboratorio farmacéutico y el médico: El rol del delegado comercial.....</i>	<i>49</i>
1.5 Farmaindustria y su código deontológico	53
CAPÍTULO 2: WORD OF MOUTH: CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS Y RELEVANCIA.....	59
2.1 Concepto de Word of Mouth.....	61
2.2 Diferencias entre WOM/ eWOM.....	71
2.3 El papel del WOM en marketing.....	76
2.4 Relevancia del WOM para la empresa	84
<i>2.4.1 Incremento en ventas e impacto en la reputación.....</i>	<i>84</i>
<i>2.4.2 Conocimiento de la satisfacción del cliente y su actitud.....</i>	<i>89</i>
<i>2.4.3 Información para el desarrollo de nuevos productos</i>	<i>93</i>
CAPÍTULO 3: GENERACIÓN DEL WORD OF MOUTH.....	95

3.1 Bases para la generación de las comunicaciones WOM.....	97
3.1.1 <i>Teoría de la Acción razonada.....</i>	<i>104</i>
3.1.2 <i>Teoría del Comportamiento Planeado</i>	<i>108</i>
3.1.3 <i>Modelo de la Probabilidad de Elaboración de la Persuasión</i>	<i>112</i>
3.1.4 <i>Modelo de Aceptación de la Tecnología.....</i>	<i>116</i>
3.2 Motivaciones del emisor para la generación de la comunicación WOM.....	120
3.2.1 <i>Teoría de Ditcher (1966).....</i>	<i>121</i>
3.2.2 <i>Teoría de Blackwell, Engel y Miniard (1993).....</i>	<i>122</i>
3.2.3 <i>Teoría de Sundaram, Mitra y Webster (1998).....</i>	<i>123</i>
3.2.4 <i>Teoría de Balasubramanian y Mahajan (2001)</i>	<i>124</i>
3.2.5 <i>Teoría de Mazarol, Sweeney y Soutar (2007).....</i>	<i>127</i>
3.2.6 <i>Teoría de Lovett, Peres y Shachar (2013)</i>	<i>128</i>
CAPÍTULO 4: FACTORES DETERMINANTES DE LA ADOPCIÓN DEL WOM.....	135
4.1 Factores relacionados con el receptor	137
4.1.1 <i>Motivaciones del receptor.....</i>	<i>138</i>
4.1.2 <i>Experiencia con las comunicaciones WOM.....</i>	<i>144</i>
4.1.3 <i>Personalidad, homofilia y género del receptor.....</i>	<i>147</i>
4.1.4 <i>WOM y la cultura del país.....</i>	<i>153</i>
4.2 Factores relacionados con el mensaje	154
4.2.1 <i>Valencia del mensaje</i>	<i>154</i>
4.2.2 <i>Consistencia, estilo y riqueza del contenido del mensaje.....</i>	<i>162</i>

4.2.3 <i>Volumen y dispersión del mensaje</i>	166
4.3 Factores relacionados con la plataforma donde se desarrolla la comunicación WOM.....	168
4.3.1 <i>Tipo de plataforma WOM</i>	168
4.3.2 <i>Credibilidad de la plataforma WOM</i>	173
CAPÍTULO 5: OBJETIVOS Y PROPUESTA DE HIPÓTESIS	181
5.1. Hipótesis relacionadas con el mensaje y su transmisión	185
5.2. Hipótesis relacionadas con la fuente de la información	196
5.3. Hipótesis relacionadas con el transmisor de la información.....	198
5.4. Hipótesis relacionadas con la intención de prescribir	201
5.5. De intención de comportamiento a comportamiento real: comparación de las relaciones propuestas.....	203
CAPÍTULO 6: DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	207
6.1 Población, muestra, método de muestreo y trabajo de campo	209
6.2 Diseño del cuestionario y pretest	212
6.2.1 <i>Instrumentos de medida de las variables</i>	214
6.3 Procedimiento y técnica de análisis de datos.....	216
6.3.1 <i>Análisis multigrupo</i>	219
6.4 Caracterización de la muestra.....	221
6.5 Análisis descriptivo de las variables objeto de estudio	224
6.6 Validación del instrumento de medida.....	228

6.7 Ficha técnica del estudio.....	233
CAPÍTULO 7: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y DISCUSIÓN	235
7.1. Estimación del modelo estructural: contraste de hipótesis.....	237
7.2 Resultados del análisis multigrupo.....	248
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	257
8.1 Conclusiones.....	260
8.2 Limitaciones de la investigación.....	281
8.3 Futuras líneas de investigación.....	283
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	289
ANEXOS.....	319

Índice de Figuras

Figura 1.1: Evolución del mercado de genéricos y medicamentos de marca en euros (PVP).....	41
Figura 1.2: Evolución del mercado de genéricos y medicamentos de marca en unidades.....	42
Figura 1.3. Canales de contacto y comunicación entre la industria farmacéutica y el paciente.....	45
Figura 3.1: Por qué se producen las comunicaciones WOM.....	98
Figura 3.2: Propuesta de la Teoría de Acción Razonada.....	106
Figura 3.3: Teoría del Comportamiento Planeado.....	111
Figura 3.4: Modelo de Aceptación de la Tecnología (TAM).....	118
Figura 3.5: Motivaciones emocionales y las implicaciones de Blackwell, Engel, y Miniard (1993)..	125
Figura 3.6: Motivaciones emocionales orientadas a la utilidad de Balasubramanian y Mahajan (2001)	126
Figura 3.7: Motivaciones de Lovett, Peres y Shachar (2013).....	128
Figura 5.1: Modelo teórico propuesto.....	202

Índice de Tablas

Tabla 1.1: Gasto sanitario total, público y privado (% sobre el PIB) en 2015 y 2016.....	30
Tabla 1.2: Gasto en medicamentos, material médico y otros productos farmacéuticos como porcentaje del gasto sanitario total y como porcentaje del PIB en los países del mundo en 2016.....	32
Tabla 2.1. Evolución de las definiciones de WOM/e-WOM con el paso del tiempo.....	70
Tabla 2.2: Relación entre los canales de comunicación y la etapa proceso compra.....	73
Tabla 2.3. Principales diferencias entre WOM tradicional y eWOM.....	76
Tabla 3.1 Diferentes modelos motivacionales de generación de comunicaciones WOM.....	132
Tabla 4.1. Conclusiones de los estudios acerca de la valencia del WOM.....	161
Tabla 6.1: Diseño de las escalas de medición del constructo.....	215
Tabla 6.2. Especialidades médicas representadas en la muestra.....	222
Tabla 6.3: Género del entrevistado en función de la situación de prescripción.....	222
Tabla 6.4: Edad del entrevistado y años de profesión en función de la situación de prescripción.....	223
Tabla 6.5: Especialidad del entrevistado en función de la situación de prescripción.....	223
Tabla 6.6: Valores medios de los ítem de la escala Diagnosticidad Percibida según la situación de prescripción.....	225
Tabla 6.7: Valores medios de los ítem de la escala Riqueza del Mensaje según la situación de prescripción.....	225

Tabla 6.8: Valores medios de los ítem de la Fuerza de la Recomendación según la situación de prescripción.....	226
Tabla 6.9: Valores medios de los ítem de la escala Credibilidad según la situación de prescripción..	226
Tabla 6.10: Valores medios de los ítem de la escala Vínculo Emocional según la situación de prescripción.....	227
Tabla 6.11: Valores medios de los ítem de la escala Actitud hacia la prescripción según la situación de prescripción.....	227
Tabla 6.12: Valores medios de los ítem de la escala Intención de prescribir según la situación de prescripción.....	228
Tabla 6.13: Fiabilidad y Validez convergente.....	230
Tabla 6.14: Validez discriminante y Cargas cruzadas.....	232
Tabla 6.15: Ficha técnica del estudio.....	233
Tabla 7.1: Contraste de hipótesis.....	237
Tabla 7.2: Significatividad de las diferencias entre los betas del grupo de prescriptores y no prescriptores.....	249

INTRODUCCIÓN

Los consumidores frecuentemente comparten con su entorno muchas experiencias vividas generadas tras el consumo de diversos productos y/o servicios. Todas estas experiencias influyen de manera más o menos clara en las opiniones y decisiones de compra de otros posibles consumidores. Por diversas razones, hay una serie de productos, servicios y situaciones que despiertan un gran interés entre los individuos, y hace que se genere un entorno susceptible a conversaciones. Es el llamado *Word of Mouth* (WOM de ahora en adelante) o comunicación boca-oído, donde todas estas experiencias, directas o indirectas, vividas antes, durante o tras el consumo del producto, servicio, o situación, entran en juego, y pueden afectar de forma notable a futuras decisiones de compra de otros potenciales consumidores.

El WOM ha sido valorado, desde siempre, como una herramienta clave a considerar por cualquier empresa, por las repercusiones positivas y/o negativas en la imagen de marca y, como consecuencia, en la cuota de mercado, entre otras variables. A pesar de que este tipo de comunicación existe desde el origen de la humanidad, publicaciones como la de Arndt (1967) aseguran que las personas confían antes en las recomendaciones de familia y amigos, por encima de otras formas de publicidad, y por ello este tipo de comunicación adquiere mucha relevancia en los diferentes departamentos de marketing de numerosas empresas. Hay autores que han concluido que todas estas conversaciones WOM se dan en casi el 70% de las decisiones de compra (Balter 2008), y que son el principal factor en las decisiones de compra en dos tercios de todas las industrias (Dye, 2000). En esta línea, diversos autores han

constatado que las comunicaciones WOM afectan de forma considerable a las decisiones de compra en el sector alimentario (Arndt, 1967), la banca (Keaveney, 1995), el entretenimiento (Brown and Reingen, 1987), los productos tecnológicos (Herr, Kardes, and Kim, 1991), el sector cinematográfico (Faber y O'Guinn, 1984) o en el sector textil (Richins, 1983), entre otros. Cada uno de estos autores han aportado conclusiones relevantes dentro del campo del WOM, utilizando diferentes metodologías, pero todos concluyen en la importancia de seguir profundizando en el estudio del WOM, dada la relevancia que tiene en la credibilidad y en la notoriedad de marca del producto o empresa objeto de conversación.

Donde mayor volumen de investigaciones hay sobre la relevancia del impacto de las comunicaciones WOM es en el ámbito del turismo y el *retail*. Sin embargo, hemos constatado los pocos estudios que hay sobre este tipo de comunicación en la industria farmacéutica, sector de gran relevancia económica en nuestro país. El sector farmacéutico produce más de 15.000 millones de euros y exporta alrededor de 10.000 millones de euros, suponiendo el 27% de la alta tecnología que se exporta en nuestro país, y empleando con ello a alrededor de 40.000 profesionales directos y 200.000 puestos indirectos (Farmaindustria, 2018). Es un sector que goza de buena salud y sigue generando trabajo cualificado y estable, siendo a la vez una parte esencial del motor económico de nuestro país.

En el sector farmacéutico, el WOM es un antecedente clave y relevante de la decisión de compra de un medicamento. Es el facultativo sanitario, el médico, quien debe prescribir al paciente cierto producto, por lo que su decisión vendrá también determinada por las

comunicaciones WOM de otros médicos, sobre el producto en cuestión o sobre el laboratorio que lo promueve, entre otros aspectos. Esta comunicación WOM puede ser especialmente relevante en el caso de los medicamentos nuevos, ya que para que el médico comience a prescribir un nuevo medicamento es necesario que deje de prescribir el medicamento que hasta ese momento estaba acostumbrado a prescribir para una determinada patología. En este punto, el WOM puede condicionar la decisión del profesional sanitario favoreciendo, o no, que un medicamento nuevo comience a ser prescrito y gane cuota de mercado. Son muchos los años y mucho el dinero invertido en el desarrollo de nuevos medicamentos por parte de los laboratorios farmacéuticos, y pocas las probabilidades de éxito de dicho proceso; por ello, una vez obtenido el nuevo producto y lanzado al mercado, para estas empresas es clave que este sea prescrito, y así puedan ir recuperando la inversión, antes de que caduque su patente.

La probabilidad de encontrar una molécula que conduzca a un éxito en ventas para la compañía farmacéutica es muy pequeña, y además de esta enorme dificultad, hay que destacar que se trata de un valor temporal, ya que este éxito viene marcado por el periodo de protección de la patente. Una vez ha caducado la patente del medicamento, el laboratorio tiene que enfrentarse a la salida de medicamentos genéricos, que de forma drástica consiguen disminuir en meses la participación de mercado del medicamento de marca, y dan por finalizada la época de bonanza del laboratorio investigador de la molécula. Saber qué determina, o no, la prescripción del medicamento nuevo es clave para que el laboratorio farmacéutico pueda orientar de forma más adecuada sus estrategias de marketing no sólo

durante el periodo que dura la patente, sino con mucha más relevancia, de manera previa al lanzamiento del medicamento, para así poder rentabilizarlo desde el primer día que está en el mercado.

En base a lo descrito, la gestión del WOM en este sector es clave, dado que la figura del prescriptor es determinante en la compra de ciertos productos farmacéuticos (los que necesitan prescripción facultativa): sólo si el médico prescribe el medicamento este será susceptible de compra. A diferencia de otros sectores, en este sector la selección del producto a adquirir no recae en el consumidor final, sino en el médico. Este profesional sanitario juega un rol clave en la industria farmacéutica, por lo que la gran mayoría de las actividades que desarrollan los laboratorios van orientadas a este colectivo. Los prescriptores de los medicamentos son los verdaderos clientes de las compañías farmacéuticas.

No obstante, el sector farmacéutico está constituido también por otros actores que se mencionan en el capítulo 1. Además de laboratorios farmacéuticos que son los que investigan y comercializan los diferentes medicamentos, otro actor relevante es quien suministra y abastece todos estos medicamentos a los pacientes: los mayoristas farmacéuticos y las oficinas de farmacia. También hay que considerar a los pagadores de los diferentes medicamentos y/o servicios que ofrecen los laboratorios farmacéuticos, pagadores que pueden ser privados, aunque mayormente son públicos. Cada uno de estos actores tiene objetivos diferentes, y por ello, el consenso y la continua negociación se hacen necesarios para alcanzar metas comunes que beneficien a los pacientes.

En base a todo ello, el principal objetivo de esta tesis doctoral se centra en analizar en qué medida diferentes aspectos vinculados con el WOM influyen, o no, en la decisión de prescripción de un medicamento nuevo por parte del profesional sanitario o médico. La consecución de este objetivo para por identificar los factores que la literatura plantea como determinantes de la adopción del WOM, y seleccionar aquellos que, según nuestro contexto de análisis (prescripción de un medicamento nuevo por parte del profesional sanitario) pueden jugar un papel clave. Desarrollado ese paso, nuestro interés concreto se centra en conocer cómo las características del mensaje (eg: la diagnosticidad percibida del nuevo medicamento a partir de la comunicación WOM, la riqueza del mensaje y su fuerza de recomendación), la credibilidad del laboratorio, y el vínculo emocional que el profesional sanitario tenga con el delegado comercial de dicho laboratorio, influyen en la actitud del médico hacia la prescripción del medicamento y en su intención de prescribirlo. Adicionalmente, queremos conocer si el modelo propuesto y, en definitiva, la fuerza de las relaciones planteadas entre las variables objeto de interés es igual, o significativamente distinta, en una situación final de prescripción real, que una situación final de no prescripción de dicho medicamento.

El análisis de todas estas relaciones nos permitirá generar un conocimiento aplicable a diferentes laboratorios farmacéuticos que estará orientado a la creación de programas de marketing que estimulen de forma proactiva y positiva el WOM de cara al lanzamiento de un medicamento nuevo.

Con este propósito se desarrolla la presente tesis doctoral, organizada en ocho capítulos. Considerando que el contexto de aplicación de las comunicaciones WOM es un sector tan particular como el farmacéutico, creemos clave dedicar todo el primer capítulo a describir y analizar sus peculiaridades, ya que ello ayudará a entender la relevancia del estudio del WOM en este sector.

Así, el “Capítulo 1: Contexto de estudio: la industria farmacéutica”, describe las singularidades del sector y su relevancia en términos económicos y de empleo, cómo es el proceso de desarrollo de nuevos medicamentos, y las diferencias básicas entre los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos; el capítulo concluye con la exposición de los agentes que participan e influyen en mayor o menor medida en la decisión de prescripción de un medicamento.

El capítulo uno concluye con la regulación y el código deontológico por el cual se rigen la gran mayoría de los laboratorios farmacéuticos, y cuyo conocimiento es clave para poder alcanzar una mayor comprensión de este sector.

Contextualizado el sector, el “Capítulo 2: Word of mouth: Concepto, características y relevancia” sienta las bases conceptuales de la parte teórica de esta tesis doctoral. Así, el capítulo comienza definiendo el término WOM e identificando cómo dicha conceptualización ha ido modificándose a lo largo del tiempo. Consecuencia de la aparición de internet, se hace necesario también establecer las diferencias entre WOM y eWOM. El capítulo asimismo

resalta la relevancia del WOM en el ámbito de la comunicación de marketing, así como también para el conjunto de la empresa, identificando su influencia en las ventas y reputación de la organización, en la satisfacción del cliente, y en la generación de inteligencia de marketing de cara al desarrollo de nuevos productos.

El “Capítulo 3: Generación del Word of Mouth” recoge, en primer lugar, las distintas teorías que permiten justificar el por qué se generan las comunicaciones WOM, sintetizándose en un segundo epígrafe aquellas teorías centradas exclusivamente en las motivaciones del emisor de la comunicación para generar el WOM.

En el “Capítulo 4: Factores determinantes de la adopción del WOM”, se hace una revisión de la literatura para identificar qué factores, según la literatura en distintos ámbitos, condicionan que a un individuo le influya o no (adopte o no) la comunicación WOM. Con tal propósito, el conjunto de factores identificados se organiza en tres grupos: factores relacionados con el receptor del mensaje (donde se expone la influencia de las motivaciones del receptor, su experiencia con las comunicaciones WOM, sus características individuales como la personalidad o su género, y la cultura), factores relacionados con el mensaje (resaltando la relevancia de la valencia del mensaje, su contenido, estilo y riqueza de contenido, así como su volumen y nivel de dispersión), y los factores relacionados con la plataforma donde se desarrolla la comunicación WOM (haciéndose aquí referencia al tipo de plataforma y a la credibilidad de esta).

El “Capítulo 5: Objetivos y propuesta de hipótesis” conecta los conocimientos teóricos desarrollados en los tres capítulos previos con el contexto de análisis objeto de esta tesis doctoral, el sector farmacéutico. De esta forma, se identifican las variables vinculadas con el WOM que consideramos que pueden ser más determinantes a la hora de influir en el profesional sanitario y en su decisión de prescripción de un nuevo medicamento y se concretan, sobre dichas variables, los objetivos más específicos de esta tesis doctoral: conocer cómo las características del mensaje (centradas en la diagnosticidad percibida del nuevo medicamento a partir de la comunicación WOM, la riqueza del mensaje y su fuerza de recomendación), la credibilidad del laboratorio, y el vínculo emocional que el profesional sanitario tenga con el delegado comercial de dicho laboratorio, influyen en la actitud del médico hacia la prescripción del medicamento y en su intención de prescribirlo. Sobre este objetivo se desarrollan y plantean cuatro bloques de hipótesis: las relacionadas con el mensaje y su transmisión, las relacionadas con la fuente de la información, las relacionadas con la transmisión de dicha información, y las relacionadas con la intención de prescribir el nuevo medicamento. Asimismo, dentro de este capítulo se plantea como objetivo conocer en qué medida la influencia de las mencionadas variables es la misma, o distinta, en una situación real de prescripción (no de “intención” de prescripción, como se recoge en las hipótesis) y de no prescripción. Con este objetivo, en forma de cuestión a investigar, se cierra el capítulo cinco.

Una vez desarrollado el marco teórico relativo a las comunicaciones WOM y propuestos los objetivos y las hipótesis de este trabajo, en el “Capítulo 6: Diseño y metodología de la investigación” se explican los aspectos metodológicos que han permitido recoger la información necesaria para dar respuesta a los objetivos planteados. Además de identificar cuál ha sido la población (médicos en activo, sea cual sea su especialidad, edad o años de experiencia), la muestra (140 médicos) y el método de muestreo utilizado (por cuotas en base a la situación de prescripción/no prescripción del nuevo medicamento), se explica todo el proceso de diseño del cuestionario, así como el análisis utilizado para contrastar las hipótesis propuestas (PLS-SEM) y dar respuesta a la cuestión a investigar (análisis multigrupo). En este capítulo también se ofrece información sobre las características de la muestra, se aporta un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio y se constatan las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida. Se cierra el capítulo con la ficha técnica del estudio, donde se constata que el trabajo de campo fue realizado entre el 1 de Junio de 2018 y el 15 de Febrero de 2019.

El “Capítulo 7: Resultados y discusión” explica los resultados del contraste de las hipótesis propuestas en el capítulo cinco, así como también los resultados del análisis multigrupo realizado para dar respuesta a la cuestión a investigar planteada.

Finalmente, el “Capítulo 8: Conclusiones, limitaciones y futuras líneas de investigación”, como su propio nombre indica, recoge las conclusiones generales derivadas no solo de la parte empírica desarrollada, sino también de la parte teórica inicial. A partir de tales

conclusiones se proponen recomendaciones prácticas a los laboratorios farmacéuticos que pretenden influir en la eficacia de las comunicaciones WOM que dirigen a los profesionales sanitarios, a aras a favorecer la prescripción de los nuevos medicamentos. El capítulo concluye con las limitaciones del trabajo, y sugiriendo nuevas líneas de investigación que permitan en un futuro avanzar en el conocimiento del WOM y su influencia en el sector farmacéutico.

CAPÍTULO 1: CONTEXTO DE ESTUDIO : LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

1.1. Relevancia y peculiaridades del sector farmacéutico

El sector farmacéutico es una parte esencial del motor económico de cualquier país desarrollado, ya que genera riqueza, prosperidad y puestos de trabajo altamente cualificados. En nuestro país, es uno de los sectores de gran relevancia dentro del PIB nacional. Según datos de Farmaindustria (2018), está representado por 40.000 profesionales directos, de los cuales 4.800 se dedican a la investigación y desarrollo, y genera, sumando empleos directos e indirectos, alrededor de 200.000 puestos de trabajo. En España, este sector produce más de 15.000 millones de euros, alrededor de un 25% de la alta tecnología, y exporta alrededor de 10.000 millones de euros, lo que supone el 27 % de la alta tecnología que se exporta en todo el territorio nacional. Los productos farmacéuticos lideran la segunda posición de productos de alta tecnología exportados a nivel nacional. Este dato nos revela el alto componente tecnológico del sector farmacéutico, teniendo en cuenta que sólo el 2% del total de la producción española global viene representado por la industria farmacéutica (Olmo y González, 2016). Además, representa el 20% del total de la inversión de I+D industrial en España (INE, 2015). Según los últimos datos disponibles, en el año 2016 la inversión realizada en España fue alrededor de 1.085 millones de euros, de los cuales casi la mitad corresponden a diferentes proyectos de colaboración para la realización de ensayos clínicos en distintos hospitales y centros de investigación, públicos y/o privados (Farmaindustria, 2018).

En lo relativo al gasto sanitario, el estudio de López y Santiago (2017) señala que en el año 2016 éste supuso en España un 9% del PIB, del cual, alrededor de un 6,3% procedía de

financiación pública y entorno a un 2,7% de financiación privada (Tabla 1.1). Si comparamos España con el resto de los países europeos, en dicho año los países con un mayor gasto sanitario fueron Suiza con un 12,4% del PIB (7,9% público y 4,5% privado), Alemania con un 11,3% (9,5% pública y 1,7% privada), Francia con un 11% (8,7% pública y 2,3% privada) y Suecia con un 11% (9,2% pública y 1,8% privada). En dicho estudio se destaca también que el país con mayor gasto sanitario a nivel mundial, en el 2016, fue EE. UU. con un 17,2 % del PIB (8,5% público y 8,8% privado).

Tabla 1.1: Gasto sanitario total, público y privado (% sobre el PIB) en 2015 y 2016

	2015			2016		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Alemania	9,4	1,7	11,2	9,5	1,7	11,3
Australia	6,4	3,1	9,4	6,5	3,1	9,6
Austria	7,8	2,5	10,3	7,8	2,5	10,4
Bélgica	8,1	2,4	10,5	8	2,4	10,4
Canadá	7,2	3,1	10,3	7,2	3,1	10,3
Chile	4,9	3,2	8,1	5,1	3,3	8,4
Corea	4,2	3,2	7,4	4,3	3,3	7,7
Dinamarca	8,7	1,6	10,3	8,7	1,6	10,4
Eslovaquia	5,5	1,4	6,9	5,5	1,4	6,9
Eslovenia	6,1	2,4	8,5	6,1	2,4	5,6
España	6,5	2,7	9,2	6,3	2,6	9
Estados Unidos	8,3	8,6	16,9	8,5	8,8	17,2
Estonia	4,9	1,6	6,5	5,1	1,6	6,7
Finlandia	7	2,4	9,4	7	2,4	9,4
Francia	8,7	2,3	11,1	8,7	2,3	1,1
Grecia	5	3,3	8,4	4,8	3,3	8,2
Hungría	4,8	2,4	7,2	5,2	2,4	7,6

Irlanda	5,4	2,3	7,8	5,5	2,3	7,8
Islandia	7	1,6	8,6	7,1	1,5	8,6
Israel	4,5	2,8	7,4	4,5	2,8	7,3
Italia	6,7	2,3	9	6,7	2,2	8,9
Japón	9,2	1,7	10,9	9,1	1,7	10,9
Letonia	3,3	2,4	5,8	3,2	2,5	5,7
Lituania	4,4	2,1	6,5	4,3	3,3	7,7
Luxemburgo	5	1,1	6	5,3	1,1	6,3
Méjico	3,1	2,8	5,9	3	2,8	5,8
Noruega	8,5	1,5	10	8,9	1,5	10,5
Nueva Zelanda	7,5	1,8	9,3	7,4	1,8	9,2
Países Bajos	8,6	2,1	10,7	8,5	2	10,5
Polonia	4,4	1,9	6,3	4,4	2	6,4
Portugal	5,9	3	9	5,9	3	8,9
Reino Unido	7,9	2	9,9	7,7	2	9,7
República Checa	6	1,2	7,2	6	1,2	7,2
Suecia	9,2	1,8	11	9,2	1,8	11
Suiza	7,7	4,3	12,1	7,9	4,5	12,4
Turquía	3,2	0,9	4,1	3,4	0,9	4,3

Fuente: López y García-Arranz (2017)

Según el trabajo de López y Santiago (2018), España destina un 9% del PIB nacional al gasto sanitario total. En la tabla 1.2 se muestra qué porcentaje, dentro del gasto en salud, o lo que es lo mismo, gasto sanitario total, se destina a medicamentos, material médico y otros productos farmacéuticos, y su porcentaje dentro del PIB nacional. Se evidencia que España destina un 18% de la partida del gasto sanitario total a medicamentos, material médico y otros productos farmacéuticos, suponiendo un 1,6% del PIB nacional (Tabla 1.2). En cambio EE.UU. destina un 12,2% del gasto sanitario a medicamentos, Suecia un 9,9%, Alemania un 14,3 % y finalmente Francia un 14,7%. Esta es la razón principal por la que el gobierno central quiere

reducir el gasto en medicamentos en todo el territorio nacional, para lo cual está llevando a cabo una serie de medidas. La gran mayoría de todas estas medidas están enfocadas a medicamentos que se dispensan en las oficinas de farmacia, y en una menor proporción, a todos aquellos de ámbito hospitalario que, teóricamente, tienen un mayor coste, por la innovación que representan.

También es importante destacar el impacto que tienen para la economía española las exportaciones de medicamentos. En el trabajo de Olmo y González (2016) se detalla el crecimiento exponencial que han adquirido las exportaciones de medicamentos en todo el territorio nacional desde el año 2000. Según exponen estos autores, los medicamentos suponen el quinto producto más exportado de España. En pocos años, la balanza comercial farmacéutica a nivel nacional pasó de tener un déficit de 356 millones de euros en 2003, a un superávit de 1.322 millones de euros en el año 2013. En este periodo de tiempo el ritmo de crecimiento de exportación ha sido de un 19,2 % anual, y actualmente sigue creciendo de forma exponencial, generando con ello un impacto muy positivo para la economía española.

Tabla 1.2: Gasto en medicamentos, material médico y otros productos farmacéuticos como porcentaje del gasto sanitario total y como porcentaje del PIB en los países del mundo en 2016

	% del gasto en salud	% del PIB
Alemania	14,3	1,6
Austria	12,4	1,3
Bélgica	14,2	1,5
Corea	21,4	1,6
Dinamarca	6,8	0,7

Eslovaquia	26,9	1,9
Eslovenia	18,3	1,6
España	18	1,6
Estados Unidos	12,2	2,1
Estonia	18,2	1,2
Finlandia	12,5	1,2
Francia	14,7	1,6
Grecia	25,9	2,2
Hungría	29,2	2,1
Irlanda	13	1
Islandia	12,1	1
Italia	17,9	1,6
Letonia	26,8	1,5
Lituania	26,8	1,7
Luxemburgo	8,6	0,5
Méjico	27,2	1,6
Noruega	7,7	0,8
Países Bajos	7,9	0,8
Polonia	21	1,3
Portugal	15,5	1,4
Reino Unido	12,1	1,2
República Checa	17,3	1,3
Rusia	22,9	1,3
Suecia	9,9	1,1
Suiza	14	1,7

Fuente: López y García-Arranz (2017)

Olmo y González (2016) destacan la posición privilegiada y competitiva que representa la industria farmacéutica en nuestro país. Contribuye a un crecimiento sostenible del PIB nacional, independientemente de las coyunturas económicas, por su alto contenido

tecnológico, y todo ello gracias a los elevados niveles de inversión en I+D realizados en el sector. A pesar de dicha relevancia, creemos oportuno cerrar este epígrafe resaltando ciertas características que diferencian al sector farmacéutico español del resto de sectores de nuestro país. En primer lugar, una de las principales peculiaridades es que está liderado por diferentes empresas privadas, la mayoría multinacionales, todas ellas severamente reguladas por diferentes organismos públicos. En segundo lugar, el consumidor final o paciente, no es el pagador único del medicamento, ya que en la mayoría de las ocasiones está financiado en un porcentaje, o incluso en su totalidad, por el Sistema Nacional de Salud o bien entidades privadas. El principal objetivo de estos pagadores es el de la promoción de tratamientos coste-efectivos, que permitan reducir los costes totales del tratamiento obteniendo mejores resultados sanitarios en los pacientes. Como ya se ha apuntado, se ejerce una gran presión por parte del Ministerio de Sanidad para contener los costes sanitarios y así poder garantizar la sostenibilidad del sistema de salud en nuestro país. En tercer lugar, existe la figura del prescriptor, el médico, que actúa como intermediario entre el pagador y el paciente, determinando la decisión final de compra mediante la prescripción de medicamento. Y finalmente, otro elemento diferenciador es que la estrategia de marketing y ventas de los laboratorios farmacéuticos, a diferencia del resto de sectores, no va dirigida al consumidor final del producto; está fundamentalmente orientada al prescriptor del medicamento.

1.2 Desarrollo de medicamentos nuevos

A lo largo de este epígrafe vamos a exponer las dificultades que el desarrollo de medicamentos nuevos le presenta a la empresa farmacéutica. Por lo general, de un 10% a un 20% de los beneficios de las multinacionales farmacéuticas son destinados a investigación y desarrollo de nuevas moléculas. Un artículo de la Revista Médica Sanitaria (Ortega, 2014) asemeja la búsqueda de un medicamento con gran éxito comercial a la búsqueda de oro. Existe una elevada complejidad para encontrar medicamentos con novedades terapéuticas diferenciales que aporten valor a los pacientes. Conocer todas estas dificultades es relevante, puesto que permitirá comprender la necesidad que tienen las empresas farmacéuticas de rentabilizar financieramente el medicamento antes de la caducidad de la patente. El laboratorio farmacéutico lleva a cabo un gran esfuerzo durante la investigación y desarrollo del mismo, y hay bajas probabilidades de éxito de sacar al mercado otro nuevo medicamento en un breve espacio de tiempo.

No obstante, antes de abordar estas dificultades creemos que es importante conocer qué se entiende por medicamento. Para ello, vamos a referirnos a la definición de medicamento publicada en el artículo 1.2 de la Directiva 2001/83/CE del 6 de noviembre de 2001 (página 23) que define como medicamento a “toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades curativas o preventivas con respecto a las enfermedades humanas. Se considerarán asimismo medicamentos todas las sustancias o combinación de sustancias que puedan administrarse al hombre con el fin de establecer un

diagnóstico médico o de restablecer, corregir o modificar las funciones fisiológicas del hombre”.

Farmaindustria (2017b) expone muy claramente las dificultades y retos para la industria farmacéutica durante las etapas de investigación, desarrollo y comercialización de un medicamento nuevo. Según dicha información, el desarrollo y la investigación de un medicamento nuevo supone una inversión de alrededor de 2.425 millones de euros para la empresa farmacéutica; el plazo de tiempo habitual para poder finalizar los diferentes ensayos clínicos que se requieren, previos en la comercialización del medicamento, se sitúa en unos 12 o 13 años.

La tasa de éxito en el desarrollo de un medicamento es de un 0,62%, es decir, que lo normal es que la mayoría de las moléculas en estudio no lleguen nunca a ser comercializadas. Esta es la razón por la que la mayoría de las empresas farmacéuticas investigadoras disponen de un ¹ de moléculas muy amplio, ya que son conscientes de que la inmensa mayoría de las moléculas que tienen en investigación no van a lograr nunca llegar a ser comercializadas. Según los datos de Farmaindustria (2017b), a lo largo del año 2015 sólo fueron aprobadas y autorizadas para su comercialización 44 moléculas de un total de 7.262 moléculas que se encontraban en desarrollo.

Las etapas por las que ha de pasar el desarrollo de un medicamento nuevo son básicamente cuatro (Farmaindustria, 2014). La primera etapa, la fase de descubrimiento del fármaco, es

¹ Como pipeline se entiende el número de moléculas que se encuentran en fase de desarrollo

probablemente la etapa más complicada. Se trata de una etapa muy larga y con una tasa de éxito relativamente baja; los científicos estiman que, de 10.000 moléculas, únicamente pasan a la siguiente etapa 250. A lo largo de esta etapa identifican el fármaco y la diana donde actúa, para valorar así la posible efectividad del fármaco para la patología concreta.

La siguiente etapa es la fase pre-clínica, donde se realizan diferentes ensayos con organismos vivos. El principal objetivo a lo largo de las diferentes pruebas es evaluar la seguridad del mismo para, a posteriori, realizar la administración de las moléculas en seres humanos.

La estimación en cuanto al tiempo promedio requerido para la fase de descubrimiento y la de preclínica es de 50,2 meses. La tasa de éxito al final de estas dos fases es de un 1%. Es decir, solo un 1% de las moléculas pasan a la fase clínica, que sería la tercera etapa. La inversión realizada en el 99% de las moléculas que no han entrado en la fase clínica, ha supuesto una gran pérdida económica y de tiempo para la empresa farmacéutica, que en un futuro deberá amortizar con la futura comercialización de medicamentos nuevos.

Seguidamente, en la fase clínica, se evalúa la eficacia de la molécula en seres humanos para la enfermedad o patología para la cual ha sido diseñada. La fase clínica está dividida, a su vez, en tres fases con una inversión de tiempo de alrededor de 72 meses en total. Conforme la molécula va avanzando por las diferentes fases, la tasa de éxito aumenta, llegando a ser de un 50% en la fase clínica III.

Si la molécula ha logrado superar las diferentes etapas, ya entra en la última fase, la fase IV, que es la de aprobación y registro del medicamento para su comercialización. Ahora el laboratorio presenta los diferentes informes y estudios sobre la molécula a las agencias reguladoras competentes (FDA en EE.UU. o EMEA en Europa) para demostrar la eficacia y seguridad del futuro fármaco en seres humanos. Los informes del futuro medicamento pueden llegar a tener hasta 120.000 páginas. Es por ello que se tarda alrededor de un año y medio hasta que las autoridades dan el visto bueno para que el medicamento pueda llegar a ser comercializado.

Según el artículo 10 del Real Decreto legislativo 1/2015 de 24 julio, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios dará la autorización para que se comercialice un medicamento siempre y cuando cumplan las siguientes condiciones: alcanzar los requisitos de calidad establecidos; deben ser seguros, no deben producir efectos indeseables desproporcionados al beneficio que aportan, o tóxicos en las condiciones normales de administración; eficaces para las indicaciones terapéuticas a las cuales está indicado; deben estar correctamente identificados y etiquetados; y finalmente, deben de llevar junto con el medicamento, la información precisa en un formato accesible y comprensible, para que el paciente realice su correcta administración.

Una vez el fármaco ha sido comercializado, se llevan a cabo los ensayos post-comercialización. En esta etapa, los ensayos clínicos tienen como principal objetivo valorar la eficacia y seguridad del mismo a lo largo del tiempo, así como futuras nuevas indicaciones. A

lo largo de la fase de post-comercialización también se llevan a cabo diferentes estudios de farmacoeconomía. Su propósito es valorar el uso, en la práctica clínica, de dicho medicamento dentro del presupuesto de gasto farmacéutico establecido por el Ministerio de Sanidad.

1.3 Medicamentos de marca y medicamentos genéricos

Habiendo explicado todo el proceso, es necesario hacer mención a los medicamentos genéricos, que pueden ser comercializados una vez finalizada la patente del medicamento de marca. El artículo 2 del Real Decreto legislativo 1/2015 de 24 julio recoge la definición de medicamento genérico como “todo aquel que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa de principio activo, la misma forma farmacéutica y bioequivalencia, con el medicamento de referencia o de marca”. Es un requisito imprescindible que el laboratorio del medicamento de genérico aporte a las agencias reguladoras competentes, los diferentes estudios de biodisponibilidad que demuestren la bioequivalencia del medicamento genérico con el de referencia, para con ello demostrar la paridad en eficacia y seguridad con respecto al medicamento de marca. El objetivo de la bioequivalencia es el de demostrar que dos medicamentos (el de marca y el genérico), son equivalentes *in vivo* en términos de calidad, eficacia y seguridad. Como hemos podido observar en el epígrafe anterior, los laboratorios innovadores han tenido que realizar, en su momento, una inversión considerable, tanto financiera como temporal, en la investigación, desarrollo y comercialización de un medicamento nuevo.

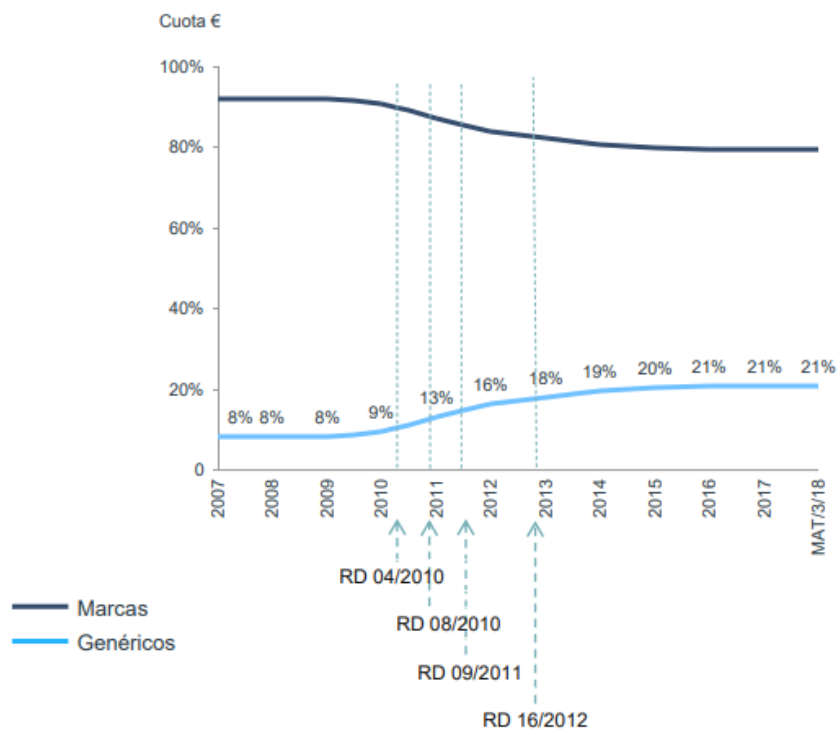
Una vez el medicamento de dicho laboratorio de marca está comercializado, podrá estar protegido por la patente que impedirá la entrada al mercado de medicamentos genéricos con un precio inferior al de marca. El laboratorio farmacéutico solicita la patente antes de iniciar los procesos de investigación del futuro medicamento. Durante el tiempo que dura la patente, que suele ser alrededor de veinte años, el laboratorio innovador puede explotar en exclusiva el medicamento patentado. Si tenemos en cuenta que el proceso de investigación y desarrollo del mismo es de entorno a diez o doce años, el laboratorio cuenta con alrededor de diez años para poder comercializar y recuperar la inversión financiera realizada previamente, no solo en la investigación y desarrollo del mismo, sino también de otros que no lograron superar las diferentes fases de investigación, cómo vimos en el epígrafe anterior.

En general, podemos hablar de dos tipos de laboratorios, los laboratorios investigadores y los laboratorios de genéricos. En el caso de los laboratorios de genéricos, la comercialización de sus medicamentos es mucho más sencilla, puesto que no deben invertir en investigación científica; su inversión financiera y de tiempo para producir el medicamento genérico es mínima, comparada con lo que ha tenido que invertir el laboratorio innovador. Esta es la principal razón por la que pueden vender el medicamento genérico a un precio mucho más competitivo que el medicamento de marca.

En la figura 1.1 y en la figura 1.2, podemos ver la evolución del mercado de genéricos y de medicamentos de marca en España en unidades y en euros, lo que nos permite valorar la evolución de ambos mercados en nuestro país desde el año 2007 hasta la actualidad.

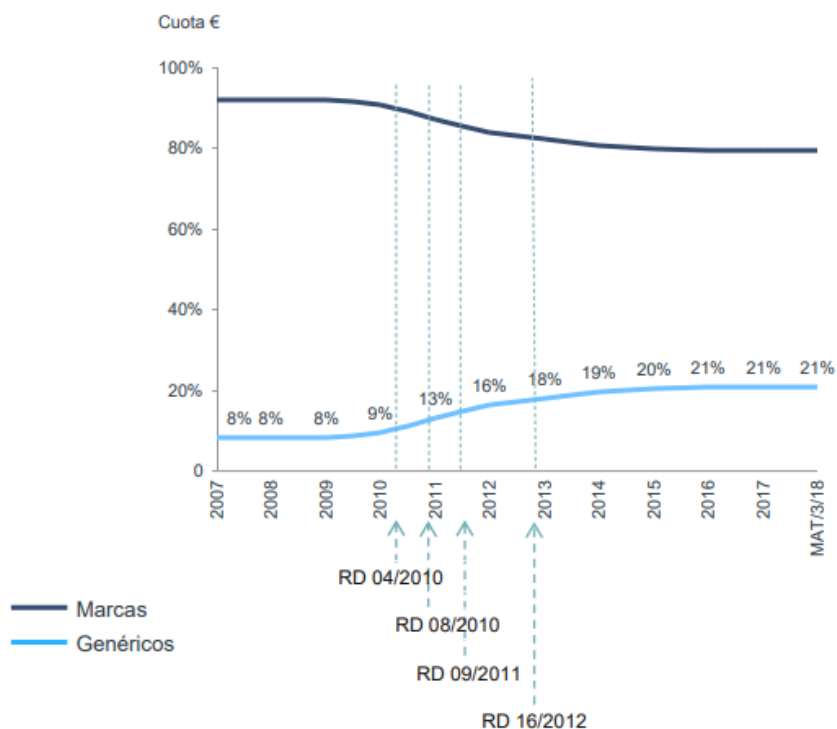
Tal y como muestran las figuras 1.1 y 1.2, el mercado de genéricos se ha estabilizado desde el 2014, acumulando un 40 % de las ventas en unidades, y alrededor de un 21% en valor. En los gráficos se evidencia, además, que en los años transcurridos entre 2010 y 2013, el crecimiento del mercado de los medicamentos genéricos se ha producido en gran medida gracias a los diferentes reales decreto del gobierno, cuyo principal objetivo fue incrementar la prescripción de genéricos por parte de los facultativos sanitarios, y menos la de medicamentos de marca.

Figura 1.1: Evolución del mercado de genéricos y medicamentos de marca en euros (PVP)



Fuente: IMS Health & Quintiles, IQVIA (2018)

Figura 1.2: Evolución del mercado de genéricos y medicamentos de marca en unidades



Fuente: IMS Health & Quintiles, IQVIA (2018)

Si centramos el análisis a nivel de comunidades autónomas, encontramos una cierta disparidad en la cuota de medicamentos genéricos. Tal y como publica el informe de IMS Health & Quintiles (2018), las comunidades con una mayor cuota de mercado de genéricos son Castilla León, País Vasco y Andalucía, con una cuota entorno al 44%. Sin embargo, por el otro lado nos encontramos con Asturias, Comunidad Valenciana y Murcia con una cuota entorno al 32%.

Desde hace unos años, el Ministerio de Sanidad tiene como principal objetivo incrementar la cuota de medicamentos genéricos en España, igualándola a la media del resto de países de la Unión Europea, que es notablemente superior. La base de este objetivo radica en que estos medicamentos genéricos suponen un ahorro considerable del gasto farmacéutico español. A esto hay que añadir que en el año 1985 surgió una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promovía el uso de medicamentos genéricos; esta iniciativa fue definida como “el uso racional del medicamento”. Surgió junto con unas medidas cuyo principal objetivo era promover la eficiencia en el uso de los medicamentos y el ahorro del gasto farmacéutico. Según la OMS (2000), uno de los principales objetivos con la medida del uso racional del medicamento, es mejorar la ratio coste-efectividad de los gastos en salud, mejorando con ello la efectividad del sistema sanitario. La mencionada organización destacaba en 2002 que alrededor del 50% de los medicamentos que se prescribían o se vendían, se realizaba de forma inadecuada, lo que generaba un impacto negativo en la salud de la población, e incrementaba a la vez el gasto farmacéutico en el país correspondiente. El principal objetivo de la OMS con el uso racional del medicamento hoy en día es que todos los pacientes reciban la dosis de medicamento adecuada, en el tiempo adecuado y al menor coste posible.

Paralelamente a lo sugerido por la OMS y de manera más generalizada, los diferentes gobiernos de diferentes países están promocionando también el uso racional del medicamento con el principal objetivo de reducir el gasto farmacéutico. Entre las diferentes medidas que

proponen, nos encontramos, por un lado, la de limitar la prescripción de medicamentos de marca innovadores, por el coste que supone; por otro lado, animar a los diferentes facultativos sanitarios, incluso con incentivos económicos, a que prescriban medicamentos genéricos.

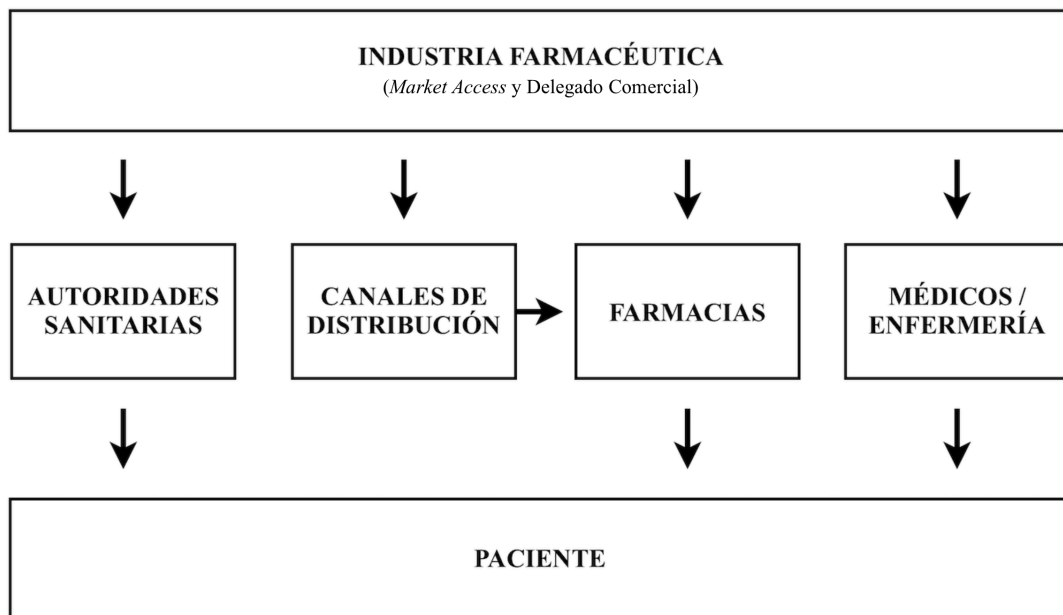
En base a todo lo expuesto, se puede concluir que la situación por la que pasa la industria farmacéutica es complicada. La industria farmacéutica tiene características propias que la diferencian del resto de sectores empresariales. Por un lado, las dificultades y el poco éxito que conlleva la investigación y desarrollo de medicamentos nuevos; por otro lado, la intervención del sector público como regulador, limitando la prescripción del mismo por el coste que supone; y finalmente, como seguidamente vamos a exponer, la complejidad del proceso de comunicación y venta de los medicamentos, ya que el prescriptor del medicamento tiene un papel clave y, además, no es el destinatario final del mismo. De hecho, tal y como se expone en el epígrafe siguiente, el marketing farmacéutico toma como eje central al prescriptor del medicamento, que es el intermediario entre la industria farmacéutica y el paciente, siendo este último, el verdadero cliente y consumidor del medicamento promocionado.

1.4 Canales de contacto y comunicación entre el laboratorio farmacéutico y el paciente

Quizás uno de los principales elementos diferenciadores del sector farmacéutico es que la estrategia de comunicación no va dirigida al consumidor final del producto, en este caso, el paciente. Va dirigida a los intermediarios entre el laboratorio farmacéutico y el paciente.

Habitualmente son el médico o enfermería, pero también nos encontramos con otros intermediadores como son las autoridades sanitarias pertinentes, los canales de distribución, o los puntos de dispensación de los medicamentos, en la mayoría de las ocasiones las farmacias (figura 1.3). No obstante, es importante apuntar que, en ningún caso, para los medicamentos de prescripción médica, el laboratorio farmacéutico podrá comunicarse directamente con el paciente; siempre se hará a través de la serie de intermediarios descrita.

Figura 1.3. Canales de contacto y comunicación entre la industria farmacéutica y el paciente



Fuente: Elaboración propia

El intermediario del laboratorio farmacéutico con los principales decisores de las diferentes administraciones y competencias sanitarias se realiza a través de la figura del *Market Access*.

El rol del *Market Access* en el entorno farmacéutico ha ido en aumento a lo largo de estos últimos años debido a las condiciones del entorno socio-sanitario actual, caracterizado por objetivos de ahorro en lo referente al gasto farmacéutico por las diferentes competencias sanitarias a nivel nacional (Fernández, 2017).

Según apunta Fernández (2017), una de las principales competencias que debe tener la figura del *Market Access* es un amplio conocimiento del sistema sanitario público español, y del área farmacéutica en especial. El conocimiento de este entorno es clave para poder conocer y satisfacer las diferentes necesidades de los diferentes decisores, y crear con ello sinergias entre el laboratorio farmacéutico y las diferentes entidades sanitarias, cuyo principal beneficiario sea siempre el paciente. La principal diferencia entre el *Market Access* y el Delegado comercial es el tipo de clientes con los que interactúan. El *Market Access* interactúa con clientes institucionales (Conselleria de Sanitat, directores médicos, directores de hospital, etc.); en cambio el delegado comercial se relaciona principalmente con profesionales sanitarios con capacidad de prescripción, en su mayoría médicos.

Otro canal de contacto del laboratorio farmacéutico con el paciente es a través de los diferentes canales de distribución o mayoristas farmacéuticos. La principal responsabilidad de los mayoristas farmacéuticos es que todas las farmacias de calle estén abastecidas del medicamento en cuestión. En el caso que se produzcan faltas de medicamento en alguna farmacia, es la farmacia la que se pone en contacto con el mayorista, y éste lo hace con el laboratorio farmacéutico, siendo el mayorista el que suministra dicho medicamento a la

farmacia en el menor tiempo posible para que no afecte a la posología del medicamento pautado a los pacientes. Por tanto, el principal intermediario entre la farmacia y el laboratorio farmacéutico es el mayorista.

Cada farmacia elige, según sus propios intereses, al mayorista farmacéutico responsable de que su farmacia se encuentre abastecida de los diferentes medicamentos para así poder dar un buen servicio a los diferentes pacientes. Según CESCE (2017), las cuotas de mercado de las principales distribuidoras farmacéuticas son: Grupo Cofares el 26,3%, Bidafarma el 19,7%, Alliance Healthcare el 11,1%, Hefame el 10,6% y finalmente Federació Farmacéutica con el 5,6%.

El sector mayorista español, ha ido diversificando sus servicios hacia ambos lados de la cadena; hacia arriba, con el laboratorio farmacéutico, y hacia abajo, con las oficinas de farmacia. Las distribuidoras farmacéuticas, además del suministro tradicional de medicamentos, han ido aportando de forma progresiva diferentes servicios como formación a trabajadores, reformas y equipamiento de locales, asesoría, etc.; de esta forma, han logrado ir incrementando sus ingresos de manera considerable, pasando de 10.688 millones de euros en el año 2013 a 11.470 millones de euros en el año 2016 (CESCE, 2017). Por ello, la rentabilidad de este sector ha ido mejorando de manera progresiva gracias al incremento de los ingresos y a la reducción de los diferentes costes operativos.

Un tercer canal de contacto y comunicación del laboratorio farmacéutico con el paciente es a través de las farmacias, distinguiendo entre oficinas de farmacia y las farmacias hospitalarias. El principal objetivo de la oficina de farmacia es la dispensación de cualquier tipo de medicamento y producto sanitario, acompañada de una información personalizada al paciente. Otro de los principales objetivos de las oficinas de farmacia es el de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este caso, es el Colegio de Farmacéuticos el que regula y coordina las diferentes actividades que se desempeñan en las diferentes oficinas de farmacia. Existe una serie de medicamentos que se dispensan exclusivamente en la farmacia hospitalaria. En este caso, el intermediario entre el laboratorio farmacéutico y la farmacia hospitalaria puede ser el delegado comercial o el *Market Access* descrito previamente. Según el informe IMS Health & Quintiles (2018), el mercado de medicamentos que sólo se dispensan a nivel hospitalario ha crecido en el año 2017 un 3,4%, debido a tres factores: el incremento de diferentes técnicas diagnósticas relevantes proporcionadas por laboratorios farmacéuticos; el lanzamiento de medicamentos innovadores en el mercado hospitalario; y finalmente el incremento en el volumen de pacientes tratados, principalmente en oncología.

El último canal de comunicación que nos encontramos entre la industria farmacéutica y el paciente es el médico. El intermediario entre el laboratorio farmacéutico y el médico es el delegado comercial. En el siguiente epígrafe vamos a desarrollar dicha relación, dada su importancia y su carácter imprescindible para que el laboratorio farmacéutico pueda alcanzar sus diferentes objetivos financieros y comerciales.

El médico necesita tener actualizados sus conocimientos sobre patología y productos farmacéuticos, para poder trabajar en su día a día de cara a los pacientes. Gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías, la información que les ofrecen los laboratorios farmacéuticos juega un papel fundamental en su quehacer diario. Por ello, en la mayoría de las páginas web de los laboratorios farmacéuticos existe una sección especial para los prescriptores de medicamentos. En estas páginas web, pueden buscar información o compartir información con otros usuarios a través de *blogs* o foros que motivan este tipo de comunicación. Favorecido por el medio *online*, lo que resulta clave son las informaciones aportadas por las compañías farmacéuticas a los prescriptores, ya que les ayuda de forma crucial en su manejo diario con los pacientes en las consultas de los hospitales o de los centros de salud.

1.4.1 La comunicación entre el laboratorio farmacéutico y el médico: El rol del delegado comercial

Una vez el laboratorio farmacéutico ha conseguido la aprobación para la comercialización del medicamento en cuestión, el departamento de marketing del laboratorio farmacéutico tiene que coordinar y elaborar la campaña de lanzamiento para los diferentes profesionales sanitarios; estos son, principalmente, médicos, pero también puede incluir enfermería. Debe seleccionar el mensaje a difundir, los medios a utilizar, valorar la presencia *online*, y, en definitiva, las diferentes acciones de comunicación del medicamento nuevo a los diferentes profesionales sanitarios (sesiones divulgativas, sesiones clínicas en congresos, etc.).

El delegado comercial es el responsable de ejecutar los diferentes planes de comunicación provenientes del departamento de marketing del laboratorio farmacéutico. Es el responsable de transmitir la información sobre el producto al médico, animándole a prescribirlo al paciente objetivo indicado. Con tal propósito, el delegado comercial realiza múltiples interacciones con el profesional sanitario a lo largo del año. El número de interacciones lo establece el delegado comercial en base al potencial de prescripción del médico de los diferentes medicamentos que lleva en promoción.

Según Medina (2013), un delegado comercial con éxito es aquel que actúa como un interlocutor válido con los diferentes profesionales sanitarios. El interlocutor válido es aquel que además de transmitirle la información adecuada del medicamento, sabe escuchar al profesional sanitario, ponerse en su lugar, asesorarle, y, sobre todo, focalizar la entrevista de ventas en el paciente, dejando de lado el enfoque comercial o las técnicas de venta, que en la mayoría de las ocasiones molestan a los profesionales sanitarios. Es primordial que el delegado comercial sea asertivo y con buenas habilidades comunicativas que permitan resolver con éxito las posibles discrepancias. Por ello, además de tener un profundo conocimiento sobre la patología y el medicamento en cuestión, es necesario que sepa ponerse al lado del médico; el enfoque y los beneficios de todas las conversaciones deben de estar centrados en el médico y en sus pacientes (Medina, 2013).

De los requisitos expuestos para alcanzar el éxito como delegado comercial, sólo lo relativo al conocimiento de la patología y del sector puede ser entrenado. Los otros dependen

fundamentalmente de la persona en sí. De todo ello se deriva que la selección del delegado comercial por parte del departamento de recursos humanos del laboratorio farmacéutico es primordial, ya que éste debe disponer de una serie de características que permitan lograr los objetivos mencionados. Y todo ello, acompañado de un alto nivel de preparación en la patología en concreto, que permita generar conversaciones de valor con los diferentes profesionales sanitarios. La presencia de interlocutores válidos, y no solo delegados comerciales, va a permitir alcanzar al laboratorio farmacéutico los diferentes objetivos comerciales y de marketing establecidos.

En la misma línea, Thomson (2016) señala que el delegado comercial de un laboratorio farmacéutico debe tener tres cualidades concretas para poder cumplir sus objetivos. Por un lado, una buena actitud y motivación por el trabajo; Thomson (2016) considera que es muy importante que el delegado comercial sea responsable, honesto, constante, y que demuestre un alto nivel de compromiso en su quehacer diario; por otro lado, un buen manejo de las diferentes habilidades de comunicación y de venta, lo que le permitirá ser un interlocutor válido de cara al profesional sanitario; y finalmente un buen conocimiento de la patología, del producto promocionado y del entorno sanitario.

El delegado comercial tiene a su disposición varios medios para desarrollar su trabajo de manera exitosa. Puede hacer uso de sesiones científicas que se suelen realizar fuera del entorno de trabajo, y el principal objetivo es tratar dudas u opciones de uso del medicamento; también dispone de material promocional y separatas científicas que se utilizan en cada una

de las interacciones diarias con los médicos. El delegado comercial cuenta así mismo con un presupuesto anual que le permite poder financiar congresos, comidas, almuerzos... El responsable de la gestión eficiente de dicho presupuesto es el propio delegado comercial, pero siempre cumpliendo las normas del código deontológico que en el epígrafe siguiente comentaremos.

El delegado comercial suele llevar una cartera de dos o tres productos y, por lo general, dispone de tres a cinco minutos para darle al profesional sanitario toda la información detallada de la eficacia del fármaco y de todas sus posibles contraindicaciones (Joseph y Mantrala, 2009). Por ello, el delegado debe establecer previamente los diferentes objetivos a conseguir con respecto a cada uno de los profesionales sanitarios, ya que el tiempo del que dispone para realizar la visita médica es muy corto. Todo ello exige de una preparación constante por parte del delegado, para así poder captar la atención del profesional sanitario durante la entrevista de ventas, y lograr convencerlo de que prescriba los diferentes medicamentos que tiene en cartera (Bennett, 1991).

Las visitas promocionales exitosas tienen un gran impacto positivo en las ventas de los medicamentos del laboratorio, ya que logran cambiar preferencias de los médicos, aumentando su prescripción, y en grandes ocasiones estableciendo un vínculo emocional entre ambos que impacta aún más en la prescripción. El delegado comercial suele tener una gran habilidad para relacionarse con los profesionales sanitarios, ya que en el escaso tiempo que dura la entrevista de ventas no solo debe influir en los médicos en lo relativo a la prescripción

del medicamento, sino que también debe buscar que éstos recomienden sus medicamentos a otros colegas de profesión, sin que los propios médicos sean conscientes de la influencia generada por el delegado comercial (Menkes y Maharajh, 2007). Este es el motivo por el que los delegados comerciales son entrenados para transmitir los diferentes mensajes clave, de los medicamentos en cartera, a los clientes clave en el menor tiempo posible (Idris, Mustafa y Yousif, 2012).

En todo ello, otro aspecto relevante que debe tener en cuenta el delegado comercial es la planificación de la ruta o día de trabajo. Esto hace referencia al plan que realiza el delegado comercial para poder llevar a cabo el mayor número de visitas a lo largo de su jornada laboral. De esta manera, le permitirá optimizar su tiempo y a la vez reducir los recursos en desplazamiento; si el delegado redistribuye todos sus clientes en cartera en diferentes rutas de trabajo, le permitirá ser mucho más eficiente, ya que conseguirá visitar un mayor número de médicos a lo largo de su jornada laboral.

1.5 Farmaindustria y su código deontológico

Los medios de comunicación escritos, cada cierto tiempo, suelen mencionar alguna sanción a una compañía farmacéutica a raíz de una práctica ilegal. Revisando prensa escrita acerca de este tema, observamos que la gran mayoría de compañías farmacéuticas han tenido que pagar multas millonarias por llevar a cabo prácticas poco éticas, relacionadas la mayoría de ellas con sobornos y con estrategias de marketing cuya información no cumple con las normativas

de la FDA (U.S. Food and Drug Administration) o de la EMEA (European Medicines Agency). De hecho, la mayor sanción impuesta a un laboratorio fue en Julio del 2012; fue al laboratorio GSK (GlaxoSmithKline), que aceptó el pago de 3000 millones de dólares para evitar llegar a juicio, ya que ello perjudicaría más su imagen. El laboratorio se declaró culpable por promover la administración de uno de sus antidepresivos a personas menores de 18 años, todo ello a pesar de que dicho fármaco presentaba contraindicaciones para este tipo de pacientes; la ocultación de esta información también tuvo reflejo sobre el monto de la multa final (El País, 2012). Seguramente condicionado por dichas prácticas, se constata que la imagen de la industria farmacéutica es mala: el 21,8% de los españoles tiene una imagen mala o muy mala de las compañías farmacéuticas; de éstos, un 67% creen que los laboratorios se mueven por intereses económicos y el 80% de los españoles cree que, en definitiva, los laboratorios tienen mucho poder y grandes beneficios (Clavero, 2012).

A pesar de dichas creencias y la mala imagen, es importante recalcar que se trata de un sector regulado en Europa por la Federación Europea de Asociaciones de la Industria Farmacéutica (EFPIA). Ello implica que cualquier mensaje o información transmitida por la industria farmacéutica relacionado con las características del producto es inspeccionada hasta el detalle para que cumpla todas las normativas pertinentes. No solamente los mensajes que transmiten vinculados a productos están sometidos a inspecciones; también las acciones llevadas a cabo por los laboratorios farmacéuticos para conseguir un incremento en la prescripción de los medicamentos. EFPIA, a partir del año 2016 exige a todos los laboratorios integrantes de la

asociación la publicación de las transferencias de valor realizadas por parte de los laboratorios a los diferentes profesionales y organizaciones sanitarias, para así garantizar una mayor transparencia y mejorar la imagen que tiene la sociedad de la industria farmacéutica.

En España, las actividades realizadas por la industria farmacéutica están reguladas por Farmaindustria. Es la asociación nacional empresarial de la industria farmacéutica establecida en España, y fue creada en el año 1963. La mayoría de los laboratorios farmacéuticos que están presentes en nuestro país, 155 laboratorios, están asociados a Farmaindustria; de ellos, 50 son nacionales, 88 europeos y 17 americanos (Farmaindustria, 2018). La mayoría de estos laboratorios farmacéuticos vinculados a la asociación son innovadores, y representan la mayoría de las ventas de medicamentos de prescripción en España.

Uno de los principales objetivos que tiene Farmaindustria es asegurar que las relaciones que se establecen entre los laboratorios farmacéuticos inscritos con los médicos, y también con las organizaciones de pacientes, se desarrollen de manera ética y transparente. Por ello, fue en 1991 cuando el conjunto de todos los laboratorios integrantes de Farmaindustria adoptaron el primer código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos en los facultativos sanitarios. Su objetivo era garantizar a la sociedad una conducta, por parte de la industria farmacéutica, responsable, ética y profesional, acorde a los estándares y a las demandas de los profesionales sanitarios, y la sociedad en general.

En 2016 dicho código, disponible en la página Web de Farmaindustria, se actualizó con el fin último de que la promoción comercial tenga un rigor científico, ético y transparente; de esta manera se asegura que todos los laboratorios farmacéuticos cumplan los mismos estándares en lo referente a la relación y promoción con los diferentes profesionales sanitarios. El código deontológico es muy riguroso en lo referente a la realización de reuniones científicas por parte de los laboratorios; todas estas reuniones deben realizarse en un lugar adecuado, a ser posible sin interés turístico, con unos niveles de hospitalidad razonables, donde el programa científico sea el foco de la reunión. El nuevo código aborda principalmente tres áreas: promoción de medicamentos de prescripción, asegurándose que la información que recibe el profesional sanitario durante la promoción de medicamentos y las actividades realizadas en la misma resulte veraz, transparente, científica, honesta y adecuada; por otro lado, también regula la interrelación de los laboratorios con los profesionales sanitarios y con las organizaciones sanitarias, sobre todo en la etapa de investigación y desarrollo de medicamentos; y finalmente, la interrelación de la industria farmacéutica con las diferentes organizaciones de pacientes, garantizando que la relación entre ambos resulte independiente, transparente y de un respeto mutuo. La comisión deontológica, elegida por la junta directiva de Farmaindustria, está compuesta por un mínimo de tres ponentes de reconocido prestigio y un secretario. Las decisiones son tomadas por el acuerdo mayoritario de los ponentes, ya que el secretario no tiene voto. Entre las principales funciones de la comisión destacaríamos la de velar por la aplicación del código, admitir a trámite todas las posibles denuncias relacionadas con la

infracción del código, y prestar asesoramiento en lo referente al código a los diferentes laboratorios farmacéuticos.

CAPÍTULO 2: WORD OF MOUTH: CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS Y RELEVANCIA

2.1 Concepto de Word of Mouth

Los consumidores se han convertido en el principal activo de las empresas, ya que éstos frecuentemente comparten con su entorno muchas experiencias vividas generadas tras el consumo de ciertos productos y/o servicios. Los consumidores han pasado a ser claramente una parte activa de la comunicación comercial, ya que mediante la transmisión de todas estas experiencias vividas logran influir de manera más o menos clara en las opiniones o decisiones de compra de otros posibles consumidores (Stewart y Pavlou, 2002). A día de hoy, el consumidor no sólo se conforma con consumir, sino que también opina y ofrece información de un producto o servicio; los clientes del siglo XXI tienen voz. Es por ello que el cliente ha evolucionado de ser un consumidor pasivo a un consumidor activo cuya opinión afecta de forma positiva o negativa a la cuenta de resultados de una empresa.

En el ámbito cinematográfico, por ejemplo, los comentarios de los espectadores antes del estreno de una película, apoyado con el eco de los medios de comunicación, pueden favorecer que dicha película cuente con unos recursos asegurados antes de ser estrenada en los cines. Hay productos, servicios y situaciones que, por la razón que sea, despiertan un gran interés entre los consumidores, y hace que se genere un entorno susceptible a conversaciones. Es el llamado Word of Mouth (WOM de ahora en adelante), donde todas estas experiencias, directas o indirectas, vividas tras el consumo del producto, servicio, o situación, pueden afectar de forma notable a futuras decisiones de compra de otros potenciales consumidores. Esta situación es más proclive cuando los productos se consumen en grupo y hay una alta

facilidad de acceso a ellos (eg: restaurantes, cine, etc.); en este entorno hay una mayor posibilidad de conversaciones WOM (Belk, 1975).

El interés por la comunicación del WOM no es algo reciente. Ya en los años ochenta, diversos estudios ponían de manifiesto la necesidad de una adecuada gestión de este tipo de comunicación para favorecer su impacto en las ventas (Westbrook, 1987). Sin embargo, hoy en día, gracias al desarrollo tecnológico, esta “nueva-vieja” táctica capaz de impulsar el boca oído entre los consumidores ha cobrado de nuevo suma importancia.

Arndt (1967) definió por primera vez el WOM como un proceso de comunicación oral en el que participan un emisor que no se encuentra vinculado con la comercialización de un producto, servicio o marca y un receptor que tiene interés por disponer de más información sobre dicho producto, servicio o marca. Poco después, Richins (1983, pág. 68) definió el WOM como “una forma de comunicación interpersonal entre consumidores referida a la experiencia personal con un producto”. Para Richins (1983), es necesario un consumo previo del producto, marca y/o servicio para que se puedan generar este tipo de conversaciones.

En 1987, Westbrook definió el término de WOM como “todos los tipos de comunicación informal dirigidas a otros consumidores sobre la posesión, uso, o características de determinados productos y servicios o sus vendedores” (Westbrook, 1987, pág. 261).

En esa época, no sólo había mención del WOM en publicaciones científicas; periódicos de gran calibre como el Wall Street Journal en el año 1984, publicaban un artículo de Gordon

Weaver, Vicepresidente de Marketing de *Paramount Pictures*, en el que se mencionaba que “*Word of Mouth is the most important marketing element that exist*” (Bayus, B 1985; pág. 31).

La consistencia de estas tres definiciones de WOM, la de Arndt (1967), Richins (1983) y Westbrook (1987), ha hecho que sigan siendo la base para futuras definiciones de WOM y estudios relacionados con las comunicaciones WOM y sus posibles aplicaciones dentro del comportamiento del consumidor.

En el año 1992, Bone definía el WOM introduciendo el concepto grupal, es decir, que este tipo de comunicaciones no sólo tienen que producirse exclusivamente entre dos personas. Para Bone (1992), el WOM es un fenómeno grupal donde se produce un intercambio de ideas o pensamientos entre dos o más personas.

Stern (1994) ya adelanta, como más tarde veremos, una de las principales características del WOM tradicional, conversaciones efímeras, es decir conversaciones, que, al no estar registradas en ningún lugar, desaparecen una vez finalizadas. Es por ello que define las comunicaciones WOM como todo intercambio de mensajes orales efímeros que se comunican directamente entre una fuente y un receptor, y por lo general, los temas tratados en estos mensajes están relacionados con productos de consumo.

Cuatro años más tarde, Anderson (1998) define otra característica clara de las conversaciones WOM llevadas en un medio *offline*; se trata de la informalidad producida en un entorno

privado, donde se llevan a cabo conversaciones de gran calidad y asertividad para el receptor del mensaje. Considerando tal característica, agrupó bajo este término, a todas aquellas comunicaciones de carácter informal, que se llevan a cabo en un entorno privado, en las cuales se evalúan productos y una serie de servicios. En estas conversaciones no existe el anonimato, puesto que el receptor del mensaje conoce perfectamente al emisor y con ello, las motivaciones de éste a generar este tipo de conversaciones. Todo ello garantiza la calidad y credibilidad de la información difundida en estas conversaciones por parte del emisor del mensaje.

Según lo apuntado, Stern (1994) y Anderson (1998) aportan a las definiciones clásicas de WOM dos principales características de este tipo de comunicación, el carácter efímero y el ámbito privado entre el emisor y receptor. Todo ello fomenta la credibilidad del mensaje para el receptor, de ahí el gran poder de las comunicaciones WOM a la hora de influenciar a potenciales clientes en la toma de decisiones.

Más tarde, Buttle (1998), en su definición de WOM, introduce dos aspectos nuevos; por un lado, la virtualidad de las conversaciones, es decir, no tienen por qué llevarse a cabo de forma directa y oral; y, por otro lado, ya no tienen por qué referirse a un producto o marca y/o servicio, es decir, que pueden también hacer referencia a toda una organización o empresa. Para Buttle (1998), las comunicaciones WOM hacen referencia a todas aquellas comunicaciones que pueden estar enfocadas a una marca, producto, servicio u organización, y

tienen lugar en una relación presencial, directa y verbal, es decir, en un medio *offline*, pero también lo pueden tener en un medio online.

Aunque Buttler (1998) ya relaciona el ámbito online con el WOM, será alrededor del año 2000, con Internet en pleno auge, cuando el término empieza a cobrar otros matices. En el año 1998 nace Google y en el año 2004 Facebook, motivo por el cual el medio *online* comienza a desplazar al medio *offline*, en cuanto al número e impacto de las comunicaciones WOM establecidas. Es precisamente entonces, con el auge del medio *online*, cuando ciertos autores comienzan a incluir en su definición la gran dimensión y alcance que pueden llegar a alcanzar las comunicaciones WOM. Así, para Hennig-Thurau, Gwinner, Walsh, y Gremler (2004), las comunicaciones WOM se relacionan con cualquier declaración positiva o negativa realizada por un potencial, actual o antiguo cliente sobre un producto o compañía, la cual se encuentra disponible para una multitud de personas e instituciones vía Internet. Estos autores ya definen una de las principales características del WOM *online*, que es la amplitud del mensaje a un gran número de clientes a través de Internet, condición que no se produce en el WOM tradicional.

Aunque el poder de las comunicaciones WOM siempre ha existido, con el nacimiento de internet, las oportunidades para compartir información o emociones se han expandido de forma exponencial. Antes, la gran mayoría de los consumidores expresaban únicamente sus experiencias de consumo con sus familiares o amigos en entornos íntimos y cercanos; sin embargo, la aparición de Internet ha supuesto un gran paso en las comunicaciones WOM; es

lo que se conoce como *electronic WOM*, o eWOM (Chatterjee, 2011). A día de hoy, cualquier consumidor puede expresar sus experiencias con otros consumidores de otros países, con culturas diferentes y en cualquier momento del día (Hagel y Armstrong, 1997).

Las dos principales diferencias entre el WOM clásico y el eWOM es la rapidez de difusión del mensaje y, por consiguiente, el número de personas implicadas en este tipo de comunicación. En base a ello, Sun & Qu (2011) comparan el tradicional WOM y el eWOM, y concluyen en que éste último es mucho más influyente debido a su velocidad, comodidad, alcance de uno a muchos, y sobre todo por la ausencia de la presión humana cara a cara, que en cierta medida facilita estas comunicaciones.

Además de las definiciones hasta ahora apuntadas que se centran en el contenido del mensaje, también encontramos otros autores que relacionan el WOM con la motivación de dicho mensaje, es decir, con la necesidad del ser humano de contar sus propias experiencias vividas tras el consumo de un producto. Godes y Mayzlin (2004) definen el WOM como una forma muy común de contar una historia acerca de las experiencias vividas con el consumo de productos entre consumidores, y todo ello independientemente del tipo de producto que sea. Hasta la aparición de Internet todas estas historias relacionadas con el consumo de experiencias se llevaban a cabo de forma tradicional en conversaciones directas cara a cara, si bien ahora, la mayoría de estas conversaciones se llevan a cabo de forma escrita a través de medios electrónicos de manera *one-to-many* (Godes y Mayzlin, 2004).

Siguiendo la tendencia comentada, Vilpponen, Winter, y Sundqvist (2006), focalizan las conversaciones eWOM en un entorno *online*; para estos autores este tipo de comunicación surge en los blogs, foros y muros en redes sociales. Estos autores introducen en la definición los canales, es decir el medio donde se pueden llevar a cabo las conversaciones WOM en el entorno *online*, es decir, las famosas redes sociales. Luego veremos cómo los consumidores, en base a la situación que se encuentren en el proceso de compra recurrirán a un canal u otro diferente; todo va a depender de la necesidad de información que requiere el consumidor internauta en cada una de las etapas del proceso de compra.

Dos años más tarde, Duan, Gu, y Whinston (2008) profundizan en la definición anterior, la realizada por Vilpponen, Winter, y Sundqvist (2006), pero para ellos la valencia de las comunicaciones es relevante, y vuelven a hacer referencia a la amplitud del mensaje que permite el entorno *online*. Es por ello que estos autores definen el eWOM como una comunicación que se genera en las plataformas de internet, y que permite difundir declaraciones positivas o negativas entre los usuarios actuales y los futuros clientes.

En ese mismo año, Chen y Xie (2008) en su definición, ya integran las comunicaciones WOM como un elemento de marketing, definiéndolo como un tipo de información creada por los usuarios basada en su experiencia de uso personal, que puede servir como elemento del mix de comunicación de marketing imprescindible para tener en cuenta en las estrategias de marketing de las empresas.

Más tarde, Kozinets, Wojnicki, Wilner y De Valck (2010), en su definición destacan la informalidad de estas comunicaciones obviando intereses comerciales; es por ello que definen las comunicaciones WOM como una comunicación informal que ocurre de forma natural, sin que exista una intención comercial que influya o promueva el surgimiento de la comunicación.

Y finalmente, una de las definiciones más recientes, es la de Aguilar Arcos, San Martín Gutiérrez & Payo Hernanz (2014), para quienes el WOM es un comentario positivo o negativo, hecho por individuos ajenos a la empresa sobre una marca, producto, servicio u organización, que puede estar disponible a una multitud de personas e instituciones a través de internet, pero sin obviar en ningún momento el entorno *offline*. Para estos autores el entorno *online* es importante, pero no es el sustituto del medio *offline*.

A lo largo de los años, en todas estas definiciones de WOM, observamos como el medio *online*, poco a poco, va cobrando suma importancia, y simultáneamente se le va restando importancia el entorno *offline*. De hecho, el entorno en el que se producen estas conversaciones resulta clave para asegurarnos la eficacia de las mismas. En este sentido, según la conclusión de Gladwell (1994), para que las comunicaciones WOM resulten efectivas deben de seguir tres principios. Deben ser mensajes atractivos: Existen formas y medios para que un mensaje sea atractivo y memorable, y que con ello despierte interés entre los consumidores. Por otro lado, nos encontramos con “la ley de los elegidos”: Nos encontramos con líderes de opinión con gran capacidad de influencia donde el mensaje debe

fluir. De esta manera, conseguimos que la diseminación del mensaje sea más rápida y creíble. Finalmente, el tercer principio, es el poder del contexto, que hace referencia al contexto social donde se generan este tipo de comunicaciones WOM. Este contexto resulta crítico para que resulten más o menos efectivas.

Para Aquado y Garcia (2009), la eficacia de las comunicaciones WOM se va a basar en estos tres principios: El mensaje debe ser fácil de transmitir, además debe ser transferible y replicable, y finalmente el interlocutor debe ser creíble.

Según Barbosa y Rey (2009), la eficacia de las comunicaciones WOM está relacionada con la complejidad de la compra y la dificultad de búsqueda de información de dicho producto. A mayor complejidad, mayor es la probabilidad de que se genere entre los consumidores este tipo de comunicación WOM. Otra variable que fomenta esta comunicación es la sencillez con la que un receptor se convierte en emisor para así con ello, fomentar un mayor contagio de información entre sus propias redes de contactos y de esta forma propagar el mensaje de la forma más rápida posible.

En la tabla 2.1 se puede apreciar las definiciones más relevantes de las comunicaciones WOM a lo largo de estos años, donde en un primer momento se hace referencia a la comunicación WOM tradicional y paulatinamente se constata la inclusión del contexto *online* para hacer referencia más explícitamente al eWOM.

Tabla 2.1. Evolución de las definiciones de WOM/e-WOM con el paso del tiempo

Autor	Año	Definición
Arndt	1967	La comunicación oral persona a persona, entre un emisor que no se encuentra vinculado con la comercialización de un producto, servicio o marca, y un receptor que le interesa saber sobre dicho producto, servicio o marca.
Richins	1983	Una forma de comunicación interpersonal entre consumidores referida a la experiencia personal con un producto.
Westbrook	1987	Todos los tipos de comunicación informal dirigidas a otros consumidores sobre posesión, uso, o características de determinados productos y servicios o sus vendedores.
Bone	1992	Un fenómeno grupal donde se produce un intercambio de ideas o pensamientos entre dos o más personas.
Stern	1994	Un intercambio de mensajes orales efímeros que se comunican directamente entre una fuente y un receptor, y los temas tratados en estos mensajes están relacionados con productos de consumo.
Anderson	1998	Una comunicación informal entre participantes de orden privado, en la cual se evalúan productos y servicios.
Buttle	1998	Aquellas comunicaciones que pueden estar enfocadas a una marca, producto, servicio o una organización, y tienen lugar en una relación presencial, directa y verbal, pero también de forma virtual. Este autor ya comienza a introducir el concepto de eWOM en su definición, y los autores posteriores harán referencia a éste de forma implícita en sus definiciones.
Hennig-Thurau, Gwinner Walsh y Gremler	2004	Son cualquier declaración positiva o negativa realizada por un potencial, actual o antiguo cliente sobre un producto o compañía, la cual se encuentra disponible para una multitud de personas e instituciones vía internet.
Godes y Mayzlin	2004	Una forma muy común de contar una historia acerca de las experiencias vividas con el consumo de productos entre consumidores independientemente del tipo de producto que sea.
Vilpponen, Winter y Sundqvist	2006	Una comunicación mediada por ordenador que surge en los blogs, foros y muros en las redes sociales.
Duan, Gu y Whinston	2008	Una comunicación que se da en las plataformas de internet que permite difundir declaraciones positivas o negativas entre los usuarios actuales y los futuros clientes.
Chen y Xie	2008	Un tipo de información creada por los usuarios basada en su experiencia de uso personal, que puede servir como elemento del mix de comunicación de marketing.
Kozinets, Wojnicki, Wilner y De Valck	2010	Una comunicación informal que ocurre de forma natural sin que exista una intención comercial que influya o promueva el surgimiento de la comunicación.
Aguilar, San Martín y Payo	2014	Un comentario positivo o negativo, hecho por individuos ajenos a la empresa sobre una marca, producto, servicio u organización, que puede estar disponible a una multitud de personas e instituciones a través de internet.

Fuente: Elaboración propia

2.2 Diferencias entre WOM/ eWOM

Tal y como hemos observado en las diferentes definiciones, la naturaleza entre ambos conceptos, el WOM tradicional y el eWOM, es muy similar, si bien lo único que cambia es el medio donde se llevan a cabo este tipo de comunicaciones. Pero el entorno hace que existan diferencias notables en cuanto a la eficacia de este tipo de comunicaciones. Según De Bruyn y Lilien (2008), el entorno *online* difiere del *offline*, en dos aspectos relevantes. El primero es que, al tratarse de un medio electrónico, no existe el contacto cara a cara, y el segundo es que muchas de estas conversaciones no son solicitadas, lo que supone que el emisor de este tipo de información no responde a un receptor concreto que está demandando información.

En base a tales diferencias, en el caso del medio *offline*, donde las comunicaciones se llevan a cabo cara a cara, los interlocutores pueden modificar el contenido de la conversación mientras se va llevando a cabo. Adicionalmente, en la gran mayoría de las ocasiones el lenguaje no verbal está presente, por lo que afecta en gran medida a la información que el emisor está tratando de comunicar y cómo el receptor la percibe.

Por otro lado, en el caso de la comunicación en el medio *online*, donde el lenguaje no verbal no está presente, la transmisión del mensaje no ocurre siempre en el mismo momento que se genera. Un consumidor puede escribir alguna información acerca de un producto o marca, y ésta es leída días, meses o inclusive años después de ser escrita, pudiendo ser ajeno a la información que el internauta está buscando. Las comunicaciones eWOM en un entorno

online no tienen límites geográficos, y además pueden no desaparecer con el paso del tiempo. Según Buhalis y Law (2008), las comunicaciones eWOM se difunden a una velocidad asombrosa, llegando al alcance de un público muy amplio. El único factor limitante en la rápida difusión del mensaje es el idioma.

Según Stern (1994), la comunicación WOM tradicional, es decir, la que se lleva a cabo en un entorno *offline*, ocurre de forma espontánea y desaparece, pudiéndose llegar a olvidar el contenido del mensaje en un periodo corto de tiempo. Sin embargo, el eWOM implica conversaciones o discusiones sobre experiencias personales transmitidas mediante la palabra escrita, y hace que las conversaciones entre los consumidores queden registradas, permitiendo que el mensaje pueda ser leído, no solo en el momento en que se transmite, sino también en momentos posteriores (Bickart y Schindler, 2001). Por otro lado, según Dellarocas (2003) el WOM en un entorno *offline* se encuentra limitado por la distancia y el tiempo.

Otro aspecto diferencial del medio *online* son los múltiples canales de comunicación que existen y que en base a la información que el internauta busque, según la etapa del proceso de compra, accederá a uno u a otro.

Mishra y Satish (2016) relacionan los diferentes canales de comunicación del eWOM, siguiendo el modelo de las 5 etapas del proceso de compra del consumidor definido por Dewey (1910); según estos autores (Tabla 2.2), en base a la etapa del proceso de compra, pueden ser distintos los canales de comunicación eWOM mayoritariamente utilizados. Esto

nos da una visión clara de dónde se van a generar una mayor cantidad de conversaciones eWOM en base a la necesidad que tenga el consumidor en relación a un determinado producto y/o servicio durante todo el proceso de compra.

Tabla 2.2: Relación entre los canales de comunicación y la etapa proceso compra

Etapas del proceso de compra	Canales de comunicación eWOM
Reconocimiento del problema o necesidad	Blogs, Redes Sociales, Anuncios
Búsqueda de información	Webs de fabricantes
Evaluación de alternativas	Webs de consumidores y profesionales
Decisión de compra	Webs de fabricantes o distribuidores
Evaluación post-compra	Blogs de consumidores, Redes Sociales

Fuente: Mishra y Satish (2016)

En la tabla 2.2 analizamos los múltiples canales de información existentes en un medio *online* donde los internautas pueden acceder en cualquier momento del día y en cualquier parte del mundo. El medio *online* propicia el anonimato entre los consumidores, y es por ello que internet permite compartir opiniones sin necesidad de revelar las identidades (Goldsmith y Horowitz, 2006). En este entorno, los consumidores pueden exponer sus comentarios con privacidad, sobre todo cuando se tratan de aspectos perjudiciales para una empresa, marca o producto concreto (Phelps, Lewis, Mobilio, Perry y Raman, 2004).

Según Chatterjee (2001), este anonimato de las redes sociales conlleva en numerosos casos falta de credibilidad, ya que el receptor desconoce el perfil socio-económico del emisor, y las motivaciones que conducen a que escriba este mensaje; esto no sucede en el caso del WOM

que se lleva a cabo en un medio *offline*. En numerosas ocasiones, una única conversación en un medio *offline* motiva la decisión de compra ya que conocemos perfectamente el emisor que nos transmite la información junto con las motivaciones que generan o estimulan la comunicación de dicha información.

También Dellarocas (2003) resalta la falta de credibilidad que puede generar las conversaciones eWOM entre los internautas si se refieren a mensajes e información provenientes de las empresas o instituciones, ya que pueden tener connotaciones comerciales.

Dellarocas, Zhang y Awad (2007) analizaron una serie de escenarios en los que se encontró que algunas empresas publicaban comentarios *online* de forma anónima admirando sus propios productos, y otras manipulaban las valoraciones y publicaciones *online*, para así favorecer e influenciar la decisión de compra de sus productos y/o servicios.

Otro aspecto que difiere de los medios *online* y *offline* es la medición y la cuantificación de la eficacia de todo este tipo de conversaciones, es decir, la credibilidad de la medición del mensaje. Cheung y Thadani (2012) concluyen que la medición de las conversaciones eWOM es mucho más fácil y creíble, que si todas éstas se llevaran a cabo en un entorno *offline*.

La gran mayoría de la información escrita en el medio *online* perdura en el tiempo, por lo que la cantidad de información que podemos extraer en un medio *online* es mucho mayor. En el caso de que queramos realizar un estudio de marketing en este ámbito, el medio *online* nos permite conocer con exactitud, el número de personas que incluimos en el estudio, e incluso, podemos conocer el perfil de los consumidores (edad, ocupación, intereses, etc.) y a la vez los

podemos clasificar, según preferencias, y todo ello gracias a la información que los internautas consumidores dejan por escrito en las redes sociales o en los blogs.

Es por ello que este flujo de información, generado a través del eWOM, hace que numerosas estrategias de marketing de las empresas estén acorde a las necesidades de los consumidores recopiladas de todo este canal de información electrónico. Obtener esta cantidad de información es impensable en un entorno *offline*.

El alcance del mensaje en el entorno *online* es enorme, no tiene barreras geográficas, y todo ello viene acompañado de una rápida difusión del mensaje que hace que alcance a un número ilimitado de consumidores a nivel mundial. El internauta receptor del mensaje puede recibir el mensaje sin que lo haya buscado, y a pesar de ello, el mensaje se difundirá incluso aunque el consumidor no busque información respecto a un producto, marca o compañía (De Bruyn y Lillien, 2008).

Tal y como hemos visto, existen diferencias entre las dos comunicaciones WOM, marcadas por el entorno donde se generan. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la aparición de internet y con ello la aparición de las comunicaciones eWOM no supone una transición completa del medio *offline* al medio *online*. Actualmente, la gran mayoría de los consumidores acceden a internet de forma habitual para conocer más información y opiniones de los productos en los que están interesados. Sin embargo, en una gran cantidad de ocasiones, la saturación de información que nos encontramos de personas que desconocemos, hace que nos sintamos forzados a buscar personas de nuestro entorno cercano para poder

tomar la decisión final de compra. Es por ello que numerosos autores consideran que las comunicaciones WOM en el entorno *offline* y *online* se complementan mutuamente (Aguilar, San Martín y Payo, 2014).

En la tabla 2.3 quedan resumidas, de manera sintética, las principales diferencias entre las comunicaciones WOM tradicionales y eWOM.

Tabla 2.3. Principales diferencias entre WOM tradicional y eWOM

	WOM tradicional	eWOM
Relación emisor-receptor	Conocidos	Desconocidos (Anonimato)
Tipo de comunicación	Cara a cara con presencia de lenguaje no verbal	Electrónica
Dirección de la información	Bidireccional	Unidireccional (En la gran mayoría de las ocasiones)
Volumen de información	Pequeño	Grande
Perdurabilidad de la información	Efímeras	Perduran en el tiempo
Alcance del mensaje	Con límites geográficos	Sin límites geográficos
Motivación habitual a transmitir información	Responde a un receptor que demanda información	Diferentes motivaciones del emisor
Difusión del mensaje	Pocos usuarios	Muchos usuarios
Credibilidad de la información	Alta credibilidad	Media/Baja credibilidad
Facilidad de medición	Difícil medición	Fácil medición

Fuente: Elaboración propia

2.3 El papel del WOM en marketing

En este capítulo, y en los sucesivos, la mención del WOM como tal, tendrá un carácter genérico, entendiendo con ello, las comunicaciones WOM independientemente del entorno

donde se generen. En caso contrario, cuando sea necesario matizar el entorno donde se generen este tipo de comunicación, para evitar confusiones, habrá distinción en la nomenclatura mencionando el entorno, y la nomenclatura utilizada será WOM tradicional o eWOM.

En la década de los 50, autores como Beal, Rogers y Bohlen (1957) ya analizaban la gran dimensión de este tipo de conversaciones y el elevado nivel de influencia que tenía el WOM; concluían que este tipo de comunicación era mucho más efectivo que la típica publicidad tradicional, como la que salía en periódicos o en revistas para las amas de casa en lo referente al cambio de supermercado, o simplemente de marca de productos del hogar (Beal, Rogers y Bohlen 1957). El WOM es un tipo de comunicación con una gran capacidad de influencia sobre las actitudes y comportamientos de compra de los individuos (Wangenheim y Bayon, 2004). Es mucho más creíble que cualquier medio tradicional o fuerza de ventas, ya que funciona totalmente independiente sin ningún tipo de sesgo comercial (Bickart y Schindler, 2001).

Más recientemente, diversos autores han seguido publicando artículos donde analizan el gran alcance del WOM en nuestro día a día. En 2006, Keller Fay Group apuntaba que en Estados Unidos se producen cada día 3.4 billones de conversaciones sobre marcas. En base al modelo de probabilidad de elaboración (ELM) (Petty y Cacioppo, 1986), toda esta información es procesada por el receptor del mensaje a través de una de las dos rutas de procesamiento posibles, la central o periférica, y como consecuencia de ello, genera un impacto en el

comportamiento del consumidor que puede desencadenar en la compra del producto y/o servicio.

Hay autores que han ido más allá, y han concluido que todas estas conversaciones WOM afectan a casi el 70% de las decisiones de compra, y que son el principal factor de influencia en las decisiones de compra en dos tercios de todas las industrias (Dye, 2000). Los estudios realizados demuestran que las comunicaciones WOM pueden impactar de forma notable en las ventas (Chevalier y Mayzlin, 2006). En esta línea, diversos autores han constatado que las comunicaciones WOM afectan de forma considerable a las decisiones de compra en el sector alimentario (Arndt, 1967), banca (Keaveney, 1995), entretenimiento (Brown y Reingen, 1987), productos tecnológicos (Herr, Kardes y Kim, 1991) o en el sector textil (Richins, 1983), entre otros. Cada uno de estos trabajos han aportado conclusiones relevantes dentro del campo del WOM, utilizando diferentes metodologías, pero todos ellos han concluido en la importancia del continuo estudio del WOM dada la relevancia que tiene en la credibilidad y en la notoriedad de marca.

Y en el año 2001, autores como Silverman (2001) concluían que, a pesar de la influencia del WOM y la importancia que tiene su alcance, tal y como hemos mencionado, este tipo de comunicación durante una serie de años había sido una de las áreas del marketing en las empresas poco estudiada, analizada e incluso algo descuidada. Quizás el motivo de tal situación pueda buscarse en la antigua creencia entre numerosas compañías de que las comunicaciones WOM eran incontrolables, y que poco se podía hacer por ellas. En esta línea,

Gremler, Gwinner y Brown (2001) daban un paso más en esta creencia, y afirmaban que las empresas entonces creían que únicamente generando experiencias positivas de compra era suficiente para fomentar las comunicaciones WOM positivas entre sus clientes, y a la vez concluían destacando el poco esfuerzo que realizaban los departamentos de marketing en fomentar este tipo de comunicaciones.

Como se constata, durante estos años, todos estos autores afirmaban la importancia que tienen este tipo de comunicaciones, y sin embargo destacaban la poca aplicación que tenían en el sector empresarial.

Actualmente, sin embargo, gracias a los numerosos estudios realizados sobre las comunicaciones WOM, está cambiando este enfoque paulatinamente, y nos encontramos con empresas que dedican una parte de su presupuesto de marketing en fomentar las comunicaciones WOM en los lanzamientos de nuevos productos. Un claro ejemplo es el de la compañía Microsoft en el año 2009, que llevó a cabo numerosas fiestas en 14 países, con el objetivo de ayudar a introducir en el mercado el sistema operativo Windows 7, en estas fiestas acudían expertos en el tema, que a posteriori ayudarían a diseminar las ventajas del nuevo sistema operativo dentro de su red de influencia. O en ese mismo año Ford, que regaló un Ford Fiesta a 100 bloggers para que ellos pudieran promocionar el nuevo modelo en diferentes medios, la mayoría en las redes sociales (Tegler, 2009).

Nos encontramos con numerosos ejemplos donde actualmente las compañías utilizan esta poderosa herramienta de marketing en los lanzamientos de productos nuevos o simplemente para mejorar su imagen de marca. Sin embargo, según Libai, Muller y Peres (2013), aunque crear una campaña de marketing donde empleemos las comunicaciones WOM es relativamente fácil, lo complicado viene a posteriori, cuando hay que medir el impacto que tiene esa campaña entre los consumidores; es decir, cómo se mide los resultados de las campañas donde el WOM juega un papel relevante es la estrategia clave.

Por otro lado, tomando como base lo comentado anteriormente, Villanueva y Armelini (2007) citan los factores por los que las comunicaciones WOM se están convirtiendo en una importante y vital herramienta de marketing. Uno de ellos es la tecnología de la información, ya que nos permite ampliar el flujo de comunicaciones entre usuarios. La expansión de los canales de comunicación significa que los consumidores pueden enviar y recibir mucha más información que antes. De esta forma, las probabilidades de que se den comunicaciones WOM entre diferentes consumidores son mucho mayores, ya que se pueden llevar a cabo oralmente o a través de mail, chats, SMS etc. Por otro lado, existe un menor interés entre los consumidores en lo referente a la publicidad y la comunicación en medios tradicionales debido a varios aspectos. Uno de ellos es el rechazo entre los consumidores a la publicidad tradicional en general. Los consumidores están sometidos a un continuo bombardeo de publicidad y anuncios televisivos, creando con ello una falta de interés en las marcas

publicitadas generando a la vez poco nivel de influencia entre los consumidores (Villanueva y Armelini, 2007).

Todo esto hace que los consumidores se planten decisiones de compra ajenos al bombardeo comercial actual. Esta es una de las razones por las que las empresas introducen el WOM como una herramienta de marketing en su quehacer diario. Además, los consumidores cada vez están más segmentados, haciendo con ello más difícil el alcance con un anuncio tradicional. El mismo mensaje no sirve para todos los consumidores, por lo que a algunos les resultará efectivo y a otros no.

Otro aspecto a considerar es que los productos cada vez son más complejos, la competencia cada vez es mayor, y los consumidores tienen, por lo general, varias opciones de compra antes de tomar la decisión final. Todo ello genera que los consumidores se apoyen más en blogs, comunidades de internet...para conocer cuál es la opción de compra más adecuada (Vilpponen, Winter & Sundqvist, 2006). Los consumidores necesitan opiniones de otros consumidores conocedores del producto y/o servicio.

A partir de todo lo expuesto, Armelini y Villanueva (2007) concluyen que los medios tradicionales son necesarios para que los consumidores sepan que exista un determinado producto, pero la decisión de compra no se va a basar en la información que aportan los medios tradicionales, sino en los medios no tradicionales. Los consumidores buscan fuentes de información, fiables y objetivas a la hora de tomar la decisión de compra, y los mensajes

provenientes de los medios tradicionales son poco creíbles. Todo ello conduce a que la gestión de las comunicaciones WOM resulte prioritaria en los departamentos de marketing de las empresas por dos aspectos claves. Por un lado, nos encontramos que en numerosas empresas el presupuesto para hacer publicidad cada vez es menor, junto a unos objetivos de rentabilidad mayores. Pero, por otra parte, vemos que las comunicaciones WOM tienen un gran alcance, que son más fiables y menos costosas que las campañas de publicidad tradicionales.

En esta línea, Camarero y San José (2012) concluyen que la gestión de este tipo de comunicación ha aparecido como una nueva forma de comunicación con gran relevancia debido a los avances de las tecnologías de la información y comunicaciones, junto a unos presupuestos cada vez más limitados. Por otro lado, la pérdida de una parte de la eficacia de los medios tradicionales hace que las empresas tengan que buscar medios alternativos a un precio bajo, y que tengan a la vez un gran alcance y difusión entre los consumidores.

Hasta ahora hemos atribuido importantes ventajas a la comunicación WOM, ya que, si es positiva, actúa de forma positiva en la imagen de la compañía y/o producto, y por tanto la rentabilidad será mucho mayor que si la empresa hubiera optado por los canales de comunicación tradicionales. Sin embargo, no hay que olvidar que el control de la información difundida es menor (Villanueva y Armelini, 2007), por lo que si las comunicaciones WOM son negativas pueden tener un gran impacto en la imagen de la marca y/o producto, y con ello, la empresa puede enfrentarse a grandes dificultades para solventar este problema.

A raíz de todo ello, existe un gran interés en profundizar en el conocimiento de los mecanismos que generan las comunicaciones WOM en el entorno *online* para, a posteriori, aplicarlo en los departamentos de marketing de las empresas. Según De Bruyn y Lilien (2008), se trata de una forma efectiva de transformar las redes sociales de comunicación en redes de influencia; de esta forma, estimulamos el interés entre los receptores del mensaje y todo ello genera un aumento de la intención de compra por parte de los consumidores.

No olvidemos que el cliente tiene un comportamiento activo, se comporta como receptor y emisor del mensaje, quiere aconsejar acerca de un producto y/o servicio, y por ello, la forma con la que las empresas se comunican y se relacionan con sus clientes tiene que ser renovada acorde al entorno virtual en el que nos encontramos inmersos. En este contexto, una buena gestión de la estrategia de comunicación WOM, resulta muy interesante para las empresas para que gocen de credibilidad, con un bajo coste, y permitiendo a la vez que el mensaje alcance a los consumidores de forma rápida comparado con los medios tradicionales (Trusov, Bucklin y Pauwels, 2009). En esta misma línea apunta la conclusión de O'Curry (2010) quien concluye que las compañías actualmente tienen la gran oportunidad de compartir información y comunicarse con una serie de consumidores a un coste notablemente inferior al requerido por los medios tradicionales. De ahí, la gran relevancia de explotar este tipo de comunicación y adecuarlo a una correcta gestión que ayude a las empresas a comercializar sus productos y/o servicios, o simplemente mejorar su imagen de marca. En capítulos posteriores,

profundizaremos las consecuencias que conduce el buen manejo de este tipo de conversación para las empresas.

2.4 Relevancia del WOM para la empresa

Seguidamente vamos a exponer las consecuencias que para la empresa tiene el desarrollo de comunicación WOM. Ello evidenciará por qué es imprescindible que los departamentos de marketing de las empresas dediquen tiempo y recursos a promover las comunicaciones WOM acerca de sus productos y/o servicios.

Ya en el tercer epígrafe pudimos adentrarnos en la relevancia de la gestión de las comunicaciones WOM en el ámbito empresarial. A partir del trabajo de Villanueva y Armelini (2007), esa relevancia queda fundamentada en tres pilares básicos: una buena gestión del WOM puede conducir a un incremento en ventas; permite conocer el grado de satisfacción del cliente con el producto o servicio en cuestión, y a la vez puede ser útil para el desarrollo de nuevos productos. Son pues, estos tres aspectos, los que vamos a desarrollar como consecuencias básicas de la participación del individuo en comunicaciones WOM que benefician a la empresa.

2.4.1 Incremento en ventas e impacto en la reputación

Villanueva y Armelini (2007) señalan que uno de los principales mecanismos, más eficaces y eficientes, para conseguir un incremento en las ventas de un producto o servicio son las

comunicaciones WOM. En base a estos autores, la recomendación es el anticipo de una compra, ya que la gran mayoría de los consumidores buscan recomendaciones antes de la decisión final de compra del producto. El WOM positivo aumenta el nivel de notoriedad de marca del producto en el mercado, favoreciendo que lo conozcan más consumidores, y que aumenten las probabilidades de probarlo, lo que repercute en un incremento de sus ventas. En el caso contrario, el WOM negativo, produce un descenso en las ventas, llegando incluso a producirse una retirada del producto del mercado por parte de la empresa. Por otro lado, los autores también apuntan a que las comunicaciones WOM son un mecanismo eficiente de influencia en las ventas porque los recursos financieros asignados por la empresa a esta herramienta son considerablemente menores a los destinados a otras técnicas de marketing más tradicional, teniendo igualmente consecuencias importantes para ésta.

También Duan, Gu y Whinston (2008) afirman que las comunicaciones WOM generan, a posteriori, la compra de un producto. Estos autores estudiaron la relación existente entre las ventas de un producto, y el hecho de que se generen nuevas conversaciones WOM que vayan a influir, de nuevo, en otros potenciales consumidores. Este incremento en ventas “inicial” va a suponer que nuevos consumidores se encuentren satisfechos con el producto o servicio en cuestión, y que generen, de nuevo, comunicaciones WOM que vayan a influir a otros posibles consumidores. De esta manera, los autores concluyen que existe una proporcionalidad directa entre el incremento en ventas y las conversaciones WOM. En base a ello, King, Racherla y

Bush (2014) apuntan que el WOM generado en un determinado momento de tiempo influye en el desarrollo de WOM futuro.

Cuesta (2006, 2008) propone una aproximación más individual a los efectos del WOM. Define a cada uno de los clientes como una cuenta de resultados totalmente independiente, donde las comunicaciones WOM impactan en esta cuenta individual de manera considerable. Según este autor, el valor de un cliente es el valor total que aporta a través de sus compras, más el valor que crea con las recomendaciones positivas o negativas del producto a otros potenciales clientes. Este valor puede tener un saldo negativo cuando los mensajes con valencia negativa son mayores que los de valencia positiva, independientemente del valor total de compra que haya realizado. Por eso, según este autor, el balance de resultados que llevan a cabo las empresas no es una medición real ni exacta del valor que aporta cada uno de los clientes a la empresa. Por un lado, no contabilizan las recomendaciones positivas que generan algunos clientes, y que pueden llegar a materializarse en la captación de nuevos clientes; y, por otro lado, tampoco tienen en cuenta los clientes que se han perdido, o se van a llegar a perder, por recomendaciones negativas de algunos clientes actuales.

Muchos de los clientes que restan valor a la empresa por sus recomendaciones negativas, son contabilizados como clientes fieles ya que han estado muy comprometidos con la empresa durante mucho tiempo, y todavía no han llegado a prescindir de sus servicios. El balance de estos clientes es negativo, ya que la extensión que pueden tener sus comentarios negativos, dañando la reputación de la empresa, no compensa en términos absolutos las compras que

actualmente siguen realizando, pero que en breve dejarán de hacer. Es por ello por lo que Cuesta (2006, 2008), concluye que hay que diferenciar entre gran cuenta, que se mide a través de los resultados directos, y cuenta clave, que tiene en cuenta el negocio inducido a través de las conversaciones WOM.

En una línea similar se sitúan las conclusiones de Diaz y Gonzalez (2013), quienes defienden que las comunicaciones WOM pueden impactar de manera considerable en la reputación del producto o servicio de una empresa, pero que el efecto multiplicador negativo del WOM es superior al positivo; la información de una mala experiencia de un consumidor se propaga rápidamente entre su círculo social de una manera mucho más rápida, que todos aquellos mensajes con una connotación positiva y con matices satisfactorios, aspecto a considerar, por tanto, en la gestión de dicho WOM.

El interés por conocer las consecuencias de las conversaciones WOM en términos de ventas también se ha centrado en sectores específicos. Anderson (2012) llevó a cabo un estudio en el sector hotelero, tomando como referencia la plataforma *online* Tripadvisor. Observó que cada vez era mayor el número de consumidores que consultaba la plataforma a la hora de reservar una habitación en un hotel. Además, constató que el hecho de que la puntuación de un hotel aumentara en un punto, dentro de una escala de valoración del 1 al 5, conllevaba un aumento de su reputación de manera considerable, y permitía que el propio hotel pudiera aumentar su precio alrededor de un 11,2%, manteniendo, a la vez, su misma ocupación y cuota de mercado.

Obviamente para conseguir eso, es necesario que los que se hayan alojado en los diferentes hoteles ofrezcan su opinión o comentarios con respecto al mismo, para así asesorar a otros consumidores. Esta idea está relacionada con los dos términos que introdujo Buttle en 1998: WOM y Output WOM. Cuando el WOM opera como una importante fuente de información antes de la compra hablamos de *input* WOM, y cuando los consumidores se expresan después de la compra o uso del producto o servicio, hablamos de *output* WOM.

Por su parte, Chevalier y Mayzlin (2006) se centraron en el sector de los libros. También estos autores observaron un impacto notable en ventas en todos aquellos libros con mayores comentarios positivos en las diferentes plataformas *online*.

Para Dellarocas, Awad y Zhang (2004) las conversaciones WOM pueden ser fuertes predictores de las ventas futuras en los estrenos de las películas en el cine. Los autores constataron que estas conversaciones (críticas de las películas), son útiles para predecir las ventas en la taquilla no sólo el día del estreno, sino también durante los meses posteriores.

En base a lo comentado, numerosas empresas podrían simular comunicaciones WOM positivas, para así asegurarse un buen lanzamiento en ventas del producto en cuestión. Sin embargo, según la conclusión de Dellarocas y Awad y Zhang (2004), este tipo de enfoque y de gestión de las comunicaciones WOM, poco ético, podría servir sólo a corto plazo, ya que al final no resulta creíble, y termina dañando la imagen y reputación de la propia empresa.

Por tanto, las empresas pueden favorecer y gestionar este tipo de comunicaciones WOM de forma ética y eficaz, a largo plazo, de diferentes maneras. Puede ser creando una comunidad de consumidores, reconociendo diferentes líderes de opinión (emocionales y racionales) para que impulsen dichas comunicaciones, o identificando una causa social para fomentarlas (Villanueva y Armelini, 2007). Nunca, pues, deben simular este tipo de conversaciones para conseguir un incremento en ventas, ya que la empresa puede tener grandes represalias a medio plazo por parte de los consumidores.

2.4.2 Conocimiento de la satisfacción del cliente y su actitud

Podría decirse que el WOM es el espejo real del nivel de aceptación de un producto y/o servicio en el mercado (Villanueva y Armelini, 2007). Los clientes se expresan libremente, y todas sus opiniones quedan grabadas, en el caso del eWOM, en las diferentes plataformas *online*. Por ello, uno de los principales usos que puede tener el análisis de este tipo de comunicación, es el conocimiento sincero y real que tiene el mercado de una categoría o marca de producto determinada.

Según Dickinger (2010), si la empresa gestiona de forma adecuada todos estos mensajes recibidos de los diferentes consumidores, va a poder lograr una gran ventaja competitiva en su negocio, ya que conseguirá acercarse más y/o mejor a las diferentes necesidades de los consumidores. Este análisis de información puede permitir identificar oportunidades donde antes no se veían, mejoras en el servicio o en los atributos del producto, e incluso la

implementación de nuevos procedimientos que ayuden a satisfacer mejor todas estas necesidades (Loureiro y Kastenholz, 2011).

En la misma línea, Wangenheim y Bayon (2004) apuntan la enorme influencia de las comunicaciones WOM en las actitudes del consumidor; éstas demuestran en gran medida el grado de satisfacción con el producto o servicio en cuestión, por lo que pueden favorecer un aumento de la fidelidad a la marca, o, por el contrario, favorecer el cambio de marca.

Las comunicaciones WOM pueden permitir a la empresa estrechar vínculos con los clientes, al permitirle conocer los distintos factores de compra que influyen en los diferentes consumidores del producto o servicio en cuestión. Por ello, Wen (2009) señala que la existencia de relaciones estrechas entre los clientes y la marca, a través de la propia web corporativa, va a suponer una gran ventaja competitiva para estas: les permite reducir el riesgo de sustitución de sus productos por otros de la competencia, pueden identificar aspectos de mejora de la calidad de los mismos, y a la vez, mejoran su reputación corporativa. Según Da Silva y Alwi (2008) si una empresa goza de una buena reputación corporativa, tiene una ventaja competitiva frente al resto, fomentándose, además, la repetición de compra de sus productos o servicios por parte de los consumidores actuales.

Aunque lo apuntado es cierto en términos generales, no hay que olvidar que la comunicación WOM de experiencias no satisfactorias puede tener en la empresa un impacto mayor, además de negativo, que las comunicaciones WOM satisfactoria. Ya en 1993 Blodgett, Granbois y

Walters concluyeron que, de media, un cliente insatisfecho comunica a unos nueve clientes su experiencia negativa, y el impacto que tiene de manera global en la empresa es una reducción de entorno a un 10 - 15 % del total de sus ingresos. Teniendo en cuenta que un cliente nuevo cuesta entorno cinco veces más de retener que uno existente, la empresa debe prestar especial precaución a todas estas comunicaciones WOM negativas.

Kotler (2000) señalaba que solo el 5% de los clientes insatisfechos se queja. La mayoría de los clientes a los que no les gusta el producto y/o servicio comprado a la empresa se van sin quejarse, pero si les preguntan, generan conversaciones WOM negativas. Por el contrario, los clientes que se quejan por iniciativa propia tras quedar insatisfechos, suelen ser clientes muy comprometidos con la empresa (Cuesta, 2003).

Por ello, Díaz y González (2013) señalan que las comunicaciones WOM, especialmente las de valencia negativa, si no se manejan de forma adecuada, pueden llegar a convertirse en una grave amenaza para la empresa, dado que pueden suponer no dar respuesta a todos aquellos clientes insatisfechos. Todo ello puede generar un impacto negativo en la imagen de marca de los productos ofrecidos, ya que se genera una pérdida de compromiso con la empresa, y una enorme decepción en el consumidor que hace que tengan la necesidad de transmitirla, pudiendo repercutir en la salud financiera de la empresa.

Este planteamiento es acorde al propuesto por Richins (1983). El autor estudió las consecuencias de las comunicaciones WOM negativas y llegó a la conclusión de que cuando

la insatisfacción experimentada por el cliente es pequeña, el consumidor no se queja, pero si es grande el cliente tiende a quejarse con mensajes negativos sobre el producto y/o servicio. Si la empresa solventa este problema, es probable que recupere al cliente; es más, incluso dicho cliente puede llegar a generar mensajes WOM con valencia positiva, mayores que si el cliente inicialmente hubiera quedado satisfecho.

Años más tarde, Maxham (2001) apoya la conclusión de Richins (1983). Un mensaje WOM con valencia negativa, puede convertirse en una oportunidad para la empresa que haga que aumente la satisfacción del cliente que lo generó, y conduzca a la lealtad de tal cliente, aumentándose la probabilidad de que genere mensajes WOM con valencia positiva. De esta manera, la empresa convierte clientes insatisfechos en satisfechos, impactando de manera positiva en su cuenta de resultados, ya que vuelven a comprar el producto o servicio, y a la vez recomiendan el mismo a otros potenciales consumidores.

Por eso, la empresa debe tratar de entender todas las fuentes de insatisfacción, de los diferentes clientes, con el producto o servicio, poniéndose en contacto con ellos lo más pronto posible, dándoles una solución, y generándoles valor. Si consigue satisfacerlos, dicha satisfacción favorecerá que éste genere conversaciones positivas, y que vuelva a comprar el mismo producto, convirtiéndose en un cliente fiel y duradero (Rust y Oliver, 1994). De esta manera, la empresa creará un vínculo de lealtad con aquel cliente inicialmente insatisfecho (Stoke y Lomas, 2002). Este cliente fiel puede llegar a convertirse, pues, en una especie de vendedor a tiempo parcial para la empresa (Gummensson, 1994, 1996), en la medida en que

recomiende el producto o servicio a otros. De hecho, según el modelo SURE (Satisfacción-Uso-Recomendación) (Ralston, 1996), un incremento de un 5% de la satisfacción del cliente, lleva a un incremento de un 3% en la probabilidad de seguir comprando, y de un 2,5% en la posibilidad de recomendarlo y generar conversaciones positivas WOM.

Según lo expuesto, las conversaciones WOM tienen un gran valor para la empresa, dado que permiten conocer el nivel de satisfacción de los clientes, identificar posibles áreas de mejora en el producto o servicio, y una vez implementadas, favorecer la lealtad (Gruen, Osmonbekov y Czapplewski, 2006).

2.4.3 Información para el desarrollo de nuevos productos

La idea sobre el desarrollo de nuevos productos, más que una consecuencia de este tipo de comunicación, lo podríamos definir como una oportunidad que se ofrece a las empresas; si tienen en cuenta esta comunicación, también se pueden desarrollar productos y/o servicios que se adapten mejor a las necesidades de los clientes. En numerosas plataformas *online*, numerosos clientes dejan comentarios, que, seleccionados y analizados adecuadamente, resultan ser un banco de ideas real y eficiente para el desarrollo de nuevos productos, o incluso la mejora de productos ya disponibles (Villanueva y Armelini, 2007).

CAPÍTULO 3: GENERACIÓN DEL WORD OF MOUTH

3.1 Bases para la generación de las comunicaciones WOM

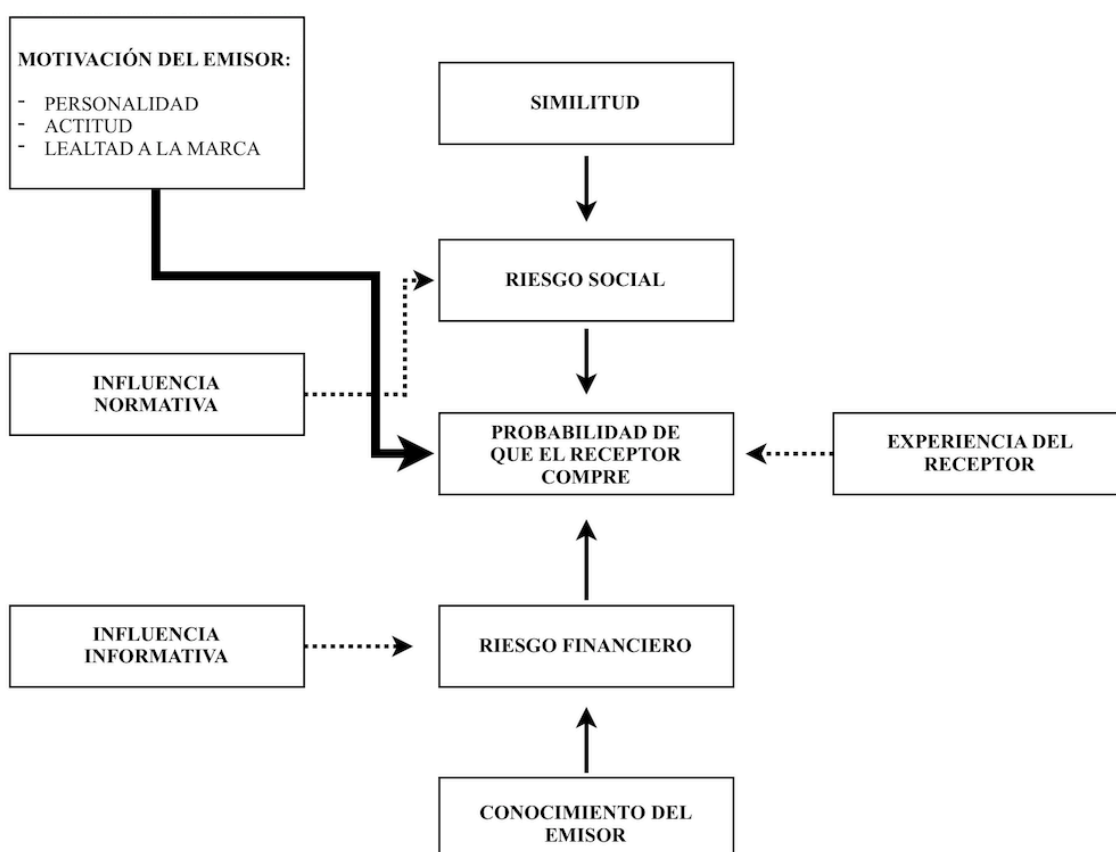
En base a Villanueva y Armelini (2007), el poder de las comunicaciones WOM se llevará a cabo siempre y cuando exista un emisor motivado a comunicar información y, a la vez, un receptor interesado en escuchar dicha información. En este capítulo, vamos a ver un esquema general del proceso que ya lo iremos profundizando en capítulos posteriores. Según estos autores, la probabilidad de que el receptor de un mensaje de WOM compre y, por lo tanto, la comunicación WOM resulte eficaz, va a depender de la experiencia del receptor, la motivación del emisor a transmitir información, y finalmente del riesgo social y financiero que conlleve dicha compra (figura 3.1).

Tal y como se muestra en la figura 3.1, las comunicaciones WOM pueden iniciarse bien desde un emisor motivado a transmitir su experiencia y conocimiento acerca de una marca y/o producto (en posteriores capítulos analizaremos todos los antecedentes que condicionan este comportamiento en el emisor), o bien porque el receptor busca o demanda información acerca de un producto y/o marca.

Según Villanueva y Armelini (2007) el receptor buscará esta información en base a la experiencia que tenga, pero sobretudo en base al riesgo financiero y social que suponga esta compra para él. El riesgo social hace referencia a las consecuencias negativas que conllevan para el consumidor el hecho de no seguir las reglas sociales marcadas; el riesgo financiero se refiere a la posible pérdida económica para el consumidor, como consecuencia de haber

realizado una mala compra. Para Wanghenheim y Bayón (2004), cuando una persona se expone a estos dos tipos de riesgo, necesita informarse y buscar consejo de otras personas para con ello aliviar esta situación, y acertar lo máximo posible en la decisión de compra. En base al tipo de riesgo al que el consumidor se enfrente, pedirá información o consejo a un emisor u otro.

Figura 3.1: Por qué se producen las comunicaciones WOM



Fuente: Elaboración propia a partir de Villanueva y Armelini (2007)

Por tanto, la complejidad y la variabilidad de productos y/o marcas hacen que el consumidor, sobre todo en la mayoría de las decisiones de compra relevantes, busque información y

opinión. Si tomamos una de las conclusiones de Dellarocas (2003) comentadas anteriormente, en la que resalta la posible falta de credibilidad de la información a nivel *online*, podríamos apuntar que, si el consumidor percibe un riesgo social, buscará aprobación de un familiar cercano o amigo que conozca las reglas sociales y que vele por la situación social del consumidor, siendo en tal caso la comunicación *offline* de suma importancia. De la misma forma, si el consumidor percibe un riesgo financiero, se asesorará de los líderes de opinión en el tema, ya que éstos disponen de un amplio conocimiento, y a la vez tienen una gran experiencia acerca del producto y/o marca, y de esta forma el consumidor intentará minimizar el impacto financiero aumentando las probabilidades de realizar una buena compra.

En el esquema (figura 3.1) observamos que la influencia normativa influye en el riesgo social. Este tipo de influencia hace referencia a la necesidad del consumidor de comportarse de acuerdo a los estándares y exigencias de su entorno personal social (Villanueva y Armelini, 2007); por esta razón, como se ha comentado previamente, en un entorno *offline* donde se produce un contacto cara a cara, el consumidor se asesorará cuando perciba un riesgo social en sus familiares y amigos más cercanos, cuya información es de mayor credibilidad (Chatterjee, 2001).

Pero, por otro lado, en un contexto *online*, donde no existe la posibilidad de un contacto cara a cara, si el consumidor percibe riesgo social, tratará de ponerse en contacto con otros consumidores que tengan intereses en común a través de internet, y con ello minimizar este posible riesgo generado por la compra. Internet ayuda mucho a solventar esta presión social

en el consumidor, y todo ello gracias a que la tecnología facilita un mayor alcance y rapidez en la búsqueda de información. Esto se cumple, sobre todo, en el caso de las redes sociales, que permiten la toma de contacto con amigos o parientes cercanos.

Otro aspecto a considerar será la influencia informativa, causada por el exceso de información percibida en los medios publicitarios tradicionales, y que puede llegar a influir de forma notable en un posible riesgo financiero. Debido a la gran cantidad de competencia existente en la actualidad para un producto y/o servicio, junto con los intereses comerciales de las diferentes empresas, el consumidor tiene la necesidad de buscar información en un líder de opinión del tema con el objetivo de mejorar y profundizar en conocimientos acerca de un producto y/o servicio, y con ello que las posibilidades de una buena elección de compra sean altas.

En un contexto *online*, los consumidores suelen buscar blogs de expertos en el tema que les ayuden a completar la información acerca del producto y/o servicio. Tanto en el entorno *online* como *offline*, el consumidor busca un líder de opinión que le ayude a que la decisión de compra sea la adecuada con el menor impacto financiero, y así poder garantizar una buena compra.

Siguiendo con el planteamiento de Villanueva y Armelini (2007), los factores que influyen en la decisión final de compra, cuando el consumidor se enfrenta a un posible riesgo financiero, y donde las comunicaciones WOM toman un papel protagonista en dicha decisión son: el

conocimiento del emisor del mensaje, la confianza mutua entre emisor y receptor, y la asiduidad de relación entre ambos.

Finalmente, la experiencia o el conocimiento que tenga el receptor acerca del producto y/o servicio, motivará en mayor o menor medida la búsqueda de información. Bansal y Boyer (2000) clasifican a los consumidores en “expertos”, “con conocimiento medio” o “ignorantes” de un producto y/o servicio. Siguiendo dicha terminología, cuando el receptor es un experto del tema, la necesidad de iniciar este tipo de conversaciones WOM es menor, ya que no tiene la necesidad de la búsqueda de información, dado que conoce perfectamente el riesgo social y financiero que conlleva la compra. Sin embargo, ocurre todo lo contrario con el receptor “ignorante”, que no tiene nada de información acerca del producto y por ello necesita asesorarse muy bien antes de tomar la decisión de compra, y probablemente lo haga acudiendo a diferentes emisores a la vez (amigos, familiares o líderes de opinión). En cambio, el receptor con conocimientos medios buscará información en el emisor adecuado para completar toda la información de la que dispone y así minimizar el posible riesgo de compra.

Tal y como hemos visto, las comunicaciones WOM las puede empezar el receptor que busca minimizar todo riesgo posible en su compra, pero también las puede iniciar el emisor motivado a compartir experiencias acerca de un producto, marca y/o servicio. A pesar de que las motivaciones son similares, en base al contexto en el que se producen podemos encontrar algunos matices.

Según Richins y Root-Shaffer (1988), la motivación del emisor para que inicie el proceso de comunicaciones WOM, en un contexto tradicional, va a depender de su personalidad, de su actitud para comunicar este tipo de comunicaciones, y del nivel de implicación con la marca y/o producto, y todo ello en un contexto social que favorezca este tipo de comunicaciones. La probabilidad de que el emisor inicie conversaciones WOM es mucho más alta, según estos autores, tras realizar la compra del producto y/o servicio; después, conforme va pasando el tiempo, las probabilidades de que el emisor inicie este tipo de conversaciones van progresivamente disminuyendo.

En el caso de las comunicaciones eWOM, en un entorno *online*, el proceso por el que el emisor motivado inicia las conversaciones WOM es muy similar. La gran diferencia es que las personas no tienen ningún contacto físico, y puede que no se hayan conocido nunca, por lo que la credibilidad de todas estas opiniones puede ser menor que en un contexto tradicional. Sin embargo, aunque no se conozcan, todas estas personas suelen tener una característica en común (estatus social, intereses, aficiones, etc.) y por lo tanto las opiniones que se generen en este entorno (blogs, chats, redes sociales...) pueden resultar valiosas para la decisión de compra final de algunos consumidores internautas (Phelps, Lewis, Mobilio, Perry y Raman, 2004).

Numerosos autores han estudiado el comportamiento del consumidor en un medio *online* en función del canal donde se difunda el mensaje. Okazaki (2008) llegó a la conclusión de que los consumidores son partícipes de este tipo de comunicación a través del móvil debido al

entretenimiento y motivación social producida, todo ello comparado con las campañas de WOM en PCs. Otros autores han estudiado otros entornos *online*, como foros de discusión (Steyer, Garcia-Bardidia y Quester, 2007), blogs (Johnson y Kayte, 2009), comunidades virtuales comerciales (Casaló, Flavian y Guinaliu, 2011) o páginas web (Gupta y Harris, 2010).

En cualquier caso, no hay que olvidar que, en numerosas ocasiones el eWOM, no es suficiente para tomar la decisión de compra final, ya que por lo general el consumidor busca personas más cercanas que le asesoren, o ayuden a tomar la decisión de compra final, y aquí es donde el tradicional WOM ejerce un papel crucial, ya que mucha de la información en internet carece de fiabilidad y/o credibilidad (Dellarocas, Zhang y Awad, 2007). Es por ello que, como hemos citado previamente, las comunicaciones WOM y eWOM actúan continuamente complementándose la una a la otra.

A lo largo del capítulo anterior hemos visto la relevancia que tiene la comunicación WOM en el ámbito del marketing, y un esquema general de lo que implica el proceso de comunicación WOM. Sin embargo, el potencial que tiene dicho impacto en el receptor, en la adopción del mensaje, y posteriormente en su comportamiento, va a depender de diversos factores. Entre ellos destacamos la relación entre el emisor y el receptor, el medio donde se generan dichas conversaciones, o la valencia del mensaje entre otros, aspectos que en epígrafes posteriores profundizaremos.

Sin embargo, antes de adentrarnos en el estudio de todos los antecedentes de las comunicaciones WOM y sus posibles consecuencias, vamos a analizar diferentes teorías de gran calado vinculadas con la justificación de cómo las comunicaciones WOM modifican las actitudes y cómo o por qué se adopta la información. Todas estas teorías van a permitir entender mejor el comportamiento o conducta de los individuos cuando se encuentran vinculados a las comunicaciones WOM.

3.1.1 Teoría de la Acción razonada

Esta teoría, fue propuesta por Ajzen y Fishbein (1980), y relaciona la voluntad del individuo con la intención de realizar o no una conducta específica. Estos autores asumen que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del individuo, que procesa toda la información de la que dispone de forma sistemática, y la utiliza para formar su intención o no de desarrollar una determinada conducta o comportamiento.

Estos autores apuntan a que la principal finalidad de la Teoría de Acción Razonada es explicar y predecir la conducta del ser humano. Por esta razón, este modelo se ha aplicado a numerosos campos de investigación de diferentes disciplinas, con el mismo objetivo: conocer mejor el comportamiento de determinados individuos frente a diferentes situaciones.

Como hemos apuntado, este modelo trata de forma exclusiva los comportamientos volitivos, razón por la cual no puede predecir todos aquellos comportamientos ajenos a la voluntad del individuo; nos referimos a situaciones en las que los individuos se encuentran sometidos a

barreras internas y/o externas en el momento de desarrollar una determinada conducta o comportamiento.

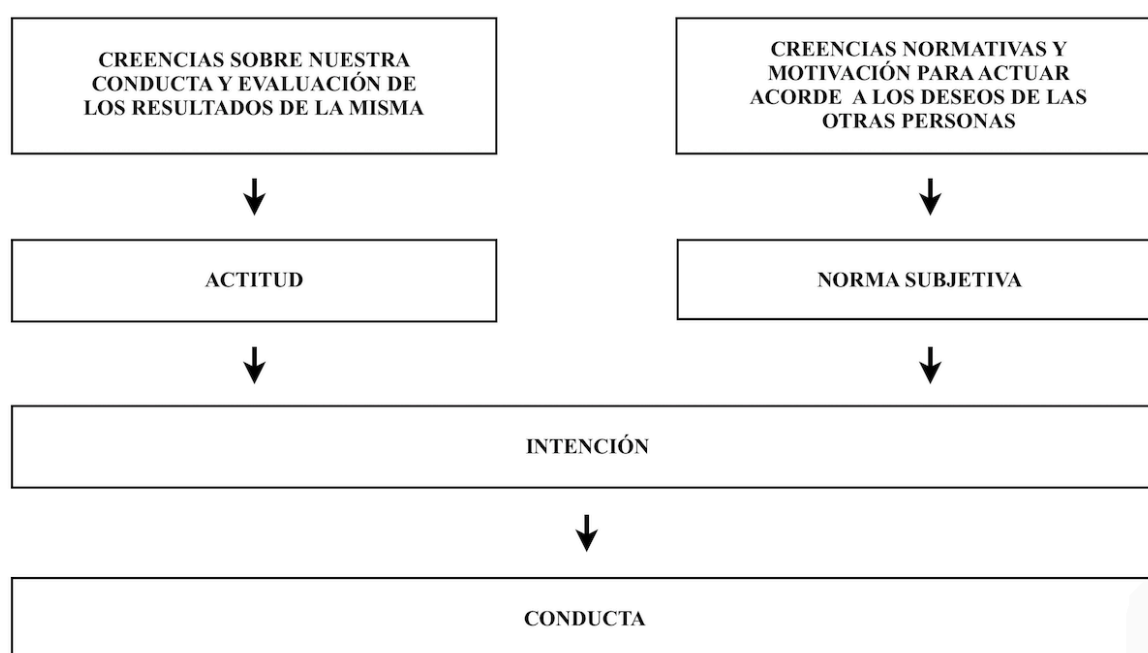
Según la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), la conducta de los individuos se basa en la relación entre las creencias, la actitud, la intención y el comportamiento. Las creencias de los individuos condicionarán su actitud, y ésta a la vez la intención de comportamiento, referida a la decisión de realizar o no una conducta específica. Ajzen y Fishbein (1980) consideran que el mejor indicador de una determinada conducta es la intención de desarrollar, o no, dicha conducta. Para los mencionados autores, esta intención está determinada por un factor personal (actitud hacia el comportamiento) y un factor social o “normativo” (norma social subjetiva del individuo).

La actitud hacia el comportamiento se refiere a la predisposición, favorable o no, que tiene el individuo a desarrollar una determinada conducta; esta predisposición será, por un lado, el resultado del análisis que realice el individuo de sus creencias en relación al comportamiento, y por otro, de cómo evalúe los resultados de dicha conducta. Dicho de otra forma, la actitud va a depender de la percepción de las consecuencias de desarrollar dicho comportamiento, que son el resultado de las creencias que tiene el individuo de que determinada conducta va a producir determinados resultados, y de cómo evalúa ese posible resultado.

Por otro lado, el factor social o norma social subjetiva del individuo será consecuencia de dos elementos (Ajzen y Fishbein, 1980); por un lado, las creencias normativas del individuo, es

decir, la percepción que tenga sobre la opinión, positiva o negativa, que tendrán otras personas cercanas a él en relación al comportamiento que se está valorando; y por otro, de la motivación del individuo a actuar acorde a la opinión y/o deseos de estas otras personas. De forma sintética la propuesta de la Teoría de la Acción Razonada aparece en la figura 3.2.

Figura 3.2: Propuesta de la Teoría de Acción Razonada



Fuente: Elaboración propia a partir de Ajzen y Fishbein (1980)

De esta forma, la Teoría de la Acción Razonada, propuesta por Ajzen y Fishbein (1980) se basa en el hecho de que los individuos tienen la intención o no de realizar una determinada conducta como resultado del balance que establecen entre lo que ellos consideran que deberían hacer, al valorar los pros y los contras del desarrollo de tal conducta (es decir, su

actitud frente a dicho comportamiento), y por otro lado, la percepción que ellos tienen de que el resto de personas que les rodean y son importantes para ellos, creen que es lo que se debería hacer, y su motivación a cumplir los deseos de su entorno social, que es lo que estos autores definieron como norma subjetiva o norma social subjetiva.

Para aplicar la Teoría de la Acción Razonada en nuestro campo de estudio, el WOM, es importante que veamos la relación que existe entre creencias, actitudes, intenciones y conducta en este contexto. No podemos obviar el hecho de que las creencias desarrollan actitudes, las actitudes orientan las intenciones del individuo, las intenciones deciden la conducta a realizar, y finalmente la conducta realizada orientará las creencias que tendrá el individuo cuando se plantee realizar o no, de nuevo, dicha conducta en un futuro. Por tanto, la conducta que realicemos en una determinada situación y sus consecuencias, serán nueva información en el desarrollo de nuestras creencias respecto a esa conducta o comportamiento realizado. De esta forma, el individuo tendrá la intención de realizar de nuevo esa determinada conducta cuando posea una actitud positiva hacia la misma, y además, sus referentes sociales piensen que debería llevarla a cabo (Fishbein, 1990).

Aplicando la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) en el área de investigación del WOM, el antecedente directo de desarrollar dicha conducta, es decir, iniciar o adoptar comunicaciones WOM, será su intención de desarrollarla.

La intención de iniciar comunicaciones WOM por parte del emisor estará influida, en primer lugar, por la actitud favorable o desfavorable a este tipo de conversaciones, es decir, por la predisposición global del individuo hacia el inicio de este tipo de conversaciones y las consecuencias asociadas a dicha conducta. De este modo, en la medida que el individuo tenga conocimientos y experiencia acerca de las comunicaciones WOM, y además considere que es algo positivo para él, la intención de iniciar comunicaciones WOM será mayor. En base a ello, la adopción de estas conversaciones por parte del receptor de las mismas, también se verá influida por la actitud que tenga a este tipo de comunicaciones a raíz de su experiencia personal previa.

Así mismo, la intención de iniciar comunicaciones WOM por parte del emisor será mayor siempre y cuando se vea respaldado por su entorno social y, además, se vea motivado a actuar acorde a los deseos de su entorno social. Lo mismo sucede en lo referente a la adopción de las conversaciones WOM por parte del receptor, ya que un apoyo social acompañado de un deseo de satisfacer a su entorno repercutirá en el grado de adopción de las mismas por parte del individuo que las recibe.

3.1.2 Teoría del Comportamiento Planeado

La Teoría del Comportamiento Planeado o Acción Planeada o Planificada fue desarrollada por Ajzen (1985) a partir del modelo de la Teoría de Acción Razonada descrita anteriormente (Ajzen y Fishbein, 1980). Por ello, se podría considerar que la Teoría de Comportamiento

Planeado es una extensión de la Teoría de Acción Razonada con el propósito de comprender una serie de conductas o comportamientos en el ser humano en los que su voluntad no es lo imperativo. Existen una serie de factores ajenos a dicha voluntad propia que van a condicionar asimismo su comportamiento.

También para esta teoría, el antecedente precursor de la conducta es la intención de desarrollar dicha conducta. En la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) las dos variables que modulan la intención del individuo son la actitud que tenga respecto a esa conducta y la norma social subjetiva. Tal y como hemos explicado previamente, estos dos antecedentes de la intención explican la conducta del ser humano cuando está motivada exclusivamente por procesos volitivos. Sin embargo, Ajzen (1985) observó una clara limitación en esta teoría al constatar que numerosas conductas o comportamientos en los individuos no se hallan bajo el control exclusivo de procesos volitivos; por ello, al modelo de la Teoría de la Acción Razonada se le incluyó un nuevo antecedente, que denominó la percepción de control, que modula la intención del individuo junto con los otros dos antecedentes descritos. Concretamente, se refiere al hecho de que determinados factores ambientales, como los diferentes estímulos de marketing, pueden actuar como moderadores de la intención, junto con las creencias y norma social, hacia una determinada conducta.

La principal diferencia, pues, entre estas dos teorías o modelos, es la incorporación de una nueva variable en la Teoría del Comportamiento Planeado, la percepción de control. Para Ajzen (1985), esta teoría puede explicar no sólo en la intención de la realización de la

conducta, sino también de forma directa la realización de la conducta en sí. No obstante, las dos variables de la Teoría de Acción Razonada solamente pueden influir en la intención de realizar la conducta, y no en la propia conducta en sí.

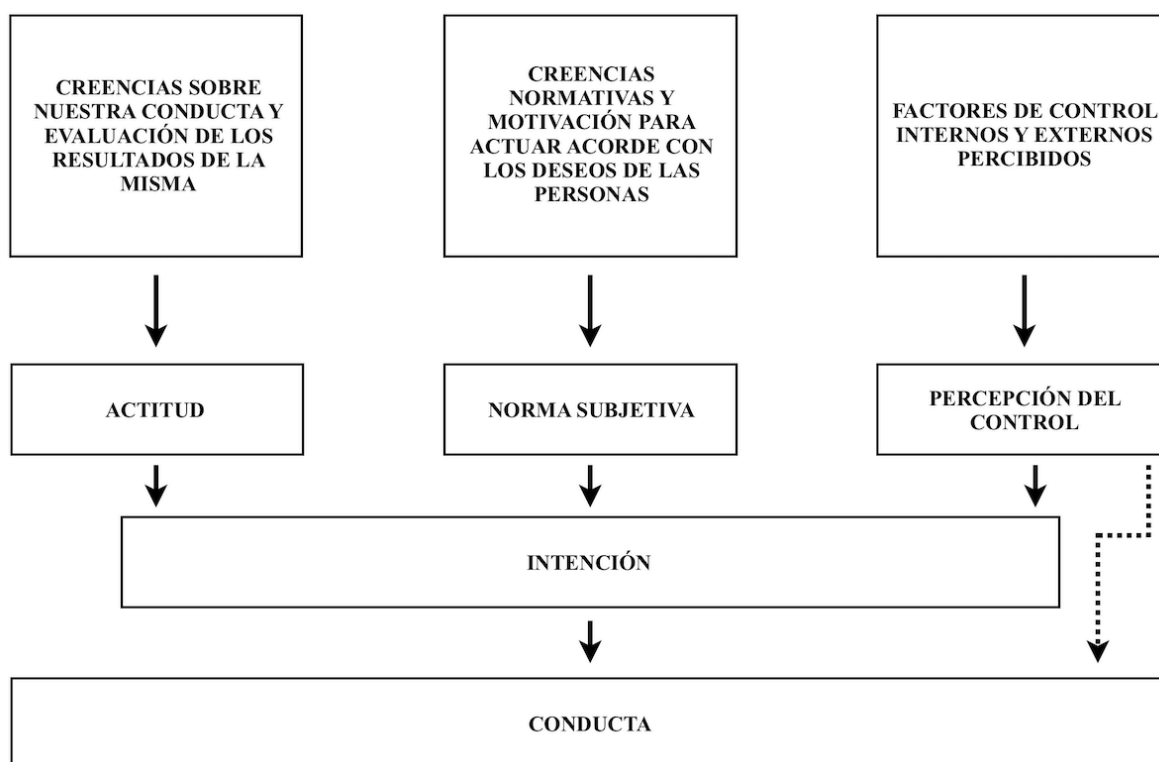
Ajzen (1985) también señala otra diferencia respecto a la Teoría de Acción Razonada, y es la influencia que puede llegar a tener estas tres variables entre sí, previamente al desarrollo de la intención; la interacción entre ellas puede hacer que se modifiquen mutuamente, y con ello afectar de manera notable a la intención de la conducta.

Son varios los antecedentes que influyen en la nueva variable incorporada en la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1985), la percepción del control. Tales antecedentes se pueden agrupar en dos: por un lado, las barreras internas del individuo, y por otro, las barreras externas, que influyen de manera notable en la facilidad o dificultad de realizar un determinado comportamiento.

Las barreras internas están relacionadas con la percepción del individuo sobre sus capacidades para realizar o no, una determinada conducta o comportamiento. Están relacionadas, pues, con los conocimientos, destrezas y/o experiencias previas del individuo a la hora de llevar a cabo dicho comportamiento. Por otra parte, las barreras externas resultan ser todas las percepciones relacionadas con la facilidad o dificultad para poder realizar una determinada acción.

Tanto las creencias relacionadas con la habilidad de ejecución (barreras internas), como las relacionadas con la facilidad de ejecución (barreras externas), se focalizan en la intención y en la conducta, pudiendo con ello facilitar o dificultar su ejecución (Figura 3.3).

Figura 3.3: Teoría del Comportamiento Planeado



Fuente: Elaboración propia a partir de Ajzen (1985)

Para aplicar la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1985) a nuestro campo de investigación del WOM, extenderíamos lo comentado anteriormente en el modelo de la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) pero incluiríamos la nueva variable, la percepción del control.

En la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), si el individuo dispone de una actitud favorable a iniciar conversaciones WOM, debido a que lo considera positivo para él, (bien por sus creencias respecto a este tipo de comunicación, como por los resultados que cree que puede obtener) y además su entorno más cercano aprueba dicho comportamiento, y se ve motivado a complacer los deseos de su entorno, la intención de iniciar conversaciones WOM respecto a un producto y/o marca serán favorables.

Sin embargo, puede darse el caso de que un individuo pueda tener una predisposición muy buena a iniciar o adoptar conversaciones WOM, pero perciba que tiene poca capacidad para llevarlas a cabo, bien porque no se maneja en un entorno *online* (para el caso de eWOM) o porque tiene dificultades con las relaciones sociales. Antes esta situación es probable que esta conducta no se realice.

Además de estas barreras, internas y externas, el individuo también puede encontrarse con una serie de situaciones que impidan el inicio de conversaciones WOM; sería el caso, por ejemplo, de carecer de tiempo para llevarlas a cabo, o simplemente el no tener la oportunidad para poder iniciar este tipo de conversaciones.

3.1.3 Modelo de la Probabilidad de Elaboración de la Persuasión

El modelo ELM (*Elaboration Likelihood Model of Persuasion*) o modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión (Petty y Cacioppo, 1983, 1986), pretende integrar las teorías anteriores en el ámbito de la psicología cognitiva, en relación al fenómeno de persuasión

humana. Tal y como apuntan sus creadores Petty y Cacioppo (1981) este modelo, que hace hincapié en cómo los mensajes influyen en nuestras actitudes, pretende integrar todas estas teorías que, aunque suponen grandes aportaciones y son valiosas en sí mismas, ofrecen resultados dispares incapaces de alcanzar unos principios generalizables sobre la comunicación eficaz y los procesos de persuasión (Petty y Wegener, 1999).

Un aspecto relevante de este modelo ELM es que, a día de hoy, sigue siendo un referente, y constituye la base de nuevos modelos sobre persuasión. Este modelo se ha aplicado también en investigaciones vinculadas al entorno *online* (Sher y Lee, 2009), de ahí su relevancia dentro del campo de la publicidad en los diferentes estudios de persuasión, tanto a nivel *online* como *offline*. El análisis y comprensión de este modelo es importante dentro de nuestro marco de estudio, las comunicaciones WOM, ya que ayuda a explicar cómo los mensajes dentro de una comunicación persuasiva pueden lograr cambios en las actitudes de los individuos que los reciben y, a posteriori, cambios en su comportamiento o conducta.

Estos autores apuntan que el cambio de actitudes que genera un determinado mensaje en los individuos se puede producir a través de dos rutas de procesamiento cognitivo: la ruta central y la periférica. En base a la ruta por la que los mensajes son procesados por el receptor, reciben un tratamiento cognitivo distinto, generando con ello un cambio de actitud totalmente diferente.

Todos los mensajes que son procesados mediante la ruta central reciben una mayor atención por parte del individuo; su procesamiento es mucho más racional y profundo, ya que el esfuerzo cognitivo que se realiza para procesarlo es mucho mayor. En cambio, sucede todo lo contrario en los mensajes procesados por ruta periférica; el esfuerzo cognitivo es menor, se presta mucha menor atención al mensaje y el individuo se centra en evaluar más los elementos periféricos (origen del mensaje, fuente del mensaje, etc.), sin llegar a valorar lo que es la esencia del mensaje.

Petty y Cacioppo (1981) señalan que todos los cambios de actitud producidos por un procesamiento por ruta central son relativamente duraderos, resistentes a mensajes contrarios, y fieles predictores de nuestras conductas. En cambio, los procesados por ruta periférica son menos duraderos, fáciles de cambiar con mensajes contrarios, y pésimos predictores de nuestra conducta.

Ello se deriva principalmente de que el procesamiento de un mensaje por la ruta central lleva al individuo a profundizar en él, de tal forma que se analizan los argumentos, sus pros y sus contras, pudiendo dicho análisis llegar a modificar su actitud y su intención de comportamiento o conducta. Cuando procesamos el mensaje a través de la ruta periférica se requiere menos esfuerzo cognitivo, ya que no se analiza el mensaje de forma tan exhaustiva como se realiza a través de la ruta central, y nos focalizamos más en los elementos periféricos del mensaje (estilo, origen, credibilidad de la fuente, etc.).

Este modelo identifica también una serie de variables que permiten anticipar cuándo se procesa el mensaje por una ruta u otra. Estas dos variables son: la motivación para procesar el mensaje (lógicamente, cuanto mayor sea nuestra motivación, más probabilidades existe de que la ruta de procesamiento sea la central) y la capacidad para procesarlo (la capacidad para examinar argumentos y evaluarlos es directamente proporcional al esfuerzo cognitivo; cuanto mayor sea nuestra capacidad, más probabilidades de que usemos la ruta central para procesar el mensaje). No podríamos procesar todos los mensajes recibidos a través de la ruta central porque el esfuerzo cognitivo a realizar sería muy grande; sin embargo, el interés que nos suscita el mensaje sí que determina su ruta de procesamiento. Dicho en otras palabras, un mismo mensaje, de manera simultánea puede ser procesado, una parte por la ruta central y la otra por la periférica.

Las comunicaciones WOM tienen un efecto persuasivo que modifican las actitudes y las evaluaciones que los consumidores hacen sobre los productos, lo que conlleva finalmente a influir en su decisión de compra (Duan, Gu y Whinston, 2008). Es por ello que cobra sentido aplicar el modelo ELM a nuestro objeto de estudio, las comunicaciones WOM.

En base a lo que estos autores señalan ambas rutas de procesamiento, la periférica y la central, pueden contribuir a que el nivel de persuasión del mensaje en el receptor de la comunicación WOM favorezca un cambio en su actitud y en su conducta (Duan, Gu y Whinston, 2008). Ha (2002) señala que la información de WOM es más probable que influya a los consumidores que se encuentren ante una compra de alta implicación y alto riesgo. En todas estas

situaciones, el individuo suele estar interesado en disponer de información sobre tal compra, por lo que hay motivación para procesar la comunicación WOM; de esta forma, la información que se transmite y el argumento del mensaje son muy importantes, y recibe un gran interés por parte del individuo. Por ello, la ruta por la que serán procesados estos mensajes será la central, realizando con ello un esfuerzo cognitivo importante que puede producir un cambio en la actitud y en la conducta de éste.

3.1.4 Modelo de Aceptación de la Tecnología

Aunque las comunicaciones WOM tienen su origen en un contexto *offline*, tras la aparición de internet y la era tecnológica, las comunicaciones eWOM van cobrando cada vez una mayor relevancia. Por ello se hace necesario profundizar en el Modelo de Aceptación de la Tecnología (TAM) (Davis, 1989), para así poder entender mejor qué hace que los individuos se involucren en este tipo de comunicaciones a nivel *online*. En función de la predisposición y la conducta que tenga un individuo hacia la tecnología, la probabilidad de que se lleven a cabo conversaciones eWOM serán unas u otras, de ahí la importancia de considerar este modelo. Un individuo que acepte en gran medida la tecnología y que por tanto tenga una actitud positiva hacia esta, será más probable que genere y se involucre en comunicación eWOM que en el caso contrario. Matos y Vargas (2008) recalcan la relevancia del eWOM y su capacidad para impactar en el comportamiento de consumidor.

El Modelo de Aceptación de la Tecnología, de ahora en adelante TAM, fue propuesto por Davis (1989) para predecir el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones, de ahora en adelante TIC, en diferentes contextos, analizando cómo los usuarios aceptan y utilizan las diferentes herramientas tecnológicas que tienen disponibles.

El modelo TAM (Davis, 1989) es una extensión de la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), por lo que va a permitir predecir el comportamiento o conducta de los individuos hacia la tecnología en base a las diferentes actitudes e intenciones que tengan respecto a éstas.

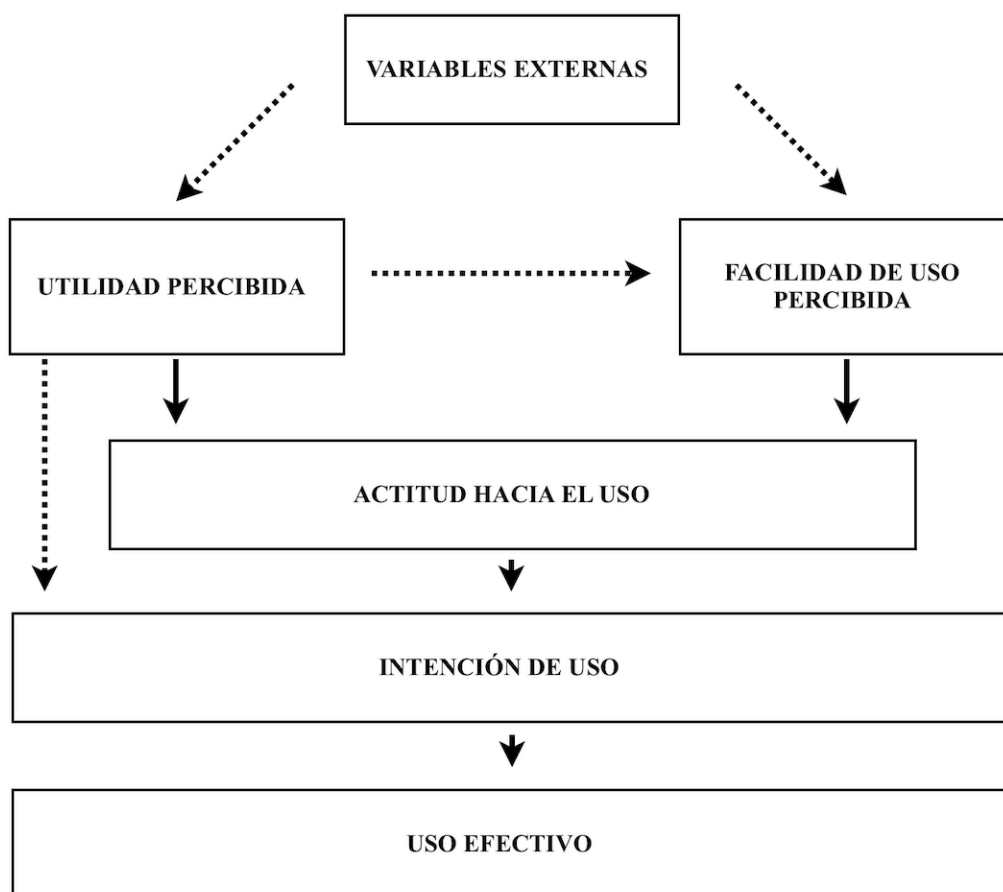
Davis (1989) estableció la relación existente entre la actitud hacia el uso de la tecnología, la intención de uso y el uso de la tecnología como comportamiento a explicar. La actitud hacia el uso de la tecnología es el sentimiento positivo o negativo en lo referente al uso de esta. El individuo analiza los pros y contras de su uso y genera una determinada actitud respecto a la realización de una determinada conducta vinculada al uso de la tecnología (por ejemplo, acceder a un sistema operativo, a un blog, la página web de una empresa...). Finalmente, esta actitud influirá en la intención de comportamiento, es decir, el uso de dicha tecnología.

La actitud hacia el uso de la tecnología va a depender de dos antecedentes: la utilidad percibida y la facilidad de uso percibida (Davis, 1989). La utilidad percibida se refiere al grado en el que una persona estima que el uso de una determinada tecnología puede ayudarle en su quehacer diario (por ejemplo, el rendimiento en el trabajo). La facilidad de uso

percibida está relacionada con el esfuerzo personal que supone el uso de esa tecnología, es decir, si el uso de esa tecnología le es más o menos sencilla al usuario.

El modelo TAM (Figura 3.4), es la base de diferentes modelos más actuales para predecir la intención del uso de la tecnología, como el TAM2, TAM3 y UTAUT. Estos modelos posteriores consideran nuevas variables externas que pueden influir en los antecedentes de la actitud hacia la tecnología descritos previamente por Davis (1989).

Figura 3.4: Modelo de Aceptación de la Tecnología (TAM)



Fuente: Elaboración propia a partir de Davis (1986)

Así, Venkatesh y Davis (2000), proponen el modelo TAM2, donde se agregan dos tipos de variables. Unas son externas en base a la influencia social (norma subjetiva, voluntariedad en la decisión de adopción de la tecnología, imagen en lo referente al estatus social del individuo en la adopción de la tecnología) y otras internas relacionadas con procesos cognitivos (experiencia del uso de la tecnología, relevancia de la misma en el trabajo, percepción de la calidad del trabajo con el uso de la tecnología, y demostración de los resultados por el uso de la misma).

En el 2008, Venkatesh y Bala, tomando como referencia el modelo TAM2, proponen el modelo TAM3. Estos autores realizan de nuevo una extensión de nuevas variables externas: ansiedad o gozo frente a la tecnología, autoeficacia frente a la tecnología, percepción de disfrute, usabilidad objetiva y, finalmente, percepción de control externo.

Con el objetivo de integrar todos los modelos propuestos, en el año 2003 aparece un nuevo modelo, la Teoría Unificada de Aceptación de la Tecnología, de ahora en adelante UTAUT (Venkatesh, et al., 2003). Este modelo se crea en base a las similitudes conceptuales y empíricas de ocho modelos previos, entre los que se encuentra el TAM (Davis, 1986). El modelo UTAUT cuenta con cuatro variables que influyen directamente en la intención y en el uso en sí de la tecnología: expectativa de esfuerzo, expectativa de desempeño, influencia social y condiciones facilitadores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que dichas variables van a estar influenciadas por el género, la edad, la experiencia y la voluntariedad del sujeto en su uso.

3.2 Motivaciones del emisor para la generación de la comunicación WOM

Una vez analizada la relevancia de las comunicaciones WOM, es clave conocer los diferentes antecedentes de este tipo de comunicación para poder realizar una correcta gestión de las mismas en el ámbito empresarial. Para adentrarnos en la importancia de los antecedentes del WOM, destacamos dos de las conclusiones del trabajo de Vázquez, Suarez y Del Río (2013) sobre este tema. Por un lado, los autores apuntan que las comunicaciones WOM positivas generan un mayor impacto en la marca y en la decisión de compra, que las comunicaciones WOM negativas; y por otro, que cuanto mayor sea la lealtad a la marca, menor es la influencia de la comunicación WOM en el receptor. En base a estas dos conclusiones, es básico entender que la estrategia de marketing de las empresas debe ir focalizada a favorecer el flujo de información de consumidores satisfechos con el producto hacia otros potenciales consumidores. Por ello, el foco debe estar centrado en el emisor de las comunicaciones WOM, garantizándose así una efectiva diseminación de la información sobre los productos y/o servicios de la empresa. Con este propósito, es primordial conocer los antecedentes del WOM, es decir, qué es lo que desencadena en el emisor este tipo de conversaciones. Para ello vamos a abordar seguidamente diferentes teorías que tratan de explicarlo desde planteamientos diversos.

3.2.1 Teoría de Ditcher (1966)

Para explicar qué consumidores inician conversaciones WOM, Ditcher (1966) introduce el término de “gente de buena voluntad”. Se refiere con ello a todos aquellos que ofrecen información a otros porque sienten la necesidad de compartir dicha información, y así expresar su amistad, cariño o preocupación por ellos. Ditcher (1966) identificó cuatro categorías de motivaciones emocionales que dan lugar a comunicaciones WOM positivas en esa “gente de buena voluntad”.

La primera de ellas, *la motivación con el producto* hace referencia al momento en que un consumidor siente la necesidad de recomendar el producto a otros posibles consumidores por el propio producto en sí. La experiencia generada tras su consumo puede haber generado un gran impacto en su persona, y siente la necesidad de transmitir este sentimiento, y los beneficios que el producto y/o servicio le ha generado. La segunda de ellas hace referencia a *la motivación personal*. Se da cuándo un producto y/o servicio es utilizado como un medio para gratificar ciertas necesidades emocionales individuales, como puede ser la atención de los otros, o conseguir cierto reconocimiento social o estatus; la tercera, *la implicación con los demás*, se refiere a la satisfacción que tiene el consumidor de ayudar a otras personas compartiendo con ellas su experiencia, información o conocimientos acerca del producto y/o servicio; y finalmente, *la implicación con el mensaje*, donde hace referencia a la comunicación WOM estimulada por la publicidad o las acciones de relaciones públicas. Un

ejemplo de esta última categoría son las grandes campañas de comunicación en navidad que producen conversaciones WOM entorno a ellas entre los diferentes consumidores.

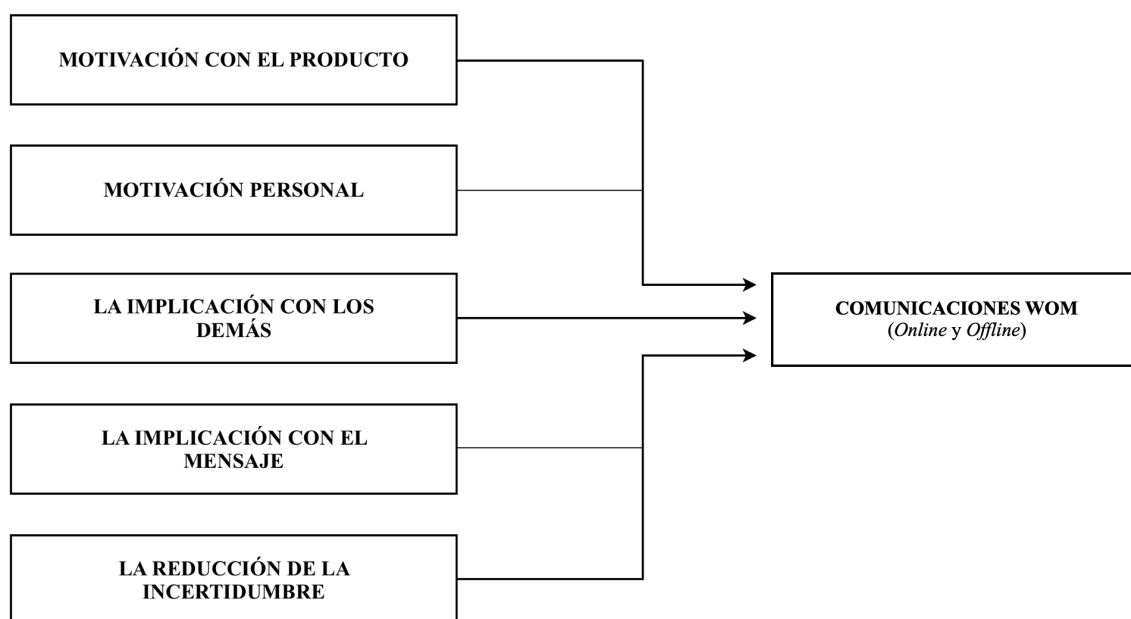
3.2.2 Teoría de Blackwell, Engel y Miniard (1993)

Ditcher (1966) solamente destaca en sus cuatro motivaciones emocionales o implicaciones los aspectos positivos que motivarían a los consumidores a dar a conocer sus opiniones a través del WOM. Es por eso que Blackwell, Engel y Miniard (1993) añaden al trabajo de Ditcher (1966) una nueva motivación emocional, **la reducción de la incertidumbre**, que puede tener connotaciones positivas o negativas, en base a la experiencia que haya tenido el consumidor (Figura 3.5).

La reducción de la incertidumbre disminuye las dudas que trae consigo una decisión de compra importante, y/o que puede tener connotaciones negativas. El objetivo que tiene el emisor motivado por esta categoría emocional, es el de apoyar la decisión de compra o, en caso contrario, prevenir que otros consumidores compren el servicio y/o producto en cuestión, debido a la experiencia negativa vivida. De hecho, puede darse el caso de que un consumidor que se enfrenta a una decisión de compra busque información en algún blog o medio *online*, con el fin de garantizarse una buena decisión de compra; dicha búsqueda puede llevarle a encontrar mensajes de otros consumidores que no se consideran satisfechos con la decisión de compra del producto y/o servicio que realizaron con anterioridad, y probablemente, esa

información encontrada podría generar rechazo en la compra de tal producto y/o servicio por parte del consumidor que la recibe.

Figura 3.5: Motivaciones emocionales y las implicaciones de Blackwell, Engel, y Miniard (1993)



Fuente: Elaboración propia a partir de Blackwell, Engel, y Miniard (1993)

3.2.3 Teoría de Sundaram, Mitra y Webster (1998)

Pocos años más tarde, Sundaram, Mitra y Webster (1998) amplían a ocho las motivaciones emocionales que determinan en el consumidor las comunicaciones WOM, si bien la base de tales motivaciones es bastante distinta a la propuesta por sus predecesores.

Estos autores clasifican éstas en base a la valencia del WOM. Las motivaciones que llevan al consumidor a expresar WOM positivos acerca del consumo de un producto y/o servicio son: **altruismo positivo**, que hace referencia al simple hecho de hacer algo sin esperar nada a cambio; **implicación con el producto**, que tiene un enfoque personal, en cuanto al gran interés por un producto; **mejora de la autoestima**, que hace referencia al interés por proyectar la imagen de comprador inteligente hacia el resto de consumidores; **y ayuda a la compañía**, por la que el consumidor tiene el deseo de ayudar a una empresa determinada.

Por otro lado, las motivaciones que producirían comunicaciones WOM negativas son: **altruismo negativo**, focalizado en ayudar a otros posibles consumidores, previniendo del uso o consumo del producto consecuencia de la mala experiencia personal que ha tenido el consumidor con este o la propia compañía; **reducción de la ansiedad**, ocasionada por la mala experiencia obtenida, de forma que el consumidor necesita desahogarse de su frustración, enfado o ansiedad ocasionada por el consumo del producto y/o servicio; **venganza**, o represalia del consumidor hacia una compañía, asociada con una mala experiencia de consumo; y **búsqueda de consejo** sobre cómo resolver los problemas ocasionados por el uso o consumo de un producto y/o servicio.

3.2.4 Teoría de Balasubramanian y Mahajan (2001)

Por su parte, Balasubramanian y Mahajan (2001) presentan un modelo más sintético, contextualizado dentro de una comunidad virtual. Está basado en tres motivaciones

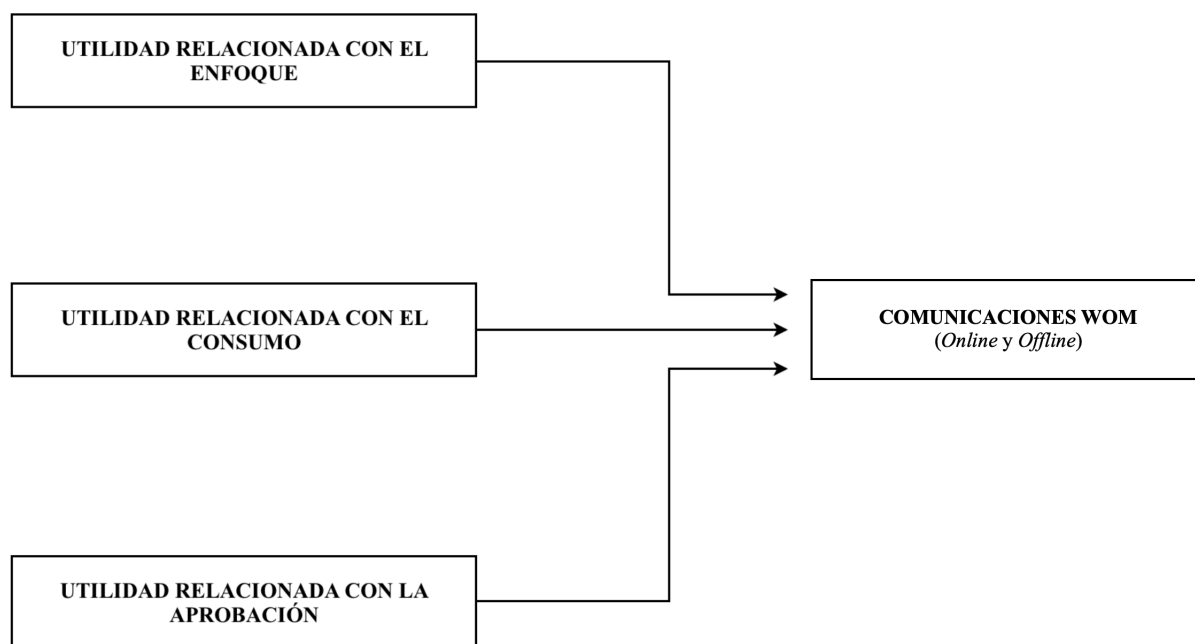
emocionales con un enfoque orientado hacia la utilidad en las interacciones sociales. Estos autores en su modelo hablan de utilidades en vez de motivaciones, a diferencia de los modelos anteriores. A través de la participación en las comunidades virtuales, los consumidores tienen sentimiento de pertenencia a un grupo, y ésta es la principal razón por la que pretenden ser útiles en dichas comunidades a través de sus comentarios y opiniones de consumo de un producto y/o servicio. En concreto, las tres utilidades que identifican son de tipo social; están apoyadas por el deseo del consumidor de establecer relaciones sociales, generando a la vez valor añadido a la comunidad virtual tras el consumo de un producto y/o servicio.

Tal y como se representa en la figura 3.6, se trata de: ***la utilidad relacionada con el enfoque***; se deriva de la creencia de que las aportaciones altruistas realizadas en la comunidad pueden ser motivadas por la intención de ayudar a otros consumidores en la decisión final de compra, e incluso avisar a potenciales consumidores de malas experiencias de compra; ***utilidad relacionada con el consumo***; tras la compra de un producto, puede surgir la necesidad de búsqueda de consejo para un mejor uso del mismo, por lo que los consumidores de la comunidad pueden llegar a comentar su propia experiencia para ayudar a otros consumidores, dándoles información de la post – compra del producto y/o servicio; y finalmente, la ***utilidad relacionada con la aprobación***, que deriva de la satisfacción que resulta del deseo de reconocimiento positivo por parte del resto de los miembros de la comunidad.

Hennig-thurau, Gwinner, Walsh y Gremler (2004) van un poco más allá, y en base a la propuesta de Balasubramanian y Mahajan (2001), identifican las diferentes motivaciones

emocionales que existen en cada uno de los tres tipos de utilidades descritos. Estos autores identifican once las motivaciones emocionales responsables de que el consumidor genere WOM, y las engloban en cada una de las utilidades. Las motivaciones que forman parte de la utilidad relacionada con el enfoque son la preocupación por los otros, la prestación de ayuda a la compañía, los beneficios sociales y la práctica de poder hacia la compañía, ya que la comunicación WOM, como se pone de manifiesto en otros apartados de esta tesis, se ha convertido en un mecanismo de poder de los consumidores hacia las empresas.

Figura 3.6: Motivaciones emocionales orientadas a la utilidad de Balasubramanian y Mahajan (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir de Balasubramanian y Mahajan (2001)

En cuanto a las motivaciones vinculadas con la utilidad relacionada con el consumo nos encontramos con la búsqueda de consejo post-compra, la comodidad de solucionar el problema por medio del operador de la plataforma, la expresión de emociones positivas, y la posibilidad de desahogarse de los sentimientos negativos de la compra.

Y finalmente, en la utilidad relacionada con la aprobación, se ubican la mejora de la autoestima y la recompensa económica, ya que la información generada por ciertos consumidores en las comunidades virtuales puede verse recompensada e incentivada por las empresas con el objetivo de que estos generen opiniones positivas de sus productos y/o servicios.

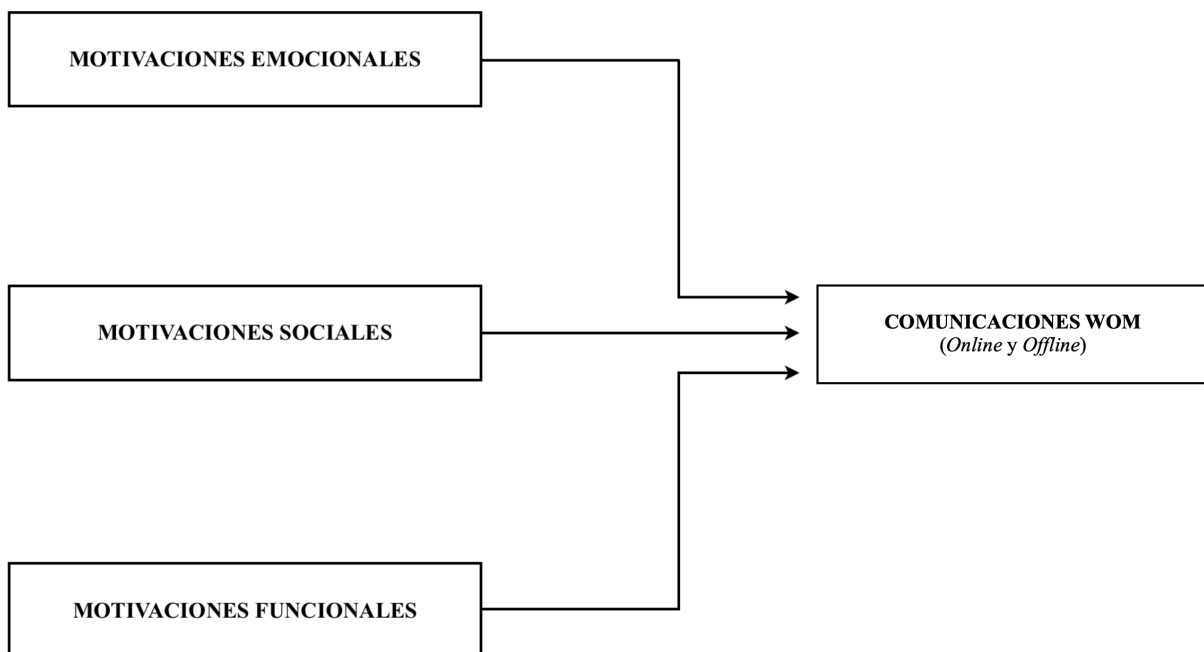
3.2.5 Teoría de Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007)

Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007) destacan que los dos principales desencadenantes de la comunicación WOM en el emisor son, por un lado, el altruismo y el deseo de ayuda a los demás, y por el otro, la motivación de prestar ayuda a la empresa proveedora del producto y/o servicio. Esto último deriva, según los autores, de la gran experiencia emocional obtenida por el consumidor, que se ve en la obligación de ayudar a la empresa con la que, con los años, ha creado un lazo emocional.

3.2.6 Teoría de Lovett, Peres y Shachar (2013)

Lovett, Peres y Shachar (2013) tras realizar una exhaustiva revisión de la literatura sobre WOM, clasifican en tres categorías las motivaciones del receptor para iniciar las comunicaciones WOM: *emocionales, sociales y funcionales* (Figura 3.7).

Figura 3.7: Motivaciones de Lovett, Peres y Shachar (2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de Lovett, Peres y Shachar (2013)

Aunque todas son relevantes en el proceso de comunicación del WOM, la mayor o menor influencia de cada una de ellas depende del medio de comunicación, *online* u *offline*, utilizado. Los autores catalogan como *motivaciones emocionales* el nivel de satisfacción y el

nivel de emoción generados tras el consumo de un producto. El individuo puede querer transmitir dichas sensaciones por el mero hecho de compartirlas con los demás, de transmitir lo que ha experimentado (Heath, Bell y Sternberg, 2001; Nardi, Schiano, Gumbrecht y Swartz, 2004; Peters y Kashima, 2007). En tal caso, cuanto mayor sea el nivel de satisfacción o emoción, mayor será la probabilidad de que los consumidores participen en comunicaciones WOM positivas. Diversos estudios han demostrado que tanto las marcas que generan unos niveles altos de satisfacción (Roberts, 2005), como las que producen todo lo contrario (Richins, 1983) generan unos niveles de conversaciones WOM mayores que todas aquellas que producen niveles moderados de satisfacción en el consumidor. Es decir, que existe una relación entre los extremos del nivel de satisfacción del consumidor y la generación, por parte del emisor, de este tipo de conversaciones.

En otras ocasiones, la comunicación WOM viene motivada por el interés del individuo por mostrar a los demás su nivel de status social, o simplemente cómo es uno mismo, a través del consumo de productos y/o servicios (Berger y Heath, 2007); en este caso, todos aquellos productos que muestren exclusividad, alta calidad o simplemente que aumenten la autoestima del consumidor, generarán mayores conversaciones WOM positivas (figura 3.7). Son las denominadas *motivaciones sociales* (Lovett, Peres y Shachar, 2013). Hay autores que las vinculan a la cultura del país (Xue y Zhou, 2010), dado que hay sociedades con un mayor deseo de conversar o compartir sus emociones mostrando su status social que otras; en esta línea, el deseo humano de sociabilizarse y conversar con otros puede facilitar la existencia de

conversaciones WOM (Rosen, 2002). Por ello, en aquellas sociedades más abiertas a los demás, las comunicaciones WOM suponen un requisito imprescindible en la creación de la notoriedad de marca (Xue y Zhou, 2010). Además, la visibilidad de la marca facilita que se generen este tipo de conversaciones, por lo que a mayor visibilidad de la marca y/o producto, mayores serán las probabilidades de que el deseo de conversar sea mayor, y con ello que se establezcan comunicaciones WOM (Berger, Schwartz, 2011).

En último lugar, Lovett, Peres y Shachar (2013) identifican las **motivaciones funcionales**; están relacionados con todos aquellos aspectos que van a cubrir las diferentes necesidades de información entre individuos (figura 3.7). Dependen del tipo de producto y/o servicio, de su complejidad o del ciclo de vida del producto (Peres, Muller y Mahajan, 2010). Lógicamente, la necesidad de información es más alta en productos nuevos, donde el consumidor percibe un mayor riesgo de compra, que en aquellas marcas o productos que se encuentran al final de su ciclo de vida (Godes y Mayzlin, 2004). Por ello, cuanto mayor es la necesidad de información, mayores serán las comunicaciones WOM (Rogers, 1995).

Según Lovett, Peres y Shachar (2013), las motivaciones sociales y funcionales son las más relevantes en el medio *online*, y las emocionales en un contexto *offline*. Según apuntan los autores, en las redes sociales (Facebook, Twitter...), los individuos suelen compartir información que les genera sensación de exclusividad, pero que muchas veces no va acorde con la realidad; sin embargo, existe una necesidad de compartir socialmente ese tipo de información. En cambio, en un medio *offline*, donde las conversaciones suelen suceder de

forma privada, los individuos tienen mayor facilidad para compartir sus emociones y su nivel de satisfacción tras consumir un producto o un servicio, motivados por la necesidad emocional de compartir este tipo de vivencias; estas conversaciones *offline* son clave, ya que se perciben como más creíbles que las conversaciones WOM, tanto positivas como negativas, en un medio *online* (Lovett, Peres y Shachar, 2013).

Que los individuos tengan fácil acceso a la información, favorecida por la motivación que sea, es fundamental para que los consumidores generen futuras conversaciones WOM y de esta forma, se aporte información a otros consumidores (Webster, 1999). Esta propuesta, en la nueva era digital, se potencia, dada la facilidad de acceso a la información. A lo largo de la última década, el número creciente de internautas exige a las empresas nuevas estrategias de comunicación, tanto a nivel *online* como *offline*, con el fin de obtener un mayor impacto en el número de clientes y con ello, un incremento del número de ventas. Cuanta mayor información se dispone de un producto que suscita interés, mayor es el deseo de compra que puede llegar a provocar, y con ello, mayores conversaciones WOM (Urueña, Agudo e Hidalgo, 2011). Por ello, según Urueña, Agudo e Hidalgo (2011) es imprescindible disponer de una estrategia que pondere la importancia de los distintos canales de información utilizados por los consumidores, para con ello facilitar el acceso de la información de los clientes por diversos medios; ello aumentará el deseo de compra por parte del consumidor, y la posibilidad de mayores conversaciones WOM acerca del producto deseado.

En la tabla 3.1 se exponen de manera sintética las diferentes propuestas abordadas que de una forma u otra explican qué motiva a los individuos a generar WOM y así expresar su experiencia, positiva o negativa, respecto a un determinado producto y/o servicio.

Tabla 3.1 Diferentes modelos motivacionales de generación de comunicaciones WOM

Autor	Año	Contexto de estudio	Motivaciones del emisor
Ditcher	1966	<i>Offline</i>	Motivación con el producto Motivación personal Implicación con los demás Implicación con el mensaje
Blackwell, Engel y Miniard	1993	<i>Offline/Online</i>	Motivación con el producto Motivación personal Implicación con los demás Implicación con el mensaje Reducción de la incertidumbre
Sundaram, Mitra y Webster	1998	<i>Offline/Online</i>	Altruismo positivo Implicación con el producto Mejora de la autoestima Ayuda a la compañía Altruismo negativo Reducción de la ansiedad Venganza Búsqueda de consejo
Balasubramanian y Mahajan	2001	<i>Offline/Online</i>	Utilidad relacionada con el enfoque Utilidad relacionada con el consumo Utilidad relacionada con la aprobación
Mazzarol, Sweeney y Soutar	2007	<i>Offline/Online</i>	Altruismo Deseo de ayudar a los demás Ayuda a la empresa
Lovett, Peres y Shachar	2013	<i>Offline/Online</i>	Motivaciones emocionales Motivaciones sociales Motivaciones funcionales

Fuente: Elaboración propia a partir de los autores referenciados

CAPÍTULO 4: FACTORES DETERMINANTES DE LA ADOPCIÓN DEL WOM

Ya se han presentado las diferentes propuestas sobre las motivaciones que desencadenan que el emisor inicie una determinada comunicación WOM. Sin embargo, también es clave analizar los diferentes factores que hacen que, una vez iniciado el WOM, el receptor adopte en una menor o mayor medida el mensaje de dicha comunicación. En este capítulo vamos a profundizar en el análisis de los factores que favorecen la eficacia y el impacto de las comunicaciones WOM.

Dada la distinta naturaleza de tales factores, su presentación se ha organizado en tres grupos: Factores relacionados con el receptor, factores relacionados con el mensaje, y finalmente, factores relacionados con la fuente y la plataforma donde se desarrollan las comunicaciones WOM.

4.1 Factores relacionados con el receptor

Para poder simplificar cuáles son los factores relacionados con el receptor que influyen en el grado de adopción del WOM, vamos también a organizarlos en diferentes subgrupos, para así poder lograr una mayor comprensión de los mismos. De tal forma, vamos a hablar de la motivación del receptor, su experiencia previa con el WOM, aspectos vinculados a su personalidad, homofilia y género, y finalmente la cultura del país al que pertenece el receptor.

4.1.1 Motivaciones del receptor

Un factor que va a condicionar el nivel de influencia de los mensajes WOM en el receptor es su grado de motivación a participar en las conversaciones WOM, ya sea en la búsqueda de información, como en la escucha de opiniones de otros consumidores acerca del producto en cuestión. El grado de motivación del receptor va a depender del nivel de implicación con el producto en cuestión, así como de la categoría de producto (Stephen y Galak, 2009).

La implicación con el producto va a moderar el efecto que el WOM pueda tener sobre la decisión de compra por parte del receptor del mensaje. Lógicamente, cuando la implicación del individuo hacia un determinado producto y/o servicio es mayor, la motivación para buscar información de manera voluntaria y analizar el contenido del mensaje, para comprender mejor sus atributos, será mayor (Stephen y Galak, 2009). En esta línea, Floyd et al. (2014) concluyeron que los consumidores con una mayor implicación con el producto objeto de las comunicaciones WOM, son más propensos a percibir e identificar los atributos diferenciales entre las diferentes opciones; es más, dedican más tiempo a leer información, con el fin de asegurarse una compra acertada. De la misma forma, todos aquellos individuos con más baja implicación no dedican tiempo a analizar o razonar de forma tan exhaustiva sobre el origen de la fuente, o los contenidos de los mensajes expuestos. Estos individuos altamente implicados y motivados darán mucha relevancia, pues, a la fuente del mensaje y a sus mensajes. De hecho, a un mayor nivel de implicación con el producto por parte del receptor, mayor será la eficacia de este tipo de comunicaciones (Stephen y Galak, 2009).

Ante este hecho no hay que olvidar que, en determinadas ocasiones, son ciertos estímulos externos los que favorecen la implicación del individuo hacia el producto. Sin embargo, cuando desaparecen estos estímulos externos, el individuo puede llegar a perder el interés por las comunicaciones WOM acerca del producto y/o servicio en cuestión, disminuyendo con ello su eficacia (Stephen y Galak, 2009). Por ello, un consumidor no va a actuar de la misma manera frente a un mensaje relacionado con un tipo de producto y/o servicio por el que realmente está interesado y lo está buscando, que cuando sucede todo lo contrario, es decir, que no le interesa demasiado.

Influencia del paso del tiempo

Christiansen y Tax (2000) estudiaron la relación existente entre el grado de implicación del consumidor con un determinado producto, y la capacidad de retención de la información de los mensajes WOM con el paso del tiempo. Por lo general, suele existir un lapso de tiempo entre la recepción del mensaje y la valoración de una compra vinculada con dicho mensaje por parte del consumidor. Este tiempo puede debilitar la influencia del mensaje WOM en la decisión de compra, y con ello puede hacer disminuir la eficacia de las conversaciones WOM. Por esta razón, en base al nivel de implicación que tenga el receptor con un determinado producto y/o servicio, la retención de la información vinculada con dicho producto o servicio en la mente del consumidor será más o menos duradera. En base a todo ello, si el consumidor tiene una mayor implicación con el producto, va a retener más tiempo el mensaje, por lo que

la probabilidad de que se produzca un cambio de actitud en el consumidor, gracias a las conversaciones WOM, con el paso del tiempo va a ser mayor.

Influencia de la valencia del mensaje

Park y Lee (2008) analizaron los antecedentes de la implicación en el receptor con un determinado producto y/o servicio incluyendo en el mismo estudio la valencia de los mensajes. Sus resultados corroboraron los obtenidos en investigaciones previas: una mayor implicación en un determinado producto va a generar una gran motivación en cuanto a la búsqueda de conversaciones WOM por parte de los consumidores. Como ya se ha apuntado, estos consumidores altamente implicados dedican más tiempo a comprender y razonar los diferentes mensajes, por lo que el nivel de influencia de las comunicaciones WOM es mayor. Sus conclusiones ponen de manifiesto a un receptor implicado, que se asegura de buscar fuentes de información creíbles, con expertos del tema en cuestión. Es por ello que, según estos autores, la valencia del mensaje influye de manera considerable cuando existe un alto nivel de implicación. En concreto, Park y Lee (2008) sostienen que el efecto de los mensajes WOM con valencia negativa es mayor en receptores con un alto nivel de implicación, sobre todo en aquellos productos y/o servicios que únicamente pueden ser evaluados tras su consumo o disfrute (eg: restaurantes, viajes, etc.).

Influencia de la categoría/tipo de producto

Independientemente del nivel de implicación que un consumidor tenga respecto a un producto o servicio, también hay trabajos que analizan cómo la categoría o tipo de producto en sí, condiciona la motivación del receptor para adoptar las comunicaciones WOM. En tales trabajos se pone de manifiesto el posible riesgo financiero que supone su compra, su ciclo de vida, o el carácter funcional o hedónico del producto y/o servicio en cuestión, pueden condicionar tal motivación.

Así, Harrison-Walkers (2001) concluye que las comunicaciones eWOM influyen de manera notable en los consumidores potenciales de productos y/o servicios complejos, ambiguos, con un alto riesgo percibido, y cuando sus beneficios no son observables fácilmente.

Ha (2002) y posteriormente Papathanassis y Knolle (2011), en la misma línea que Harrison-Walkers (2001), apuntan que las comunicaciones WOM son más importantes para el receptor cuando se trata de productos de alta implicación y un alto riesgo percibido. El caso concreto del riesgo financiero que implica la compra de un producto y/o servicio vinculada con un desembolso económico importante es considerado en el trabajo de Floyd et al. (2014). Un desembolso económico grande en la compra del producto y/o servicio hace que los consumidores potenciales, en el momento previo a la compra, se encuentren más receptivos a las comunicaciones WOM y van a estar más motivados a buscar información y opiniones respecto al mismo, para con ello minimizar el riesgo asociado a la compra. Es por ello que a

mayor precio del producto y/o servicio, mayor es la preocupación por llevar a cabo la mejor decisión de compra, especialmente en el caso de productos intangibles sin posibilidad de devolución (Papathanassis y Knolle, 2011).

En base a los trabajos anteriores, concluimos que a mayor complejidad y riesgo financiero percibido de un producto y/o servicio, y si además va también acompañado de una incapacidad de prueba, el consumidor va a estar más receptivo a todas estas comunicaciones WOM, y a la posible influencia de las diferentes recomendaciones y opiniones en su decisión de compra. Según sugieren Wangenheim y Bayon (2004), cuando los consumidores perciben un alto riesgo funcional y financiero en la compra del producto, la eficacia de las comunicaciones WOM es mayor cuando es el experto de la categoría del producto el que inicia dichas conversaciones en las diferentes plataformas de opinión. Sin embargo, cuando el consumidor percibe productos simples, con posibilidad de prueba y poco riesgo asociado al mismo, la motivación de los consumidores a estas conversaciones es menor, por lo que la eficacia de las comunicaciones WOM se reduce considerablemente (De Bruyn y Lilien, 2008).

Por su parte, Cheema y Papatla (2010) instan a considerar el carácter funcional o hedónico del producto o servicio objeto de las conversaciones WOM para determinar su nivel de influencia. Cuando un consumidor percibe un producto como hedónico, los comentarios que otros consumidores hacen sobre el mismo son percibidos con cierta subjetividad; ello hace que a aquellas comunicaciones WOM con valencia negativa no se les atribuya tanta validez.

Sucede todo lo contrario en el caso de productos funcionales, donde la subjetividad de los comentarios queda en un segundo plano. En el caso de este tipo de productos, los consumidores están más preocupados por la consecuencia inmediata de dicho consumo, es decir, valoran si el producto en cuestión funciona o no. Por ello, en este tipo de productos la valoración de las comunicaciones WOM se fundamenta más en criterios objetivos que subjetivos. Como consecuencia, las experiencias negativas descritas en comunicaciones WOM derivadas del uso de productos funcionales, tendrán un impacto directo en cómo el consumidor potencial percibirá el uso y la utilidad de dicho producto. En base a todo ello, Sen y Lerman (2007) señalan que los consumidores consideran más útiles los comentarios negativos que los positivos cuando se trata de productos utilitarios o funcionales; sin embargo, para los productos hedónicos sucede todo lo contrario, al percibirse los comentarios con ciertas connotaciones subjetivas.

Fase del ciclo de vida del producto

También nos encontramos con una serie de autores que relacionan el ciclo de vida del producto y/o servicio, con las motivaciones que tiene el receptor del mensaje para adoptar comunicaciones WOM. Liu (2006) señala que, en función de la etapa del ciclo de vida de un producto, los individuos no solo están más o menos receptivos a las comunicaciones WOM, sino también que lo que buscan en esas comunicaciones es distinto. En la fase de lanzamiento de un producto, cuando se trata de un producto nuevo, especialmente aquellos con una baja capacidad para ser probados, los mensajes proceden de consumidores que han sido más

arriesgados en la prueba del producto, por lo que tales mensajes tienen un nivel muy alto de influencia en los consumidores potenciales y en su intención de compra. Al no conocer el mercado de forma generalizada las características del producto por ser nuevo, estos mensajes les van a permitir evaluar los diferentes atributos, y minimizar así el riesgo percibido en una posible compra futura (You, Vadakkepatt y Joshi, 2015).

En cambio, en los consumidores más tardíos que esperan a que el producto esté introducido más tiempo, buscarán mensajes WOM basados en la experiencia, lo que les permitirá conocer y evaluar las diferentes prestaciones del mismo en un mayor horizonte de tiempo. En base a lo expuesto, los adoptadores tempranos de productos se convierten, pues, en una fuente de información importante para los consumidores potenciales de dicho producto Liu (2006), siendo clave sus comentarios para animar a otros consumidores potenciales a comprar el producto y/o servicio en cuestión (Li y Hitt, 2008).

4.1.2 Experiencia con las comunicaciones WOM

Son numerosos los autores que en sus estudios consideran la experiencia previa del consumidor con las comunicaciones WOM como un factor decisivo para que el mensaje provoque un cambio de actitud o comportamiento en el receptor, especialmente en el contexto *online* (López y Sicilia, 2014). Sus conclusiones parecen apuntar que la influencia de las recomendaciones en la decisión de compra final será mayor en los consumidores que participan de manera habitual y activa en las comunicaciones WOM.

La relevancia de la experiencia del WOM en el cambio de actitud del consumidor ya la apuntaron Fodness y Murray (1997) y de Javalgi, Thomas y Rao (1992). Estos autores concluyeron que la experiencia personal y las recomendaciones WOM, son las dos principales fuentes de información que se utilizaban en el momento de elegir los destinos turísticos a los que viajar. A mayor experiencia positiva en el manejo de las recomendaciones y/opiniones durante la elección de los viajes, la probabilidad de que dicho *input* cogiera más fuerza a la hora de elegir viajes futuros era mayor.

También Xue y Phelps (2004) se suman a esta idea, concluyendo que aquellos consumidores que tiene una mayor experiencia positiva con las comunicaciones WOM, tienen mayor probabilidad de que todos estos comentarios y opiniones resulten influyentes en su decisión final de compra. La justificación se apunta a la mayor utilidad y credibilidad que les dan a las comunicaciones WOM basada en su experiencia personal previa.

En el 2007, Brown, Broderick y Lee exponían que el 84% de los internautas en EE. UU se conectaban como mínimo a una comunidad *online* de manera periódica y mantenían una cierta actividad en ella. Estos autores concluían que esa mayor experiencia en las plataformas *online* llevaba al consumidor a un mayor nivel de exposición a las comunicaciones WOM, favoreciéndose con ello la credibilidad y utilidad que el internauta da a este tipo de comunicación.

Zhun y Zhang (2010), tres años más tarde, volvieron a destacar la relevancia de la experiencia del WOM en la credibilidad de este tipo de comunicación. Según estos autores, el manejo que tengan los consumidores de las plataformas *online*, y el tiempo que dediquen a la navegación en la red, son dos antecedentes relevantes de la credibilidad que el receptor de las comunicaciones WOM les dé en el momento de elegir un producto y/o servicio. También Cheung y Thadani (2012) apuntan en la misma dirección, planteando que un mismo contenido puede generar diferentes respuestas en el receptor del mensaje, en función de sus percepciones y experiencias.

A pesar de que la gran mayoría de trabajos apuntan que la experiencia con el WOM es un factor relevante en su adopción, también es posible encontrar quien sugiere que no es un condicionante tan relevante de su adopción, pero sí lo es, sin embargo, la experiencia con el producto y/o servicio en cuestión. Es lo que sugiere Shaikh (2014), apuntando que la experiencia previa del consumidor con el producto y/o servicio en cuestión reduce el efecto que el WOM tiene en la intención de compra, independientemente de la valencia del mensaje o de la experiencia del individuo en las comunicaciones WOM. Su justificación apunta a que todos estos consumidores tienen ya su propia opinión derivada de la experiencia en la categoría de producto y/o servicio y, a pesar de que valoran positivamente el manejo de las comunicaciones WOM previo a la decisión de compra, por su dilatada experiencia en este tipo de comunicaciones, la influencia que ejerce en ellos es menor.

4.1.3 Personalidad, homofilia y género del receptor

Está claro que el valor del WOM cobra importancia en función del efecto que genere sobre la persona que recibe el mensaje, y en este ámbito la personalidad del receptor influye notablemente en la adopción del mismo. En el ámbito *online*, los consumidores pueden tener acceso a un amplio abanico de testimonios sobre experiencias, tanto negativas como positivas, en las diferentes plataformas de opinión (Lee y Youn, 2009). Hay muchos aspectos relacionados con las características de una persona, como su aversión al riesgo, su sociabilidad o su necesidad de cumplir con las normas sociales, que harán que sean más o menos proclives a vincularse y por tanto verse afectados por este tipo de comunicación. Si se leen, todas estas opiniones y comentarios pueden influir en mayor o menor medida sobre el individuo, quien finalmente generará su propia intención de compra (Hennig-Thurau, Gwinner, Walsh, y Gremler, 2004). Por tanto, como apuntan Matos y Vargas (2008), la relevancia del eWOM surge de la capacidad que tiene de impactar en el comportamiento del consumidor una vez se han leído los diferentes mensajes y opiniones en las diferentes plataformas de opinión, aspecto donde la personalidad del receptor puede ser clave.

Ya en 1967 Arndt apuntó que, en base a la aversión al riesgo que tenga el receptor, un mismo mensaje va a llegar de forma muy diferente. Arndt (1967) señala que las personas más sensibles al riesgo se van a ver más influenciadas por la información que reciben de las comunicaciones WOM.

Schiffman y Kanuk (1987), siguiendo lo apuntado por Arndt (1967), concluyen que los consumidores con una cierta aversión al riesgo, y también aquellos con poco tiempo para buscar información, son muy susceptibles a ser influenciados por los mensajes del WOM. Para estos autores, la falta de tiempo es un factor clave a tener en cuenta. Los consumidores con una personalidad activa, que no disponen de tiempo, ni quieren perderlo en buscar ellos mismos información de un producto y/o servicio, valorarán mucho más las comunicaciones WOM dado que les permite analizar las diferentes alternativas de una categoría de producto (Sweeney, Soutar y Mazzarol, 2005). Con todo, la información de otros consumidores ayuda a reducir el riesgo y tiempo de búsqueda, facilitando a la vez la decisión final de compra.

Por su parte, las personas más sociables tenderán a participar más en grupos sociales, ya sea a nivel *offline* como *online*, por lo que cuanto mayor sea la exposición a los comentarios de otros individuos afines a ellos, mayor será la influencia de esta información, ya que se verán expuestos a ella consciente o inconscientemente (De Valck, Bruggen y Wierenga, 2009).

La literatura también apunta a la norma social como un factor clave. Según la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980), la norma social hace referencia a la influencia que ejerce en el individuo su contexto social. El individuo puede verse “obligado” a llevar a cabo determinados comportamientos o conductas simplemente por comportarse acorde a su entorno social, y en el mismo sentido, esta norma social puede determinar su motivación para cumplir los deseos de su círculo más cercano. Por tanto, en base a la susceptibilidad que tenga el individuo a la influencia de la norma social, el impacto que generan las comunicaciones

WOM en su conducta o comportamiento, respecto a una determinada categoría de producto, puede ser diferente (Cheung, 2009).

En general, los consumidores más susceptibles a estar socialmente bien considerados por su entorno son más proclives a verse influenciados por el WOM (Hennig-Thurau y Walsh, 2003). Estos consumidores suelen leer la información relacionada con el producto en los diferentes medios sociales con el fin de evaluar el producto y adquirir el prestigio social que traen asociado.

Otra característica que la literatura ha identificado como factor relevante a considerar a la hora de analizar la influencia de las comunicaciones WOM en el receptor es la homofilia. Según Rogers (1995), la homofilia hace referencia a la similitud entre individuos en base a ciertos atributos como la edad, sexo, educación o estilo de vida. Su consideración sugiere que personas similares tienden a juntarse más; ello puede ser por tener una personalidad parecida, que hace que compartan intereses comunes, o simplemente por el hecho de que se encuentren en la misma situación personal. En este ámbito, McPherson y Smith-Lovin (1987) sugieren que la homofilia determina de manera considerable no solo la influencia del mensaje en el receptor, sino también la actitud que el receptor desarrolla hacia tal mensaje.

Aunque el término de homofilia surge en el contexto *offline*, también en el *online* es determinante. En esta línea, Granitz y Ward (1996) sugieren que los consumidores recurren a internet para encontrar personas similares a ellos, con sus mismos intereses, por lo que será

más probable que compartan información, que además les resulta más creíble, al tener ese sentimiento de pertenencia a una comunidad virtual (Hennig-Thurau y Walsh, 2003). De hecho, en un entorno *online* la difusión de la información se realiza de forma más rápida cuando existe homogeneidad entre los diferentes participantes (Brown, Broderick y Lee, 2007). Como ya hemos apuntado, las personas que son parecidas tienden a interactuar más a menudo y se comunican más fácilmente. Es por ello que, en los diferentes grupos sociales creados entre internautas con características sociodemográficas similares, la transmisión de la información es muy rápida entre los individuos de un mismo grupo, pero también de grupos diferentes pero que tienen algo en común, como por ejemplo sería el Whatsapp.

Esta idea está en línea con los resultados de Bansal y Voyer (2000), quienes constatan que la influencia que tiene un correo electrónico recibido por un contacto cercano es mucho mayor que cuando no es ese el caso. A nivel de comunicación, esto es importante ya que el correo electrónico es una herramienta de gran alcance que permite a la empresa la difusión de un mensaje. Si los receptores del correo electrónico remitido por la empresa difunden el mensaje a sus contactos cercanos, y éstos lo hacen a sus contactos, y así sucesivamente...esta cadena de envíos permitirá que el mensaje tenga un gran alcance, pudiéndose incluso hablar de marketing viral si se lleva a cabo en un intervalo de tiempo pequeño. De esta forma, la empresa se garantiza la difusión del mensaje a sus clientes actuales y potenciales, utilizando la red de contactos de sus clientes, lo que convierte al mensaje en más eficaz.

A pesar de que la mayoría de los trabajos apuntan a que la eficacia del WOM se va a dar mayoritariamente entre aquellos individuos con características similares, también podemos encontrar autores que sugieren que las comunicaciones WOM pueden llegar a ser eficaces entre internautas con lazos débiles. En este sentido, Sweeney, Soutar y Mazzarol (2008) señalan, además, que, en el caso de las redes sociales, los mensajes lanzados por remitentes cuyos lazos con el receptor son débiles, pueden llegar a ser también difundidos a gran escala. Se refieren a situaciones en el que los internautas encuentran información muy completa, sobre una categoría de producto escrita por diferentes líderes de opinión. En este caso en especial, a pesar de que los vínculos sociales son más débiles, la comunicación WOM puede llegar a resultar efectiva.

Desde otra perspectiva, De Bruyn y Lilien (2008) argumentan que los vínculos más débiles entre individuos pueden también ayudar a tener un impacto mayor en la transmisión de información a través de las redes sociales; su justificación descansa en que, al ser los individuos miembros de más de un grupo, pueden pasar dicha información de un grupo a otro fácilmente.

Finalmente, otro factor considerado en la literatura en relación a la adopción de los mensajes durante las conversaciones WOM y su impacto en la actitud del receptor es el género. Chu y Kim (2011) analizaron esta variable y concluyeron que la mujer es más proclive a considerar este tipo de comunicación. Según los autores, la mujer suele mantener un comportamiento más conservador que los hombres en cuanto a la percepción del riesgo, y suele leer las

opiniones y comentarios de otros consumidores de manera más habitual que los hombres; de esta manera reduce el riesgo percibido y garantiza una compra lo más acertada posible. Toh, Dekay y Raven (2011) también exponen que el nivel de influencia de estas conversaciones es mayor en mujeres que en hombres; su justificación también apunta a que las mujeres, por lo general, están más motivadas a la búsqueda de información, pero añaden que son más proclives a dejarse influir por otros consumidores a la hora de valorar un producto y/o servicio. Adicionalmente su trabajo también considera la edad, concluyendo que son los jóvenes los más proclives a las conversaciones eWOM en las diferentes plataformas *online*.

Otro factor, vinculado con el género del individuo, pero que no hace referencia exactamente al mismo concepto, es el nivel de masculinidad. Las conclusiones de Lam, Mizerski y Lee (2009) sugieren que los individuos con ciertos niveles de masculinidad tienden a tener un enfoque más asertivo y agresivo cuando manejan las comunicaciones WOM en las diferentes plataformas *online*, incluso en grupos con lazos afectivos débiles, como es el caso de ciertas comunidades *online*. Una recomendación directa y asertiva tiene un gran impacto en los individuos que la leen. Sin embargo, en algunos receptores, la fuerza de la expresión del WOM puede hacer que reaccionen en contra del consejo, generando con ello más rechazo que influencia en su decisión de compra (East Hammond y Lomax, 2008).

4.1.4 WOM y la cultura del país

Mooraadian y Swan (2006) apuntan que la cultura de un país es un antecedente en lo relacionado con la adopción de los mensajes de las comunicaciones WOM. Culturas caracterizadas por un alto nivel de preferencia por la interacción social, ya sea *online* u *offline*, dan una mayor credibilidad a este tipo de comunicación, que aquellas con un menor grado de extroversión. Constataron, pues, que la extroversión de los individuos propia de su cultura está positivamente correlacionada con la difusión y adopción del WOM.

También Cheung, Anitsal y Anitsal (2007) analizaron el impacto de las conversaciones WOM en dos países y culturas diferentes, como es China y EE. UU, para estudiar la influencia del entorno en la eficacia de este tipo de comunicación. Según los autores, los consumidores chinos son internautas muy exigentes, para quienes las conversaciones WOM son relevantes, orientadas en la mayoría de los casos a aspectos que consideran de suma importancia, como la calidad y el precio. En el trabajo se apunta a la relevancia del contexto del país, para entender el rol que juegan las comunicaciones WOM. Según manifiestan los autores, los individuos chinos suelen dirigirse a los foros independientes de expertos y a las comunidades *online* antes de tomar una decisión de compra. En sectores como el del automóvil, más del 50% de los consumidores investiga las recomendaciones y experiencias de otros consumidores, antes de tomar la decisión final de compra. Además, el servicio postventa de la gran mayoría de empresas chinas no es tan bueno como el de la gran mayoría de empresas en Estados Unidos; en muchos casos, la devolución del dinero o el cambio del producto no es posible, algo

asimilado por parte de los consumidores chinos. Es por ello, que en la cultura de este país el poder del WOM en la decisión de compra final es muy alto.

Los mismos autores también han estudiado en ambos países la percepción de los mensajes de valencia negativa en las plataformas *online*. Cheung, Anitsal y Anitsal (2007) constatan que los consumidores chinos perciben los mensajes con valencia negativa como una forma de enfado e intento de castigar a la empresa; además, consideran que no van a obtener ninguna respuesta por parte de la empresa a esta queja del producto y/o servicio. Las empresas chinas no van a actuar para corregir esta situación, ni van a realizar la devolución del precio al consumidor insatisfecho. Sin embargo, en el mercado americano, la percepción de estos mensajes negativos por parte de la empresa, en muchas ocasiones son considerados como una posible área de mejora de su producto y/o servicio, intentando con ello solventar la queja en numerosas ocasiones lo más rápido posible, dando una posible solución al consumidor. Por ello, la percepción que tienen los individuos americanos difiere mucho de los chinos, ya que con este tipo de mensaje buscan una solución a su problema, y a la vez que la empresa solventa el problema, para que no se repita en compras sucesivas.

4.2 Factores relacionados con el mensaje

4.2.1 Valencia del mensaje

En cualquier entorno, sea *offline* u *online*, es muy común encontrarnos comunicaciones WOM positivas o negativas, acerca de un producto y/o servicio. Cuando un consumidor se encuentra

satisfecho con la experiencia que le ha dado el producto y/o servicio, transmite toda esta información de manera positiva, recomendando en muchos casos su disfrute. Sucede todo lo contrario cuando un consumidor está insatisfecho, y de forma a veces más visceral, transmite una información negativa y desfavorecedora para la marca, producto y/o servicio en cuestión. Con ello pretende poder alertar a otros posibles consumidores (Casado y Sellers, 2006).

Y es que los consumidores suelen relacionar la valencia del WOM, con el nivel de satisfacción de los consumidores que ya han probado un determinado producto y/o servicio (Anderson, 1998; Bowman y Narayandas, 2001). Según Herr, Kardes y Kim (1991), cuando un consumidor decide la compra de un producto está dando por asumido que el resultado de su compra va a ser plenamente satisfactorio. Para que el propio consumidor inicie conversaciones WOM positivas, la experiencia del mismo debe ser excelente, superando con creces sus expectativas. Esta es la principal razón por la que los autores asumen que los mensajes negativos superan a los positivos en las diferentes plataformas *online*. Es, pues, el nivel de exigencia de los propios consumidores en sí lo que hace que se inicien más conversaciones WOM negativas que positivas. Por ello, mensajes en las comunicaciones WOM con una valencia positiva mejoran las expectativas del producto, mientras que los de valencia negativa, van a reducir dichas expectativas, influyendo negativamente en las posibilidades de compra de otros consumidores. Esto ya se apuntó por Arndt en 1967, quien concluyó que la exposición a comentarios WOM favorables, incrementa la probabilidad de compra en consumidores potenciales; en cambio, cuando se trata de comentarios negativos,

esta probabilidad decrece de manera considerable. El autor determina que el WOM negativo impacta el doble que el WOM positivo en la decisión de compra del consumidor.

En esta línea podemos encontrar numerosos autores que señalan que las conversaciones negativas son mucho más potentes que las positivas por su elevado nivel de influencia en el consumidor. Es el caso de Anderson (1998), Assael (2004) o Lenderman y Sánchez (2008), entre otros. Estos últimos autores consideran que el WOM negativo puede llegar a ser siete veces más influyente que el positivo. Reichheld (2006) incluso plantea que estos mensajes de valencia negativa pueden llegar a neutralizar 10 positivos. Sea cual sea el impacto concreto, es de gran relevancia que las empresas traten y eviten todos estos comentarios negativos, ya que pueden impactar de manera considerable en la decisión de compra de un producto y/o servicio por parte de los consumidores.

Son varias las justificaciones que se han apuntado a la mayor influencia del WOM de valencia negativa. En 1991 Herr, Kardes y Kim sugirieron que el poder de un mensaje se encuentra en su capacidad de ser recordado. Según Brown, Broderick y Lee (2007), un mensaje permanecerá más tiempo en la mente del consumidor cuando la intensidad del mismo sea mayor. Por tanto, los mensajes con valencia negativa tienen una mayor probabilidad de ser recordados porque suelen transmitirse emocionalmente de una manera más intensa que los de valencia positiva, ya que proceden de consumidores insatisfechos y enfadados por el producto y/o servicio. De hecho, para Herr, Kardes y Kim (1991), la valencia negativa del mensaje es interpretada por el receptor como el resultado de un diagnóstico más profundo del producto y/

o servicio, que ha permitido detectar todos los aspectos negativos del mismo. Es decir, que los mensajes con valencia negativa ayudan a conocer realmente los diferentes atributos que ofrecen los productos y/o servicios en su totalidad. Según Sen y Lerman (2007) todos estos comentarios negativos hacen que aumente el riesgo percibido del producto a adquirir, favoreciendo que los clientes desechen la idea inicial de compra. De la misma manera, Herr, Kardes y Kim (1991) hacen la reflexión de que una experiencia negativa es inadmisibile para el propio consumidor en el momento en que ya ha tomado su decisión de compra. La expectativa que un consumidor tiene puesta en un producto de una determinada categoría suele ser alta, y si éste no cumple con dichas expectativas, el consumidor se mostrará insatisfecho, incluso a veces con ira, y tendrá la necesidad de comunicarlo a otras personas para prevenirles de dicho producto y/o servicio. La intensidad emocional en la que se transmiten todos estos mensajes es, pues, mayor, por lo que el nivel de influencia que pueden generar en otros consumidores potenciales supera a los de valencia positiva.

Esta es la idea que también transmite Richins (1995), quien constató que los efectos negativos causados por la insatisfacción de la compra generan conversaciones WOM negativas, y a la vez, una disminución de las recompras de cualquier servicio o producto que disponga la empresa. Es, pues, primordial que la empresa corrija ese error con ese cliente de la manera más rápida y satisfactoria posible, ya que, en caso contrario, la relación con ese cliente probablemente se dará por finalizada, influyendo sus comentarios negativos en otros clientes.

Sparks y Browning (2011) estudiaron el nivel influencia de las comunicaciones WOM, no solo de los comentarios negativos, sino también en todos aquellos positivos, llegando a conclusiones algo distintas a las previamente expuestas. Es cierto que, en la línea de lo expuesto hasta ahora, los autores señalan que, por lo general, los consumidores parecen ser más influenciados por la información negativa, sobre todo cuando el conjunto total de los comentarios es negativo. Por contra, también apuntan que cuando el total de comentarios es más positivo, se aumenta la confianza y la intención de compra de manera rápida en los consumidores dudosos. Por tanto, estos autores concluyen que el nivel de influencia es el mismo en situaciones en las que el total de comentarios es positivo o es negativo. No obstante, un aspecto relevante que aportan Sparks y Browning (2011) en este estudio es la consideración del tiempo, es decir, la influencia de la valencia de los mensajes más recientes. La existencia de opiniones positivas recientes, pueden moderar e incluso anular las opiniones de valencia negativa vertidas para ese mismo producto y/o servicio anteriormente. Los consumidores pueden incluso llegar a asumir una mejora del producto, como respuesta de la empresa a consumidores previos insatisfechos con el mismo.

Un planteamiento totalmente opuesto es el que sugieren Sweeney, Soutar y Mazzarol (2005). Los autores sostienen que los mensajes con valencia positiva tienen un mayor impacto debido a que son procesados de manera más cognitiva, ya que están relacionados con la calidad del producto y/o servicio. Destacan que los mensajes con una valencia negativa tienen una

connotación más emocional e inmediata, y no muestran el análisis cognitivo y racional que tienen los de valencia positiva.

Entre tal disparidad de resultados sobre la mayor, similar, o menor influencia del mensaje según su valencia, hay autores que apuntan a la necesidad de considerar el sector en cuestión. Vermeulen y Seegers (2009) llevaron a cabo su estudio en el sector hotelero y concluyeron que los comentarios, tanto con valencia positiva como negativa, van a ayudar a mejorar el conocimiento de los consumidores respecto a los hoteles comentados. En este caso, los comentarios con valencia positiva mejoran la preferencia de los consumidores hacia ciertos hoteles, sobre todo hacia aquellos menos conocidos. Los autores concluyen asimismo que incluso aquellas críticas de mejora de ciertos servicios tienen un impacto positivo en el comportamiento del consumidor que las lee. Es más, apuntan que los comentarios negativos no llegan a tener un impacto tan potente como sucedería en el caso de otros productos y/o servicios pertenecientes a otro sector. Todo esto no quiere decir que no afecten o que resulten inofensivos; simplemente que el impacto que generan es menor al que sucedería en otra categoría de producto, en otro sector distinto al hotelero.

El nivel de conocimiento y/o experiencia del producto y/o servicio, es otro de los factores que se han estudiado como determinantes de la influencia del mensaje en función de su valencia. Para Ahluwalia (2002), cuando un producto no es familiar para el individuo, los mensajes con valencia negativa tienen un gran impacto en el receptor; en cambio, cuando un producto es familiar y conocido, sucede todo lo contrario. De hecho, en todas estas situaciones en las que

el producto es familiar, los mensajes positivos pueden generar un impacto mayor que los negativos. Ello es debido a que el consumidor conoce perfectamente los diferentes atributos del producto en cuestión, tiene experiencia sobre el mismo y de esta manera, la influencia negativa que pueden ejercer sobre éste es mucho menor. Sin embargo, los mensajes positivos refuerzan la experiencia satisfactoria vivida por todos estos consumidores. En esta línea, Fitzsimons y Lehmann (2004) señalan que existen consumidores fieles que reaccionan en contra de los comentarios negativos, consiguiendo incluso, en muchos casos, aumentar su nivel de compromiso con la marca.

Las conclusiones del trabajo Matas y Vargas (2008) están en línea con el de Fitzsimons y Lehmann (2004) ya que plantean que los consumidores fieles a una categoría de producto tienen una fuerte resistencia a verse influenciados por los mensajes WOM negativos acerca de la marca que ellos habitualmente utilizan. Estos consumidores fieles tratan de convencerse a ellos mismos de que las decisiones de compra que han tomado son las adecuadas, y las malas experiencias expuestas por otros consumidores son excepcionales.

En cualquier caso, para un consumidor cada producto tiene sus ventajas e inconvenientes; por ello, cuando éste recibe información tanto positiva como negativa del producto y/o servicio en cuestión, ésta se percibe como más completa, considerándose, así mismo, más creíble (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009). Los consumidores están acostumbrados a que un determinado producto y/o servicio tenga opiniones positivas, y a la vez negativas. Esta es una de las principales razones por la que, si un consumidor observa que un determinado producto

y/o servicio no tiene ninguna valoración negativa, sino que todas son positivas, sospecha de la posible manipulación de tales comentarios por parte de la empresa (Schindler y Bickart, 2005). En esta situación, los consumidores no atribuirán los mensajes positivos al desempeño real de un producto, sino a otras causas circunstanciales (Lee y Youn, 2009).

A pesar de que la literatura sobre el tema centra su estudio en la valencia positiva o negativa del mensaje y su influencia en el consumidor, es posible hablar también de comunicaciones WOM de valencia neutral. Para Arsal (2008) son mensajes con valencia neutral aquellos que no producen en el receptor ni un efecto positivo ni de rechazo: simplemente pasan inadvertidos. Quizás sean las consecuencias neutrales en el comportamiento del consumidor las que hayan hecho que su consideración a nivel académico haya sido muy escasa.

En la tabla 4.1 se presentan de forma sintética las principales conclusiones de los estudios de los diferentes autores en lo referente a la valencia del mensaje WOM.

Tabla 4.1. Conclusiones de los estudios acerca de la valencia del WOM

Autor	Año	Conclusiones del estudio
Arndt	1967	El WOM negativo impacta el doble que el WOM positivo en la decisión de compra
Herr, Kardes y Kim	1991	El WOM negativo ayuda a conocer los verdaderos atributos del producto
Richins	1995	El WOM negativo conlleva una disminución de las recompras de un producto
Anderson Bowman y Narayandas	1998 y 2001, respectivamente	Los consumidores relacionan la valencia del WOM con el nivel de satisfacción
Ahluwalia	2002	El WOM negativo tiene un mayor impacto cuando el producto no es familiar

Sweeney, Soutar y Mazzarol	2005	El WOM positivo tiene un mayor impacto porque son procesados de una manera más cognitiva
Reichheld	2006	Un mensaje de valencia negativa puede llegar a neutralizar diez positivos
Brown, Broderick y Lee	2007	Los mensajes de valencia negativa se transmiten de forma más intensa que los de valencia positiva y son recordados mucho más tiempo en la mente del consumidor
Villanueva y Armelini	2007	La empresa tiene la obligación de dar soluciones a todos los WOM negativos
Lenderman y Sánchez	2008	El WOM negativo es siete veces más influyente que el positivo
Matas y Vargas	2008	Los consumidores fieles a un producto tienen una mayor resistencia a verse influenciados por el WOM negativo
Arsal	2008	Hay mensajes WOM de valencia neutral que no influyen en el consumidor
Sparks y Browning	2011	Los mensajes WOM recientes pueden neutralizar los realizados previamente, independientemente de la valencia del mismo

Fuente: Elaboración propia a partir de los trabajos referenciados

4.2.2 Consistencia, estilo y riqueza del contenido del mensaje

Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007) identifican dos antecedentes relacionados con el mensaje que van a determinar la capacidad de influencia de las comunicaciones WOM en el receptor: la riqueza del contenido de la información y la fuerza de la recomendación. Ambos aspectos van a ser abordados en este epígrafe muy brevemente, dado que constituyen factores clave de la propuesta de hipótesis de esta tesis doctoral. Por tanto, serán abordados con más profundidad en el capítulo de las hipótesis.

La riqueza del contenido está relacionada con la información que ofrece el mensaje, y la capacidad que otorga al receptor para evaluar las diferentes alternativas (Mazzarol, Sweeney y Soutar, 2007). La capacidad evaluativa del mensaje determina la facultad del receptor para

discriminar entre dos o más alternativas, a partir de la información presentada, condicionando, con ello, la probabilidad de que el receptor utilice esta información para desechar opciones y elegir el producto y/o servicio deseado (Sparks y Browning, 2011). Esta capacidad que tiene el receptor de conocer y evaluar en su conjunto, a través de la información recibida, el producto y/o servicio en sí se conoce como diagnosticidad percibida (Jiang y Benbasat, 2004). El concepto de diagnosticidad percibida será tratado con más profundidad en el capítulo de la propuesta de hipótesis.

Como punto de partida se puede apuntar que la riqueza del contenido está relacionada positivamente con la cantidad de información ofrecida por el mensaje, si bien tal relación no está totalmente clara según el autor consultado. En opinión de Sparks y Browning (2011), si existe poca información, el usuario percibe que ésta no es suficiente para minimizar el riesgo de compra; pero, por el contrario, si observa mucha información se sentirá abrumado, no sabrá qué opción es la correcta, y en este caso la eficacia de las comunicaciones WOM puede verse reducida. Contrario es lo que sugiere Sullivan (1999); cuanto más detallada sea la información en una plataforma de opinión, el usuario se sentirá más cómodo a la hora de leerla, ya que le resulta más fácil y útil para poder analizar y valorar los diferentes productos y/o servicios. En esta situación, las recomendaciones de la plataforma y las visitas del usuario a la misma se incrementarán, poniendo de manifiesto que la exhaustividad del mensaje es necesaria para asegurarnos la eficacia de las conversaciones WOM.

A pesar de lo propuesto por Sullivan (1999), es primordial simplificar al máximo los mensajes ya que, según Madu y Madu (2002), la mayoría de los usuarios disponen de poco tiempo, y rara vez leen las páginas web al detalle, de ahí la relevancia de la buena estructuración del mensaje. En esta línea, otro determinante importante, relacionado con el mensaje es el estilo y forma con la que se transmite esta información. Según Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007), las comunicaciones WOM son más eficaces y generan un mayor impacto en el receptor cuando, además de ser mensajes bien argumentados, describen las diferentes opciones existentes con un enfoque entusiasta y positivo. Cuando el contenido del mensaje es más sorprendente, y posee un mayor contenido emocional, independientemente de la valencia, la influencia que ejerce en el consumidor, y en la capacidad de diseminación a otras plataformas *online* es mayor (Berger y Schwartz, 2011).

También King, Racherla y Bush (2014) apoyan las conclusiones de investigaciones previas al sugerir que el modo, la forma, y el tipo de lenguaje utilizado en la redacción de las comunicaciones WOM van a influir de manera considerable en el impacto del mensaje, en el tipo de influencia que ejercen y, en especial, en el cambio de actitud del receptor. En la medida en que estos aspectos relacionados con el estilo de comunicación faciliten la evaluación de dicha información, se facilitará su comprensión, lo que hará más probable el cambio de actitud si dicha facilidad es alta. Además, la forma utilizada en la escritura del mensaje no solo va a poder repercutir en la credibilidad del mismo, sino también en la propia credibilidad de la fuente (Brown, Amanda, Broderick y Lee, 2007).

El segundo aspecto identificado por Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007) es la fuerza de la recomendación, que hace referencia al argumento del mensaje en sí. Un argumento convincente, razonable y bien propuesto influye de manera considerable en la actitud del que lo recibe (Levy y Gvili, 2015). Tal y como se ha mencionado anteriormente, esta variable se abordará con mayor profundidad en el capítulo relativo a la propuesta de hipótesis.

Finalmente, también es relevante considerar la consistencia del mensaje, que puede verse influenciada por las nuevas opiniones vertidas sobre el objeto de la comunicación en un momento de tiempo posterior (Madu y Madu, 2002). Entendemos como consistencia del mensaje el hecho de que las opiniones consultadas por el receptor resulten similares o vayan dirigidas en la misma línea en lo relativo a criticar o alabar el producto. En el caso específico de una plataforma *online*, la lectura de un mensaje aislado no tiene el mismo impacto que la lectura de sucesivos mensajes que han sido transmitidos en un intervalo de tiempo más amplio, de meses o inclusive años. En el caso de ser negativo y mantenerse, puede venir a corroborar que el producto y/o servicio en cuestión sigue sin cumplir las expectativas del consumidor, y la empresa no hace nada para solucionarlo.

La consistencia del mensaje también se ha relacionado con la credibilidad de dicho mensaje y con la experiencia de compra previa del receptor. En este sentido, Madu y Madu (2002) concluyen que la credibilidad de los mensajes WOM es mayor cuando el consumidor percibe consistencia entre todos los mensajes disponibles en las diferentes plataformas y, además,

cuando a su vez dichos mensajes son consistentes con sus propias experiencias previas con productos muy similares.

4.2.3 Volumen y dispersión del mensaje

Numerosos autores señalan que la relevancia de las comunicaciones WOM y su eficacia van a depender de la cantidad de mensajes generados (volumen de la comunicación) y de su nivel de dispersión en diferentes foros de opinión o plataformas *online*. El volumen del WOM puede ser debido a que muchas personas emiten comunicaciones WOM de forma infrecuente (alta penetración), o que unas pocas personas lo hacen frecuentemente (baja penetración) (East, Hammond y Wright, 2007; Godes y Mayzlin, 2004). Según apuntan Villanueva y Armelini (2007), analizar el volumen y dispersión de este tipo de comunicaciones eWOM es muy importante para valorar el impacto que tendrán en las ventas del producto en cuestión, ya que la eficacia de dicha comunicación WOM, según tales autores, sólo se conseguirá con un gran volumen y dispersión de los mensajes.

Liu (2006) definió el volumen del WOM como la medida de la cantidad de interacciones que genera el WOM sobre un determinado producto y/o servicio. Según esta autora, cuanto mayor es el volumen de las comunicaciones WOM, mayor es la probabilidad de que la información llegue a más receptores. Todo este volumen genera una mayor notoriedad de marca, ya que el mensaje puede llegar a dispersarse en diferentes foros de opinión, y con ello la empresa consigue un impacto en ventas mayor (Liu, 2006; Godes y Mayzlin, 2004). También en el

contexto específico de las redes sociales, Dellarocas (2003) defiende la relación positiva entre el volumen de comunicación y la eficacia del eWOM, derivada de la alta notoriedad de marca que genera (King, Racherla y Bush, 2014).

El entorno *online* ha favorecido que el flujo de información que se produce sea de tipo unidireccional, bidireccional o incluso multidireccional, gracias a la participación simultánea de diferentes plataformas de información. A través de las diferentes plataformas de información *online* cualquier persona puede convertirse en emisor, transmitiendo información nueva, o simplemente actualizando contenidos acerca de un determinado producto. Según señala el manifiesto de Cluetrain (Levine, Locke, Searls y Weinberger, 2000), los diferentes consumidores que continuamente generan conversaciones acerca de una determinada categoría de producto son los que mantienen los mercados, actuando como emisores y receptores simultáneamente de las diferentes conversaciones WOM. Sin embargo, en 2006 Nielsen señalaba que eran pocos los usuarios que participan de manera activa en las diferentes plataformas *online* como emisores de información. En este sentido, Nielsen (2006) propuso la regla conocida como “90-9-1”; significa que aproximadamente el 90% de los usuarios de una comunidad *online* son espectadores que leen y observan, pero nunca contribuyen; el 9% de los usuarios contribuyen de vez en cuando, y sólo el 1% de los usuarios producen activamente nuevos contenidos que representan casi toda la acción de la plataforma. Estudios más recientes han apuntado que, si bien el individuo tiene acceso a diferentes plataformas *online*, con diferentes usos y aplicaciones diferentes, por lo general, un internauta suele participar de

forma simultánea en tres plataformas, interaccionando en mayor o menor medida con el resto de los usuarios de tales plataformas (You, Vadakkepatt y Joshi, 2015).

A nivel práctico, Godes y Mayzlin analizaron en 2004 el impacto de las conversaciones WOM sobre series televisivas, en los datos de audiencia de dichas series. El trabajo concluyó que la dispersión del mensaje en diferentes plataformas era el antecedente clave del volumen de audiencia, y no el volumen de los mensajes WOM en sí. Concluyeron, pues, que la dispersión del mensaje es la garantía del éxito de las comunicaciones WOM. Puede existir un gran volumen de mensajes, pero si éste se concentra en una sola plataforma *online*, se conseguirá mucha menor influencia de dichas comunicaciones WOM en el consumidor. Se concluye con ello que no es lo mismo ni tiene la misma influencia volumen que dispersión.

4.3 Factores relacionados con la plataforma donde se desarrolla la comunicación WOM

4.3.1 Tipo de plataforma WOM

A priori cabría pensar que, en el contexto de las comunicaciones WOM, si existe un mensaje bien estructurado y organizado, el emisor está motivado a transmitir dicho mensaje de manera objetiva y creíble, y el receptor interesado en la información acerca de ese producto o servicio, se dan todas las condiciones para asegurar la eficacia de la comunicación WOM. Sin embargo, si el canal o la plataforma donde se desarrolla no es el adecuado, el proceso de comunicación tampoco se desarrollará de forma adecuada, y el mensaje no llegará a influir en la conducta de su receptor. En este punto es importante matizar que, en el caso del entorno

offline, la fuente es el propio individuo que comunica directamente al receptor el mensaje que considera; en cambio, en el entorno *online*, el mensaje del emisor se transmite a través de alguna determinada plataforma. Por ello, a lo largo de este sub-epígrafe, el término de plataforma hará referencia al canal de transmisión de la información en el entorno *online*, y nos referiremos al término fuente para aludir al origen de la información, es decir, el emisor del mensaje.

Son diversos los autores que han clasificado las diferentes plataformas para así poder analizar el impacto que éstas tienen en la eficacia de las conversaciones WOM que se dan en ellas. Dado el número tan elevado de plataformas *online*, Kotler y Keller en 2000 realizan la primera clasificación. Plantean que las comunicaciones WOM pueden llevarse a cabo a través de dos tipos de plataformas, y distinguen entre lo que ellos denominan el canal social y el canal de expertos. En el canal social, el nivel de interacción es mucho mayor, ya que la gran mayoría de los usuarios se conocen, por lo general los lazos afectivos entre ellos son fuertes, y con ello se garantiza la eficacia de las conversaciones WOM que se dan en estas plataformas. Por otro lado, el canal de expertos recoge aquellas plataformas a las que el consumidor acude en momentos puntuales, cuando necesita información específica de algún determinado producto o servicio. En estas plataformas, el experto es quien valora el producto o servicio en cuestión, por lo que la comunicación suele ser unidireccional o como mucho bidireccional, influyendo enormemente en la actitud de compra de los internautas que las utilizan. Los dos canales o plataformas son eficaces en cuanto a las comunicaciones WOM que en ellas se

desarrollan; lo que difiere el uno del otro, en la mayoría de las ocasiones, es según Kotler y Keller (2000) el producto y/o servicio objeto de este tipo de comunicación.

You, Vadakkepatt y Joshi (2015), sin embargo, distinguen inicialmente tres tipos de plataformas *online*. Por un lado, las comunidades *online*, donde la gran mayoría de miembros se conocen de fuera del entorno *online*, por lo que sí que existen entre ellos fuertes lazos afectivos (eg: Facebook); los foros de opinión, donde la mayoría de los usuarios son anónimos y, por lo general, entran al foro únicamente para expresar su opinión sobre un determinado producto, expresando sus motivaciones e inquietudes, y con ello generando en algunas ocasiones, una discusión acerca del manejo del producto, o las experiencias con el servicio (Villanueva y Armelini, 2007); y finalmente los blogs, donde el dueño del blog puede interaccionar con cada uno de los seguidores que dejan comentarios en el mismo; son anónimos, pero en esta plataforma el nivel de interacción entre los diferentes seguidores suele ser mayor que en el caso de los foros de opinión. Las opiniones de los dueños de estos blogs sobre un determinado producto y/o servicio resultan ser muy relevantes e influyentes para los internautas que acceden, debido al liderazgo y experiencia que tienen los dueños del blog sobre el producto y/o servicio en cuestión. Es por ello que los blogs resultan ser una plataforma muy eficaz para las conversaciones WOM.

Villanueva y Armelini (2007) llevan a cabo otra clasificación donde el criterio clave para establecer la tipología es si la empresa participa o no en las conversaciones WOM de las que es objeto de mención (a ella o a sus productos/servicios); el objetivo de esta distinción es

igualmente valorar el impacto de la adopción del mensaje considerando si la plataforma es gestionada o no por la empresa proveedora del producto y/o servicio del que se habla. Con tal criterio, los autores distinguen entre foros de internet y blogs corporativos. Los blogs corporativos surgen como la mejor plataforma para poder promover y fomentar las comunicaciones eWOM, gracias al control por parte de la empresa de los diferentes temas de discusión; permiten la interacción entre los diferentes usuarios, guardando comentarios y discusiones anteriores sobre los diferentes productos y/o servicios ofrecidos por la empresa, que siguen influyendo en el consumidor (Villanueva y Armelini, 2007).

You, Vadakkepatt y Joshi (2015) utilizan un criterio similar al de Villanueva y Armelini (2007), y clasifican las plataformas en base al nivel de influencia de la empresa en la fuente de información, factor relevante dado que va a marcar la credibilidad de la misma. Clasifican las plataformas en *websites* independientes y *websites* de empresas. Los mensajes de las *websites* independientes gozan de mayor credibilidad, ya que, según los resultados del trabajo, son percibidos como más objetivos y sinceros que los que aparecen en las *websites* de las empresas, cuyo principal objetivo es vender sus productos y/o servicios. Aunque en las *websites* de empresas los diferentes consumidores pueden dejar sus propias opiniones, los consumidores sospechan que todos estos mensajes pueden estar manipulados por la empresa para conseguir su principal objetivo, que es vender. Por ello, cuando la información es más ajena a la empresa o vendedor, la credibilidad que se le otorga es mucho mayor (Floyd et al. 2014). Además, cuanto mayor es la experiencia de la *website* independiente, mayor es el

número de mensajes y opiniones acerca del producto en cuestión, lo que favorece aún más la credibilidad de tales mensajes y con ello, su impacto en las ventas. Esta es la razón por la que You, Vadakkepatt y Joshi (2015) plantean que la eficacia de las comunicaciones WOM es mayor en *websites* independientes que en *websites* de empresas.

Tomando como base la clasificación de Kotler y Keller (2000), los mismos autores You, Vadakkepatt y Joshi (2015) realizan una nueva clasificación de las plataformas *online*, distinguiendo entre especializadas y genéricas. Las especializadas, por lo general, son lideradas por líderes de opinión, y están focalizadas en algún tipo de producto y/o servicio concreto; todo lo contrario, sucede en las genéricas, donde abordan simultáneamente diferentes temas, marcas, productos y/o servicios. Según estos autores, las plataformas especializadas se perciben como más novedosas, prácticas, y fuera de la tendencia de las corrientes de opinión, y por tanto más útiles para el receptor del mensaje que esté buscando información acerca del producto en cuestión. Estas conclusiones están en línea con estudios previos que apuntan que las plataformas de información especializadas influyen de forma mucho más considerable en los consumidores que las genéricas (Bansal y Voyer, 2000); ello se debe a que en las especializadas se albergan experiencias, y se aporta información sobre atributos o características de manera más detallada y objetiva que en las generalistas, donde los consumidores expresan sus comentarios y opiniones de manera subjetiva, basándose en su experiencia personal, sin ser constatada en ningún momento por un especialista del tema. Además, según Bansal y Voyer (2000) en las plataformas especializadas el número de

mensajes y opiniones acerca del producto y/o servicio en cuestión es mayor, generando con ello una mayor credibilidad de los mensajes, y por ello una mayor eficacia de las conversaciones WOM.

Por tanto, la información de las *websites* generalistas resulta ser de menor ayuda que las especializadas, a la hora de considerarse en decisión compra de un producto o servicio en particular (You, Vadakkepatt y Joshi, 2015). A esto, Lim y Chung (2014) apuntan un matiz; estos autores plantean que los consumidores estarán más influenciados por la información de las plataformas especializadas cuando se trate de marcas, o productos y/o servicios, que no les resulten familiares; cuando les son conocidos, el nivel de influencia de estas *websites* especializadas será menor.

4.3.2 Credibilidad de la plataforma WOM

Tal y como comentamos previamente, en un entorno *offline* la fuente de la información es el propio individuo que transmite directamente a otro individuo dicho mensaje; en cambio, en el entorno *online*, las fuentes de información pueden ser también las propias marcas, que transmiten sus mensajes a través de sus propias páginas web, o a través de diferentes plataformas *online* en las que también participan otros muchos individuos, de los que se desconoce sus intereses para participar en tales plataformas. Internet ha favorecido que cualquier individuo pueda acceder a la información que desee en cuestión de segundos y en cualquier lugar del mundo. Pero el hecho de que internet dé la oportunidad a todo el mundo

de publicar información de cualquier índole, en cualquier momento del día, conlleva que en ocasiones se vea repercutida la credibilidad de la información publicada. De hecho, Chatterjee (2001) apunta que las comunicaciones eWOM, en numerosas ocasiones, carecen de credibilidad, debido a la facilidad que tienen los usuarios de compartir la información, sin temor a represalias ni a ningún tipo de repercusión sobre el emisor si dicho mensaje no es veraz o es exagerado. Según Dellarocas (2003), las recomendaciones eWOM son percibidas como menos creíbles que las desarrolladas en el entorno *offline*. En las plataformas *online* los usuarios desconocen quiénes participan en ellas, no disponen de información de los emisores de los mensajes, por lo que, en numerosas ocasiones, es muy difícil juzgar la credibilidad de todos estos comentarios y por ende, de la plataforma en sí.

Cheung, Lee y Rabjohn (2008) destacan que la credibilidad de la plataforma, junto con la calidad de información que comunica, son determinantes para que un consumidor adopte el WOM en el entorno *online*. La calidad de la información es relevante para poder influenciar al consumidor, pero la credibilidad de la plataforma es un factor clave previo para poder alcanzar los objetivos del WOM: si el consumidor observa que los comentarios están escritos en una plataforma creíble, con un alto nivel de experiencia y honestidad, le darán un gran valor a los comentarios escritos en ella, la hora de tomar la decisión de compra del producto y/o servicio en cuestión. Así pues, la credibilidad de la plataforma *online* va a depender de la percepción que el receptor tenga de la fiabilidad y de la credibilidad del remitente de los

mensajes (Kiecker y Cowles, 2001). Hennig-Thurau et al. (2004) añaden incluso el número de participantes en la plataforma como factor determinante de su credibilidad.

No obstante, aunque una plataforma pueda ser percibida como muy creíble, el usuario desconoce realmente los intereses de los otros usuarios que participan en ella, razón por la cual visitan diferentes plataformas antes de realizar la compra del producto y/o servicio en cuestión (Levy y Gvili ,2015). De hecho, el consumidor que busca recomendación sobre un producto y/o servicio, necesita previamente buscar información de la identidad de la plataforma, su prestigio y experiencia con el producto y/o servicio en cuestión, para con ello asegurarse la credibilidad de la información expuesta (Bickart y Schinder, 2002).

La credibilidad de la plataforma es tan relevante hoy en día, que existen ciertas plataformas *online* que se dedican a valorar la credibilidad de las diferentes plataformas o canales de información. Dicha valoración se lleva a cabo a través de la puntuación que los usuarios otorgan a la información ofrecida por tales plataformas. La puntuación que reciban los comentarios de una plataforma tendrá, pues, una influencia significativa en la percepción de la credibilidad de la información, ya que esto significa que la mayoría de los usuarios están conforme con los diferentes mensajes que da dicha plataforma *online* a la hora de valorar un producto o un servicio (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009). En el contexto de comunicación actual, Lopez y Sicilia (2014) apoyan la necesidad de que existan estas plataformas *online* que valoren y puntúen la credibilidad.

Por su parte, You, Vadakkepatt y Joshi (2015) sugieren que también la plataforma va a tener cierta influencia en la credibilidad percibida del emisor de la información. Por ello los expertos de un producto y/o servicio eligen plataformas valoradas por los usuarios a la hora de escribir sus mensajes, lo que ayuda a mejorar la reputación de las mismas. Por lo tanto, todas aquellas plataformas de información que cuentan con expertos creíbles, líderes de opinión, y con un gran reconocimiento en el tema en cuestión, lograrán aumentar su reputación, garantizando con ello la eficacia de las comunicaciones WOM generadas y transmitidas en dicha plataforma. Estas conclusiones nos dan una idea de que la aparición de líderes de opinión resulta clave para asegurar la eficacia de las conversaciones WOM en determinadas plataformas.

Estos líderes de opinión evalúan el mercado y los productos a los que hacen referencia, y resultan ser una pieza vital para garantizar la credibilidad de la plataforma (Brown, Broderick y Lee, 2007). En este punto, Villanueva y Armelini (2007) clasifican en dos tipos a los líderes de opinión que interactúan en estas plataformas: los racionales y los emocionales. En ambos casos se trata de usuarios del producto y/o servicio, con capacidad de influencia en otros posibles consumidores a través de tales plataformas, pero la forma de influencia será distinta. Los líderes de opinión emocionales suelen desarrollar una motivación interna que los lleva, de forma voluntaria y espontánea, a ofrecer su opinión y experiencia con el propósito de motivar, o no, a los consumidores potenciales al disfrute de ese producto y/o servicio. Por su parte, los líderes de opinión racionales suelen ser personas con un amplio conocimiento de los atributos

del producto o servicio, a lo que se une una experiencia objetiva con tal producto, que actúan influyendo en los consumidores potenciales a través de argumentos racionales. Su planteamiento es, pues, contrario al de los líderes emocionales, que suelen utilizar más argumentos emocionales en sus mensajes que, aunque vayan acompañados de sus propias experiencias, son mayormente subjetivos.

Cheung, Lee y Rabjohn (2009) van un paso más allá y relacionan la valencia del mensaje con la credibilidad de la plataforma. Según los autores, los mensajes con valencia negativa tienen un mayor impacto en el receptor debido a la mayor percepción de que dicha información no ha sido manipulada por la empresa. Por ello, Cheung, Lee y Rabjohn (2009) concluyen que los mensajes con valencia negativa proporcionan una mayor credibilidad a la plataforma, ya que se transmite que no hay intereses o connotaciones comerciales, precisamente por la valencia de los mensajes que muestra. De hecho, Bickart y Schindler (2001) apuntan que la persuasión de una recomendación *online* decrece a media que aumenta la posibilidad de que la marca esté involucrada en la generación de esa información.

La credibilidad de la plataforma va a condicionar, asimismo, el nivel de transmisión de la información de una plataforma *online* a otra. Según señalan Ko, Cho y Roberts (2005), la información que proporcionan plataformas de alta credibilidad es más probable que sea leída, se perciba útil y fiable y, por lo tanto, se favorezca la transferencia de dicha información a otros usuarios a través de las otras plataformas *online*, diseminando así el mensaje. Por ello, según apuntan estos autores, dicha credibilidad favorecerá el prestigio de la plataforma, que

influye de manera notable en la eficacia de las conversaciones WOM, siendo además la frecuencia de visita de los diferentes usuarios a la plataforma *online* un antecedente del prestigio de dicha plataforma.

CAPÍTULO 5: OBJETIVOS Y PROPUESTA DE HIPÓTESIS

En capítulos anteriores hemos visto la relevancia que tiene la comunicación WOM y sus consecuencias, directas e indirectas, dentro del ámbito empresarial. Son numerosos los estudios de WOM en sectores como el turismo, la restauración o la venta al por menor; sin embargo, apenas hay estudios de este tema dentro del sector farmacéutico, sector que, como hemos visto previamente, representa alrededor de un 9% del PIB español, y el 21% del conjunto total de la inversión de I+D industrial en España (Farmaindustria, 2017a).

El objetivo de esta tesis doctoral, como ya se manifestó en la introducción del trabajo, es analizar en qué medida diferentes aspectos vinculados con el WOM influyen, o no, en la prescripción de un medicamento nuevo por parte del profesional sanitario o médico. En el capítulo precedente, el cuatro, se han identificado los factores que, según la literatura en distintos contextos, son determinantes de la adopción del WOM; por tanto, todos esos aspectos podrían tener un papel relevante en nuestro contexto de investigación. Sin embargo, tomando conciencia de la realidad y valorando el tiempo limitado que un médico debería invertir en proporcionar la información necesaria para dar respuesta a nuestro objetivo de investigación, se ha optado por analizar solo algunas de tales variables. Se han seleccionado las que, a nuestro juicio, pueden tener un papel más sobresaliente en el contexto de la prescripción de un medicamento nuevo por parte del médico: las características del mensaje, la credibilidad del laboratorio y el vínculo emocional entre el profesional sanitario y el delegado comercial.

Por ello, nuestro interés concreto se centra en conocer cómo las características del mensaje (centradas en la diagnosticidad percibida del nuevo medicamento a partir de la comunicación WOM, la riqueza del mensaje y su fuerza de recomendación), así como la credibilidad del laboratorio, y el vínculo emocional que el profesional sanitario tenga con el delegado comercial de dicho laboratorio, influyen en la actitud del médico hacia la prescripción del nuevo medicamento y en su intención de prescribirlo.

La gran mayoría de literatura consultada en el ámbito del WOM establece propuestas de influencia de ciertas variables sobre la intención de comportamiento del individuo, ya sea intención de recomendar el producto/servicio objeto de comunicación WOM, intención de generar comunicación WOM, o intención de adoptar el WOM (es decir, intención de comprar, o de probar el producto o servicio, por ejemplo), entre otros. Sin embargo, nuestro interés va más allá, y no solo queremos analizar la influencia de las variables de estudio sobre la intención de prescripción de un nuevo medicamento por parte del médico, sino que queremos conocer si el modelo propuesto es válido para explicar la intención de prescribir, tanto para el colectivo de médicos que decide prescribir el nuevo medicamento, como para el que decide no hacerlo. De hecho, queremos conocer si el papel de las variables objeto de interés (las características del mensaje, la credibilidad del laboratorio y el vínculo emocional entre el profesional sanitario y el delegado comercial) es el mismo o significativamente distinto, en una situación final de prescripción real (por tanto no de “intención” de prescripción), frente a una situación final de no prescripción real de dicho medicamento.

Consideramos, dadas las peculiaridades del sector, que este trabajo aportará conocimiento tanto a nivel teórico como de la práctica empresarial. A nivel teórico porque permitirá ampliar el conocimiento ya disponible de las comunicaciones WOM dentro del sector farmacéutico. En este sentido, hemos tratado de aunar factores de influencia de diferente naturaleza sobre un decisor que no es el usuario final del producto. Desde el punto de vista práctico, consideramos que este trabajo puede ayudar a los laboratorios farmacéuticos a identificar qué aspectos son clave en sus comunicaciones WOM, y qué elementos deben considerar, o evitar, para favorecer la prescripción de sus nuevos medicamentos por parte de los profesionales sanitarios. Dicha información puede ayudar a desarrollar de manera más eficiente los diferentes planes de comunicación de los laboratorios farmacéuticos a la hora de promocionar medicamentos nuevos a los profesionales sanitarios, además de todos aquellos que se encuentren ya en cartera.

5.1. Hipótesis relacionadas con el mensaje y su transmisión

La primera variable que vamos a considerar en el contexto de la prescripción de un nuevo medicamento es el de la diagnosticidad percibida de dicho medicamento. Concretamente se busca identificar qué papel juega la diagnosticidad percibida de un medicamento nuevo sobre la actitud del profesional sanitario hacia su prescripción. Kempf y Smith (1998) definieron por primera vez este concepto cuando analizaron la relación existente entre la experiencia de compra de un producto y el conocimiento de los diferentes atributos y beneficios que le aporta al consumidor dicho producto. El término hace referencia a la capacidad que tienen los

consumidores, a partir de la información recibida, de poder conocer y evaluar en su conjunto el producto y/o servicio (Jiang y Benbasat, 2004). Una alta diagnosticidad percibida contribuye positivamente a que los consumidores puedan realizar una evaluación cognitiva de los diferentes atributos del producto previa a la compra, y les permite comprender los diferentes beneficios que éste aporta. Es por ello que a mayor diagnosticidad percibida, es decir, cuánto mayor es el grado de entendimiento y comprensión del producto a partir de la información de la que dispone el consumidor relativa al producto, más favorable será la actitud hacia la compra de dicho producto por parte del consumidor (Jiang y Benbasat, 2004).

Son dos los aspectos que, según se deriva de la literatura, pueden condicionar el nivel de diagnosticidad percibida de un producto, y ambos aspectos tienen que ver con las características y comportamientos del consumidor. Por un lado, según apuntan Grohmann, Spangenberg y Sprott (2007), el nivel de diagnosticidad percibida de un producto va a verse condicionado por la mayor o menor necesidad que tiene cada individuo de experimentar con el producto, de percibirlo a través de sus sentidos antes de la compra. Así, consumidores con una alta necesidad de experimentar con el producto, de tocarlo por ejemplo, alcanzarán un mayor grado de diagnosticidad percibida si tienen la posibilidad de manipularlo y examinarlo; sucederá todo lo contrario con consumidores sin necesidad de experimentar con el producto, aquellos que tienen poca necesidad de tocarlo, verlo, etc. ;éstos pueden alcanzar un mayor nivel de diagnosticidad percibida simplemente a partir de la información disponible del

producto en el medio *online*, dada su baja necesidad de experimentar con él antes de la compra.

El segundo aspecto que menciona la literatura que condiciona la diagnosticidad percibida de un producto tiene que ver con el número de canales que utiliza el consumidor en su proceso de decisión de compra. La literatura apunta que el consumidor multicanal tiene mayor facilidad para conseguir un alto nivel de diagnosticidad percibida en la evaluación final del producto; según Gurrea y Orús (2014), la diferente cantidad y tipo de información disponible en los distintos canales, *offline* y *online*, favorecerá que el consumidor vaya adquiriendo un conocimiento del producto mucho más amplio a lo largo del proceso de compra. Según estos autores, la diagnosticidad se va generando a medida que el consumidor cambia de un canal a otro, *online-offline*, dado que los diferentes canales le van aportando distinta información, hasta que alcanza un amplio conocimiento y entendimiento de las características y beneficios del producto que ayuda a su decisión de compra final.

En nuestro contexto de estudio, como ya hemos apuntado en capítulos anteriores, el laboratorio farmacéutico hace llegar al profesional sanitario la información de un medicamento nuevo a través de diferentes canales (delegado comercial, departamento médico, e-mails...). Cada canal puede centrarse en algún aspecto más concreto de la utilidad y características del medicamento nuevo, pero en conjunto todos los canales buscan poner de manifiesto la superioridad de dicho medicamento nuevo, mostrado en los diferentes estudios, en relación a los existentes; la mayoría de las comunicaciones WOM del laboratorio

farmacéutico están relacionadas con los datos de eficacia y seguridad del medicamento nuevo versus el medicamento líder que se está utilizando en ese momento y que el laboratorio desea reemplazar. Recordemos que el término de diagnosticidad percibida recoge la capacidad del individuo de poder conocer y evaluar un producto a partir de la información recibida (Jiang y Benbasat, 2004). Por tanto, cuanto más perciba el profesional sanitario que conoce los pros y contras del nuevo medicamento gracias a la información ofrecida por los distintos canales utilizados por el laboratorio (es decir, cuanto mayor sea la diagnosticidad percibida del nuevo medicamento gracias a la información facilitada sobre éste), mayor predisposición tendrá el profesional sanitario a prescribirlo.

En base a este razonamiento, proponemos la primera hipótesis:

H1: El nivel de diagnosticidad percibida de un nuevo medicamento por parte del médico a partir de la información recibida del laboratorio farmacéutico influye positivamente en su actitud hacia la prescripción de dicho medicamento.

Si analizamos de manera más profunda la definición de diagnosticidad percibida, podemos concluir que el término está íntimamente ligado al contenido en sí del mensaje. En esta línea, Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007) identifican dos antecedentes relacionados con el mensaje, que van a determinar la capacidad de influencia de las comunicaciones WOM en el receptor: la riqueza de la información, y la fuerza de la recomendación.

La información es el petróleo del siglo XXI y, a día de hoy, gracias a la aparición de las tecnologías de la información y la comunicación tenemos acceso a una gran cantidad de información que antes era de inviable acceso (Romero, 2001). Sin embargo, si esta información no está organizada, estructurada y clasificada de forma adecuada, acceder a ella puede dificultarnos, en lugar de facilitarnos, cualquier toma de decisiones. Estrada (1998) señala que en muchas ocasiones la información disponible no es útil ni fiable para poder realizar un análisis completo de la situación y poder tomar las decisiones adecuadas. Por eso, en las comunicaciones WOM no es suficiente con considerar la cantidad de información disponible; hay que considerar también en qué medida dicha información, sea o no abundante, otorga al individuo la capacidad para poder evaluar las diferentes alternativas, permitiéndole desechar ciertas opciones y escoger el producto y/o servicio más adecuado. Es entonces cuando podemos apuntar el término riqueza del mensaje (Sweeney, Soutar y Mazzarol, 2012), que aglutina no solo la consideración de aspectos informativos en el mensaje, sino también la manera en que dicho mensaje se ha elaborado; ambos aspectos determinarán, precisamente, la capacidad de evaluación de las características y atributos del producto evaluado por parte del individuo (Sparks y Browning, 2011). Ambas consideraciones son, pues, relevantes en el ámbito del WOM, dado que en marco del modelo ELM (Petty y Cacioppo, 1986), los mensajes WOM tienen un mayor impacto en la actitud del receptor si están conformados por argumentos sólidos y consistentes.

En esta línea, consideramos que la riqueza de la información que recibe el profesional sanitario del medicamento nuevo puede condicionar la predisposición de dicho profesional a prescribir o no dicho medicamento. Cabe pensar que cuanto más informativo, y más claro y argumentado esté el mensaje transmitido por el laboratorio al médico, mayor predisposición presentará el médico a dejarse guiar por dicha información, es decir, mayor predisposición tendrá a prescribir el medicamento nuevo en el que se centra la comunicación WOM. De hecho, Sweeney, Soutar y Mazzarol (2012) constataron que el nivel de contenido cognitivo y de elaboración de un mensaje (lo que nosotros aglutinamos bajo el término riqueza del mensaje) con valencia positiva favorece una mejor percepción del objeto de la comunicación WOM por parte del receptor; ello se debe a que tiene un componente más cognitivo ya que, por lo general, todos estos mensajes de valencia positiva se encuentran más relacionados con todo el conocimiento y con toda la experiencia y/o aprendizaje adquirido en el disfrute del objeto de la comunicación WOM, a diferencia de todos aquellos con valencia negativa que tienen un componente más emocional. De hecho, cuando la información de una comunicación WOM es intensa y explícita, capta más la atención del receptor, está más accesible en su memoria, y juega un papel más relevante en sus valoraciones cognitivas, teniendo, por tanto, un mayor impacto en los juicios y decisiones del receptor (Herr et al., 1991; Kiselius y Sternthal, 1986).

En base a lo descrito planteamos la siguiente hipótesis:

H2: La riqueza de la información sobre un medicamento nuevo, percibida por el profesional sanitario, proveniente del laboratorio farmacéutico, influye positivamente en su actitud hacia la prescripción de dicho medicamento.

Por tanto, la riqueza de la información disponible es clave para poder evaluar y tomar decisiones acertadas por parte del receptor de la comunicación WOM (Sweeney, Soutar y Mazzarol, 2012). Tal y como ya hemos apuntado, en nuestro marco de estudio, cuando el médico recibe la información del medicamento nuevo, ésta debe ayudarle a evaluar las diferentes ventajas que aporta a sus pacientes comparada con el medicamento que ya está acostumbrado a prescribir; debe, pues, favorecer la percepción de diagnosticidad del nuevo medicamento. Consideramos que para conseguir eso, dicha información deberá ser rica no solo en cuanto a fondo, sino también en cuanto a forma; dicho en otras palabras, el mensaje transmitido debe proveer al profesional sanitario de información explícita y detallada sobre las peculiaridades del nuevo medicamento, pero a la vez dicha información debe ser seria, sólida y bien argumentada. Castañeda (2002), en el contexto de la educación, constata una clara relación entre la riqueza de la información y la diagnosticidad percibida. Levy y Gvili (2015) también apuntan que el mensaje es más valorado por el receptor cuando la información que ofrece es más detallada y está más argumentada, ya que facilita la comprensión de lo que se quiere transmitir. Es lógico pensar que cuanta más información sólida, clara, argumentada y adecuadamente elaborada se ofrezca al profesional sanitario, más probable será que dicha

información le ayude a entender mejor las características del nuevo medicamento en relación al que estaba acostumbrado a prescribir.

Por todo lo dicho, sugerimos:

H3: La riqueza de la información recibida del medicamento nuevo influye positivamente en el grado de diagnosticidad percibida por parte del profesional sanitario.

Otro antecedente relacionado con el mensaje, propuesto por Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007), y que influye en la eficacia del WOM es la fuerza de la recomendación. Según apunta Dichter (1966), la influencia y el impacto de los mensajes WOM van a depender no solo de su componente racional y/o emocional, sino también de la forma en la que se exprese el mensaje, y del estilo de comunicación utilizado. La comunicación WOM es mucho más influyente que cualquier otra información transmitida por medios de comunicación tradicionales (Armellini y Villanueva, 2007). Aquellas comunicaciones WOM que transmiten experiencias vividas con ciertas connotaciones emocionales, consiguen perdurar más tiempo en la memoria del receptor (Herr, Kardes y Kim, 1991). Igualmente, los mensajes que se transmiten con una mayor energía y entusiasmo impactan más en el receptor, y por lo tanto resultan ser más eficaces (Gremier, 1994). Estos aspectos son los recogidos bajo el término de fuerza de la recomendación. El concepto hace referencia al estilo, la forma, y sobre todo a la intensidad utilizada por parte del emisor para transmitir el mensaje (Mazzarol, Sweeney y Soutar, 2007).

Si el contenido del mensaje es más sorprendente, y transmitido con una mayor pasión y energía, la influencia que ejerce en el cambio de actitud del consumidor será mucho mayor (Berger y Schwartz, 2011).

Diariamente estamos expuestos a una enorme cantidad de información por diferentes medios, y disponemos de menos tiempo para leerla, asimilarla y contrastarla. Es por ello que el punto clave es la personalización de toda esta información, en lo referente al contenido y al estilo, para que resulte de interés a la persona que lo recibe (Villanueva y Armelini, 2007). Antes de que el médico tome una decisión acerca de la prescripción de un medicamento nuevo, ya ha recibido un bombardeo continuo de mensajes de diferentes laboratorios farmacéuticos promocionando sus medicamentos. Un médico recibe múltiples impactos diarios de diferentes laboratorios (Medina, 2013); por ello, el estilo, la forma y la intensidad con la que se transmita el mensaje puede propiciar que el médico esté dispuesto, o no, a prestar atención a dicha información que contiene las diferentes novedades y beneficios del medicamento nuevo (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009), y que a la vez tenga ilusión y motivación por probarlo en un paciente. Es por ello por lo que proponemos que la fuerza de la recomendación va a influir directamente en la actitud del médico hacia la prescripción:

H4: La fuerza de la recomendación del mensaje del medicamento nuevo influye positivamente en la actitud del profesional sanitario hacia la prescripción de dicho medicamento.

En muchas ocasiones, las personas que poseen conocimientos medios acerca de un producto y/o servicio tienen la necesidad de ampliar su conocimiento sobre el mismo para reforzar su decisión final de compra. Una de las fuentes a las que es probable acudir es a los expertos en el producto y/o servicio en cuestión (Bansal y Boyer, 2000). Estos expertos o líderes de opinión racionales, tal y como los definen Villanueva y Armelini (2007), tienen un gran conocimiento del producto e influyen en otros potenciales consumidores sobre la base de argumentos racionales que ellos transmiten en relación a dicho producto. Según los autores, la credibilidad de estos expertos va a depender de los argumentos que utilicen y de cómo se transmiten en los diferentes medios, tanto *offline* como *online*.

En la misma línea, Cheung, Luo, Sia y Chen (2009) verifican la relación existente entre una buena argumentación del mensaje WOM y la fuerza con la que se transmite, con el nivel de influencia que dicho mensaje ejerce en los consumidores tras su lectura. Según los autores, si el receptor percibe que la información recibida es consistente en su argumentación, y además es transmitida de una manera convincente, aumenta su credibilidad. Sucederá todo lo contrario cuando el receptor del mensaje perciba que éste carece de lógica, y no encuentre sustento en todo lo que argumenta.

Gvily y Levy (2015), también apuntan en la misma dirección que Cheung, Luo, Sia y Chen (2009), argumentando que la forma en la que se transmita la información, y la consistencia de la misma, va a influir notablemente en la credibilidad percibida del emisor de dicha información. En base a lo expuesto, podemos ver la relación existente entre la riqueza de

contenido del mensaje, y la fuerza de la recomendación, con la credibilidad de la fuente; según diferentes trabajos, una información bien argumentada y convincente va a influir de manera considerable en la credibilidad que el receptor otorgue al emisor de esta información.

Con esta idea sugerimos que la riqueza del contenido y la fuerza con la que el laboratorio exponga todos los conocimientos acerca del medicamento nuevo es decir la fuerza de la recomendación, van a influir notablemente en la credibilidad que el médico le dé a la propia fuente de esta información. Si el laboratorio farmacéutico expone los diferentes estudios clínicos del medicamento nuevo con una gran evidencia científica, y comunica los diferentes beneficios que aporta al paciente con argumentos que transmiten pasión e ilusión, probablemente otorgue una mayor credibilidad al laboratorio farmacéutico que en caso contrario.

En base a esta premisa proponemos las siguientes hipótesis.

H5: La riqueza de la información del medicamento nuevo influye positivamente en la credibilidad del laboratorio farmacéutico.

H6: La fuerza de recomendación del medicamento nuevo influye positivamente en la credibilidad del laboratorio farmacéutico.

5.2. Hipótesis relacionadas con la fuente de la información

Numerosos autores relacionan la eficacia de las comunicaciones WOM con la credibilidad que el receptor del mensaje dé a la fuente de la información (eg: Hovland y Weiss, 1951; Cheung et al, 2009) Es importante realizar una distinción entre fuente de información y plataforma de la información, tal y como se apuntó en capítulos precedentes. Como fuente de información entendemos el origen de la información, que generalmente coincide con el emisor que transmite la información o comunicación WOM; sin embargo, como plataforma de la información nos referimos al medio donde se originan o tienen lugar estas conversaciones WOM.

Según apunta López y Sicilia (2014), la credibilidad de la información va a depender en gran medida de la fuente de la información, es decir, de quién transmite el mensaje. Si el receptor desconoce o tiene poca relación con el origen de la información va a verse reducida la eficacia del mensaje. Todo lo contrario, sucede cuando el receptor recibe el mensaje de personas conocidas, ya que la credibilidad que se le otorga al mensaje es mayor (Chatterjee, 2001; Sen y Lerman, 2007). Por ello, Lopez y Sicilia (2014) concluyen que la eficacia del WOM tradicional es mayor que la del eWOM porque el receptor conoce a la fuente de la información, y este lazo afectivo hace que le atribuya una mayor credibilidad al mensaje transmitido (Bansal y Voyer, 2008).

Aunque el planteamiento apuntado por Lopez y Sicilia (2014) es, en general, válido, hay ocasiones donde las características intrínsecas del emisor, y no tanto el nivel de conocimiento o familiaridad con dicho emisor, son un aspecto determinante. Hablamos de ocasiones en las que el consumidor requiere de los conocimientos, habilidades y experiencias de alguien, conocido o no, que realmente sepa del producto, y que le ayuden a valorar de forma más adecuada una decisión de compra. En este caso, el hecho de que la información provenga de un experto va a hacer que sea más influyente, ya que a éste se le atribuye un mayor conocimiento y experiencia que a un individuo normal y, por lo tanto, gozará de una mayor credibilidad (Wangenheim y Bayon, 2004). En estos casos, la influencia de los mensajes será mayor cuando provengan de fuentes de información expertas que de las inexpertas (Bansal y Voyer, 2000).

En línea a lo que apuntan estos autores, Villanueva y Armelini (2007) también sostienen que, sobre ciertos temas específicos, las fuentes expertas ejercen una gran influencia en la actitud de las personas por la alta percepción de credibilidad. Estos autores distinguen dos tipos de líderes de opinión: emocionales y racionales; los líderes emocionales son aquellos consumidores que utilizan argumentos basados en su experiencia y que influyen, de manera voluntaria, a que otros potenciales consumidores prueben el producto; los racionales utilizan argumentos racionales a la hora de persuadir a otros consumidores; sea como sean, todos ellos influyen en la actitud de las personas en lo referente a un producto y/o servicio porque se les considera fuentes de información creíbles.

También Brown, Broderick y Lee (2007) señalan que la persuasión de un mensaje y la influencia en el cambio de actitud va a depender de la credibilidad de quién transmite el mensaje. La influencia del mensaje en el cambio de actitud será mayor cuando la credibilidad de la fuente sea más alta. En el contexto que nos ocupa y según las investigaciones señaladas, un médico que otorgue la etiqueta de experto en una determinada patología al laboratorio farmacéutico que le está recomendando la prescripción de cierto medicamento para dicha patología, considerará más creíble cualquier comunicación que dicho laboratorio le transmita al respecto, favoreciendo la actitud del profesional sanitario hacia dicho medicamento.

En base a ello proponemos que:

H7: La credibilidad del laboratorio farmacéutico influye positivamente en la actitud hacia la prescripción de un medicamento nuevo.

5.3. Hipótesis relacionadas con el transmisor de la información

El vínculo que existe entre el emisor y el receptor de las comunicaciones WOM es otra de las variables abordadas en los trabajos sobre eficacia de las comunicaciones WOM; ese vínculo queda recogido bajo el término de homofilia. Como ya se vio en el capítulo correspondiente, la homofilia hace referencia a la similitud entre individuos en base a ciertos atributos como la edad, sexo, educación o estilo de vida (Rogers, 1995). Su consideración sugiere que personas similares tienden a juntarse más; ello puede ser por tener una personalidad parecida, que hace que compartan intereses comunes, o simplemente por el hecho de que se encuentren en la

misma situación personal. El hecho de que la fuente y el receptor del mensaje tengan los mismos gustos, hace que el receptor considere esa información de interés (Rogers, 1995). La similitud existente entre ambos hace que se genere una confianza y un entendimiento mayor, que en personas que son diferentes. Esa fuerza del lazo afectivo entre el emisor y receptor va a depender del número y tipo de recursos que intercambian entre ellos, de la frecuencia de contacto y del nivel de intimidad (Marsden y Campbell, 1984).

Por ello, Brown y Reingen (1987) afirman que las comunicaciones WOM tienen una mayor probabilidad de llevarse a cabo entre personas que son similares en cuanto a la edad, género, ocupación y nivel de educación, ya que comparten intereses parecidos o tienen vidas similares, y el número de informaciones que intercambian entre ellos es mayor que cuando los lazos afectivos son débiles. En base a ello podríamos concluir que aquellos individuos con lazos fuertes participarán mucho más en conversaciones WOM, y la influencia de todos estos mensajes entre ellos será mucho mayor, todo lo contrario que en aquellas relaciones con lazos débiles (Bansal y Voyer, 2000). Eso justifica que en un contexto *offline* la credibilidad de la información sea mayor que en uno *online* (Chatterjee, 2001). En un entorno *online*, aunque haya intereses o gustos comunes, se desconoce la identidad del emisor y cuáles son sus verdaderos motivos para emitir ese mensaje, por lo que la eficacia del eWOM será menor que en contextos de comunicación *offline* (Schindler y Bickart, 2005).

Estos autores vienen a corroborar lo que McPherson y Smith-Lovin (1987) ya sugirieron, que la homofilia determina de manera considerable cómo el mensaje influye en el receptor, así

como la actitud que el receptor desarrolla hacia tal mensaje. La credibilidad del emisor de la información va a venir marcada por el conocimiento del emisor del mensaje, la confianza entre emisor y receptor, y finalmente por la asiduidad de la relación entre ambos (Villanueva y Armelini, 2007). Cuando la confianza entre ambos es alta se observa que el impacto del mensaje es mayor que cuando no existe, por la credibilidad que se le otorga a la fuente de la información (Matos y Rossi, 2008). Por otro lado, cuanto mayor sea el número de veces que interactúan ambos, mayor será la exposición a los mensajes que tenga el receptor, y por lo tanto mayor será la influencia del WOM (De Valck, Bruggen y Wierenga, 2009).

Entre los diferentes medios y canales que utiliza el laboratorio para comunicarse con el médico se encuentra la figura del delegado comercial. En nuestro contexto de estudio, hemos diferenciado la figura del emisor, el laboratorio farmacéutico, y la del transmisor de la información (o “canal” a través del cual se transmite dicha información) que es el delegado comercial, y todo ello debido a que el vínculo con el médico se desarrolla con el delegado comercial, y no con el laboratorio farmacéutico en sí. En base a lo expuesto previamente, si existe afinidad entre el delegado comercial y el médico, las probabilidades de que se produzcan más interacciones entre ellos, generalmente, será mayor que cuando sucede lo contrario. En cada una de estas interacciones, además de hablar de los diferentes medicamentos que tiene en cartera, se comparten intereses y aficiones comunes que hacen que la conversación resulte más agradable para ambos. A raíz de todas estas interacciones entre el profesional sanitario y el delegado comercial, se va creando un vínculo emocional que ayuda

a que el médico muestre interés y escuche toda la información acerca del medicamento nuevo, lo que puede favorecer que se comprometa a prescribirlo en el siguiente paciente que reúna las características apropiadas.

Siguiendo esta premisa podemos proponer la siguiente hipótesis:

H8: El vínculo emocional entre el delegado comercial y el profesional sanitario influye positivamente en la actitud de prescripción del medicamento nuevo.

5.4. Hipótesis relacionadas con la intención de prescribir

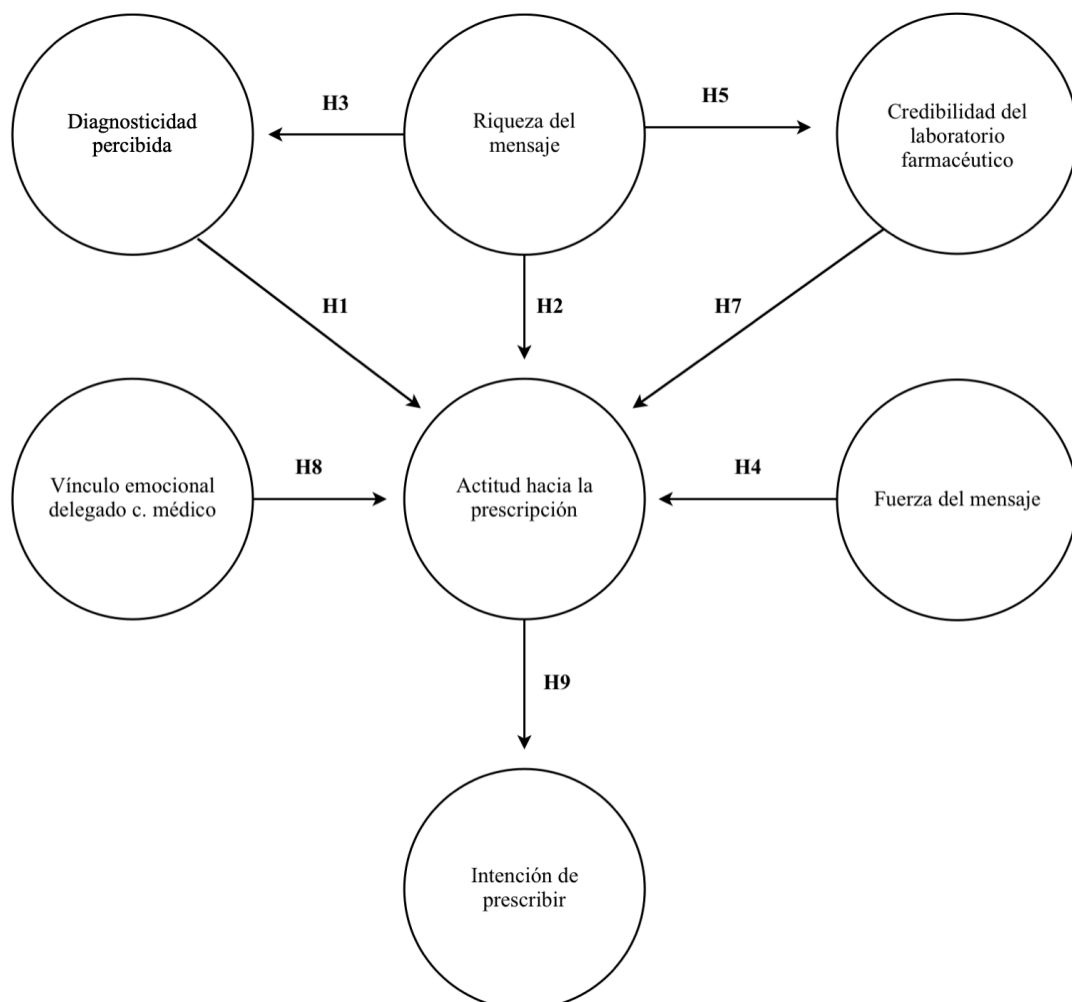
Tal y como vimos en capítulos anteriores, la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) considera la intención de un comportamiento como el mejor indicador de una conducta o comportamiento; según Ajzen y Fishbein (1980), esta intención está determinada por un factor personal (actitud hacia el comportamiento) y un factor social o “normativo” (norma social subjetiva del individuo). La actitud hacia el comportamiento hace referencia a la predisposición del individuo hacia el desarrollo de una conducta determinada, fruto de las creencias que tiene el individuo de que esa determinada conducta va a producir determinados resultados, y de cómo evalúa ese posible resultado. En base a esta teoría, si el médico desarrolla una actitud favorable hacia la prescripción de un medicamento nuevo, su intención de prescribirlo será alta. De hecho, son numerosos los trabajos en diferentes ámbitos que constatan la relación positiva entre la actitud hacia algo y la intención de comportamiento respecto de ese algo.

En base a esta premisa, formulamos la última hipótesis:

H9: La actitud de prescripción de un medicamento influye positivamente en la intención de prescribirlo.

En la figura 5.1 se observan todas las hipótesis propuestas en nuestro estudio:

Figura 5.1: Modelo teórico propuesto



Fuente: Elaboración propia

5.5. De intención de comportamiento a comportamiento real: comparación de las relaciones propuestas

Aunque, como ya se ha apuntado varias veces a lo largo de este trabajo, la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) considera la intención de un comportamiento como el mejor indicador de una conducta o comportamiento, es obvio que obedece a conceptos distintos.

Las hipótesis propuestas en las secciones previas de este capítulo plantean la influencia de ciertas variables vinculadas con la comunicación WOM, sobre la actitud y la intención de prescribir un nuevo medicamento por parte del médico. Sin embargo, el interés de esta tesis doctoral va más allá, y no solo se quiere analizar la influencia de dichas variables en la intención del profesional sanitario, sino que queremos conocer si el papel de las variables objeto de interés (las características del mensaje, la credibilidad del laboratorio y el vínculo emocional entre el profesional sanitario y el delegado comercial) es el mismo o significativamente distinto, en una situación final de prescripción real (por tanto no de “intención” de prescripción), frente a una situación final de no prescripción real de dicho medicamento. Conocer este aspecto es determinante para el laboratorio farmacéutico que lanza el nuevo medicamento, ya que este está interesado, no en la intención de prescripción del médico, que puede ser positiva, sino en su comportamiento real de prescripción, que es lo que le permitirá al laboratorio ganar cuota de mercado y rentabilizar la inversión.

Considerando que no hay literatura al respecto que permita sugerir hipótesis de trabajo, planteamos la siguiente cuestión a investigar:

CI1: Analizar en qué medida la fuerza de las relaciones propuestas en el modelo teórico planteado es igual o distinta en la situación de prescripción real de un medicamento nuevo frente a la situación de no prescripción real.

CAPÍTULO 6: DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez ya descrito el sector, el marco teórico, y planteadas las hipótesis de investigación se van a exponer las diferentes pautas que se han llevado a cabo en el diseño de la investigación realizada, abordando la metodología empleada para llevar a cabo la parte empírica de esta tesis doctoral. De esta forma, en el siguiente capítulo, procederemos al tratamiento de los datos procedentes de las encuestas realizadas a los médicos, que nos permitirán contrastar las diferentes hipótesis formuladas y analizar las relaciones entre las diferentes variables que intervienen en el modelo conceptual propuesto.

Así, el presente capítulo comienza con la identificación de la población objeto de estudio, la determinación de la muestra y el método de muestreo, y se referencia en qué momento y cómo se llevó a cabo el trabajo de campo. Seguidamente se indican cuáles fueron los instrumentos de medida utilizados y se explica la técnica de análisis de datos empleada. Tras ello, se presentan las principales características de la muestra, los descriptivos de los constructos analizados, y se muestran los resultados de la evaluación del modelo de medida. Por último, el capítulo se cierra con la ficha técnica del estudio.

6.1 Población, muestra, método de muestreo y trabajo de campo

La población objeto de estudio de nuestra investigación son médicos en activo, sea cual sea su especialidad, edad o años de experiencia. No obstante, el alcance se centra en la provincia de Valencia, concretamente en cinco áreas sanitarias en Valencia. La selección de este ámbito geográfico responde a dos motivos. El primero de ellos tiene que ver con el interés de escoger

una muestra de médicos cuyas directrices resulten similares, de tal forma que se minimice el impacto de las variables no controladas en la investigación; y el segundo de ellos, es la facilidad de acceso a los médicos a la hora de requerir su opinión para completar el cuestionario.

Considerando que necesitábamos conocer la opinión de los profesionales sanitarios en dos situaciones, la prescripción y la no prescripción de un medicamento nuevo, se optó por un método de muestreo por cuotas en base a la prescripción (sí/no) del nuevo medicamento. Valoramos que cada médico debía centrarse exclusivamente en una de las dos situaciones (prescripción/no prescripción) para dar información al respecto de manera más precisa, por lo que descartamos que un mismo médico diera su opinión/valoración de los aspectos objeto de estudio para las dos situaciones.

Por ello, y previendo la dificultad de acceso a la información por el perfil de la población, se determinó una muestra teórica de 200 médicos en activo, de manera que 100 médicos dieran la opinión de la situación de prescripción del medicamento nuevo y otros 100 médicos dieran su opinión en la situación de no prescripción.

El método de recogida de la información fue a través de encuestas *online*, auto-administradas, en los mencionados entornos hospitalarios. No obstante, en aras conseguir la cooperación del médico, una vez se contactaba personalmente con él y se solicitaba su colaboración en el estudio, se utilizaron dos vías: enviarle un *link* a su correo electrónico, o darle acceso a la

encuesta a través de una *tablet* que se le prestaba en ese momento, situación esta última en la que se contaba con la presencia de un entrevistador para favorecer su cumplimentación.

Aunque ya se había considerado, creemos que es importante resaltar en este punto la dificultad de la recogida de datos, por el perfil y situación del colectivo objeto de estudio. De hecho, a un gran número de médicos se les tuvo que enviar dos o incluso tres veces el *link* de la encuesta a su correo electrónico. Por lo general, los laboratorios farmacéuticos envían encuestas a los profesionales sanitarios, de manera bastante habitual, para conocer su opinión sobre diferentes asuntos, y estos en algunas ocasiones suelen recibir por ello cierta contraprestación económica ya que dan su opinión como expertos; esto justifica que la prioridad a dar respuesta al cuestionario de la presente investigación, considerando también sus multitudes tareas, fuera más bien baja. Este fue también el motivo por el que, en numerosas ocasiones, se procedió a dejar una *tablet* al médico, con el *link* de la encuesta, para que así la cumplimentara, estando la figura del entrevistador presente en todo momento, aunque sin intervenir en la toma de datos. Si consideramos que uno de los principales inconvenientes del uso del cuestionario por internet es la baja tasa de respuesta (Perreten et al, 2012), con esta segunda vía se aumentaba de manera considerable la tasa de respuesta.

Esta dificultad en la recogida de datos nos llevó a obtener una muestra final de 140 médicos: 70 de ellos para conocer su valoración en la situación de prescripción del nuevo medicamento y los otros 70 médicos para la situación de no prescripción.

La recogida de datos empezó el 1 de junio del 2018 y finalizó el 15 de febrero del 2019.

6.2 Diseño del cuestionario y pretest

Al tratarse de una investigación de carácter cuantitativo, a través de una encuesta, el cuestionario estructurado sirvió de soporte de recogida de la información del colectivo objeto de estudio. Para elaborar el cuestionario que nos permitiera recoger la información de manera adecuada para llevar a cabo el contraste de las hipótesis propuestas a nivel teórico, seguimos las recomendaciones de Dillon et al. (1994). Este autor apunta la importancia que tienen en la elaboración del cuestionario las diferentes preguntas planteadas al inicio de la investigación, y a la vez, reflexiona sobre la información que cada uno de los ítems del cuestionario debe recoger para que nos permita relacionarlo con las diferentes cuestiones planteadas que sustentan el objetivo de la investigación.

Ya hemos apuntado que necesitábamos conocer la opinión de los profesionales sanitarios en dos situaciones distintas, una en la que hubieran prescrito un nuevo medicamento y una en la que no. Por ello, se optó por realizar dos versiones de un mismo cuestionario, en las que las escalas objeto de medida eran las mismas, pero el contexto de partida, es decir, hacer pensar el médico en la situación de prescripción/no prescripción de un nuevo medicamento variaba. Recordemos que nuestro interés era posicionar al médico en una situación concreta a la hora de responder el cuestionario (prescripción/no prescripción), y que, además, la encuesta no

resultara excesivamente larga, debido a la poca disponibilidad de tiempo que tiene el universo objeto de estudio.

En general, el cuestionario quedó estructurado en tres bloques. Una parte introductoria, que consistía en una introducción donde se explicaban los propósitos del trabajo (propósitos académicos), se solicitaba la opinión del encuestado, y se le indicaba la necesidad de pensar en una situación concreta en la que hubiera prescrito (o no, según la versión del cuestionario), un medicamento nuevo. Además, se explicitaba qué se consideraba como nuevo medicamento, haciendo mención de que eran aquellos que tenían como máximo una antigüedad de dos – tres años.

Planteada la situación de partida, el siguiente bloque lo componían las escalas que pretendían medir los constructos objeto de estudio. Todas las escalas fueron tomadas de la literatura, si bien tuvieron que ser adaptadas a la situación particular de nuestro estudio. Todas variables fueron medidas a partir de una serie de ítems mediante escalas Likert crecientes, comprendidas entre 1 (total desacuerdo) y 5 (total acuerdo) con respecto a una serie de afirmaciones. Según apunta Garland (1991), las escalas Likert son las más adecuadas para medir actitudes y percepciones en los individuos.

El último bloque quedó constituido por las preguntas de clasificación, a través de las cuales se les solicitaba información sobre su edad, años de experiencia, y finalmente la especialidad, siendo ésta última pregunta de carácter no obligatorio.

El *software* utilizado para implementar los cuestionarios en el contexto *online* fue *Lime Survey*.

Una vez estructurado y diseñado el cuestionario por parte del investigador, para poder asegurar la comprensión y adecuado flujo de cada uno de los dos cuestionarios, se pretestó sobre una pequeña muestra de seis médicos (tres para cada versión del cuestionario). Una vez completada la encuesta, algunos de los médicos hicieron ciertas observaciones y sugerencias de mejora, lo que nos llevó a modificar alguno de los ítems de ciertas escalas.

Las dos versiones finales del cuestionario empleado se pueden encontrar en el Anexo.

6.2.1 Instrumentos de medida de las variables

En este apartado vamos a conocer el modelo de análisis que consideramos que mejor se adaptaba a la consecución de los objetivos de la investigación, y la justificación de las escalas empleadas para medir cada una de las variables expuestas que componen el modelo teórico planteado. Para ello, nos hemos basado en Lazarsfeld (1985), quien plantea el desarrollo de cuatro fases. La primera de ellas se centra en la identificación del dominio del constructo; la segunda consiste en la especificación del dominio del concepto, identificando las diferentes dimensiones del mismo; la tercera se basa en la identificación de los atributos que constituyen cada escala; y finalmente, la cuarta, consiste en la síntesis de los atributos más relevantes para poder elaborar la medida de cada uno de ellos. Una vez ya definidos los constructos con sus diferentes dimensiones y subdimensiones, se procede a una revisión de la literatura para

identificar las diferentes variables que ya han sido validadas y medidas por diferentes autores en diferentes trabajos de investigación, y que nos son de utilidad para la medición de las nuestras.

En la tabla 6.1 se muestra el resultado final de dicho proceso, donde podemos observar la fuente bibliográfica de la que se ha obtenido cada escala de medida, y donde se ve reflejado el número de dimensiones de cada constructo, su carácter, y el número de ítems empleados para medir las variables objeto de estudio.

Tabla 6.1: Diseño de las escalas de medición del constructo

Constructos	Fuente	Año	Carácter del constructo	Sub-dimensiones	Número de ítems
Diagnosticidad percibida	Jiang y Benbasat	2005	Reflectivo unidimensional	0	5
Riqueza del mensaje	Sweeney, Soutar y Mazzarol	2012	Reflectivo Bidimensional	2	8
Credibilidad del laboratorio	López y Sicilia	2014	Reflectivo unidimensional	0	3
Vínculo emocional	Cai, Jun y Yang	2017	Reflectivo unidimensional	0	4
Fuerza de la recomendación	Sweeney, Soutar y Mazzarol	2012	Reflectivo Bidimensional	2	7
Actitud hacia la prescripción	Zainal, Harun y Lily	2017	Reflectivo unidimensional	0	5
Intención de prescribir	Zainal, Harun y Lily	2017	Reflectivo unidimensional	0	5

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se observa en la tabla 6.1, todos los constructos tienen carácter reflectivo y unidimensional, salvo dos de ellos, que son la riqueza del mensaje y la fuerza de

recomendación; estos dos constructos están compuestos por dos dimensiones. Tal y como sugieren Sweeney, Soutar y Mazzarol (2012) la riqueza del mensaje está formada por los subdimensiones contenido cognitivo y riqueza del contenido, y la fuerza de recomendación por las subdimensiones transmisión cognitiva y fuerza de la transmisión.

La subdimensión de contenido cognitivo de la riqueza del mensaje hace referencia a la percepción racional que desarrolla el receptor sobre los diferentes atributos del producto y/o servicio en cuestión cuando recibe el mensaje; la subdimensión de la riqueza del contenido relaciona con la manera cómo se comunica el contenido del mensaje (si dicho contenido capta o no la atención del receptor, si está bien detallado y argumentado, si es consistente, etc.).

En la línea de lo expuesto, la fuerza de la recomendación está formada también por dos subdimensiones; la subdimensión de la transmisión cognitiva tiene una implicación racional, de la misma manera que la subdimensión del contenido cognitivo de la riqueza del mensaje, y la subdimensión de la fuerza de la recomendación se refiere a la intensidad, a la fuerza y al entusiasmo empleado en la transmisión del mensaje.

6.3 Procedimiento y técnica de análisis de datos

La técnica de análisis de datos empleada para el modelo de ecuaciones estructurales que planteamos es el de la modelización estructural basada en varianzas (PLS-SEM). Este método tiene una gran aceptación en numerosos campos de investigación porque tiene un enfoque más alternativo, robusto y flexible que el tradicional basado en covarianzas, sobre todo en

contextos, como el nuestro, de muestras representativas pero reducidas. Este método es comúnmente utilizado en numerosos campos de investigación, entre los que se encuentran las ciencias sociales, ciencias de la educación, o ciencias de la conducta, y en investigación de mercados, pues permiten probar teóricamente modelos causales (Haenlein y Kaplan, 2004; Statsoft, 2013).

Un modelo de ecuaciones estructurales tiene dos componentes básicos: el modelo estructural y el modelo de medida. Por un lado, el modelo estructural es el modelo guía que muestra las relaciones de dependencia entre variables independientes (exógenas) y variables dependientes (endógenas). En cambio, el modelo de medida muestra las relaciones entre los constructos que queremos medir (variables latentes) y los indicadores (variables observables). Una de las principales ventajas de este modelo es que nos permite evaluar la contribución de cada ítem a la escala de medición, por lo que permite especificar qué indicadores definen a cada constructo, además de evaluar la fiabilidad de los constructos e indicadores.

En el modelo de ecuaciones estructurales existen dos enfoques: el análisis de estructuras de covarianza (CB) y el de mínimos cuadrados parciales (PLS) que está basado en el análisis de la varianza. En ambos casos se debe de tomar como punto de partida tanto la teoría como investigaciones previas (Levy y Varela, 2006); ello permite obtener un modelo teórico a partir del cual se especifica el dominio de los conceptos analizados y sus relaciones, permitiendo a la vez la elección de ítems para medir los constructos, y de las dimensiones que se han establecido en modelos teóricos.

El enfoque basado en PLS, es el empleado en este trabajo. La principal diferencia que tiene el enfoque PLS frente al CB es que no tiene requisitos tan rigurosos en la distribución de datos, ni en la escala de medición, ni en lo referente al tamaño de la muestra, debido a su casi ausencia de hipótesis de partida y su algoritmo de regresiones parciales. Ello lo convierte en una metodología de modelación más flexible. Este es uno de los principales motivos de la elección de este enfoque para nuestra investigación, ya que, como se ha apuntado previamente, el tamaño real de la muestra es pequeño debido a la dificultad de acceso a la misma (médicos). De hecho, otro de los fundamentos de elección del modelo PLS para nuestro campo de investigación se basa en una de las principales limitaciones que tiene el modelo SEM-CB, que es su indeterminación. Esto se produce cuando existe un número de parámetros a estimar demasiado grande para el tamaño muestral de trabajo, y es debido a que las variables latentes son totalmente desconocidas y surge una fuerte deficiencia en el modelo a la hora de medir las relaciones existentes entre ellas. Toda esta limitación se solventa con el modelo PLS ya que se crean variables latentes como agregados ponderados de las variables manifiestas correspondientes. Además, las estimaciones PLS no implican un modelo estadístico, evitando la necesidad de hacer presunciones sobre la distribución de las escalas de medida (Fornell y Bookstein, 1982). Otra distinción es la realizada por Joreskog y Wold (1982) quienes comentan que el procedimiento de estimación SEM está orientado a la teoría, enfatizando la transición del análisis exploratorio al confirmatorio; sin embargo, PLS se orienta principalmente al análisis causal-predictivo en situaciones de alta complejidad, pero baja información teórica, situación que consideramos se da en nuestro contexto.

6.3.1 Análisis multigrupo

Son mayoritarias las investigaciones en el ámbito de las ciencias sociales que exponen sus resultados basándose en el análisis de una sola población como un todo; el principal inconveniente de tal proceder es que, en muchos casos, estos resultados no reflejan las posibles diferencias significativas que pueden existir en las relaciones propuestas, entre dos o más subgrupos que se conforman dentro de dicha población (Chin y Dibbern, 2010). Si ese fuera el caso, el análisis de una sola población como un todo podría llevar a una interpretación errónea de los resultados obtenidos, ya que se generalizarían ciertos resultados que, dependiendo del subgrupo considerado, no serían del todo correctos dado que no se han tenido en cuenta las posibles diferencias derivadas de la existencia de tales subgrupos dentro de tal población. Por ello, si hay variables de moderación categóricas disponibles en el conjunto de datos, se puede identificar de manera eficiente si hay diferencias significativas en las estimaciones de los coeficientes de las relaciones propuestas entre dichos grupos, lo que permite explicar la heterogeneidad observada (Sarstedt et al., 2011) y minimizar una posible interpretación engañosa, o al menos no del todo correcta, de los resultados (Sarstedt et al., 2009).

En las hipótesis propuestas en el capítulo cinco se plantean una serie de relaciones entre determinadas variables que se espera que se den en el colectivo de médicos objeto de interés en esta investigación. Sin embargo, dentro de dicho colectivo (el universo objeto de estudio) es posible identificar médicos que habrán prescrito, en determinado momento, un nuevo

medicamento, pero también será posible dar con médicos que, en cierto momento, decidieron no prescribir un nuevo medicamento del que tenían información. Dada esa heterogeneidad en la decisión final de prescripción del facultativo sanitario, en la cuestión a investigar planteada en esta tesis doctoral pretendemos conocer si la fuerza de las relaciones establecidas en las hipótesis propuestas, sobre la intención del médico de prescribir el nuevo medicamento, es la misma para en el grupo de médicos que finalmente han decidido prescribir un medicamento nuevo frente al grupo de médicos que han decidido no prescribir el nuevo medicamento, y continúan prescribiendo el medicamento que estaban acostumbrados a prescribir para una determinada patología. Es decir, pretendemos evaluar en qué medida nuestro modelo explicativo de la influencia del WOM es válido cuando la prescripción se produce y cuando no es así.

A través de un análisis multigrupo, utilizando el modelo PLS-SEM, podemos determinar si existen diferencias significativas en las estimaciones de los parámetros específicos entre los subgrupos identificados en el conjunto de la muestra global. Este análisis permite comprender mucho mejor la posible diferencia entre los subgrupos identificados, ya que se lleva a cabo un análisis más preciso de las relaciones teniendo en cuenta la heterogeneidad de tales subgrupos.

El análisis multigrupo aplicado mediante modelos de ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) permite analizar grupos de datos predefinidos y determinar si hay diferencias significativas en las estimaciones de los parámetros específicos de cada grupo.

De esta forma, el análisis multigrupo permite identificar las posibles diferencias de un mismo modelo sobre dos grupos distintos de datos. Es una forma eficiente de evaluar la moderación en múltiples relaciones simultáneamente, en lugar de analizar una moderación estándar que examina una sola relación estructural cada vez (Hair, Hult, Ringle y Sarstedt, 2010).

6.4 Caracterización de la muestra

La muestra global ha quedado constituida por 140 profesionales sanitarios, muy repartidos en lo relativo al género, ya que las mujeres representan el 47,9% de la muestra y los hombres el 52,1 %. La edad media del colectivo es de 46,7 años, siendo la edad mínima 27 años y la máxima de 64 años. En lo referente a los años de profesión, la edad media de experiencia laboral de los encuestados se sitúa en 21,4 años, siendo la mínima de un año y la máxima de 42 años.

En lo referente a la especialidad médica, la tabla 6.2 muestra que son diversas las especialidades médicas de los médicos encuestados, habiendo una gran mayoría (algo más de la mitad de la muestra) de médicos de Atención Primaria.

Teniendo en cuenta que íbamos hacer un análisis multigrupo, y comparar la información de la muestra proveniente de la situación de prescripción del nuevo medicamento con la información de la muestra proveniente de la situación de no prescripción, quisimos asegurarnos de que las submuestras, en términos de variables de clasificación, eran similares.

Tabla 6.2. Especialidades médicas representadas en la muestra

Especialidad	Valor absoluto*	Porcentaje (%)
Anestesia	7	5,1
Atención Primaria	70	51,1
Cirugía	2	1,5
Endocrinología y Nutrición	16	11,7
Ginecología	2	1,5
Medicina Interna	8	5,8
Pediatría	10	7,3
Reumatología	1	0,7
Traumatología	21	15,3

* La suma no es 140 porque esta pregunta era no obligatoria, y hubo tres valores perdidos

Tal y como queda justificado por los estadísticos correspondientes de las tablas 6.3 a 6.5, no existían diferencias significativas entre las submuestras ni en función del género del entrevistado, ni en función de su edad, ni en función de los años de experiencia ni en función de la especialidad del profesional.

Tabla 6.3: Género del entrevistado en función de la situación de prescripción

Submuestra	Género	Porcentaje (%)	Chi-Cuadrado
Prescribe	Hombre	57,1	$\chi^2= 1,403$ ($p. >0,05$)
	Mujer	42,9	
No prescribe	Hombre	47,1	
	Mujer	52,9	

Tabla 6.4: Edad del entrevistado y años de profesión en función de la situación de prescripción

	Submuestra	Media	Levene	t
Edad	Prescribe	46,77	F= 0,264 (sig. >.05)	t= 0,091 (sig. >.05)
	No prescribe	46,61		
Años de profesión	Prescribe	21,61	F= 0,503 (sig. >.05)	t= 0,207 (sig. >.05)
	No prescribe	21,26		

Tabla 6.5: Especialidad del entrevistado en función de la situación de prescripción

Especialidad	Submuestra	Porcentaje (%)	Chi-Cuadrado
Anestesia	Prescripción	5,8	$\chi^2= 4,098$ (sig. >.05)
	No prescripción	4,4	
Atención Primaria	Prescripción	55,1	
	No prescripción	47,1	
Cirugía	Prescripción	1,4	
	No prescripción	1,5	
Endocrinología y Nutrición	Prescripción	11,6	
	No prescripción	11,8	
Ginecología	Prescripción	1,4	
	No prescripción	1,5	
Medicina Interna	Prescripción	2,9	
	No prescripción	8,8	
Pediatría	Prescripción	5,8	
	No prescripción	8,8	
Reumatología	Prescripción	0	
	No prescripción	1,5	
Traumatología	Prescripción	15,9	
	No prescripción	14,7	

6.5 Análisis descriptivo de las variables objeto de estudio

En este epígrafe se muestran los valores medios de cada una de las escalas objeto de medida, por ítems, para cada una de las variables objeto de interés en la presente investigación (tablas 6.6 a 6.12). Tal y como se observa en el valor medio total, todas las escalas tienen una valoración intermedia para la muestra en su conjunto, dado que la valoración media se sitúa alrededor de 3, en una escala de 1 (total desacuerdo) a 5 (total acuerdo). Sin embargo, si analizamos los valores medios de los ítems de cada escala en función de la situación de prescripción se constata que hay diferencias significativas entre la situación de prescripción y la de no prescripción de un nuevo medicamento.

En la situación de prescripción del nuevo medicamento, todas las variables, es decir, la diagnosticidad percibida, la riqueza del mensaje, la fuerza de la recomendación, la credibilidad del laboratorio farmacéutico, el vínculo emocional con el delegado comercial, la actitud hacia la prescripción y la intención de prescripción, son puntuadas significativamente más altas que en la situación de no prescripción. Lo que nos hace aventurar que las variables elegidas van a tener capacidad explicativa de la intención de prescripción.

Tabla 6.6: Valores medios de los ítem de la escala Diagnosticidad Percibida según la situación de prescripción

Constructo	Ítem	Valor medio			Levene	t
		Total	Prescripción	No prescripción		
Diagnosticidad Percibida	DIAG1	3,61	4,47	2,76	F= 8,11 (sig. <.01)	t= 19,25 (sig. <.01)
	DIAG2	6,63	4,49	2,77	F= 1,10 (sig. >.05)	t= 17,23 (sig. <.01)
	DIAG3	3,20	3,99	2,41	F= 0,41 (sig. >.05)	t= 13,25 (sig. <.01)
	DIAG4	3,57	4,46	2,69	F= 5,96 (sig. >.01)	t= 19,86 (sig. <.01)
	DIAG5	3,61	4,61	2,61	F= 0,03 (sig. >.05)	t= 21,67 (sig. <.01)

Tabla 6.7: Valores medios de los ítem de la escala Riqueza del Mensaje según la situación de prescripción

Constructo	Ítem	Valor medio			Levene	t
		Total	Prescripción	No prescripción		
Riqueza del mensaje: Contenido Cognitivo	CCOG1	3,41	4,13	2,69	F= 0,01 (sig. >.05)	t= 14,34 (sig. <.01)
	CCOG2	3,24	4,04	2,43	F= 36,57 (sig. <.01)	t= 19,23 (sig. <.01)
	CCOG3	3,61	4,54	2,67	F= 1,79 (sig. >.05)	t= 17,90 (sig. <.01)
	CCOG4	3,58	4,76	2,40	F=12,84 (sig. <.01)	t= 27,42 (sig. <.01)
Riqueza del mensaje: Riqueza del contenido	RIQC1	3,33	4,31	2,34	F= 0,94 (sig. >.05)	t= 20,45 (sig. <.01)
	RIQC2	3,46	4,30	2,61	F= 0,87 (sig. >.05)	t= 15,05 (sig. <.01)
	RIQC3	3,36	4,30	2,43	F= 1,13 (sig. >.05)	t= 18,80 (sig. <.01)
	RIQC4	3,23	4,29	2,17	F= 1,33 (sig. >.05)	t= 22,10 (sig. <.01)

Tabla 6.8: Valores medios de los ítem de la Fuerza de la Recomendación según la situación de prescripción

Constructo	Ítem	Valor medio			Levene	t
		Total	Prescripción	No prescripción		
Fuerza de la recomendación: Transmisión cognitiva	TRACOG 1	3,36	4,29	2,44	F= 1,90 (sig. >.05)	t= 19,87 (sig. <.01)
	TRACOG 2	3,33	4,14	2,51	F=31,29 (sig. <.01)	t= 20,00 (sig. <.01)
	TRACOG 3	2,64	3,34	1,94	F= 1,10 (sig. >.05)	t= 12,21 (sig. <.01)
	TRACOG 4	3,48	4,40	2,56	F= 2,80 (sig. >.05)	t= 18,87 (sig. <.01)
Fuerza de la recomendación: Fuerza de la transmisión	FUERTR 1	3,82	4,83	2,81	F= 4,70 (sig. <.05)	t= 24,55 (sig. <.01)
	FUERTR 2	4,01	4,94	3,07	F= 43,12 (sig. <.01)	t= 18,32 (sig. <.01)
	FUERTR 3	3,73	4,87	2,59	F= 60,50 (sig. <.01)	t= 27,72 (sig. <.01)

Tabla 6.9: Valores medios de los ítem de la escala Credibilidad según la situación de prescripción

Constructo	Ítem	Valor medio			Levene	t
		Total	Prescripción	No prescripción		
Credibilidad del laboratorio	CRED1	3,62	4,70	2,54	F= 12,00 (sig. <.01)	t= 23,68 (sig. <.00)
	CRED2	3,42	4,36	2,49	F= 0,90 (sig. >.05)	t= 18,11 (sig. <.00)
	CRED3	3,53	4,50	2,56	F= 0,47 (sig. >.05)	t= 18,59 (sig. <.00)

Tabla 6.10: Valores medios de los ítem de la escala Vínculo Emocional según la situación de prescripción

Constructo	Ítem	Valor medio			Levene	<i>t</i>
		Total	Prescripción	No prescripción		
Vínculo emocional	VINCEMO1	3,15	3,91	2,39	F= 11,15 (sig. <.01)	t= 15,32 (sig. <.00)
	VINCEMO2	2,97	3,60	2,34	F= 0,28 (sig. >.05)	t= 11,41 (sig. <.00)
	VINCEMO3	3,54	4,53	2,56	F= 2,20 (sig. >.05)	t= 20,97 (sig. <.00)
	VINCEMO4	3,46	4,47	2,44	F= 3,25 (sig. >.05)	t= 20,63 (sig. <.00)

Tabla 6.11: Valores medios de los ítem de la escala Actitud hacia la prescripción según la situación de prescripción

Constructo	Ítem	Valor medio			Levene	<i>t</i>
		Total	Prescripción	No prescripción		
Actitud hacia la prescripción	ATTPRE1	3,46	4,33	2,59	F= 4,75 (sig. <.00)	t= 20,01 (sig. <.00)
	ATTPRE2	3,50	4,43	2,57	F= 0,20 (sig. >.05)	t= 20,33 (sig. <.00)
	ATTPRE3	3,49	4,50	2,49	F= 1,10 (sig. >.05)	t= 21,35 (sig. <.00)
	ATTPRE4	3,52	4,53	2,51	F= 1,50 (sig. >.05)	t= 22,43 (sig. <.00)
	ATTPRE5	3,54	4,60	2,47	F= 5,24 (sig. <.05)	t= 23,32 (sig. <.00)

Tabla 6.12: Valores medios de los ítem de la escala Intención de prescribir según la situación de prescripción

Constructo	Ítem	Valor medio			Levene	t
		Total	Prescripción	No prescripción		
Intención de prescribir	INTPRES1	3,72	4,69	2,76	F= 0,73 (sig. >.05)	t= 23,71 (sig. <.00)
	INTPRES2	3,46	4,50	2,43	F= 2,57 (sig. >.05)	t= 22,58 (sig. <.00)
	INTPRES3	3,50	4,56	2,44	F= 1,62 (sig. >.05)	t= 20,27 (sig. <.00)
	INTPRES4	3,34	4,49	2,20	F= 2,51 (sig. >.05)	t= 24,31 (sig. <.00)
	INTPRES5	3,35	4,60	2,10	F= 6,88 (sig. <.01)	t= 27,10 (sig. <.00)

6.6 Validación del instrumento de medida

Anderson y Gerbing (1988) señalan que para estimar el modelo estructural es necesario constatar que el instrumento de medida cumple con las propiedades psicométricas adecuadas. Por ello, en el presente trabajo – previamente al estudio del contraste de las hipótesis – se ha analizado la fiabilidad, la validez convergente y la validez discriminante del instrumento de medida.

En primer lugar, el estudio de la fiabilidad de la escala permite establecer el grado en el cual los diferentes ítems que la constituyen están midiendo la misma variable latente, al encontrarse estos correlacionados entre sí (Hair et al. 2005). Para alcanzar este fin, se han empleado dos indicadores: el Índice de Fiabilidad Compuesta (IFC) (Fornell y Larcker, 1981) y la Varianza Extraída promedio (AVE).

El Índice de Fiabilidad Compuesta permite estudiar la influencia sobre la fiabilidad de una escala de medida de los diversos constructos con los que se interrelaciona. El valor mínimo para considerar una escala como fiable, en base a este índice, es de 0,7 (Fornell y Larcker, 1981).

La varianza extraída promedio (AVE) refleja la cantidad de varianza que un constructo obtiene de sus indicadores. Por ello, se exige que presente valores superiores a 0,5, para garantizar que de esta forma la mayor parte de la varianza sea explicada por sus indicadores y no por el error residual (Fornell y Larcker, 1981).

En segundo lugar, debe verificarse la validez convergente, la cual hace referencia a la existencia de fuertes correlaciones entre los diferentes instrumentos utilizados para medir un mismo constructo (Vila et al. 2000). Para su estudio se ha utilizado la varianza extraída promedio (AVE) y la carga de los ítems sobre la variable latente.

Esta última herramienta, las cargas de los ítems sobre la variable latente, sirven para medir la validez convergente, ya que difícilmente un indicador medirá adecuadamente una variable latente si este no está relacionado con la misma. Por ello, la vinculación entre ambas debe ser significativa (Aldás y Uriel, 2017). El valor mínimo considerado de forma habitual para esta herramienta es 0,6 (Bagozzi y Yi, 1988) o 0,7 (Henseler et al. 2009).

Como se observa en la tabla 6.13 el modelo de medida cumple todos los requisitos de fiabilidad y validez convergente.

Tabla 6.13: Fiabilidad y Validez convergente

Factor	Indicador	Carga	<i>t</i> (bootstrapping)	CR	AVE
Diagnosticidad percibida	DIAG1	0,934 **	105,93	0,961	0,832
	DIAG2	0,908 **	70,71		
	DIAG3	0,863 **	40,16		
	DIAG4	0,921 **	99,23		
	DIAG5	0,933 **	114,76		
Contenido cognitivo	CCOG1	0,897 **	61,72	0,953	0,834
	CCOG2	0,923 **	96,53		
	CCOG3	0,911 **	91,72		
	CCOG4	0,922 **	103,57		
Riqueza contenido	RIQC1	0,930 **	116,15	0,965	0,874
	RIQC2	0,924 **	101,51		
	RIQC3	0,936 **	102,51		
	RIQC4	0,949 **	157,35		
Transmisión cognitiva	TRACOG1	0,921 **	94,37	0,947	0,816
	TRACOG2	0,932 **	124,89		
	TRACOG3	0,856 **	35,82		
	TRACOG4	0,902 **	85,35		
Fuerza transmisión	FUERTR1	0,964 **	160,19	0,971	0,918
	FUERTR2	0,959 **	138,97		
	FUERTR3	0,952 **	159,99		
Credibilidad	CRED1	0,962 **	175,45	0,979	0,939
	CRED2	0,970 **	207,59		
	CRED3	0,974 **	222,46		
Vínculo emocional	VINCEMO1	0,938 **	95,87	0,964	0,871
	VINCEMO2	0,897 **	52,79		
	VINCEMO3	0,944 **	115,05		
	VINCEMO4	0,954 **	164,75		

Actitud prescripción	ATTPRE1	0,927 **	129,22	0,971	0,869
	ATTPRE2	0,929 **	109,53		
	ATTPRE3	0,923 **	101,10		
	ATTPRE4	0,936 **	121,50		
	ATTPRE5	0,947 **	133,93		
Intención prescribir	INTPRES1	0,956 **	159,92	0,976	0,889
	INTPRES2	0,935 **	132,87		
	INTPRES3	0,924 **	91,40		
	INTPRES4	0,948 **	144,49		
	INTPRES5	0,952 **	135,81		
Riqueza mensaje	Contenido cognitivo	0,980 **	370,14	0,98	0,962
	Riqueza contenido	0,982 **	409,07		
Fuerza mensaje	Fuerza transmisión	0,964 **	188,54	0,968	0,939
	Transmisión cognitiva	0,975 **	274,19		

CR= Fiabilidad compuesta

AVE= Varianza extraída promedio

*p<0.05

**p<0.01

Por último, se ha estudiado la validez discriminante, la cual permite verificar que los instrumentos diseñados para medir un constructo dado no sirven para medir otros constructos (Vila et al. 2010).

Para ello, como se observa en la tabla 6.14, se ha comprobado que la carga de un indicador sobre su factor, siempre es superior a la carga de ese indicador sobre otros factores, constatándose la validez discriminante.

Tabla 6.14: Validez discriminante y Cargas cruzadas

Ítem	Actitud prescripción	Credibilidad	Diagnosticidad	Intención prescripción	Vínculo emocional
DIAG1	0,893	0,882	0,934	0,887	0,847
DIAG2	0,857	0,835	0,908	0,855	0,778
DIAG3	0,824	0,810	0,863	0,791	0,779
DIAG4	0,866	0,860	0,921	0,858	0,815
DIAG5	0,899	0,876	0,933	0,896	0,835
CRED1	0,936	0,962	0,927	0,916	0,867
CRED2	0,894	0,970	0,895	0,868	0,835
CRED3	0,891	0,974	0,895	0,880	0,855
VINCEMO1	0,857	0,839	0,847	0,842	0,938
VINCEMO2	0,762	0,722	0,736	0,753	0,897
VINCEMO3	0,882	0,846	0,856	0,869	0,944
VINCEMO4	0,891	0,869	0,871	0,875	0,954
ATTPRE1	0,927	0,896	0,902	0,885	0,839
ATTPRE2	0,929	0,868	0,887	0,896	0,854
ATTPRE3	0,923	0,874	0,891	0,884	0,85
ATTPRE4	0,936	0,851	0,858	0,893	0,847
ATTPRE5	0,947	0,878	0,898	0,907	0,856
INTPRES1	0,923	0,887	0,907	0,956	0,860
INTPRES2	0,899	0,855	0,882	0,935	0,825
INTPRES3	0,878	0,847	0,877	0,924	0,842
INTPRES4	0,898	0,860	0,873	0,948	0,826
INTPRES5	0,917	0,874	0,896	0,952	0,874

6.7 Ficha técnica del estudio

Finalmente, la tabla 6.15 resume las características técnicas del estudio:

Tabla 6.15: Ficha técnica del estudio

Universo	Médicos en activo, sea cual sea su especialidad, edad o años de experiencia
Alcance	Provincia de Valencia, España: Cinco áreas sanitarias
Método de recogida de la información	Cuestionario estructurado online autoadministrado
Tamaño muestral teórico	200 médicos
Tamaño muestral real	140 médicos
Método de muestreo	Por cuotas en base a la situación de prescripción/no prescripción del nuevo medicamento
Trabajo de campo	Del 1 de junio de 2018 al 15 de febrero de 2019
Análisis estadísticos	SPSS v.24 y Smart PLS v.3.0

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 7: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y DISCUSIÓN

El objetivo de este capítulo es exponer los resultados obtenidos del análisis de los datos. Ello nos permitirá contrastar las diferentes hipótesis de estudio enunciadas en el capítulo cinco de esta tesis doctoral, así como dar respuesta a la cuestión a investigar propuesta también en dicho capítulo.

7.1. Estimación del modelo estructural: contraste de hipótesis

La tabla 7.1 muestra los resultados de la estimación del modelo mediante PLS-SEM. La significatividad de los parámetros se ha calculado mediante un procedimiento de *bootstrapping* para 5000 submuestras del mismo tamaño de la muestra original. Dado que PLS-SEM no tiene indicadores de ajuste, se ofrece como aproximación de la relevancia predictiva tanto la R2 del modelo como la Q2 obtenida mediante *blindfolding*.

Tabla 7.1: Contraste de hipótesis

Hipótesis	Enunciado	Beta estandarizado	Valor <i>t</i> (<i>bootstrapping</i>)
H1	Diagnosticidad percibida → Actitud hacia la prescripción	0,201*	2,44
H2	Riqueza del mensaje → Actitud hacia la prescripción	0,143	1,75
H3	Riqueza del mensaje → Diagnosticidad	0,946**	136,81
H4	Fuerza del mensaje → Actitud hacia la prescripción	0,377**	3,71
H5	Riqueza del mensaje → Credibilidad del laboratorio	0,374**	3,16
H6	Fuerza del mensaje → Credibilidad del laboratorio	0,572**	4,74
H7	Credibilidad del laboratorio → Actitud hacia la prescripción	0,136*	2,14
H8	Vínculo emocional médico-delegado comercial → Actitud hacia la prescripción	0,145**	2,63
H9	Actitud hacia la prescripción → Intención de prescribir	0,958**	163,47

R2 (Actitud prescripción)= 0.951; R2 (Credibilidad)=0.882; R2 (Diagnosticidad)= 0.895; R2 (Intención prescripción)= 0.918; Q2 (Actitud prescripción)= 0.794; Q2 (Credibilidad)= 0.799; Q2 (Diagnosticidad)= 0.720; Q2 (Intención prescripción)= 0.788

*p<0,05; **p<0,01

La R² de una variable latente dependiente indica qué parte de la varianza de dicha variable es explicada por el conjunto de variables latentes que influyen sobre ella (Aldás y Uriel, 2017). Autores como Hair, Hult, Ringle y Sarstedt (2014) señalan como puntos de corte los valores 0,75, 0,50 y 0,25, para los niveles de influencia: relevante, moderada y débil, respectivamente. En el caso de los resultados obtenidos en el presente trabajo, puede observarse como en todos los casos el valor de R² es superior a 0,25 y en el caso de la lealtad es mayor a 0,5. Por lo tanto, existe en todas las variables latentes una influencia relevante.

Sin embargo, la R² es considerada por algunos autores como un criterio bastante arbitrario; por ello, también se ha utilizado la Q² de Stone (1974) y Geiser (1975). Se trata de un criterio que compara la capacidad predictiva del modelo estructural utilizado con una estimación – *naïve* – que no utiliza dicho modelo. Si el valor de Q² es mayor que cero se considera que el modelo tiene relevancia predictiva (Aldás y Uriel, 2017). En el caso de los resultados obtenidos en el presente estudio, puede observarse como, en todos los casos, Q² toma valores mayores que cero. Por lo tanto, podemos concluir que se trata de un modelo con relevancia predictiva y tiene sentido analizar el resultado del contraste de hipótesis. Tal y como se observa en la tabla 7.1 todas las hipótesis a excepción de la hipótesis H2 se aceptan. Seguidamente pasamos a comentar cada una de ellas.

La primera variable que vamos a considerar dentro del modelo propuesto es la diagnosticidad percibida. Tal y como vimos en capítulos previos, este concepto relaciona la experiencia de compra de un producto y el conocimiento de los diferentes atributos y beneficios que le aporta

al consumidor dicho producto (Kempf y Smith, 1998). El nivel de diagnosticidad percibida se refiere a cuál es el grado de entendimiento y comprensión del producto para el consumidor, a partir de la información de la que dispone dicho consumidor relativa al producto (Jiang y Benbasat, 2004).

Nuestra primera hipótesis (H1) planteaba una relación positiva y significativa entre el nivel de diagnosticidad percibida del medicamento nuevo por parte del médico y su actitud hacia la prescripción de dicho medicamento. El análisis de los resultados nos permite aceptar la hipótesis H1 y concluir en que sí existe cierto grado de influencia entre el nivel de diagnosticidad percibida y la actitud del médico hacia la prescripción del nuevo medicamento.

Recordemos que el médico, a la hora de cumplimentar uno de los dos cuestionarios (ver anexo), tenía que pensar en una situación donde, o bien había dejado de prescribir el medicamento que estaba acostumbrado a utilizar, y que generalmente le daba buenos resultados en sus pacientes, a favor de un medicamento nuevo, o por el contrario, había decidido continuar prescribiendo el medicamento que estaba utilizando y no optaba por prescribir el medicamento nuevo. Considerando el entorno laboral de los médicos, estos generalmente solo disponen de cinco minutos por paciente en la consulta; por ello, si un medicamento les funciona y da les buenos resultados, a no ser que puedan percibir claramente los diferentes beneficios que les puede aportar a ellos y a sus pacientes el medicamento nuevo, continuarán prescribiendo el medicamento al cuál están acostumbrados por su experiencia clínica; deben ser capaces de percibir, en su totalidad, los diferentes atributos del

mismo, o nunca dejarán de prescribir el medicamento que les funciona bien y que utilizan en su día a día, por un medicamento nuevo para ese mismo perfil de paciente objetivo. La literatura apunta en esta dirección (Jiang y Benbasat, 2004) y sugiere que una alta diagnosticidad percibida contribuye positivamente a que los médicos puedan realizar una evaluación cognitiva de los diferentes atributos del medicamento nuevo que les permita comprender los diferentes beneficios que éste aporta. Es por ello que a mayor diagnosticidad percibida, es decir, cuánto mayor es el grado de entendimiento y comprensión del medicamento nuevo a partir de la información de la que se dispone, más favorable será la actitud hacia la prescripción del mismo.

La siguiente variable considerada en nuestro modelo de estudio es la riqueza del mensaje. Concretamente, la hipótesis H3 propone la influencia positiva y significativa de la riqueza del mensaje sobre el grado de diagnosticidad percibida. La literatura apunta que cuando la información del mensaje se presenta de una manera organizada, detallada y bien argumentada, se facilita la comprensión y el entendimiento de los diferentes atributos del producto en cuestión (Levy y Gvily, 2015). Los datos mostrados en la tabla 7.1 nos permiten concluir en que existe una notable influencia de la riqueza del mensaje sobre el grado de diagnosticidad percibida. En este sentido, el nivel de diagnosticidad percibida del medicamento nuevo por parte del médico dependerá en gran medida del mensaje utilizado; la riqueza de dicho mensaje es la que determina en gran medida qué punto el profesional sanitario puede conocer los diferentes atributos del medicamento nuevo, tener una mayor comprensión del mismo, y

mejorar, a la vez, la capacidad evaluativa para discriminar entre el medicamento que utiliza normalmente y el nuevo. Si el médico no comprende en su totalidad los diferentes beneficios que aporta el medicamento nuevo a él y a sus pacientes, nunca dejará de prescribir el medicamento que está acostumbrado a utilizar, del cual tiene una gran experiencia clínica. Es por ello que un mensaje rico que permita la comprensión de todos estos beneficios y atributos del medicamento nuevo es clave en el contexto de la prescripción de medicamentos nuevos.

Por otro lado, observamos que también se acepta la hipótesis H5, que proponía una relación positiva entre la riqueza del mensaje y la credibilidad del laboratorio farmacéutico. Los médicos diariamente reciben, por diferentes canales, información de numerosos medicamentos, y en base al mensaje empleado, si aporta realmente información o tiene o no consistencia en lo que se transmite, la credibilidad del laboratorio será mejor o peor. La literatura apunta en esta dirección, al sugerir que una buena argumentación del mensaje no solo permitirá mejorar la comprensión de los atributos del producto y/o servicio en cuestión, sino que además se verá aumentada la credibilidad del emisor del mensaje, ya que le permite mejorar la capacidad evaluativa al receptor de tal producto o servicio (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009). La capacidad evaluativa del mensaje determina la capacidad del receptor para discriminar entre dos o más alternativas, a partir de la información presentada, y determina la probabilidad de que el receptor utilice esta información para desechar opciones y elegir el producto y/o servicio deseado, influyendo así en la credibilidad del emisor de la información (Sparks y Browning, 2011). En nuestro contexto de investigación, el emisor entendemos que

es el laboratorio farmacéutico, ya que es el que controla qué se va a comunicar a los médicos sobre el nuevo medicamento y cómo. Por tanto, según apuntan los datos, la riqueza del mensaje empleado en el lanzamiento del medicamento nuevo influirá notablemente en la percepción que tendrá el médico sobre la credibilidad del laboratorio farmacéutico. Si el mensaje del medicamento nuevo es consistente y está bien argumentado con los diferentes estudios clínicos pertinentes, la credibilidad del laboratorio farmacéutico se verá influenciada positivamente.

Sin embargo, en nuestro marco de investigación hemos visto que la riqueza del mensaje no influye directamente en la actitud hacia la prescripción, relación que proponíamos a través de la hipótesis H2, y que rechazamos. Si bien la literatura relaciona positivamente el nivel de la riqueza del mensaje con la mejora de la capacidad evaluativa del receptor del mensaje, y la actitud hacia la compra del producto (Sparks y Browning, 2011), nuestros resultados no dan sustento a dicha relación. Consideramos que en nuestro contexto de estudio no se da esta relación por el entorno actual de los médicos. Tal y como vimos en el primer capítulo, centrado en el sector farmacéutico, este es un sector con una serie de peculiaridades que lo diferencian de la mayoría de sectores en los que se han llevado a cabo las numerosas investigaciones sobre WOM. Los médicos están recibiendo continuamente múltiples impactos de comunicación, por diferentes canales, presenciales y digitales, y en múltiples ocasiones no disponen de tiempo ni para leer, ni asimilar toda esa información procedente de diferentes laboratorios, por lo que tampoco pueden, en definitiva, valorar en su totalidad los diferentes

medicamentos que están en promoción. En base a ello, podemos concluir que la riqueza del mensaje no influye directamente en la actitud hacia la prescripción, un antecedente muy inmediato a la intención de comportamiento.

Otra variable analizada vinculada con el mensaje es la fuerza de la recomendación. Sugeríamos que la fuerza de la recomendación podía influir en otras dos variables, en la credibilidad del laboratorio farmacéutico (hipótesis H6), y en la propia actitud hacia la prescripción del nuevo medicamento (hipótesis H4). Los datos permiten aceptar ambas hipótesis. De esta forma, la credibilidad del laboratorio farmacéutico se verá influenciada positivamente por la riqueza del mensaje (H5) y la fuerza con la que se transmite el mismo (H6), la fuerza de la recomendación, ejerciendo mayor influencia sobre tal credibilidad esta última variable.

La justificación de la hipótesis H4 (la fuerza con la que se transmite el mensaje influirá en la actitud hacia la prescripción del nuevo medicamento) es similar a la utilizada en la hipótesis H1 y se centra, nuevamente, en el contexto del profesional sanitario: el médico generalmente dispone de muy poco tiempo en su consulta, y recibe numerosos impactos de información de diferentes laboratorios promocionando numerosos medicamentos (Medina, 2013). Por ello, el modo, la forma, y el tipo de lenguaje utilizado en la comunicación del mensaje impactará notablemente en su actitud hacia la prescripción (King, Racherla y Bush, 2014). Además, otro dato importante a resaltar que ayuda a entender los resultados es que normalmente el médico dedica la última parte de su jornada laboral a los laboratorios farmacéuticos, a escuchar lo que

le dicen, una vez ya ha finalizado su consulta; también, en la mayoría de las ocasiones, suelen tener reuniones científicas, dentro del hospital o centro de salud, una vez finalizada la consulta. En ese ámbito, el médico destina entre 3 y 5 minutos a escuchar e interactuar con el delegado comercial, para que le cuente todas las novedades de los productos en promoción; de hecho, el profesional sanitario, en ese momento, está cansado tras haberse dedicado a pasar consulta ese día, y además tiene prisa por irse a la reunión. Es por ello que la fuerza de la recomendación que emplee el delegado comercial en la interacción con el médico influirá notablemente en su actitud hacia el contenido de dicho mensaje. La hipótesis H4 que plantea que la fuerza de la recomendación influye positivamente en la actitud hacia la prescripción del nuevo medicamento, se acepta. Los médicos, en la mayoría de ocasiones, ya conocen la información de los medicamentos nuevos por otros canales diferentes a los laboratorios farmacéuticos, mayoritariamente a través de las sociedades médicas; por ello, la fuerza con la que comunique el mensaje el laboratorio farmacéutico impactará más en su actitud hacia la prescripción de dicho medicamento nuevo que la riqueza del mensaje, cuyo contenido, en mayor o menor medida, es ya conocido por el profesional sanitario.

En línea a lo expuesto, la literatura sostiene que el estilo, la forma, la intensidad y la ilusión con la que se transmita el mensaje propicia a que el receptor del mensaje preste atención a dicha información, aumentando con ello su actitud de compra (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009). Por lo tanto, la fuerza de la recomendación permitirá “transformar” los atributos o

características del medicamento nuevo en beneficios, que es lo que realmente compra el médico.

La hipótesis H6 proponía una relación positiva y significativa entre la fuerza de la recomendación con la credibilidad del laboratorio. El análisis de los datos demuestra que la fuerza de la recomendación ejerce una gran influencia en la credibilidad del laboratorio. Por otro lado, los resultados concluyen que, al igual que la diagnosticidad percibida, la credibilidad del laboratorio también influye directamente en la propia actitud de prescripción del médico (hipótesis H7). Actualmente el médico tiene a su alcance muchísimos trabajos académicos y numerosas publicaciones científicas, pero no dispone de tiempo para leer y asimilar toda esta información; por ello, el médico agradece cuando el laboratorio farmacéutico sintetiza mucha de esa información, y se la facilita, percibiéndose que tal información no está manipulada con fines comerciales y le puede ayudar en su quehacer diario con sus pacientes; esto es lo que determina la credibilidad de dicho laboratorio y por tanto le influye en su actitud hacia la prescripción del medicamento nuevo lanzado por dicho laboratorio.

En línea a lo expuesto, la literatura apoya que la credibilidad de la fuente de información influye notablemente en la actitud de compra del consumidor. Cuando el consumidor lee comentarios provenientes de una fuente creíble y honesta le dará un gran valor a la hora de tomar una decisión de compra del servicio y/o producto en cuestión (Cheung, Lee y Rabjohn, 2008). Por lo tanto, a mayor credibilidad de un laboratorio, mejor será la actitud hacia la

prescripción por parte del médico. Sin embargo, tal y como mencionamos en el capítulo dedicado a la industria farmacéutica, la credibilidad que tiene la sociedad de los laboratorios farmacéuticos es muy baja, y quizás éste es uno de los principales motivos por los que resultados nos muestran que dicha influencia en la actitud de prescripción es débil. Además, diversos autores señalan que la información que es proporcionada por fuentes de alta credibilidad es más probable que el receptor la lea, la perciba útil y fiable y, por lo tanto, se favorezca la transferencia de dicha información a otros individuos (Ko, Cho y Roberts, 2005). A pesar del gran número de laboratorios farmacéuticos y del gran volumen de información sobre nuevos fármacos, los médicos solo suelen buscar información de dos o tres laboratorios farmacéuticos. Ello nos llevaría a considerar que el porcentaje de laboratorios que tienen una consideración de muy alta credibilidad es muy pequeño. Esta es la principal razón por la que los laboratorios deben de cuidar mucho su credibilidad, y mostrar una actitud impecable en su forma de trabajar, ya que solo así conseguirán que cualquier información que quieran transmitir a los médicos, en este caso, relativa al lanzamiento de un medicamento nuevo, pueda influir directamente en su actitud hacia la prescripción.

El vínculo emocional entre el delegado comercial y el médico es otro aspecto que hemos considerado relevante en el contexto de nuestra investigación. En este caso, únicamente queríamos contrastar la influencia de dicho vínculo emocional, es decir, la relación personal entre el delegado comercial y el médico, en la propia actitud hacia la prescripción (hipótesis H8). Los resultados demuestran que existe una influencia, aunque pequeña, en la actitud hacia

la prescripción, aceptándose pues la dicha hipótesis. A este respecto, en capítulos anteriores abordamos el concepto de homofilia, haciendo referencia a la similitud entre individuos en base a ciertos atributos como la edad, sexo, educación o el estilo de vida (Rogers, 1995). En línea a este término, personas similares tienden a relacionarse más. En el contexto del sector farmacéutico, las relaciones humanas, en numerosas ocasiones, son la clave del éxito de las ventas, ya que favorecen o no que los médicos dediquen parte de su tiempo a escuchar al delegado comercial y, en el caso del lanzamiento de un medicamento nuevo, muestren interés hacia el mismo y se comprometan a la vez a prescribirlo en un paciente en el cuál estaban utilizando otro tipo de fármaco. Es relevante que el delegado comercial construya relaciones valiosas y duraderas con los médicos, que le permita, en situaciones concretas, ayudar a obtener los resultados comerciales deseados. Eso sí, el vínculo emocional del delegado con el médico ayudará a que éste prescriba el medicamento nuevo en algunos pacientes; sin embargo, no hay que olvidar que en el caso de que el medicamento no cumpla las expectativas del médico, dejará de prescribirlo, y volverá a prescribir el medicamento que estaba acostumbrado a prescribir.

Finalmente, la última relación analizada en la que vincula la actitud hacia la prescripción del nuevo medicamento con la intención de prescripción (hipótesis H9). Tal y como se observa en la tabla 7.1 y cabía esperar, dicha relación se constata, ejerciendo la actitud hacia la prescripción una muy fuerte influencia en la intención de prescribir el nuevo medicamento.

La mayoría de las investigaciones concluyen en que existe una estrecha relación entre las actitudes y la intención (Petty y Krosnick, 1995). Según expusimos en capítulos anteriores, la actitud hacia el comportamiento se refiere a la predisposición, favorable o no, que tiene el individuo a desarrollar una determinada conducta (Ajzen y Fishbein, 1980). En línea con la Teoría de la Acción Razonada, uno de los antecedentes directos de la prescripción de un medicamento nuevo será su intención o propósito de prescribirlo en un paciente concreto para el que ya se prescribía otro medicamento.

A modo de síntesis, los resultados apuntan a que una vez el médico tiene ya una actitud positiva para prescribir el medicamento nuevo en un determinado paciente, es cuestión de tiempo a que inicie la prescripción. Sin embargo, es clave saber qué determina dicha actitud hacia la prescripción, y según los resultados de nuestro trabajo, es determinante la diagnosticidad percibida del nuevo medicamento, el vínculo emocional entre el delegado comercial y el médico, la credibilidad del laboratorio y la fuerza de la recomendación del mensaje transmitido en relación al nuevo medicamento. Estos son, pues, las variables clave sobre las que el laboratorio farmacéutico debe trabajar concienzudamente para que conseguir que el médico desarrolle una actitud positiva a la prescripción del medicamento nuevo.

7.2 Resultados del análisis multigrupo

Para analizar si el modelo general estimado es válido para explicar la intención de prescribir, tanto para el colectivo de médicos que decide prescribir el nuevo medicamento, como para el

que decide no hacerlo, y en qué medida las relaciones propuestas son iguales para ambos colectivos (CI1), se estimó un modelo multigrupo contrastando la hipótesis de diferencias significativas entre los betas mediante el test de Henseler, Ringle y Sinkovics (2009). Los resultados se muestran en la tabla 7.2:

Tabla 7.2: Significatividad de las diferencias entre los betas del grupo de prescriptores y no prescriptores

Hipótesis	Enunciado	Prescribe	t	No prescribe	t	Henseler's MGA p-value
H1	Diagnosticidad percibida-> Actitud hacia la prescripción	0,173	1,342	0,162	1,436	0,476
H2	Riqueza del mensaje -> Actitud hacia la prescripción	0,285 *	1,919	0,002	0,021	0,057*
H3	Riqueza del mensaje -> Diagnosticidad percibida	0,626 ** *	8,795	0,657 ** *	8,877	0,629
H4	Fuerza del mensaje -> Actitud hacia la prescripción	0,038	0,254	0,365 ** *	2,729	0,943*
H5	Riqueza del mensaje -> Credibilidad del laboratorio	0,383 ** *	2,927	0,319 ** *	2,826	0,355
H6	Fuerza del mensaje -> Credibilidad del laboratorio	0,312 **	2,054	0,432 ** *	3,014	0,721
H7	Credibilidad del laboratorio-> Actitud hacia la prescripción	0,078	0,615	0,368 ** *	3,288	0,954*
H8	Vínculo emocional médico-delegado comercial-> Actitud hacia la prescripción	0,326 **	2,348	0,091	1,048	0,078*
H9	Actitud hacia la prescripción -> Intención de prescribir	0,655 ** *	9,518	0,639 ** *	6,495	0,469

*p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01

En la tabla 7.2 se puede comprobar que existe un efecto moderador significativo de la prescripción o no del medicamento nuevo, en la medida en que el coeficiente de regresión para algunas de las hipótesis es significativamente distinto en uno y otro contexto. El test de Henseler, Ringle y Sinkovics (2009) muestra diferencias significativas entre los beta de ambos subgrupos para las hipótesis H2, H4, H7 y H8. El resto de relaciones, propuestas en las hipótesis H1, H3, H5, H6 y H9, se cumplen de la misma manera, y además con la misma intensidad, en ambos casos (cuando se prescribe y cuando no).

Específicamente, el análisis multigrupo pone de manifiesto que la relación propuesta en la hipótesis dos es significativa en el subgrupo de médicos que sí que prescribe finalmente el medicamento nuevo, pero no lo es para el subgrupo de los que no lo prescriben, y continúan prescribiendo el medicamento que ya están acostumbrados a utilizar por la evidencia científica que aporta. Por tanto, la riqueza del mensaje solo influye significativamente en la actitud hacia la prescripción del medicamento nuevo en los médicos que sí que prescriben finalmente dicho medicamento.

En el contexto en el que nos encontramos donde al médico le cuesta “romper” con su inercia terapéutica (tendencia a prescribir lo que prescribe habitualmente, que funciona), este resultado era esperable puesto que, generalmente, a mayor experiencia clínica con un medicamento, mayor es la evidencia científica de la que se dispone, y mayor es su inercia terapéutica. Autores como Herr et al. (1991) concluyen que, cuando la información del mensaje es intensa y explícita, se logra captar más la atención del receptor, dicha información

es más relevante en sus valoraciones cognitivas y, con ello, se consigue un mayor impacto en la toma de decisión; sin embargo, consideramos que en el contexto de la industria farmacéutica, la inercia terapéutica y el tipo de producto objeto de comunicación WOM pueden haber influido en este resultado, haciendo que la riqueza del mensaje, es decir, lo rico, claro y argumentado que esté, no influya de manera significativa sobre la actitud de prescripción del medicamento nuevo en el grupo de médicos que deciden no prescribirlo. Si este colectivo está más o menos satisfecho con los resultados del medicamento que prescribe habitualmente en su práctica clínica, la riqueza del contenido de tal mensaje no influye en su actitud de prescripción. Creemos que la inercia terapéutica es la que mitiga la influencia de la riqueza del mensaje en la actitud hacia la prescripción del nuevo medicamento. Si no lo ha prescrito es porque su actitud no es muy positiva, y ello viene determinado, según nuestro datos, por una menor diagnosticidad percibida, factor clave en la decisión del facultativo sanitario.

Por el contrario, en los médicos que sí que deciden prescribir el nuevo medicamento, la riqueza del mensaje ejerce un papel relevante, quizás porque valoran más sopesadamente dicho mensaje consecuencia de que van a modificar su comportamiento (dejar de prescribir el medicamento habitual para cierta patología). Recordemos que la riqueza del mensaje influye también en la diagnosticidad percibida del mismo, por lo que es importante para el profesional sanitario estar seguro (actitud) del paso que va a dar.

Este razonamiento enlaza con los resultados de análisis multigrupo arrojados para la hipótesis cuatro: la fuerza de la recomendación del mensaje no influye en la actitud de aquellos médicos que sí que prescriben finalmente el nuevo medicamento, pero sí que influye en el caso de los que no lo prescriben. Aquellos profesionales sanitarios que sí que lo prescriben valoran realmente el contenido, y no la forma (fuerza) del mensaje, porque la información transmitida sobre el nuevo producto es un aspecto determinante de su cambio de comportamiento (dejar de prescribir el medicamento habitual). Por el contrario, a aquellos médicos que deciden no prescribir el nuevo producto les influye más aspectos del mensaje no directamente vinculados con el nuevo producto, como es la fuerza con la que se transmite, porque su interés está centrado, no en el nuevo producto, sino en el que ya conocen y utilizan: un mensaje con un estilo y forma poco adecuados serán clave para que la actitud del médico sea contraria a la prescripción del nuevo medicamento, reforzando ello su comportamiento final de no prescripción.

En el caso de la hipótesis siete, la influencia de la credibilidad del laboratorio sobre la actitud hacia la prescripción, observamos que para el comportamiento final de prescripción esta relación no es significativa, mientras que en el caso de la no prescripción sí que lo es.

Este resultado es razonable en la medida en que, cuando el médico decide prescribir finalmente el medicamento nuevo, cabe suponer que es porque considera, según su práctica y experiencia profesional y la información que se le ha transmitido del nuevo medicamento, que éste va a superar los beneficios que ya le ofrece, para una patología, el medicamento que está

acostumbrado a prescribir; es decir, su actitud hacia la prescripción vendrá directamente ligada a la información sobre las características y ventajas de dicho medicamento (riqueza del mensaje y diagnosticidad percibida), independientemente de que considere que el laboratorio que hay detrás de dicho lanzamiento es más o menos creíble (teniendo en cuenta que dicha credibilidad, en el ámbito que nos ocupa, tiene unos mínimos que cumple cualquier laboratorio). Por el contrario, en la decisión de no prescripción, la peor actitud hacia la prescripción viene marcada no solo por una peor diagnosticidad percibida y un mensaje transmitido con menos fuerza, sino también por una menor credibilidad del laboratorio en cuestión, que se suma a esa falta de beneficios percibidos del medicamento nuevo.

Finalmente, la hipótesis octava sugiere una influencia positiva del vínculo emocional entre el delegado comercial y el médico, en la actitud de prescripción de dicho médico. En el caso del médico que sí que prescribe finalmente el nuevo medicamento, la influencia del delegado comercial es significativa, mientras que para el colectivo de médicos que no lo prescriben no lo es.

Tal y como vimos en capítulos anteriores, aquellos individuos con lazos fuertes tienden a conversar más entre ellos y la influencia de los mensajes que intercambian es mucho mayor que en aquellas relaciones con lazos débiles (Bansal y Voyer, 2000). En aquellos médicos que tienen una actitud favorable hacia el nuevo medicamento y finalmente deciden prescribirlo, esa relación personal con el delegado comercial, junto con otros aspectos directamente vinculados con el nuevo medicamento, juega un papel importante, como sugiere la literatura.

Sin embargo, cuando dicha actitud hacia la prescripción no es tan positiva y finalmente se decide no prescribir el nuevo medicamento, ese vínculo emocional con el delegado comercial creemos que “se olvida” en el momento justo de tener que prescribir el nuevo medicamento frente al habitual; dicho en otras palabras, la inercia terapéutica se impone. En esta línea, cuando el médico está en su consulta se encuentra dentro de su zona de confort, prescribiendo en muchas ocasiones de manera casi automática el medicamento que está acostumbrado a prescribir, y que siempre le ha ido bien. Por ello, en ese momento de la consulta, el compromiso personal que podría tener con el delegado comercial, que no está presente, se diluye por la propia inercia de prescripción.

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Es mucho el dinero y el tiempo que los laboratorios farmacéuticos invierten en el desarrollo de nuevos medicamentos, y ello les obliga a ser eficientes a la hora de tomar decisiones relativas al lanzamiento de tales productos en el mercado. Por ello y entre otros aspectos, deben llevar a cabo una correcta gestión de las comunicaciones WOM entre los diferentes profesionales sanitarios, especialmente entre los médicos, para así poder garantizarse que los nuevos medicamentos que lanzan resultan exitosos y, a la vez, pueden alcanzarse los objetivos de venta marcados por el propio laboratorio. Tal y como vimos en el primer capítulo, el sector farmacéutico es un sector peculiar, ya que la elección de compra del medicamento no recae en el consumidor final, que es el usuario, sino en el médico que es quién lo prescribe. Es por ello que en este sector la figura del prescriptor es determinante en la compra de ciertos productos farmacéuticos: sólo si el médico prescribe el medicamento, éste será susceptible de compra. El médico juega un rol clave en la industria farmacéutica, por lo que la gran mayoría de las actividades de comunicación van orientadas a este colectivo. Los prescriptores de los medicamentos son los verdaderos clientes de las compañías farmacéuticas, por eso es especialmente relevante conocer qué papel pueden jugar las comunicaciones WOM en su decisión final de prescripción. En este capítulo se presentan las conclusiones generales que se derivan del trabajo realizado en el ámbito del WOM, así como las limitaciones y futuras líneas de investigación sugeridas.

8.1 Conclusiones

A nivel genérico, Villanueva y Armelini (2007) sugieren que el manejo y una gestión adecuada de las comunicaciones WOM por parte de las empresas aporta una serie de beneficios que se pueden resumir en tres ámbitos determinantes: una buena gestión del WOM puede conducir a un incremento en ventas, permite conocer el grado de satisfacción del cliente con el producto o servicio en cuestión, y a la vez puede ser útil para el desarrollo de nuevos productos. Según estos autores, uno de los principales mecanismos, más eficaces y eficientes, para conseguir un incremento en las ventas de un producto o servicio son las comunicaciones WOM. Estos autores apuntan que el WOM positivo aumenta el nivel de notoriedad de marca del producto en el mercado, favoreciendo que lo conozcan más consumidores, y que aumenten las probabilidades de probarlo, lo que repercute en un incremento de sus ventas. La relevancia del impacto de las comunicaciones WOM se ha estudiado en numerosos sectores dentro del ámbito empresarial, entre ellos el turismo y el *retail*; sin embargo, ha sido obviado en un sector tan característico como el farmacéutico.

A pesar del enorme peso que tiene el sector farmacéutico en nuestro país, que produce más de 15.000 millones de euros, exporta alrededor de 10.000 millones de euros, y supone el 27% de la alta tecnología que se exporta en nuestro país (Farmaindustria, 2018), nos encontramos con pocos trabajos de investigación que analicen la importancia del WOM en este sector y, específicamente, en el colectivo de los médicos. Es por ello que el principal objetivo que nos marcamos en esta tesis doctoral era determinar en qué medida diferentes aspectos vinculados

con el WOM influyen, o no, en la prescripción de un medicamento nuevo por parte del profesional sanitario o médico. Para poder alcanzar dicho objetivo, consideramos necesario realizar una exhaustiva revisión de la literatura para profundizar en el concepto y conocimiento del WOM, y así como poner de manifiesto qué variables pueden condicionar la eficacia de las comunicaciones WOM según la literatura académica, y cuáles podrían ser relevantes en nuestro contexto de investigación.

Según la literatura, hay muchos factores que influyen en el WOM, si bien los hemos agrupado en tres grandes bloques: factores relacionados con el receptor, con el mensaje, y los relacionados con la plataforma donde se desarrolla la comunicación WOM.

Dentro de los factores relacionados con el receptor, se identifican factores ligados a su motivación, su experiencia previa con el WOM, aspectos vinculados a su personalidad, la homofilia y el género, y finalmente la cultura del país al que pertenece el receptor; todos ellos están relacionados con el grado de adopción de las comunicaciones WOM.

La literatura apunta que el grado de motivación del receptor va a depender del nivel de implicación con el producto en cuestión, así como de la categoría de producto (Stephen y Galak, 2009). En esta línea, Stephen y Galak (2009) concluyen que, si un individuo tiene una gran implicación hacia un determinado producto y/o servicio, la motivación que tiene para buscar información de manera voluntaria y analizar el contenido del mensaje para comprender mejor sus atributos será mayor. No obstante, la experiencia previa que tenga de este tipo de

comunicación influirá notablemente en el grado de adopción del contenido de la información. En aquellos que participan de manera habitual y activa en las comunicaciones WOM, la influencia de las recomendaciones en la decisión de compra final será mayor que en aquellos que carecen de experiencia en el manejo de las mismas (López y Sicilia, 2014).

En la misma línea, numerosos autores concluyen que aspectos relacionados con la personalidad del individuo van a influir notablemente en el grado de adopción del WOM (Matos y Vargas, 2018). Entre estos aspectos destacaríamos la aversión al riesgo que tenga el consumidor; personas con una mayor sensibilidad al riesgo van a verse más influenciadas por la información del mensaje (Arndt, 1967). Otro aspecto a destacar sería su necesidad de cumplir con las normas sociales, que harán que sean más o menos proclives a vincularse y, por tanto, verse afectados por este tipo de comunicación. En general, los consumidores más susceptibles a estar socialmente bien considerados por su entorno son más proclives a verse influenciados por el WOM (Hennig-Thurau y Walsh, 2003). El grado de extroversión viene marcado por la personalidad del individuo, pero también por la cultura del país (Mooraadian y Swan, 2006); en este sentido, culturas caracterizadas por un alto nivel de preferencia por la interacción social, ya sea *online* u *offline*, darán una mayor credibilidad a este tipo de comunicación, que aquellas con un menor grado de extroversión.

Finalmente, otro factor relevante a considerar a la hora de analizar la influencia de las comunicaciones WOM en el receptor es la homofilia. Según Rogers (1995), la homofilia hace referencia a la similitud entre individuos en base a ciertos atributos como la edad, sexo,

educación o estilo de vida. En este sentido, personas que son parecidas tienden a interactuar más a menudo y se comunican más fácilmente que aquellas que no comparten intereses. Esta homogeneidad entre individuos hace que la información que intercambien influya notablemente en su decisión de compra final, y a la vez hace que la diseminen de una manera más rápida, impactando así a otros posibles consumidores (Brown, Broderick y Lee, 2007).

Entre los factores relacionados con el mensaje, en el capítulo cuatro se recogen aspectos como la valencia del mensaje, los relacionados con la riqueza del mensaje y la fuerza de la recomendación, y los relacionados con el volumen y dispersión del mensaje.

En numerosas ocasiones la literatura distingue las comunicaciones WOM de un producto y/o servicio en función a su valencia, es decir, si son positivas o negativas. Generalmente, cuando un consumidor se encuentra satisfecho con la experiencia que le ha dado el producto y/o servicio, transmite esta información de manera positiva, recomendando en muchos casos su disfrute. Sucede todo lo contrario cuando la experiencia ha sido negativa; transmite esta información de manera visceral, mostrando su gran insatisfacción, con el fin de alertar a otros posibles consumidores (Casado y Sellers, 2006). En este sentido, diversos autores apuntan que los consumidores relacionan la valencia del WOM con el nivel de satisfacción de los consumidores que ya han probado un determinado producto y/o servicio, condicionando ello su nivel de adopción de dichas comunicaciones (Anderson, 1998; Bowman y Narayandas, 2001). En esta línea podemos encontrar numerosos trabajos que señalan que las conversaciones negativas son mucho más potentes que las positivas por su elevado nivel de

influencia en el consumidor (Anderson, 1998 y Assael, 2004). Hay autores que plantean que el WOM negativo puede llegar a ser siete veces más influyente que el positivo (Lenderman y Sanchez, 2008), y pueden llegar a neutralizar a 10 mensajes positivos (Reichheld, 2006).

La literatura señala que el impacto de la valencia del mensaje también se verá influido por el nivel de conocimiento y/o experiencia del producto y/o servicio que tenga el receptor de la comunicación. Cuando un producto no es familiar para el individuo, los mensajes con valencia negativa tienen un gran impacto en el receptor; en cambio, cuando el producto es familiar y conocido, sucede todo lo contrario (Ahluwalia, 2002).

Por otro lado, también hay autores que destacan la relevancia que tiene en la capacidad de influencia de las comunicaciones WOM la riqueza del mensaje y la fuerza de recomendación empleada (Mazzarol, Sweeney y Soutar, 2007). La riqueza del mensaje está relacionada con la información que ofrece el mensaje, y con la capacidad que le permite al receptor evaluar las diferentes alternativas gracias al contenido del mensaje (Mazzarol, Sweeney y Soutar, 2007). La capacidad evaluativa del mensaje permite al receptor, a través de la información recibida, poder conocer y evaluar en su conjunto el producto y /o servicio en cuestión, y con ello poder discriminar entre dos o más alternativas; esto es lo que se conoce como diagnosticidad percibida (Jiang y Benbasat, 2004). En este sentido, cuando el grado de conocimiento y comprensión de un producto, a partir de la información disponible, es mayor, el nivel de diagnosticidad percibida será más alto, por lo que permitirá que el consumidor desarrolle una actitud más favorable hacia su compra.

Otro antecedente del mensaje identificado por Mazzarol, Sweeney y Soutar (2007) es la fuerza de la recomendación, que hace referencia al estilo, la forma e intensidad del mensaje en sí. Para poder despertar el interés del consumidor es relevante que el mensaje resulte convincente y esté bien argumentado (Levy y Gvili, 2015); pero a la vez, la pasión, ilusión y energía empleada a la hora de comunicarlo también influirán notablemente en su actitud de compra final (Berger y Schwartz, 2011).

El volumen de las comunicaciones WOM y su nivel de dispersión en los diferentes foros o plataformas también han sido considerados en el ámbito académico. El volumen del WOM se genera porque muchas personas emiten comunicaciones WOM de forma infrecuente (alta penetración), porque unas pocas personas lo hacen frecuentemente (baja penetración) (East, Hammond y Wright, 2007; Godes y Mayzlin, 2004), o porque muchas lo hacen frecuentemente. El análisis de ambos parámetros, volumen y dispersión, es primordial para valorar la eficacia de las comunicaciones WOM y el impacto que tendrán en las ventas del producto y/o servicio en cuestión (Villanueva y Armelini, 2007).

Finalmente, el tercer y último grupo de los factores que influyen en la comunicación WOM, según la literatura revisada, son todos aquellos relacionados con la fuente y con la plataforma de la información. Es importante realizar la distinción entre ambos conceptos; como plataforma hacemos referencia al medio donde se llevan a cabo las conversaciones WOM, y como fuente de la información aludimos al origen de la información, que generalmente se trata del emisor del mensaje. En el entorno *offline* la fuente de la información es el propio

individuo que transmite directamente a otro individuo dicho mensaje; en cambio, en el entorno *online*, las fuentes de información pueden ser también las propias marcas, que transmiten sus mensajes a través de sus propias páginas web, o a través de diferentes plataformas *online*. La literatura apunta a que la credibilidad de la plataforma y/o del emisor, junto con la calidad de información que comunica, son determinantes para que un consumidor adopte el WOM, principalmente en el entorno *online* (Cheung, Lee y Rabjohn, 2008). Los consumidores, cuando buscan información acerca de un producto y quieren corroborar la credibilidad de la información, buscan información de la identidad de la plataforma, su prestigio y experiencia con el producto y/o servicio en cuestión, y de esta manera se aseguran de que la información publicada es creíble y honesta; por ello, les darán un gran valor a los comentarios escritos en ella a la hora de tomar la decisión de compra final (Rickart y Schinder, 2002).

López y Sicilia (2014) relacionan ambos conceptos y sugieren que la credibilidad de la plataforma va a depender de la fuente de la información, es decir, de quién transmite el mensaje. Si el receptor desconoce o tiene poca relación con el origen o fuente de la información va a verse reducida la eficacia del mensaje. Todo lo contrario sucede cuando el receptor recibe el mensaje de personas conocidas, ya que la credibilidad que se le otorga al mensaje es mayor (Chatterjee, 2001; Sen y Lerman, 2007).

A partir del análisis y valoración de las distintas variables identificadas como antecedentes de la eficacia de las comunicaciones WOM, se seleccionaron las que, a nuestro juicio, podían

tener un papel más sobresaliente en el contexto de la prescripción de un medicamento nuevo por parte del médico: las características del mensaje, la credibilidad del laboratorio y el vínculo emocional entre el profesional sanitario y el delegado comercial.

Por ello, nuestro interés concreto en esta tesis doctoral se centró, por un lado, en conocer cómo las características del mensaje (centradas en la diagnosticidad percibida del nuevo medicamento a partir de la comunicación WOM, la riqueza del mensaje y su fuerza de recomendación), así como la credibilidad del laboratorio, y el vínculo emocional que el profesional sanitario tenga con el delegado comercial de dicho laboratorio, influyen en la actitud del médico hacia la prescripción del nuevo medicamento y en su intención de prescribirlo. Por otro, también pretendimos conocer si el modelo propuesto a partir de las variables de análisis era válido para explicar la intención de prescribir, tanto para el colectivo de médicos que decide finalmente prescribir el nuevo medicamento, como para el que decide no hacerlo. Es decir, conocer si el papel de las variables objeto de interés era el mismo o significativamente distinto, en una situación final de prescripción real, frente a una situación final de no prescripción real de dicho medicamento.

Con este objetivo, y tras plantear un conjunto de hipótesis vinculadas con las variables de análisis, se entrevistó a una muestra de 140 médicos, de nueve especialidades médicas distintas, donde se les solicitaba su colaboración contestando a un cuestionario. Dicho cuestionario sugería al médico centrarse en una situación concreta de su día a día profesional: una situación en la que había decidido prescribir un medicamento nuevo (situación planteada

a la mitad de la muestra) y una situación en la que el profesional sanitario había decidido no prescribir un nuevo medicamento (situación planteada a la otra mitad de la muestra).

Los resultados del análisis empírico de esta tesis doctoral dan lugar a una serie de conclusiones relevantes que aportan conocimiento al estudio del fenómeno del WOM dentro del sector farmacéutico, y sirven como punto de arranque para sugerir estrategias de acción por parte de las empresas farmacéuticas. Como cabía esperar y se ha constatado en infinitos trabajos de distinta índole, la actitud es un antecedente directo e inmediato de la intención; por tanto, también en nuestro contexto de estudio se corrobora que una actitud favorable hacia la prescripción de un nuevo medicamento favorece positivamente la intención del médico de prescribirlo. Por tanto, vamos a centrarnos seguidamente en las variables que determinan dicha actitud.

A partir del análisis realizado hemos podido conocer que existe una incidencia clara del nivel de diagnosticidad percibida del medicamento nuevo sobre la actitud del médico hacia la prescripción del mismo. La literatura también apunta en esta dirección (Jiang y Benbasat, 2004), y sugiere que una alta diagnosticidad percibida contribuye positivamente a que los médicos puedan realizar una evaluación cognitiva de los diferentes atributos del medicamento nuevo, lo que les permite comprender los diferentes beneficios que éste aporta a él y a sus pacientes. Es por ello que a mayor diagnosticidad percibida, es decir, cuánto mayor es el grado de entendimiento y comprensión del medicamento nuevo a partir de la información de la que se dispone, más favorable es la actitud hacia la prescripción del mismo.

Sin embargo, contrario a lo esperado, nuestros resultados demuestran que no existe una relación directa entre el grado de riqueza del mensaje y la actitud hacia la prescripción del nuevo medicamento, pero sí una influencia positiva y significativa de la riqueza del mensaje en el nivel de diagnosticidad percibida del medicamento nuevo. Numerosos autores concluyen que cuando la información del mensaje se presenta de una manera organizada, detallada y bien argumentada, se facilita la comprensión y el entendimiento de los diferentes atributos del producto en cuestión (Levy y Gvily, 2015). En este sentido, para que el médico empiece a prescribir el medicamento nuevo debe de comprender en su totalidad los diferentes beneficios que este aporta, y eso lo determina el nivel de diagnosticidad percibida y no la riqueza del mensaje en sí. El hecho de que no se dé una relación directa entre la riqueza del mensaje y la actitud de prescripción pensamos que puede ser debido a dos cuestiones: las peculiaridades del producto objeto de comunicación WOM y el entorno laboral del médico. En relación al primer aspecto, consideramos que el médico no se deja “embelesar” por el mensaje en sí, dado que es la salud del paciente lo que está en juego. Sólo si ese mensaje rico en información le permite entender los diferentes beneficios que el nuevo medicamento tendrá sobre el paciente (diagnosticidad percibida), será considerado. En lo relativo al segundo aspecto, el entorno laboral del profesional sanitario, hay que resaltar que los médicos continuamente están recibiendo múltiples impactos de comunicación, *online* y *offline*, provenientes de la industria farmacéutica, y disponen de poco tiempo, de su tiempo de consulta, para destinar a los laboratorios farmacéuticos. En numerosas ocasiones, a pesar de que el médico accede a visitar al delegado comercial, está tan ocupado en otros menesteres de su práctica profesional

que hacen que no preste atención a la información que el delegado comercial le está transmitiendo.

En este entorno, el mensaje que pretende comunicar el laboratorio puede estar muy bien elaborado, ser claro y conciso, pero si el médico no logra integrarlo con los conocimientos previos que este ya tiene en su cabeza, logrando valorar los diferentes pros y contras del medicamento nuevo, nunca dejará de prescribir un medicamento del cual ya tiene experiencia clínica, por uno nuevo. Esta es la principal razón por la cual creemos que la riqueza del mensaje no influye directamente sobre la actitud de prescripción, pero si sustancialmente sobre el nivel de diagnosticidad percibida. Por ello, un mensaje rico, que permita la comprensión de todos estos beneficios y atributos del medicamento nuevo, es clave en el contexto de la prescripción de medicamentos nuevos.

Por otro lado, hemos constatado que la riqueza del mensaje también influye en la credibilidad del laboratorio farmacéutico, que es realmente quien determina el mensaje que los delegados comerciales deben comunicar a los médicos. La literatura apunta en esta dirección, al sugerir que una buena argumentación del mensaje no solo permitirá mejorar la comprensión de los atributos del producto y/o servicio en cuestión, mejorando el nivel de diagnosticidad percibida, sino que además se verá aumentada la credibilidad del emisor del mensaje, ya que permite al receptor mejorar la capacidad evaluativa de tal producto o servicio (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009).

Otra de las variables del mensaje que apunta la literatura y que hemos considerado clave en nuestro trabajo, ligada a la riqueza del mensaje, es la fuerza de recomendación. Hemos podido conocer la relevancia que tiene durante el lanzamiento de un medicamento nuevo, ya que influye sobre otras dos variables: la credibilidad del laboratorio farmacéutico y la propia actitud hacia la prescripción del medicamento. Diversos trabajos sugieren que el estilo, la forma, la intensidad y la ilusión con la que se transmita el mensaje propician que el receptor preste atención a dicha información, aumentando con ello su actitud de compra (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009). Consideramos que la fuerza de recomendación es relevante por el contexto laboral de los médicos, quienes disponen de poco tiempo para atender a los laboratorios y a la vez reciben numerosos impactos de información de diferentes laboratorios que promocionan numerosos medicamentos (Medina, 2013). El modo, la forma, y el tipo de lenguaje utilizado en la comunicación del mensaje impactará notablemente en su actitud hacia la prescripción (King, Racherla y Bush, 2014). En este sentido, la ilusión y pasión empleada en el lanzamiento de un medicamento nuevo ayudará positivamente a que el médico preste más atención al mensaje en cuestión (Cheung, Luo, Sia y Chen, 2009), venza la inercia de prescripción del medicamento que ya utiliza a favor del nuevo, y con ello desarrolle una actitud positiva hacia su prescripción.

En muchas ocasiones, antes de que el delegado comercial visite al médico para presentarle el nuevo medicamento, este ya conoce la información del nuevo producto a través de colegas de profesión o las sociedades médicas. No obstante, la forma con la que el delegado comercial o

el propio laboratorio comunique esta información, es decir, la fuerza de la recomendación, es la que permitirá “transformar” los atributos o características del medicamento nuevo en beneficios, que es lo que realmente compra el médico, mejorando así la propia credibilidad del laboratorio farmacéutico, y a la vez impactando directamente sobre la propia actitud de prescripción.

En este sentido, la literatura señala la relación directa que existe cuando el consumidor lee comentarios provenientes de una fuente creíble y honesta con su actitud de compra: el consumidor da un gran valor a toda esta información a la hora de tomar una decisión de compra del servicio y/o producto en cuestión (Cheung, Lee y Rabjohn, 2008). No hay que olvidar que la credibilidad del laboratorio hay que trabajarla durante los años previos al lanzamiento de un medicamento, ya que no se crea de la nada, y es importante cultivarla en el tiempo. Los laboratorios conocen su *pipeline* de moléculas que están en investigación y son conscientes de que solo una pequeña parte se convertirán en futuros medicamentos con el tiempo. Por ello, los años previos al lanzamiento de un medicamento nuevo, son el momento adecuado donde el laboratorio debe destinar sus recursos a mejorar su credibilidad y prepararse de cara al lanzamiento de futuros nuevos medicamentos.

En el análisis de las distintas variables de influencia no hay que olvidar que la conexión personal entre el laboratorio farmacéutico y el médico se establece a través del delegado comercial; el vínculo personal entre éste y el médico ha demostrado ser un aspecto de influencia, aunque menor, en la actitud de prescripción del nuevo medicamento. Tal y como

apunta la literatura, la homofilia hace que personas similares tiendan a juntarse más (Rogers, 1995) y, en el sector farmacéutico, las relaciones humanas son clave en muchas ocasiones; favorecen o frenan que los médicos dediquen parte de su tiempo a escuchar al delegado comercial y, en el caso del lanzamiento de un medicamento nuevo, muestren interés hacia el mismo y se comprometan a la vez a prescribirlo en un paciente en el cuál estaban utilizando otro tipo de fármaco. Es por ello que en el contexto laboral actual que hemos mencionado, el vínculo emocional entre el delegado comercial y médico permite al primero el acceso al médico con una mayor facilidad que si no existiera dicho vínculo.

En la misma línea que apuntábamos en relación a la credibilidad del laboratorio farmacéutico, consideramos que es relevante crear, fomentar y mejorar los diferentes vínculos emocionales entre el delegado comercial y el médico, de cara al lanzamiento de un medicamento nuevo. Esta propuesta cobra especial relevancia en el caso de aquellos médicos líderes de opinión cuyo juicio puede influir en la actitud de prescripción de otros colegas. El delegado comercial ha de actuar como un interlocutor válido con el médico; debe conseguir generar conversaciones de valor con este, que le permita conocer sus diferentes intereses y preocupaciones y, con ello, crear una conexión emocional que le ayude en un futuro, junto con el resto de variables expuestas, a influir positivamente en la actitud de prescripción del medicamento nuevo.

Finalmente, los resultados apuntan a que una vez el médico tiene ya una actitud positiva hacia la prescripción del medicamento nuevo en un determinado paciente, su intención de

prescripción es mayor. La literatura ha constatado sobradamente que la relación entre actitud de compra y la intención de compra es estrecha (Petty y Krosnick, 1995), y que una vez el consumidor dispone de una predisposición favorable a un determinado producto, de manera automática desarrolla una intención de compra hacia este (Ajzen y Fishbein, 1980). Por tanto, podría decirse que es cuestión de tiempo que llegue el paciente adecuado para que el médico inicie la prescripción. Pero nuestra investigación ha ido un paso más allá, y ha analizado si todas las variables propuestas en el modelo planteado se mantienen y juegan el mismo papel en una situación final de prescripción, en relación a una situación real de no prescripción.

A este respecto podemos concluir que solo cinco de las nueve relaciones propuestas se cumple de la misma manera en ambas situaciones, prescripción real y no prescripción. La influencia de las variables estudiadas sobre la actitud del médico hacia la prescripción del nuevo medicamento es significativamente distinta para la riqueza del mensaje, la fuerza de la recomendación del mensaje, la credibilidad del laboratorio farmacéutico y el vínculo emocional entre el delegado comercial y el profesional sanitario. Como planteamiento general podemos apuntar que, la actitud hacia el nuevo medicamento de aquellos médicos que deciden finalmente prescribirlo viene determinada, entre otros aspectos, por una buena relación con el delegado comercial y por cuestiones directamente vinculadas con el nuevo producto: un mensaje rico en contenido sobre las características del nuevo producto (riqueza del mensaje) que además le permitirá entender en qué mejora al producto existente y en qué beneficia al paciente potencial (diagnosticidad percibida). Por el contrario, la actitud reacia a

la prescripción del nuevo medicamento por aquellos profesionales sanitarios que no lo prescriben finalmente lo determinan otros aspectos más tangenciales al producto, probablemente porque no perciben claramente sus beneficios: dicha actitud viene determinada, como es lógico, por la diagnosticidad percibida, pero también por la credibilidad del laboratorio y la fuerza de la recomendación del mensaje, pero no por la riqueza de dicho mensaje ni por el vínculo emocional entre el delegado comercial y el médico. Creemos que para estos médicos que deciden no prescribir el nuevo medicamento, el peso de la inercia terapéutica juega un papel determinante, precisamente por las características tan peculiares del producto objeto de comunicación WOM. El médico está acostumbrado a prescribir un medicamento, y si cumple sus expectativas, la riqueza del mensaje empleado en el lanzamiento de un medicamento nuevo no influirá en su actitud hacia el nuevo medicamento. Este tipo de clientes, más tradicionales, y con una gran inercia terapéutica, está esperando a que médicos más innovadores o líderes de opinión lo prueben, y le comuniquen sus resultados, precisamente por las implicaciones que su cambio de conducta podría tener; por eso son otros aspectos tangenciales al producto, como la credibilidad del laboratorio o la fuerza de la recomendación, las que condicionan tal actitud. En este contexto, es clave pues que los laboratorios ofrezcan cursos de inteligencia emocional a sus delegados comerciales para que les ayude a manejar esta situación. Es muy importante que un delegado comercial transmita el mensaje con mucha fuerza, para que este logre ilusionar y emocionar a aquellos médicos con un perfil más conservador donde la inercia terapéutica puede ser determinante.

Cuando el médico ha prescrito finalmente el nuevo medicamento, la influencia de la credibilidad sobre su actitud resulta ser no significativa, no juega ningún papel, contrario a lo que sucede cuando finalmente el médico decide no prescribir el nuevo medicamento y continúa utilizando el habitual; en este último caso, la credibilidad del laboratorio sí que influye en la actitud del médico hacia la no prescripción. De nuevo, esta realidad creemos que tiene que ver con las peculiaridades del producto objeto de WOM. Cuando el médico finalmente prescribe el nuevo medicamento cabe suponer que es porque considera, según su práctica y experiencia profesional, y la información que se le ha transmitido, que este nuevo medicamento es mejor opción que el medicamento que había prescrito para dicha patología hasta entonces; teniendo en cuenta que la credibilidad del laboratorio farmacéutico, en el ámbito que nos ocupa, requiere unos mínimos dado que es la salud de las personas sobre lo que se decide, dicha credibilidad, frente al resto de variables consideradas, no tiene ningún papel relevante. Por contra, la no prescripción viene determinada por una peor actitud hacia la prescripción, que se ve condicionada no solo por una peor diagnosticidad percibida (consecuencia de percibir el mensaje menos rico) o un mensaje transmitido con menos fuerza, sino también por una menor credibilidad del laboratorio en cuestión, que se suma a esa falta de beneficios percibidos del medicamento nuevo. En este caso, el médico toma su decisión de no prescripción considerando, pues, todas las variables que tiene a su alcance, dado que como hemos dicho, es la salud del paciente lo que está en juego y, supuestamente, un medicamento nuevo, lanzado al mercado en un momento posterior de tiempo, debería ser una innovación y por tanto mejorar lo que consiguen los medicamentos hasta entonces existentes.

Finalmente, los resultados indican que la influencia de la variable vínculo emocional entre el delegado comercial y el médico también es diferente en cada submuestra. En el caso de los que sí prescriben la influencia resultó ser significativa, todo lo contrario al caso de los que no prescriben. Consideramos que este hecho puede deberse al tipo de producto objeto de comunicación WOM, un medicamento que influye en la salud del paciente, y a la inercia terapéutica. Si la actitud hacia el nuevo medicamento no es positiva, porque no se perciben claramente sus ventajas frente al producto ya existente que dicho médico prescribe de manera habitual, el posible compromiso personal derivado de la relación existente entre el delegado comercial y el médico queda olvidado en el momento de tener que prescribir dicho medicamento nuevo. En la propia consulta, el médico está en su zona de confort y deja de lado ese vínculo emocional que tiene con el delegado comercial, que además no está presente, y simplemente repite su comportamiento, por inercia (terapéutica), porque ya sabe cómo le funciona el medicamento habitual. En esta línea constatamos que el vínculo emocional da una mayor accesibilidad al médico en el caso de una actitud positiva hacia la prescripción. En este sentido, lograr que el médico lo pruebe es un éxito, ya que si el medicamento cumple sus expectativas, probablemente continuará prescribiendo el medicamento nuevo.

Los resultados de esta investigación permiten proponer una serie de recomendaciones a los laboratorios farmacéuticos de cara al lanzamiento de un medicamento nuevo. En primer lugar, debe el laboratorio ser consciente de la relevancia de tener una red de ventas preparada y motivada que ayude a que el médico identifique claramente los diferentes beneficios que

aporta el medicamento nuevo. Los resultados demuestran que la riqueza del mensaje no impacta directamente en la propia actitud de prescripción, pero sí en la diagnosticidad percibida del nuevo producto. Es el delegado comercial quien, apoyado en un adecuado vínculo emocional con el médico, debe ayudar a que este integre el mensaje que el departamento de marketing del laboratorio quiere transmitir del medicamento nuevo. Por tanto, los laboratorios farmacéuticos deben de prestar especial atención en la selección y formación de los delegados comerciales, puesto que serán los embajadores del laboratorio de cara a los diferentes profesionales sanitarios. En esta línea, a la hora de generar una red de ventas, el departamento de selección es el que debe de destinar los recursos necesarios en la selección de aquellos delegados comerciales que dispongan no solo de conocimientos específicos, sino también que tengan ciertas características y habilidades personales que favorezcan el desarrollo de un vínculo emocional con el profesional sanitario.

Asimismo, es relevante que las diferentes separatas científicas que se diseñan desde el departamento de Marketing y que utiliza el delegado comercial en la conversación con el médico, transmitan un mensaje claro y conciso de las diferentes características que aporta el medicamento nuevo; ello ayudará al delegado comercial a que el médico pueda “convertir” tales características en beneficios para el paciente, de tal manera que el médico integre en su espectro de conocimientos los diferentes beneficios que el nuevo medicamento aporta. En este sentido, sería conveniente crear grupos de trabajo entre el departamento de marketing y el de ventas para que ambos participaran en el desarrollo de las separatas o los diferentes materiales

o acciones promocionales de cara al lanzamiento del nuevo producto. No hay que olvidar que la fuerza de ventas es la que conoce a los clientes (médicos), está en contacto directo con ellos, y es la que va a utilizar todos estos materiales y/o acciones.

Otra de las variables que nuestra investigación ha constatado que influye en la actitud de prescripción de un nuevo medicamento es la credibilidad del laboratorio farmacéutico, variable relevante en una situación de no prescripción. Tal y como ya se mencionó, el laboratorio debe de destinar una serie de recursos para mejorar su credibilidad en la especialidad médica a la cual va dirigida el medicamento nuevo. Si el médico no tiene garantías del laboratorio farmacéutico en cuestión, retrasará la prescripción del medicamento nuevo hasta que no exista una cierta evidencia científica que apoye el uso del mismo. En este sentido, los médicos innovadores serán los únicos que lo prescribirán con cierta cautela, dificultando con ello alcanzar el plan de ventas establecido para el medicamento nuevo.

Además de los aspectos específicos que la literatura plantea como determinantes de la credibilidad de una empresa (tales como la experiencia/conocimiento o la integridad), y que el laboratorio deberá cuidar, el papel del delegado comercial también puede ser clave en este aspecto. Los médicos no quieren que los delegados comerciales actúen como vendedores de medicamentos, quieren interlocutores válidos, con un gran conocimiento en la patología y en los diferentes medicamentos que tengan en cartera. El médico exige al delegado comercial un alto nivel de formación científica que le permita, además de informarle de los diferentes medicamentos que representa, resolver las diferentes dudas que pueda tener, y que le ayude a

valorar los diferentes beneficios del medicamento en cuestión en su práctica clínica diaria. De esta forma, un interlocutor válido debe de dominar el arte de la comunicación; el médico debe percibir que es escuchado y comprendido, y para ello la empatía y la escucha activa son primordiales para crear relaciones valiosas médico-delegado comercial. En esta línea, la selección del delegado comercial es, de nuevo, primordial ya que hay una serie de rasgos personales que no pueden entrenarse, como es el caso de la motivación o la empatía; aun así, el departamento de formación debe de estar continuamente formando a su red de ventas para que los diferentes médicos perciban a sus delegados como interlocutores válidos y no como simples comerciales de medicamentos.

Según el conjunto de resultados obtenidos podríamos apuntar que la principal dificultad a la que ha de hacer frente un laboratorio farmacéutico, una vez tiene a su disposición un nuevo medicamento, es el conseguir en el médico una actitud positiva de cara a la prescripción de dicho medicamento, ya que una vez se ha conseguido, las probabilidades de que el médico tenga intención de prescribirlo son muy altas. Pero la inercia terapéutica suele ser la principal responsable de que el médico no desarrolle dicha actitud positiva, que ya le motiva a continuar prescribiendo el medicamento habitual, y no a salir de su zona de confort ante la llegada de un medicamento nuevo. La inercia clínica se da cuando el médico reconoce el problema, pero no actúa para iniciar, intensificar el tratamiento, o incluso cambiarlo, para así alcanzar los objetivos de control marcados en relación a dicha patología sobre determinado paciente. En la mayoría de las ocasiones se da por el escaso tiempo que tiene el médico para

dedicarlo al paciente en su consulta. Por ello, el papel que juegue el delegado comercial, a través de sus habilidades comunicativas y capacidad de convicción, así como todo el material promocional, y especialmente las separatas científicas, enfocados a la promoción del medicamento nuevo, vuelven a ser clave y determinantes de cara a poder influir en la actitud del médico. Nuevamente, el cuidado en la elaboración del material promocional, así como la formación continua en habilidades de comunicación y aspectos científicos del equipo de ventas son responsabilidad del laboratorio farmacéutico.

8.2 Limitaciones de la investigación

Aunque todo el proceso de recogida y análisis de datos se ha realizado con sumo cuidado, no hay que olvidar que todo trabajo es susceptible de mejora, y en esa línea pretendemos identificar aquellos aspectos que pueden suponer una limitación a la generalización de los resultados obtenidos.

Una de las principales limitaciones que hay que poner de manifiesto es el tamaño de la muestra. Si bien inicialmente la muestra teórica se determinó en 200 médicos, las dificultades surgidas durante en trabajo de campo, básicamente centradas en la disponibilidad de tiempo del encuestado y su predisposición a responder a la encuesta, ha derivado en que la muestra final esté constituida por 140 médicos. El reducido tamaño de la muestra, a pesar de ser suficiente para obtener resultados válidos con la técnica aplicada, limita el uso de otras técnicas estadísticas.

No obstante, consideramos que los resultados de esta investigación podrían ser generalizables, ya que, aunque la muestra la conforman 140 médicos, está conformada por nueve especialidades médicas. Este aspecto, en cierta medida, también podría considerarse una limitación de nuestro trabajo, dado que la inercia terapéutica incide más en determinados profesionales sanitarios (Mata, 2017). La literatura apunta que la inercia se da con mayor prevalencia en especialidades médicas que tratan enfermedades crónicas (como es el caso de la diabetes, hipertensión, colesterol, etc.), y hace que el médico retrase la pauta de un medicamento, ya sea en su inicio o en la modificación de un medicamento que no logra alcanzar los diferentes objetivos marcados por el médico (Phillips, 2001 y Mata, 2017). Por ello, sería interesante abordar este análisis teniendo en cuenta cada una de las especialidades por separado, ya que el comportamiento de los médicos en el lanzamiento de un medicamento nuevo puede resultar diferente según la especialidad de que se trate.

No hay que olvidar tampoco que el entorno del médico varía en función de la especialidad, y no es lo mismo especialidades médicas donde existe una saturación de medicamentos para una patología concreta, como es el caso del endocrino en el mercado de la diabetes, que aquellas donde apenas existen medicamentos para una determinada patología. Por ello, también la competencia debería de haber sido considerada y no se ha tenido en cuenta, resultado ser, en este sentido, una limitación a la generalización de los resultados.

Tanto las acciones de marketing como el efecto del WOM que se genera en torno a los competidores podrían influir en los resultados de ventas del medicamento nuevo. Si la

competencia del medicamento nuevo cuenta con un gran presupuesto para acciones de promoción, dichas acciones podrían retrasar o incluso bloquear la entrada del medicamento nuevo al mercado. Esta competencia a la que nos referimos no tiene por qué ser solo de otros nuevos medicamentos; los que ya están en el mercado como el lógico, querrán bloquear o frenar la aceptación de los medicamentos nuevos, para que se continúen prescribiendo los ya consolidados.

8.3 Futuras líneas de investigación

A continuación, enumeramos varias líneas de investigación que podrían desarrollarse a raíz de la revisión de la literatura previa realizada y los resultados alcanzados en esta tesis doctoral.

Una línea de investigación que podría seguir desarrollándose tiene que ver con la consideración de otras variables que influyen en el WOM, identificadas en el capítulo cuatro, como puede ser la valencia del mensaje, o el volumen y dispersión del mismo, analizando su influencia según diversas especialidades médicas. Desde este punto, podríamos tener información de las diferentes variables que influyen en cada una de las especialidades médicas y en cada uno de los diferentes grupos terapéuticos (grupos en los que se clasifican los medicamentos en función de su mecanismo de acción) empleados en cada una de las especialidades médicas, para así conocer de manera más detallada el comportamiento de los médicos por especialidad y en cada uno de los grupos terapéuticos. Los resultados de estas investigaciones podrían ser muy útiles para los laboratorios que se planteen el lanzamiento de

un medicamento nuevo en una especialidad y mercado que desconocen, y en el que no tienen práctica habitual.

Asimismo, proponemos enfocar el estudio de la influencia del WOM en función del contexto, *online* u *offline*, de la comunicación WOM durante el lanzamiento de un medicamento nuevo. Los laboratorios farmacéuticos están inmersos en un proceso de transformación digital, que permite a los médicos mejorar el acceso a la información por estos elaborada, complementando a la vez el canal tradicional de la visita médica. Es relevante conocer las diferentes variables que influyen tanto en el canal tradicional como en el *online*, para de esta manera complementarlas y conseguir que el lanzamiento de un medicamento nuevo resulte exitoso.

Otra posible línea de investigación más novedosa estaría enfocada a estudiar qué factores, vinculados o no con las comunicaciones WOM, determinan la inercia terapéutica que adopta el profesional sanitario. Según nuestro conocimiento, son muy pocos los trabajos que desde el ámbito del comportamiento del consumidor podrían explicar y justificar la inercia terapéutica por parte del profesional sanitario. Simón (2018), en línea con Mata (2017), considera que en el concepto de inercia terapéutica habría que incluir la no supresión de tratamientos con indicación incorrecta o aquellos que no han sido eficaces y continúan prescribiéndose. Según esta autora, una de las principales causas de esta inercia en el médico es la falta de formación o desconocimiento de los objetivos de control, aspecto donde la comunicación WOM puede jugar un papel importante. Conocer qué aspectos determinan la inercia terapéutica permitiría

implementar medidas tendentes a frenarla, dado que en ocasiones dificulta la prescripción de medicamentos nuevos. Sería muy interesante conocer de manera más detallada las diferentes variables, dentro de las comunicaciones WOM, que influyen en una mayor medida en la inercia terapéutica. De esta manera, los laboratorios las podrían trabajar de manera previa al lanzamiento del medicamento nuevo para así conseguir una mayor penetración del mismo en el menor tiempo posible.

Finalmente, la última línea de investigación que proponemos estaría enfocada al estudio de la influencia del WOM en función de quién es el decisor de la terapia a seguir. El rol del paciente, en el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad o sobre el tratamiento a seguir, ha cambiado a lo largo de las últimas décadas. Aspectos como el acceso a un entorno *online* con mucha información, las diferentes asociaciones de pacientes, la rapidez con la que se difunde la información, sobre todo acerca de medicamentos nuevos, hacen que los pacientes quieran implicarse y tomar decisiones sobre las terapias que han seguir. En la actualidad nos encontramos con numerosos foros de pacientes, que les mantiene continuamente conectados, en los que se intercambian información acerca de su patología y de las diferentes terapias pautadas por sus respectivos médicos.

Hace unos años, el paciente era considerado como un simple receptor de las diferentes decisiones que el médico tomaba unilateralmente para el tratamiento de su enfermedad; en este sentido, el único decisor del tratamiento a seguir era el médico. Sin embargo, el proceso en la toma de decisiones del tratamiento a seguir está cambiando gracias a que el paciente, a

día de hoy, está más informado sobre su enfermedad, las alternativas terapéuticas y los diferentes servicios sanitarios que están a su disposición. El paciente, a lo largo de estos años, ha pasado de ser un mero espectador a ser un decisor más junto con el profesional sanitario, de las diferentes decisiones que han de tomarse a lo largo de todo el proceso de su enfermedad. Se trata de un paciente implicado, que acude a la consulta con información de su patología, de las diferentes terapias existentes, y en ocasiones, son conocedores del *pipeline* de los medicamentos que están en investigación por los diferentes laboratorios farmacéuticos.

En este sentido, en el modelo de trabajo propuesto en la presente investigación podrían entrar en juego otros aspectos vinculados, por un lado, con el papel que el nuevo paciente puede desempeñar en la prescripción de un nuevo medicamento, y por otro, con los aspectos que pueden condicionar la posición del médico respecto a la participación o no del paciente en la toma de decisiones relativa al tratamiento de su enfermedad. Si se identificaran las diferentes variables que pueden condicionar ambos aspectos, el laboratorio debería de considerarlos, lo que le podría llevar, quizás, a trabajar con las diferentes asociaciones de pacientes, informándoles de los diferentes beneficios que aporta el nuevo producto, entre otras actuaciones. Es mínima, por no decir nula, la investigación existente a este respecto, por lo que esta línea de trabajo creemos que posee mucho potencial, consecuencia del cambio que, como hemos manifestado, se está desarrollando en el contexto del tratamiento de enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJZEN, I y FISHBEIN, M (1980), “Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood cliffs, NJ: Prentice-hall, Inc.

AJZEN, I (1991), “The theory of planned behaviour”, *Organization behaviour and human decision processes*, Vol 50, pgs. 179-211.

AJZEN, I y DRIVER, B (1992), “Application of the theory of planned behaviour to leisure choice”, *Journal of Leisure Research*, Vol 24, pgs. 207-224.

AQUADO, G y GARCIA, A (2009), “Del WOM al marketing viral: aspectos claves de la comunicación a través de las redes sociales”, *REVISTA interdisciplinaria de ciencias de la comunicación y humanidades*, Vol 5.

AGUILAR, V; SAN MARTIN, S; PAYO, R (2014), “La aplicación empresarial del marketing viral y el efecto boca – oreja electrónico. Opiniones de las empresas”, *Cuadernos de gestión Universidad de Burgos Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales*, Vol, 14, pgs. 15 – 31.

AHLUWALIA, R (2002), “How prevalent is the negativity effect consumer environments?” *Journal of Consumer Research*, Vol 29, pgs. 270-279.

ALDAS, J y URIEL, E (2017), “Análisis multivariante aplicado con R”, 2 edición, Paraninfo editorial.

ALKHATEEB, F; KHANFAR, N Y LOUDON, D (2010), “Physicians’s adoption of pharmaceutical e-detailing: application of Roger’s innovation-difusion model”, *Services Marketing Quarterly*, Vol 31, pgs. 116-132.

ANDERSON, J.C. y GERBING, D.W. (1988), “Structural Equation Modelling in Practice. A Review and Recommended Two Step Approach”, *Psychological Bulletin*, Vol. 103, pgs. 411-423.

ANDERSEN, P.H. y KUMAR, R (2006),” Emotions, trust and relationship development in business relationships: A conceptual model for buyer–seller dyads”, *Industrial Marketing Management*, Vol. 35, pgs. 522 – 535.

ANDERSON, C (2012), “The impact of social media on lodging performance”, Cornell Hospitality Report, Vol 12, pgs. 6-11.

ANDERSON, E (1998), “Customer satisfaction and word of mouth”, Journal of Service Research, Capítulo 1, pgs. 5-17.

ANDERSON, J y GERBING, D (1988), “Structural equation modeling in practice”, Psychological Bulletin, Vol 103, pgs 411-423.

ARNDT, J (1967), “Role of product – related conversations in the diffusion of a new product”, Journal of Marketing Research, Vol 4, pgs. 291 – 295.

ARSAL, I (2008), “The influence of electronic word of mouth in an *online* travel community on travel decisions. A case study”, All dissertations, paper 273.

ASSAEL, H (2004), “Consumer behavior: a strategic approach”, Boston, MA: Houghton Mifflin company.

BAGOZZI, R y YI, Y (1988), “On the evaluation of structural equation models”, Journal of the Academy of Marketing Sciences, Vol 16, pgs 74-94.

BALASUBRAMANIAN, S y MAHAJAN, V (2001), “The economic leverage of the virtual community”, International Journal of Electronic Commerce, Vol 5, pgs. 103-138.

BANSAL, H y VOYER, P (2000), “Word of mouth processes within a services purchase decision context”, Journal of Service Research, Vol 3, pgs. 166-177.

BARBOSA, L y REY, L (2009), “cuaderno 28 cuadernos del centro de estudios en diseño y comunicación (relaciones públicas; radiografía: proyecciones y desafío”. <http://www.palermo.edu/dyc/publicaciones/cuadernos/pdf/cuaderno28/cuaderno28.pdf#page=27>.

BAYUS, B (1985), “Word of Mouth: the indirect effects of marketing efforts”, Journal of Advertising

Research, Vol 25, pgs. 31 – 39.

BEAL, G; ROGERS, E y BOHLEN, J (1957), “Validity of the concept of stages in the adoption process”, *Rural Sociology*, Vol 22, pgs. 166-168.

BELK, R (1975), “Situational variables and consumer behavior”, *Journal of Consumer Research*, Vol 2, pgs. 157-164.

BENTLER, P.M. (1995). *EQS Structural Equations Program Manual*, Ed. Multivariate Software Inc., Encino.

BERGER, J y SCHWARTZ, E (2011), “What drives immediate and ongoing word of mouth”, *Journal of Marketing Research*, Vol 48, pgs. 869-880.

BENNET, A (1991), “Pharmaceutical product promotion: From fact to freebies”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol 84, pgs. 564.

BICKART, B y SCHINDLER, R (2001), “Internet forums as influential sources of consumer information”, *Journal of Interactive Marketing*, Vol 15, pgs. 31-40.

BICKART, B y SCHINDLER, R (2002), “Expanding the scope of word of mouth: consumer-to-consumer information on the internet”, *Advances in Consumer Research*, Vol 29, pgs. 428-430.

BLACKWELL, R; ENGEL, J y MINIARD, P (1993), “Consumer behaviour. 8 th edition”. Dryden Press.

BLODGETT, J; GRANBOIS, D y WALTERS, R (1993), “The effects of perceived justice on complainants’ negative word of mouth behaviour and repatronage intentions”, *Journal of Retailing* 1993, Vol 69, pgs. 399-427.

BOE (2001). “Artículo 1.2 de la directiva 2001/83/CE de 6 de noviembre de 2001 por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano”. <https://www.boe.es/doue/2001/311/L00067-00128.pdf>.

BOE (2015). RD legislativo 1/2015 de 24 julio de 2015 por la que se aprueba el texto refundido de la ley de garantías y uso racional del medicamento. BOE n 177 del 25 de julio de 2015. <http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf>

BONE, P (1992), “Determinants of word of mouth communications during product consumption”, *Advances in Consumer Research*, Vol 19, pgs. 579-583.

BOWMAN, D y NARAYANDAS, D (2001), “Managing customer-initiated contacts with manufacturers: the impact on share of category requirements and word of mouth behaviour”, *Journal of Marketing Research*, Vol 38, pgs. 281-297.

BROWN, J; BRODERICK, A y LEE, N (2007), “Word of mouth communication within *online* communities: conceptualizing the *online* social network”, *Journal of Interactive Marketing*, Vol 21, pgs. 2-20.

BROWN, J y REINGEN, P (1987), “Social ties and word of mouth referral behaviour”, *Journal of Consumer Research*, Vol 14, pgs. 350-362.

BRUCE, N; ZHANG, N y KOLSARICI, C. (2012), “Dynamic effectiveness of advertising and Word of mouth in sequential distribution of new products”, *Journal of Marketing research*, Vol 49, pgs. 469 – 486.

BUHALIS, D y LAW. R (2008), “Progress in information technology and tourism management: 20 years on and 10 years after internet”, *Tourism Management*, Vol 29, pgs. 609-623.

BUTLER, F (1998), “Word of mouth: understanding and managing referral marketing”, *Journal of Strategic Marketing*, Vol 6, pgs. 241-254.

CESCE (2017). “Informe sectorial de la economía española. Sector Químico”. 2017. <http://www.saladeprensacesce.com/informe-sectorial-2017/pdf/sector-quimico.pdf>

CRONBACH, L (1951), “Coefficient alpha and the internal structure of tests”, *Psychometrika*, Vol.16, pgs.297-334.

CHURCHILL, G (1979). “A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs”, *Journal of Marketing Research*, Febrero, pgs. 64-73.

CAI, S; JUN, M y YANG, Z (2017), “The effects of boundary spanners’ personal relationships on interfirm collaboration and conflict: a study of the role of guanxi in china”, *Journal of Supply Chain Management*, Vol 53, pgs. 19-40.

CALVO, C; MARTINEZ, V y JUANATEY, O (2014), “Credibilidad de los medios de comunicación: análisis de la prensa diaria desde el comportamiento del consumidor”, *El profesional de la información*, marzo – abril, Vol 23, pgs. 300 – 309.

CAMARERO, C y SAN JOSE, R (2012), “e-mail marketing: focos de viralidad y factores determinantes”. *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, Vol 16, pgs. 85-102.

CASADO, A y SELLERS, R (2006), “Dirección de marketing”, Editorial ECU, capítulo 1, pgs. 13-26.

CASALO, L; FLAVIAN, C y GUINALIU, M (2011), “Observación y participación activa en comunidades virtuales comerciales: el caso del sector del turismo”, *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, Vol 28, pgs. 113-134.

CASTAÑEDA, S (2002), “Diagnosticidad e interpretabilidad: Retos a la medición de resultados de aprendizaje”, *Estrategias de evaluación y medición del comportamiento*, ITSON y UADY, pgs. 247-262.

CHATTERJEE, P (2001), “Online reviews: Do consumers use them?” *Advances in consumer research*, Vol 28, pgs. 129-133.

CHATTERJEE, P (2011). “Drivers of new product recommending and referral behavior on social network sites”, *International Journal of Advertising*, Vol 30, pgs. 77-101.

CHEEMA, A y KAIKATI, A (2010), “The effect of need for uniqueness on word of mouth”, *Journal of Marketing Research*, Vol 47, pgs. 553 – 563.

CHEEMA, A y PAPTALA, P (2010), “Relative importance of *online* versus *offline* information for internet purchases: product category and internet experience effects”, *Journal of Business Research*, Vol 63, pgs. 979-985.

CHEN, Y y XIE, J (2008), “*Online* consumer: review word of mouth as a new element of marketing communication mix.” *Management Science*, Vol 54, pgs. 477-491.

CHEN, Y; WANG, Q y XIE, J (2011), “*Online* social Interactions: A natural experiment on Word of mouth versus Observational learning”, *Journal of Marketing Research*, Vol 48, pgs. 238 – 254.

CHEUNG, M; ANITSAL, M y ANITSAL, I (2007), “Revisiting word of mouth communications: a cross national exploration”, *Journal of Marketing Theory*, Vol 15, pgs. 235-249.

CHEUNG, C; LEE, M y RABJOHN, N (2008), “The impact of electronic word of mouth: The adoption of *online* opinions in *online* customer communities”, *Internet Research*, Vol 18, pgs. 229-247.

CHEUNG, M; LUO, C; SIA, C y CHEN, H (2009), “Credibility of electronic word of mouth: informational and normative determinants of *online* consumer recommendations”, *International Journal of Electronic Commerce*, Vol 13, pgs. 9-38.

CHEUNG, C y THADANI, D (2012), “The impact of electronic word of mouth communication: a literature analysis and integrative model”, *Decision Support Systems*, Vol 54, pgs. 461-470.

CHEVALIER, J y MAYZLIN, D (2006), “The effect of word of mouth on sales: *online* book reviews”, *Journal of Marketing Research*, Vol 43, pgs. 345-354.

CHIN, W y DIBBERN, J (2010), "A permutation based procedure for multi-group PLS analysis: Results of tests of differences on simulated data and a cross cultural analysis of the sourcing of information system services between Germany and the USA", Handbook of partial least squares: Concepts, methods and applications, Springer handbooks of computational statistics series, Heidelberg: Springer, Vol 2, pgs 171-193.

CHRISTIANSEN, T y TAX, S (2000), "Measuring word of mouth: the questions of who and when", Journal of Marketing Communications, Vol 6, pgs. 185-199.

CHU, S y KIM, Y (2011), "Determinants of consumer engagement in electronic word of mouth (eWOM) in social networking sites", International Journal of Advertising, Vol 30, pgs. 47-75.

CLAVERO, C (2012). "El 80% de españoles cree que los laboratorios farmacéuticos tienen mucho poder y grandes beneficios". DYM Market Research", (Disponible en <http://www.institutodym.es/actualidad/el-80-de-espanoles-cree-que-los-laboratorios-farmaceuticos-tienen-mucho-poder-y-grandes-beneficios/>)

COOK, M; LOUNSBURY, J y FONTENELLE, G (1980), "An application of Fishbein and Ajzen's attitudes- subjective norms model to the study of drug use", Journal of Social Psychology, 1980, Vol 110, pgs. 193-201.

CUESTA, F (2006), "El increíble valor del cliente". Executive excellence: la revista de liderazgo, la gestión y la toma de decisiones, Vol 33, pag 10.

CUESTA, F (2008), "La estimación objetiva del valor de los clientes", Harvard Deusto Marketing y ventas, Vol 88, pgs. 32-41.

CWT MEETINGS&EVENTS (2012). Consultora focalizada a la industria farmacéutica en lo referente a encuestas de mercado.

DA SILVA, R y ALWI, S (2008), "Online brand attributes and online corporate brand images", European Journal of Marketing, Vol 42, pgs. 1039-1058.

DAVIS, F (1989), "Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology", *MIS Quarterly*, Vol 13, pgs. 319-340.

DE ANGELIS, M; BONEZZI, A; PELUSO, A; RUCKER, D y COSTABILE, M (2012), "On braggarts and gossips: A self- enhancement account of Word of Mouth generation and transmission", *Journal of Marketing Research*, Vol. 49, pgs. 551 – 563.

DE VALCK, K; BRUGGEN, G y WIERENGA, B (2009), "Virtual communities: a marketing perspective", *Decision Support Systems*, Vol 47, pgs. 185-203.

DE BRUYN, A y LILIEN, G (2008), "A multi-stage model of word of mouth influence through viral marketing", *International Journal of Research in Marketing*, Vol 25, pgs. 151-163.

DELLAROCAS, C (2003), "The digitization of Word of Mouth: Promise and challenges of *online* feedback mechanisms" *Management Science*, vol 49, pgs 1407-1424.

DELLAROCAS. C, ZHANG, X, AWAD, N (2004), "Using *online* ratings as a proxy of word of mouth in motion picture revenue forecasting", Working paper, University of Maryland.

DELLAROCAS. C, ZHANG, X y AWAD, N. F (2007), "Exploring the value of *online* product reviews in forecasting sales: The case of motion pictures". *Journal of Interactive Marketing*, Vol 21, pgs 23-46.

DEWEY, J (1910), "How we think", DC. Heath and Co. Universal Digital Library.

DIAZ, M y GONZÁLEZ, O (2013), "La nueva comunicación. Conceptos, tendencias y aplicaciones". Madrid: Ediciones pirámide. Capítulo comunicación boca-oreja.

DICKINGER, A (2010), "The trustworthiness of *online* channels for experience and goal directed search tasks", *Journal of Travel Research*, Vol 50, pgs. 378-391.

DILLON, D; O'BRIEN, D; MOJE, E y STEWART, R (1994), "Literacy learning in secondary school science classrooms: A cross-case analysis of three qualitative studies", *Journal of Research in Science Teaching*,

Vol 31, pgs. 345-362.

DITCHER, E (1966), “How word of mouth advertising works”, Harvard Business Review, Vol 44, pgs. 147-166.

DUAN, W; GU, B y WHINSTON, A (2008), “The dynamics of *online* word of mouth and product sales- an empirical investigation of the movie industry”, Journal of Retailing, Vol 84, pgs. 233-242.

DYE, R (2000), “The buzz on Buzz”, Harvard Business Review, Vol 139, pgs. 139-146.

EAST, R; HAMMOND, K y LOMAX, W (2008), “Measuring the impact of positive and negative word of mouth on brand purchase probability”. International Journal of Research in Marketing, Vol 25, pgs. 215-224.

EAST, R; HAMMOND, K y WRIGHT, M (2007), “The relative incidence of positive and negative word of mouth: A multi-category study”, International Journal of Research in Marketing, Vol 24, pgs. 175-180.

EL PAÍS (2012), “GlaxoSmithKline pagará 2400 millones de euros por fraude en Estados Unidos”, https://elpais.com/sociedad/2012/07/03/actualidad/1341267463_727960.html

ESTRADA, G (1998), “La riqueza de la información: Generación de capital intelectual mediante la tecnología de la información”, Capítulo 2, pgs. 28-55.

FARMAINDUSTRIA (2014), “Proceso de I+D de un medicamento”. Artículo disponible en la Web de Farmaindustria. Enero 2014 http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2014/01/proceso_de_ID_de_un_medicamento2.pdf

FARMAINDUSTRIA (2016), “Código de buenas prácticas de la industria farmacéutica”. Artículo disponible en la Web de Farmaindustria. Octubre 2016 <http://www.codigofarmaindustria.org/servlet/sarfi/docs/PRODF117805.pdf>.

FARMAINDUSTRIA (2017 a), “La industria farmacéutica en datos”. <http://www.farmaindustria.es/web/otra-noticia/la-industria-farmaceutica-espana-datos/>

FARMAINDUSTRIA (2017 b), “El valor del medicamento”. Artículo disponible en la Web de Farmaindustria. <http://www.farmaindustria.es/web/el-valor-del-medicamento/>

FERNÁNDEZ, B (2017), “La figura del market Access y relaciones institucionales en la industria farmacéutica”. Portal PMFarma (Febrero 2017). <http://www.pmfarma.es/articulos/2171-la-figura-del-market-access-y-relaciones-institucionales-en-la-industria-farmaceutica.html>.

FERREIRO, T Y TANCO M (1997), “El comercio electrónico en internet” http://www.marm.es/ministerio/pags/biblioteca/revistas/pdf_DYC/DYC_1997_35_26_30.pdf

FISHBEIN, M y AJZEN, I (1975), “Belief, attitude, intention and behavior”. Reading, MA: Addison-Wesley.

FITZSIMONS, G y LEHMANN, D (2004), “Reactance to recommendations: when unsolicited advice yields contrary responses”, *Marketing Science*, Vol 23, pgs. 82-94.

FLOYD, K; FRELING, R; ALHOQAIL, S; CHO, H y FRELING, T (2014), “How *online* product reviews affect to retail sales: a meta-analysis”, *Journal of Retailing*, Vol 90, pgs. 217-232.

FODNESS, D y MURRAY, B (1997), “Tourist information search”, *Annals of Tourism Research*, Vol 24, pgs. 503-523.

FORNELL, C y BOOKSTEIN (1982), “Two structural equation models: LISREL and PLS applied to consumer exit-voice theory”, *Journal of Marketing Research*, Vol 19, pgs. 440-452.

FORNELL, C y LARCKER, D.F. (1981), “Evaluating Structural Equations Models with Unobservable Variables and Measurement Error”, *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, pgs. 39-50.

GARLANT, R (1991), “The mid-point on a rating scale: Is it desirable?” *Marketing Bulletin*, Vol 2, pgs. 66-70.

GEISER, S (1975), “The predictive samples reuse method with applications”, *Journal of the American*

Statistical, Association, Vol 70, pgs 320-328.

GILES, M y REA, A (1999), "Career self-efficacy: An application of the theory of planned behaviour", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol 72, pgs. 393-398.

GLADWELL, M (1994), "The tipping point: How little things can make a big difference", Taurus Edition.

GOBÉ, M (2005), "Branding emocional: el nuevo paradigma para conectar las marcas emocionalmente con las personas", Editorial DIVINE EGG.

GODES, D y MAYZLIN, D (2004), "Using *online* conversations to study word of mouth communication", *Marketing Science*, Vol 23, pgs. 545-560.

GOLDSMITH, R y HOROWITZ, D (2006), "Measuring motivations for *online* opinion seeking", *Journal of Interactive Advertising*, Vol 6, pgs. 2-14.

GRANITZ, N y WARD, J (1996), "Virtual community: A sociocognitive analysis", *Advances in Consumer Research*, Vol 23, pgs. 161-166.

GRANOVETTER, M (1973), "The strength of weak ties", *The American Journal of Sociology*, Vol 78, pgs. 1360-1380.

GREMLER, D; GWINNER, K y BROWN, S, "Generating positive Word of mouth communication through customer-employee relationships", *International Journal of Service Industry Management*, Vol 12, pgs. 44-59.

GROEGER, L y BUTTLE, F (2014), "Word of mouth marketing. Towards an improved understanding of multi-generational campaign reach", *European Journal of Marketing*, Vol 48, pgs. 1186-1208.

GROHMANN, B; SPANGENBERG, E y SPROTT, D (2007), "The influence of tactile *input* on the evaluation of retail product offerings", *Journal of Retailing*, Vol 83, pgs. 237-242.

GRUEN, T.W; OSMONBEKOV, T y CZAPLEWSKI, A.J (2006), “eWOM: the impact of customer-to-customer *online* know-how exchange on customer value and loyalty” Journal of Business Research, Vol 59, pgs. 449-456.

GUMMESSON, E (1994), “Making relationship marketing operational”, The International Journal of Service Industry Management, Vol 5, pgs. 5-20.

GUMMESSON, E (1996), “Relationship marketing and imaginary organizations: a synthesis”, European Journal of Marketing, Vol 30, pgs. 31-44.

GUPTA, P y HARRIS, J (2010), “How e-WOM recommendations influence product consideration and quality of choice: a motivation to process information perspective”. Journal of Business Research, Vol 63, pgs. 1041-1049.

GURREA, R y ORUS, C (2014), “El papel de la vivacidad de la información *online*, la necesidad de tocar y la auto-confianza en la búsqueda de información *online-offline*”, Revista Española de Investigación de Marketing ESIC, Vol 18, pgs. 108-125.

HA, H (2002), “The effects of consumer risk perception on pre-purchase information in *online* actions: brand, word of mouth and customized information”, Journal of Computer Mediated Information, Vol 8. <http://jcme.indiana.edu/vol8/issue1/ha.html>

HAIR, J.F; ANDERSON, R.E; TATHAM, R.L y BLACK, W.C (2005), “Multivariable data analysis”, New Jersey: Prenticehall.

HAIR, J.F; HULT G.T.M; RINGLE, C.M y SARSTEDT, M (2014), “A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM), Thousand Oaks, CA: Sage.

HAIR, J.F; MATTHEWS, L; MATTHEWS, R y SARSTEDT, M (2017), “PLS-SEM or CB-SEM: update guidelines on which method to use”, Multivariate Data Analysis, Vol 1, pgs. 107- 123.

HAENLEIN, M y KAPLAN, A (2004), "A beginner's guide to partial least squares (PLS) analysis". *Understanding Statistics*, Vol 3, pgs 283-297.

HAGEL, J y ARMSTRONG, A (1997), "Net gain: expanding markets through virtual communities", *Journal of Marketing*, Vol 62, pgs 120.

HARRISON-WALKER, L (2001), "The measurement of word of mouth communication and an investigation of service quality and customer commitment as potential antecedents", *Journal of Service Research*, Vol 4, pgs. 60-75.

HEATH, C; BELL, C y STERNBERG, E (2001), "Emotional selection in memes: The case of urban legends", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 81, pgs. 1028-1041.

HENNIG-THURAU, T; GWINNER, K; WALSH, G y GREMLER, D (2003), "Electronic word of mouth: motives for and consequences of reading customer articulations on the internet", *International Journal of Electronic Commerce*, Vol 8, pgs. 51-74.

HENNIG-THURAU, T; GWINNER, K; WALSH, G y GREMLER, D (2004), "Electronic word of mouth via consumer opinion platforms: what motivates consumers to articulate themselves on the internet?" *Journal of Interactive Marketing*, Vol 18, pgs. 38-52.

HENSELER, J; RINGLE, C y SINKOVICS, R (2009), "The use of partial least squares path modeling in international marketing", *Advances in International Marketing*, Vol 20, pgs 277-319.

HERBIG, P y MILEEICZ, J (1993), "The relationship of reputation and credibility to brand success", *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 10, pgs. 18 – 24.

HERR, P; KARDES, F y KIM, J (1991), "Effects of word of mouth and product attribute information on persuasion: an accessibility diagnosticity perspective", *Journal of Consumer Research*, Vol 17, pgs. 454 – 462.

HOVLAND, C y WEISS, W (1951), “The influence of source credibility on communication effectiveness”. *Public Opinion Quarterly*, Vol 15, pgs. 635-650.

HUNG.I y MUKHOPADHYAY, A (2012), “Lenses of the Heart: How actors and observers perspectives influence emotional experiences, *Journal of Consumer Research* Vol 38, pgs. 1103 – 1115.

IBORRA, J y PERIS, A (2010), “Reconstruyendo la confianza en las empresas mediante la responsabilidad social cooperativa: una ilustración en las cadenas de suministros del sector textil”, *Georgetown University Universia*, Vol 4, N1.

IDRIS, K; MUSTAFA, A y YOUSIF, M (2012), “Pharmaceutical representatives’ s beliefs and practices about their professional practice: A study in Sudan”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol 18, pgs. 821-826.

IMS Health & Quintiles, IQVIA (2018), “Evolución del mercado de la farmacia española. Actualización datos de marzo 2018”. Abril 2018.

INE (2015), “Encuesta sobre innovación de empresas”.

JAVALGI, R; THOMAS, E y RAO, S (1992), “Consumer behavior in the US pleasure travel Marketplace: An analysis of senior and nonsenior travelers”, *Journal of Travel Research*, Vol 31, pgs. 14-19.

JIANG, Z y BENBASAT, I (2005), “Virtual product experience: Effects of visual and functional control of products on perceived diagnosticity and flow in electronic shopping”, *Journal of Management Information Systems*, Vol 21, pgs. 111-148.

JOHNSON, T.J y KAYTE, B.K (2009), “In blog we trust? Deciphering credibility of components of the internet among politically interest internet users”. *Computers in Human Behaviour*, Vol 25, pgs. 1765-182.

JORESKOG, K y WOLD, H (1982), “The ML and PLS techniques for modelling with latent variables: historical and comparative aspects”, *Systems under indirect observation: causality, structure, prediction*, Vol 1,

pgs. 263-270.

JOSEPH, K y MANTRALA, M (2009), “A model of the role of free drug samples in physicians’s prescription decisions”, *Marketing Letters*, Vol 20, pgs. 15-29.

KEAVEENEY, S (1995), “Customer switching behavior in service industries: an exploratory study”, *Journal of Marketing Research*, Vol 59, pgs. 71- 83.

KEMPF, D y SMITH, R (1998), “Consumer processing of product trial and the influence of prior advertising: a structural modeling approach”, *Journal of Marketing Research*, Vol 35, pgs. 325-338.

KING, R; RACHERLA, P y BUSH, D (2014), “What we know and don’t know about *online* word of mouth: a review and synthesis of the literature”, *Journal of Interactive Marketing*, Vol 28, pgs. 167-183.

KRATZER, J y LETTL, C (2009), “Distinctive roles of lead users and opinion leaders in the social networks of schoolchildren”, *Journal of Consumer Research*, Vol 36, pgs. 646 – 659.

KELLER FAY GROUP (2006), “Single – source WOM measurement”, (accessed March, 2012).<http://www.kellerfay.com/news/WOMMA%20-%20KF%20paper%2011-2006.pdf>.

KIECKER, P y COWLES, D (2001), “Interpersonal communication and personal influence on the internet: a framework for examining *online* word of mouth”, *Journal of Euromarketing*, Vol 11, pgs. 71-88.

KISELIUS, J y STERNTHAL, B (1986), “Examining the vividness controversy: an availability-valence perspective”, *Journal of Consumer Research*, Vol. 12, pgs. 418-31.

KO, H; CHO, C y ROBERTS, M (2005), “Internet uses and gratifications: a structural equation model of interactive advertising”, *Journal of advertising*, Vol 34, pgs. 57-70.

KOTLER, P y KELLER (2000), “Marketing management, the millennium edition”, Book, 14 edición, Prenticehall, 2000.

KOZINETS, R; VALCK, K; WOJNICKI, A y WILNER, S (2010), “Networked narratives: understanding word of mouth marketing in *online* communities”, *Journal of Marketing*, Vol 74, pgs. 71-89.

KROSNIK, J y PETTY, R (1995), “Attitude strength: an overview”, *Attitude strength: antecedents and consequences*, Vol 1, pgs. 1-24.

LADHARI, R (2007), “The effect of Consumption emotions on satisfaction and word of mouth communications”, *Psychology & Marketing*, Vol. 24, pgs 1085 – 1108.

LAM, D; LEE, A y MIZERSKI, R (2009), “The effects of cultural values in word of mouth communication”; *Journal of International Marketing*, Vol 17, pgs. 55-70.

LAZARFELD, P (1985), “De los conceptos a los índices empíricos”, *Metodología de las Ciencias Sociales. I. Conceptos e índices*, editado por R. Boudon y P.F. Lazarsfeld, Barcelona: Laia, pgs.35-62.

LEE, M y YOUN, S (2009), “Electronic word of mouth (e WOM): How eWOM platforms influence consumer product judgement”, *International Journal of Advertising*, Vol 28, pgs. 473-499.

LENDERMAN, M y SÁNCHEZ, R (2008), “Marketing experiencial: la revolución de las marcas” Edición ESIC editorial, Madrid.

LEVINE, R; LOCKE, C; SEARLS, D y WEINBERGER, D (2000), “The cluetrain manifesto: the end of business as usual”, Perseus Books Cambridge, USA.

LEVY, S y GVILY, Y (2015), “How credible is e Word of mouth across digital-marketing channels?” *Journal of Advertising Research*, Vol 55, pgs. 95-109.

LEVY, J y VARELA, J (2006), “Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales”, Ediciones Netbiblo. Madrid, pgs. 544.

LIBAI, B; MULLER, E y PERES, R (2013), “Decomposing the value of Word of mouth seeding programs: acceleration versus expansion”, *Journal of Marketing Research*, Vol L, pgs. 161 – 176.

LIM, B y CHUNG, C (2014), “Word of mouth: the use of source expertise in the evaluation of familiar and unfamiliar brands”, *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, Vol 26, pgs. 39-53.

LIU, Y (2006). “Word of Mouth for movies: its dynamics and impact on box office revenue”, *Journal of Marketing Research*, Vol 70. pgs. 74 – 89.

LI, X y HITT, L (2008), “Self- selection and information role of *online* product reviews”, *Information Systems Research*, Vol 19, pgs 456-474.

LOPEZ, B; SANTIAGO, M y GARCIA- ARRANZ, A, (2017), “Gasto farmacéutico en España, 2017). *Revista EAE Business School*. Diciembre 2017.

LOPEZ, M y SICILIA, M (2014), “Determinants of eWOM influence: the role of consumers’ s internet experience”, *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, Vol 9, pgs. 28-43.

LOUREIRO, S. y KASTENHOLZ, E (2011), “Corporate reputation, satisfaction, delight and loyalty towards rural lodging units”, *International Journal of Hospitality Management*, Vol 30, pgs. 575-583.

LOVETT, M.J; PERES, R y SCHACHAR, R (2013), “On brands and Word Of Mouth”, *Journal of Marketing Research*. Vol. 50, pgs. 427-444.

MADU, C y MADU, A (2002), “Dimensions of e-quality”, *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol 19, pgs. 246-258.

MARTÍNEZ, C (2006), “El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica”, *Pensamiento y gestión*, Vol 20, pgs. 165-193.

MARSDEN, P y CAMPBELL, K (1984), “Measuring tie strength”, *Social Forces*, Vol 63, pgs 482-501.

MATA, M (2017), “Inercia terapéutica en el tratamiento de la diabetes tipo 2”, *Diabetes Practica* 2017, Vol 8, pgs. 1-20.

MATOS, C y VARGAS, C (2008), “WOM communications in marketing, a metaanalytic review of the antecedents and moderators”, *Academy of Marketing Science*, Vol 36, pgs 578-596.

MAZZAROL, T; SWEENEY, J y SOUTAR, G (2007), “Conceptualizing word of mouth activity, triggers and conditions: an exploratory study”, *European Journal of Marketing*, Vol 41, pgs. 1475-1494.

MAXHAM, J (2001), “Service recovery’s influence on consumer satisfaction, positive word of mouth, and purchase intentions”, *Journal of Business Research*, Vol 54, pgs 11-24.

MCPHERSON, J y SMITH-LOVIN, L (1987), “Homophily in voluntary organizations: status distance and the composition of face to face groups”, *American Sociological Review*, Vol 52, pgs. 370-379.

MEDINA, F (2013), “El arte de la comunicación en la visita médica”. Artículo de *Pharma Market*, Mayo 2013. <https://www.phmk.es/arte-comunicacion-visita-medica/>

MENKES, D y MAHARAJH, M (2007), “Just saying “no” to pharmaceutical sponsorship”, *The New Zealand Medical Journal (online)*, Vol 120, pgs. 1-3.

MISHRA, A y SATISH, S (2016), “EWOM: Extant research review and future research avenues”, *Vikalpa: The Journal for Decision Makers*, Vol 41, pgs. 222-223.

MOORADIAN, T y SWAN, K (2006), “Personality and culture: The case of national extraversion and word of mouth”, *Journal of Business Research*, pgs. 778-785.

MOORE, S (2012), “Some things are better left unsaid: how word of mouth influences the storyteller”, *Journal of Consumer Research*, Vol 38, pgs. 1140 – 1152.

NAH, F y DAVIS, S (2002), “HCI research issues in electronic commerce”, *Journal of Electronic Commerce Research*, Vol3, pgs. 98-113.

NARDI, B; SCHIANO, D; GUMBRECHT, M y SWARTZ, L (2004), “Why we blog”, *Communications of the ACM*, Vol 47, N12.

NIELSEN, J (2006), "Participation inequality: encouraging more users to contribute", Jakob Nielsen Alertbox.

O'CURRY, S (2010), "Issues in measurement of Word of mouth in social media marketing", International Journal of Integrated Marketing Communications, Vol 3, pgs. 54-60.

OLMO, E y GONZALEZ, S, (2016), "El sector de medicamentos en España en el contexto de la Unión Europea". Revista Análisis Financiero, Vol 131, pgs. 104-125.

OMS documentos (2000), "Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000-2003". Revista: Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. 1 Diciembre 2010.

OMS documentos (2002), "Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional del medicamento: Componentes centrales". Ginebra 2002.

ORTEGA, E (2014), "Medicamentos superventas, ¿Oro envenenado para los laboratorios?" Revista médica sanitaria, Número 200.

OKAZAKI, S (2009), "Social Influence model and electronic word of mouth: Pc versus mobile internet". International Journal of Advertising, Vol 28, pgs. 1-33.

PAPATHANASSIS, A y KNOLLE, F (2011), "Exploring the adoption and processing of *online* holiday reviews: A grounded theory approach", Journal Tourist Management, Vol 32, pgs. 215-224.

PARK, D y LEE, J (2008), "eWOM overload and its effect on consumer behavioral intention depending on consumer involvement", Electronic Commerce Research and Applications, Vol 7, pgs. 386-398.

PATRALI, C (2011), "Drivers of new product recommending and referral behaviour on social network sites", International Journal of Advertising, Vol 30, pgs 77-101.

PERES, R; MULLER, E y MAHAJAN, V (2010), "Innovation diffusion and new product growth models: a critical review and research directions", International Journal of Research in Marketing, Vol 27, pgs.

91-106.

PERRETEN, N; DOMINGUEZ-BERJON, M; ASTRAY, J, ESTEBAN, M; BLANCO, L y LÓPEZ, M (2012), “Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario”, *Gaceta Sanitaria*, Vol 26, pgs. 477-479.

PETERS, K y KASHIMA, Y (2007), “From social talk to social action: shaping the social triad with emotion sharing”, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 93, pgs. 780-797.

PETTY, R; CACIOPPO, J y SCHUMANN, D (1983), “Central and peripheral routes to advertising effectiveness: the moderating role of involvement”, *Journal of Consumer Research*, Vol 10, pgs. 135-146.

PETTY, R y CACIOPPO, J (1986), “The elaboration likelihood model of persuasion”, *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol 19, pgs. 123-162.

PETTY, R; CACIOPPO, J y HEESACKER, M (1981), “Effects of rhetorical questions on persuasion: a cognitive response analysis”, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 40, pgs. 432-440.

PETTY, R y WEGENER, D (1999), “The elaboration likelihood model: Current status and controversies”, in *Dual- Process theories in social Psychology*, CHAIKEN, S y TROPE, Y; New York: Guildford press, pgs. 41-72.

PHELPS, J.E; LEWIS, R; MOBILIO.L; PERRY, D y RAMAN, N (2004), “Viral marketing or electronic WOM advertising: examining consumer responses and motivations to pass along email”. *Journal of Advertising Research*, Vol 44, pgs. 333-348.

PICON -BERJOYO, A; RUÍZ-MORENO, C y CASTRO, I (2016), “A mediating and multi-group analysis of customer loyalty”, *European Management Journal*, Vol 34, pgs 701-713.

RALSTON, R (1996), “Model maps out a sure path to growth in marketplace”, *Marketing News*, Vol

30, Mayo 1996.

REICHHELD, F (2006), “The ultimate question: driving good profits and true growth”, Harvard Business School press. Boston.

RICHINS, M (1983), “Negative word of mouth by dissatisfied consumers: a pilot study”, *Journal of Marketing*, Vol 47, pgs. 68 – 78.

RICHINS, M y ROOT-SHAFFER, T (1988), “The role of evolvment and opinion leadership in consumer word of mouth: an implicit model made explicit”, *Advances in Consumer Research*, Vol 15, pgs. 32-36.

ROBERTS, K (2005), “Lovemarks: el futuro más allá de las marcas”, *Empresa Activa*, Vol 15, pgs. 201-216.

ROGERS, E (1995), “Diffusion of innovations”. New York, NY: the New York press.

ROMERO, A (2001), “Universidad y globalización”, *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, FACES-LUZ, Universidad de Zulia. Maracaibo-venezuela. Enero-abril, Vol 7, pgs. 141-151.

ROSEN, S (2002), “Markets and diversity”, *American Economic Review*, Vol 92, pgs. 1-15.

RUST, R y OLIVER, R (1994), “Service quality: insights and managerial implications from the frontier”, Sage Publications, New York 1994.

SATORRA, A. Y BENTLER, P.M. (1988). “Scaling Corrections for Chi Square Statistics in Covariance Structure Analysis”, *American Statistical Associations Proceedings of the Business and Economic Sections*, Ed. American Statistical Association, Alexandria, V.A., pgs. 308-313.

SHELLEKENS, G; VERLEGH, P y SMIDTS, A (2010), “Language abstraction in word of mouth”, *Journal of Consumer Research*. Vol, 37, pgs 207 – 223.

SCHIFFMAN, L y KANUK, L (1987), "Consumer behavior", Third edition. Prentice- Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

SCHINDLER, R y BICKART, B (2005), "Published word of mouth: referable, consumer-generated information on the internet", *Online Consumer Psychology: understanding and influencing consumer behavior in the virtual world*, Vol 35, pgs. 35-59.

SEN, S y LERMAN, D (2007), "Why are you telling me this? An examination into negative consumer reviews on the web", *Journal of Interactive Marketing*, Vol 21, pgs. 76-94.

SHAIKH, B (2014), "Does prior experience reduces the effect of word of mouth communication? An empirical analysis", *International Journal of Business and Management*, Vol 2, pgs. 6-12.

SHER, P y LEE, S (2009), "Consumer skepticism and *online* reviews: an elaboration likelihood modelperspective", *Social Behavior and Personality: An International Journal*, Vol 37, pgs. 137-144.

SILVERMAN, G (2001), "The secrets of word of mouth marketing: How to trigger exponential sales through runaway word of mouth", New York: American Marketing Association.

SIMON, C (2018), "La inercia terapéutica frena el buen manejo de la diabetes 2", *Revista del médico interactivo*, 29 de Enero 2018.

STEFANI, D (1993), "Teoria de la acción razonada: una aplicación a la problemática de la internación geriátrica", *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol 25, pgs. 205-223.

STERN, B (1994), "A revised model for advertising: multiple dimensions of the source, the message, and the recipient", *Journal of Advertising*, Vol 23, pgs. 5-16.

STEPHEN, A y GALAK, J (2009), "The complementary roles of traditional and social media publicity in driving marketing performance", *Paperssrncom*, Vol 1, pgs. 1-39. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1480088

STEWART, D y PAVLOU, P (2002), "From consumer response to Active consumer: Measuring the effectiveness of interactive media", *Journal of the Academy of Marketing Science*. Vol 30, pgs. 376-396.

STEYER, A; GARCIA- BARDIDIA, R y QUESTER, P (2007), "Modelisation de la structure sociale des groupes de discussion sur internet", *Reserche el Applications en Marketing*, Vol 22, pgs. 29-44.

STOKES, D y LOMAX, W (2002), "Taking control of word of mouth marketing: the case of an entrepreneurial hotelier", *Journal of Small Business and Enterprise Development*, Vol 9, pgs. 349-357.

SPARKS, B y BROWNING, V (2011), "The impact of *online* reviews on hotel booking intentions and perception of trust", *Tourism Management*, Vol 32, pgs. 1310-1323.

STONE, M (1974), "Cross-validatory choice and assessment of statistical predictions", *Journal of the Royal Statistical Society, Series B (methodological)*, pgs 111-147.

SULLIVAN, P (1999), "Profiting from intellectual capital", *Journal of Knowledge Management*, Vol 3, pgs. 132-143.

SUN, L. B y QU, H (2011), "is there any gender effect on the relationship between service quality and wom?" *Journal of Travel & Tourism Marketing*, Vol 28, pgs. 210-224.

SUNDARAM, D; MITRA, K y WEBSTER, C (1998), "Word of mouth communications: A motivational analysis", *Advances in Consumer Research*, Vol 25, pgs. 527-531.

SWEENEY, J; SOUTAR, G y MAZZAROL, T (2005), "The differences between positive and negative word of mouth emotion as a differentiator", *ANZMAC 2005 Conference: Consumer Behavior*, pgs. 331-337.

SWEENEY, J; SOUTAR, G y MAZZAROL, T (2008), "Factors influencing word of mouth effectiveness: receiver perspectives", *European Journal of Marketing*, Vol 42, pgs. 344-364.

SWEENEY, J; SOUTAR, G y MAZZAROL, T (2012), "Word of mouth: measuring the power of individual messages", *European Journal of Marketing*, Vol 46, pgs. 237-257.

TEGLER, E (2009), “Ford is counting on army of 100 bloggers to launch new Fiesta”, *Advertising age*, Vol 80, pgs. 17.

THOMPSON, S (2016), “El perfil ideal del visitador médico”. Artículo disponible en la web Promofar. <http://www.promofar.com/articulos/i-perfil-visitador-medico.html>

TOH, R; DEKAY, C y RAVEN, P (2011), “Travel planning: Searching for and booking hotels on the internet”, *Cornell Hospitality Quarterly*, Vol 52, pgs. 388-398.

TOOR, S y OFORI, G (2009), “Ethical Leadership: Examining the Relationships with Full Range Leadership Model, Employee Outcomes, and Organizational Culture”, *Journal of Business Ethics*, Volume 90, pgs. 533-547.

TREVIÑO, L.K y WEAVER, G.R (1999), “Compliance and values oriented ethics programs. Influences on employee’s attitudes and behavior”. *Business Ethics Quarterly*, 1999. Vol 9, pgs. 315-335.

TRUSOV, M; BUCKLIN, R y PAUWELS, K (2009), “Effects of word of mouth versus traditional marketing: findings from an internet social networking site”, *Journal of Marketing*, Vol 73, pgs. 90-102.

URUEÑA, A; AGUDO, A y HIDALGO, A (2011), “Internet como fuente de información en el proceso de compra: hacia una concepción integral del consumidor.”, *El Profesional de la Información*, Vol 20, pgs. 627-633.

VAZQUEZ – CASIELLES, R; SUAREZ – ALVAREZ, L y DEL RIO – LANZA, A (2013), “The Word of Mouth Dynamic: How positive (and negative) WOM drives purchase probability”, *Journal of Advertising Research*. Vol 53, pgs. 43 – 60.

VENKATESH, V y DAVIS, F (2000), “A theoretical extension of the technology acceptance model: four longitudinal field studies”, *Management Science*, Vol 46, pgs. 169-332.

VENKATESH, V y BALA, H (2008), “Technology acceptance model 3 and a research agenda on

interventions”, *Decision Sciences*, Vol 39, pgs. 273-315.

VILA, N; KUSTER, I y ALDÁS, J (2000), “Desarrollo y validación de escalas de medida en marketing”, *Quaderns de treball*, 104.

VILLANNUEVA, J y ARMELINI, G (2007), “El boca oreja electrónico. ¿Qué sabemos de esta poderosa herramienta de marketing?”, *E-business Center PricewaterhouseCoopers y IESE*. <http://www.ebcenter.org/ewom>

VILPPONEN, A; WINTER, S y SUNDQVIST, S (2006), “Electronic Word of mouth in *online* environments: Structure and adoption behavior”, *Journal of Interactive Advertising*, Vol 6, pgs. 71-86.

XUE, F y PHELPS, J (2004), “Internet-facilitated consumer-to-consumer communication: The moderating role of receiver characteristics”, *International Journal of Internet Marketing and Advertising*, Vol 1, pgs. 121-136.

XUE, F y ZHOU, P (2011), “The effects of Product Involvement and Prior Experience on Chinese Cultures. Responses to *Online* Word Of Mouth”, *Journal of International Consumer Marketing*, Vol 23, pgs. 45-58.

VERMEULEN, I y SEEGER, D (2009), “Tried and tested: The impact of *online* hotel reviews on consumer consideration”, *Tourism Management*, Vol 30, pgs. 123-127.

WANGENHEIM, F.V y BAYON, T (2004), “The effects of word of mouth services switching”. *European Journal of Marketing*, Vol 38, pgs. 1173-1185.

WESTBROOK, R (1987), “Product/Consumption- based affective responses and post purchase processes”, *Journal of Marketing Research*, Vol 24, pgs. 258-270.

WEBSTER, C (1999), “The role of Brand familiarity on the impact of Word of Mouth communication on Brand evaluations”, *Advances of Consumer Research*, Vol 26, pgs 664-670.

WEN, I (2009), "Factors attending the *online* travel buying decision: a review", International Journal of Contemporary Hospitality Management, Vol 21, pgs. 752-765.

XUE, F y ZHOU, P (2010), "The effects of product involvement and prior experience on Chinese consumers responses to *online* word of mouth", Journal of International Consumer Marketing, Vol 23, pgs. 45-58.

YE, Q; LAW, R y GU, B (2009), "The impact of *online* user reviews on hotel room sales", International Journal of Hospitality Management, Vol 28, pgs. 180-182.

YOO, B; DONTU, N. y LEE, S (2000), "An Examination of Selected Marketing Mix Elements and Brand Equity", Journal for the Academy of Marketing Science, Vol. 28, pgs. 195-211.

YOU, Y; VADAKKEPATT, G y JOSHI, A (2015)," A meta-analysis of electronic word of mouth elasticity", Journal of Marketing, Vol 79, pgs. 19-39.

XHUN, F y ZHANG, X (2010), "Impact of *online* consumer reviews on sales: the moderating role of product and consumer", Journal of Marketing, Vol 74, pgs. 133-148.

ZAINAL, N; HARUN, A y LILY, J (2017), "Examining the mediating effect of attitude towards electronic word of mouth (eWOM) on the relation between the trust in eWOM source and intention to follow eWOM among Malaysian travellers", Asia Pacific Management Review, Vol 22, pgs. 35-44.

ANEXOS

Questionario con prescripción

Con objetivos académicos, estamos realizando un estudio sobre nuevos medicamentos, por lo que seguidamente vamos a hacerle unas preguntas al respecto. Este trabajo no tiene interés comercial ni relación con ningún laboratorio farmacéutico. La información será tratada de forma anónima. Además, no hay respuestas verdaderas ni falsas. La duración de la encuesta es de aproximadamente 5 minutos.

Para contestar las preguntas necesitamos que piense en un nuevo medicamento que se haya comercializado recientemente, y en una situación en la que USTED DECIDIÓ PRESCRIBIR ese nuevo medicamento a un paciente determinado, en sustitución del medicamento de elección en su experiencia clínica, para ese perfil de paciente concreto.

En este escenario señale su grado de acuerdo o desacuerdo a las siguientes afirmaciones asignando: 1: Muy en desacuerdo / 2: En Desacuerdo / 3: Ni de Acuerdo ni en desacuerdo / 4: De acuerdo / 5: Muy de acuerdo.

Situación en la que **DECIDIÓ PRESCRIBIR** el nuevo medicamento

1.- Piense en la información que le aportó el laboratorio farmacéutico acerca del medicamento nuevo. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

La información que le proporcionó el laboratorio farmacéutico...	1	2	3	4	5
1a.- Me ayudó a entender cómo actúa el nuevo medicamento en los pacientes a los que está indicado.					
1b.- Me ayudó a valorar las diferentes ventajas del nuevo medicamento.					
1c.- Me ayudó a valorar los posibles efectos secundarios del nuevo medicamento.					
1d.- Me ayudó a familiarizarme con el nuevo medicamento.					
1e.- Me ayudó a evaluar en conjunto el nuevo medicamento en sí.					

2.- La información que le aportó el laboratorio farmacéutico acerca del medicamento nuevo...

	1	2	3	4	5
2a.- Realmente me informaba acerca de la novedad terapéutica.					
2b.- Se trataba de una información creíble y veraz.					
2c.- Era una información clara y concisa, dejándome claro dónde y cómo utilizar el nuevo medicamento.					
2d.- Era una información detallada y bien argumentada.					
2e.- Era una información bien elaborada con los diferentes ensayos clínicos realizados del nuevo medicamento					
2f.- Era información explícita, sin ambigüedades, relativas a mi práctica clínica.					
2g.- Era una información seria y avalada por diferentes sociedades científicas.					
2h.- Se trataba de una información con un alto rigor científico					

3.- Las siguientes preguntas tienen que ver con la forma en la que el laboratorio farmacéutico le transmitió el mensaje que sobre el nuevo medicamento que usted decidió **PRESCRIBIR**.

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

	1	2	3	4	5
3a.- El mensaje fue transmitido de manera objetiva y con un alto contenido científico.					
3b.- El mensaje fue transmitido de manera honesta y veraz .					
3c.- El mensaje fue transmitido con un carácter informativo, dejando a priori de lado los diferentes intereses comerciales por parte del laboratorio farmacéutico.					
3d.- El mensaje fue transmitido de manera fiable y responsable por parte del laboratorio farmacéutico					

3e.- El mensaje fue transmitido con fuerza porque identificaba claramente la información novedosa.					
3f.- El mensaje fue transmitido de manera convincente, animándome a probar el medicamento nuevo en el perfil de paciente indicado.					
3g.- El mensaje fue transmitido de manera tan enérgica que consiguió ilusionarme de la novedad terapéutica					

4.- Piense ahora en el laboratorio farmacéutico que lanzó el nuevo medicamento. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

	1	2	3	4	5
4a.- Creo que este laboratorio es de confianza					
4b.- Creo que este laboratorio siempre dice la verdad					
4c.- Creo que este laboratorio es honesto con lo que nos comunica.					

5.- Ahora vamos a preguntarle sobre el delegado comercial que le informó sobre el nuevo medicamento. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

	1	2	3	4	5
5a.- Aunque finalizara nuestra relación profesional, creo que mantendría una relación de amistad con él/ella					
5b.- Considero al delegado comercial de dicho laboratorio un amigo/a					
5c.- Me gusta interactuar con dicho delegado comercial					
5d.- Creo que tengo un vínculo emocional con dicho delegado comercial					

6.- En la situación en la que usted decidió **PRESCRIBIR** el nuevo medicamento, piense ahora en el laboratorio y, en general, en toda la información que, en su conjunto, le suele ofrecer dicho laboratorio.

En base a eso, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo

	1	2	3	4	5
6a.- Tengo una opinión positiva sobre las recomendaciones/información que me proporciona este laboratorio					
6b.- Creo que seguir las recomendaciones que me plantea este laboratorio cuando lanza un nuevo medicamento es beneficioso para mí					
6c.- En general, la actitud que tengo hacia la información que me proporciona este laboratorio es buena					
6d.- Me gusta la información y consejos que me proporciona el laboratorio para mi práctica clínica.					
6e.- Creo que seguir las recomendaciones que me plantea este laboratorio cuando lanza un nuevo medicamento es bueno para mí, y en consecuente para mis pacientes.					

7.- Por último, piense en la sugerencia que le ha hecho tal laboratorio respecto a la prescripción de dicho medicamento, y valore de 1 a 5 las siguientes cuestiones

	1	2	3	4	5
7a.- Me siento seguro prescribiendo el nuevo medicamento de este laboratorio					
7b.- Confío en las diferentes recomendaciones hechas por el laboratorio sobre el nuevo medicamento					
7c.- Seguiré de cerca las sugerencias que me den acerca del medicamento nuevo por este laboratorio					
7d.- Me siento cómodo recomendando este nuevo medicamento a partir de la información proporcionada por el laboratorio farmacéutico					
7e.- Gracias a la información proporcionada por el laboratorio, no dudo en considerar la prescripción de este nuevo medicamento para el perfil de paciente indicado.					

Finalmente, indíquenos su:

Edad: _____

Género: Hombre Mujer

Años de profesión: _____

Especialidad: _____

Questionario sin prescripción

Con objetivos académicos, estamos realizando un estudio sobre nuevos medicamentos, por lo que seguidamente vamos a hacerle unas preguntas al respecto. Este trabajo no tiene interés comercial ni relación con ningún laboratorio farmacéutico. La información será tratada de forma anónima. Además, no hay respuestas verdaderas ni falsas. La duración de la encuesta es de aproximadamente 5 minutos.

Para contestar las preguntas necesitamos que piense en un nuevo medicamento que se haya comercializado recientemente, y en una situación en la que USTED DECIDIÓ NO PRESCRIBIR ese nuevo medicamento a un paciente determinado, por lo que continuó prescribiendo el medicamento de elección habitual en su experiencia clínica, para ese perfil de paciente concreto.

En este escenario señale su grado de acuerdo o desacuerdo a las siguientes afirmaciones asignando: 1: Muy en desacuerdo / 2: En Desacuerdo / 3: Ni de Acuerdo ni en desacuerdo / 4: De acuerdo / 5: Muy de acuerdo.

Situación en la que DECIDIÓ NO PRESCRIBIR el nuevo medicamento

1.- Piense en la información que le aportó el laboratorio farmacéutico acerca del medicamento nuevo. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

La información que le proporcionó el laboratorio farmacéutico...	1	2	3	4	5
1a.- Me ayudó a entender cómo actúa el nuevo medicamento en los pacientes a los que está indicado.					
1b.- Me ayudó a valorar las diferentes ventajas del nuevo medicamento.					
1c.- Me ayudó a valorar los posibles efectos secundarios del nuevo medicamento.					
1d.- Me ayudó a familiarizarme con el nuevo medicamento.					
1e.- Me ayudó a evaluar en conjunto el nuevo medicamento en sí.					

2.- La información que le aportó el laboratorio farmacéutico acerca del medicamento nuevo...

	1	2	3	4	5
2a.- Realmente me informaba acerca de la novedad terapéutica.					
2b.- Se trataba de una información creíble y veraz.					
2c.- Era una información clara y concisa, dejándome claro dónde y cómo utilizar el nuevo medicamento.					
2d.- Era una información detallada y bien argumentada.					
2e.- Era una información bien elaborada con los diferentes ensayos clínicos realizados del nuevo medicamento					
2f.- Era información explícita, sin ambigüedades, relativas a mi práctica clínica.					
2g.- Era una información seria y avalada por diferentes sociedades científicas.					
2h.- Se trataba de una información con un alto rigor científico					

3.- Las siguientes preguntas tienen que ver con la forma en la que el laboratorio farmacéutico le transmitió el mensaje que sobre el nuevo medicamento que usted decidió **NO PRESCRIBIR**.

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

	1	2	3	4	5
3a.- El mensaje fue transmitido de manera objetiva y con un alto contenido científico.					
3b.- El mensaje fue transmitido de manera honesta y veraz .					
3c.- El mensaje fue transmitido con un carácter informativo, dejando a priori de lado los diferentes intereses comerciales por parte del laboratorio farmacéutico.					
3d.- El mensaje fue transmitido de manera fiable y responsable por parte del laboratorio farmacéutico					

3e.- El mensaje fue transmitido con fuerza porque identificaba claramente la información novedosa.					
3f.- El mensaje fue transmitido de manera convincente, animándome a probar el medicamento nuevo en el perfil de paciente indicado.					
3g.- El mensaje fue transmitido de manera tan enérgica que consiguió ilusionarme de la novedad terapéutica					

4.- Piense ahora en el laboratorio farmacéutico que lanzó el nuevo medicamento. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

	1	2	3	4	5
4a.- Creo que este laboratorio es de confianza					
4b.- Creo que este laboratorio siempre dice la verdad					
4c.- Creo que este laboratorio es honesto con lo que nos comunica.					

5.- Ahora vamos a preguntarle sobre el delegado comercial que le informó sobre el nuevo medicamento. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo.

	1	2	3	4	5
5a.- Aunque finalizara nuestra relación profesional, creo que mantendría una relación de amistad con él/ella					
5b.- Considero al delegado comercial de dicho laboratorio un amigo/a					
5c.- Me gusta interactuar con dicho delegado comercial					
5d.- Creo que tengo un vínculo emocional con dicho delegado comercial					

6.- En la situación en la que usted decidió **NO PRESCRIBIR** el nuevo medicamento, piense ahora en el laboratorio y, en general, en toda la información que, en su conjunto, le suele ofrecer dicho laboratorio.

En base a eso, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones, siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo

	1	2	3	4	5
6a.- Tengo una opinión positiva sobre las recomendaciones/información que me proporciona este laboratorio					
6b.- Creo que seguir las recomendaciones que me plantea este laboratorio cuando lanza un nuevo medicamento es beneficioso para mí					
6c.- En general, la actitud que tengo hacia la información que me proporciona este laboratorio es buena					
6d.- Me gusta la información y consejos que me proporciona el laboratorio para mi práctica clínica.					
6e.- Creo que seguir las recomendaciones que me plantea este laboratorio cuando lanza un nuevo medicamento es bueno para mí, y en consecuente para mis pacientes.					

7.- Por último, piense en la sugerencia que le ha hecho tal laboratorio respecto a la prescripción de dicho medicamento, y valore de 1 a 5 las siguientes cuestiones

	1	2	3	4	5
7a.- Me siento seguro prescribiendo el nuevo medicamento de este laboratorio					
7b.- Confío en las diferentes recomendaciones hechas por el laboratorio sobre el nuevo medicamento					
7c.- Seguiré de cerca las sugerencias que me den acerca del medicamento nuevo por este laboratorio					
7d.- Me siento cómodo recomendando este nuevo medicamento a partir de la información proporcionada por el laboratorio farmacéutico					
7e.- Gracias a la información proporcionada por el laboratorio, no dudo en considerar la prescripción de este nuevo medicamento para el perfil de paciente indicado.					

Finalmente, indíquenos su:

Edad: _____

Género: Hombre Mujer

Años de profesión: _____

Especialidad: _____

