

Algunos apuntes en relación al marketing sanitario, publicidad y su evaluación

D. JOSE LUIS ALFONSO SANCHEZ. *Universidad de Valencia*

Introducción

Históricamente, los servicios sanitarios de nuestro país, tanto públicos como privados, se han desarrollado al margen de las leyes de mercado, de la libre valoración, y de los sistemas de asignación eficientes. Sin embargo, la complejidad y magnitud de las empresas sanitarias y el entorno competitivo de los próximos años, exigen la incorporación de instrumentos de gestión y dirección que ya hace tiempo se están utilizando en otras áreas de la actividad empresarial.

El marketing, como conjunto de actividades destinadas a lograr con beneficio, la satisfacción de las necesidades del consumidor a través del producto o servicio, como orientación de la empresa y como función gerencial, ha demostrado que es una herramienta imprescindible para alcanzar la eficiencia por vía de la satisfacción de las necesidades de los clientes y de la comunidad. A pesar de ello, su incorporación al sector sanitario se ha visto dificultada por barreras y tendencias estabilizadoras (ausencia de mercado, dificultad para fijar el producto, etc.).

Por otra parte, ni los directivos de instituciones sanitarias, ni inclusive los mandos intermedios tampoco han recibido la adecuada y necesaria formación en este aspecto clave de su actividad. En cierta forma, dicha situación ha respondido a la realidad demandada en ese momento, es decir, no se les requería ni les hacía falta tal formación.

La singularidad de la empresa sanitaria y del propio sector de la salud aconseja realizar un esfuerzo específico de adaptación de las estrategias y tácticas de marketing al sector para evitar aplicaciones que pueden invalidar su potencialidad.

Un problema lingüístico que el castellano-parlante se suele encontrar es precisamente el terminológico, a pesar de que, como término, marketing es realmente ya clásico. Ciertamente, resulta difícil la traducción del término marketing, aunque la población latina suele utilizar el de "mercadeo" como su equivalente; sin embargo, en su lugar utilizaremos, aunque indistintamente con el de marketing, el término de "mercadotecnia", debido a la reciente aceptación de la Real Academia de la Lengua Española de dicho vocablo.

El mercado sanitario es un conjunto de clientes actuales y potenciales de un producto o servicio diferencial. La gestión diferencial entre clientes actuales y potenciales es uno de los productos más complejos e importantes en la gestión de la mercadotecnia.

El mercado realiza una función de conversión de una corriente o flujos de bienes y servicios en un flujo monetario, o su equivalente mediante un precio o un gasto, como mecanismo de mercado. Para llevar a cabo esta interrelación es necesaria la existencia de un flujo eferente de comunicación a los consumidores con objeto de que puedan conocer los detalles del servicio y del producto que se ofrece, mientras que también se recibe una información de los clientes, e incluso, el propio servicio puede llegar de una forma activa a buscar esa información más ampliada o que pueda servir de base para los objetivos de la institución.

El marketing tiene como finalidad el consumo y el consumidor. El consumo, sin embargo, es el objetivo final del marketing y para lograrlo es necesario superar otro aspecto más inmediato, cual es la utilización, condición indispensable para la anterior situación.

Del listado de definiciones que existen de marketing conviene destacar la suministrada por:

- Paul Cherington, en 1920, define el marketing como la ciencia implicada en la distribución de mercancías del productor al consumidor, excluyendo las alteraciones de forma.

- La American Marketing Association en 1960 la define como "el proceso de planificación y ejecución de la concepción, fijación de precios,

comunicación y distribución de ideas, productos y servicios para crear intercambios a los individuos y a los objetivos de la organización".

- Paul Mazur, en 1965, de una forma más amplia la conceptualiza como suministrar un nivel de vida a la sociedad.

- Kotler, en 1980, la define como "la actividad humana dirigida a satisfacer necesidades y deseos por medio de un proceso de intercambio".

Prácticamente, todas las definiciones descansan sobre la idea central de satisfacción de necesidades y en el fondo se traduce la realidad del establecimiento de conductas, es decir, intenciones o comportamientos que, basadas en actitudes positivas hacia el servicio sanitario, se manifiesten en un consumo de hecho. La definición que establece Mazur es bastante amplia y abarca situaciones que comprenden el conjunto y la finalidad de la relación empresa-sociedad, sin embargo, es la definición de Kotler la que más permite una operatividad real y actual. No hay que olvidar que los ejes primordiales en el futuro próximo sanitario serán la vejez y el marketing.

Otro aspecto que soporta el desarrollo de la mercadotecnia es que busque el conocimiento de la verdad de una forma científica y veraz. El marketing debe buscar siempre la realidad, más allá de la mera apariencia. Este es el pensamiento científico que debe estar siempre presente en las decisiones.

Psicológicamente son muchos los factores que pueden actuar sobre toda la cuestión de los comportamientos de utilización y de intención positiva sobre el servicio. Factores económicos,

intentando lograr maximizar la satisfacción del empleo de unos recursos limitados, factores personales y factores sociales y familiares formarán el entramado que actuará sobre la decisión final del consumidor.

Un sector tan amplio como es el sanitario permite muchas y diferentes especializaciones y divisiones del mismo (Hospitales, Centros de Salud, Hospitales de agudos, de crónicos, del dolor, psiquiátricos, etc.). La actuación en ellas desde el punto de vista de la mercadotecnia, no tiene por qué ser homogénea en todo el sector, sino más bien en función a los objetivos a conseguir por el servicio en concreto de que se trate. El sector sanitario tendrá que conseguir no solamente que el paciente lea los letreros indicadores y sepa dónde están los distintos servicios sanitarios, sino que éstos salgan al encuentro del paciente, es decir, que tomen una actitud más positiva, con un sentido de mayor acercamiento y involucramiento.

Hay que considerar que, inclusive, la elección de un segmento diferencial de mercado sanitario debe realizarse midiendo su potencial crecimiento, además de cuantificar su situación actual. Igualmente se deben valorar otros muchos factores, tales como la situación del sector, dificultades de acceso, legislación, competencia, etc. Del resultado final del mismo puede surgir una actuación u otra. Dicha situación es algo diferente cuando el servicio sanitario es público.

Las técnicas de marketing a utilizar en este último caso, responderán mucho más al nombre de técnicas indiferenciadas, dado que, en general, considerarán el mercado como un todo uni-

forme, y no valorarán los posibles segmentos de mercado que pudieran existir. Dicha situación está sujeta a la normativa legal imperante. Se puede considerar que las diferencias existentes no son relevantes en cuanto a impacto diferencial y no compensa asumir los costes de una desviación presupuestaria hacia una política de producto diferenciado.

La situación puede ser diferente cuando se busca trabajar en un determinado segmento de mercado. Las técnicas responderán a las de diferenciación, cuando busquen el impacto en segmentos de mercado sanitario diferentes, o pueden ser concentradoras, cuando los objetivos sean un determinado segmento más o menos amplio, y así podríamos entrar en todas las técnicas de posicionamiento que conocemos⁽¹⁾.

La publicidad o la utilización de los atributos del producto

Los atributos son las características diferenciales o los puntos fuertes o débiles que los productos exhiben y los clientes perciben. Entre las características que posee un producto o servicio, el cliente destaca una o varias como las más relevantes para la toma de decisiones entre varias que sean similares.

De todos ellos se pueden destacar los atributos relevantes que son aquel conjunto de atributos que influyen en la formación y cambios de actitudes del cliente o en la decisión de utilización y elección. Un atributo relevante o selectivo puede ser la calidad científico-técnica de un servicio sanitario, mientras que en otro sector, el atributo éste podría dejar de ser relevante, e inclusive no tener ninguna importancia. Por lo

tanto, lo fundamental es identificar los atributos más importantes para cada situación de elección y presentarlos como características diferenciadoras a los clientes. De esta forma se dirige a favor del servicio sanitario un proceso que de forma natural lleva a cabo el cliente y que consiste en simplificar, sintetizar y recordar una sola de las múltiples características que reúne una marca.

Por otra parte, la identificación de atributos relevantes es una de las tareas de la mercadotecnia científica más importantes, porque la cuestión se limita a averiguar cuáles son los aspectos que producen un mayor convencimiento de utilidad y de predisposición. A partir de esta característica los clientes comparan alternativas diferentes, perciben el producto y deciden.

Para la determinación de los atributos existen multitud de técnicas, tales como la técnica conocida como de análisis conjunto, la del enfoque de perfil completo, las escalas de likert, etc. en las que no vamos a entrar y se encuentran en cualquier manual de marketing.

El marketing sanitario en la actualidad es mucho más que un contenido que trata del precio, producto, distribución y promoción, situaciones que clásicamente siempre se describen como contenidos de la mercadotecnia.

En los países desarrollados, el marketing, algo menos el marketing sanitario, se está convirtiendo en un sistema de gestión, una gestión orientada al cliente, una forma de vida en la empresa sanitaria, en definitiva, una forma más personalizada de ver al paciente, centro de todas las actividades asistenciales.

Si en el mundo empresarial, el fin de cualquier negocio es, como dice Theodore Levitt⁽²⁾ "el de hacer y conservar a los clientes", en el sector sanitario, esta frase adquiere un mayor sentido y amplitud, ya que por una parte, como empresa orientada al producto buscará conservar al cliente en relación con entregar al cliente su salud o más salud, es decir, un valor añadido, mientras que bajo el sentido de empresa orientada al cliente buscará crear una relación de dependencia, basada en la satisfacción, como medio para luchar contra la competencia y mejorar a su vez la calidad del servicio.

En estos momentos, en muchos países, sobre todo en EEUU, la figura del cliente (no del paciente), es el centro reconocido del sector sanitario. El futuro de los servicios sanitarios marchará por el camino del marketing y la imagen pública. Las técnicas de gestión interna mejorarán importantemente pero fundamentalmente lo harán las técnicas de gestión externa del servicio sanitario y así, el principal soporte de los servicios sanitarios serán las técnicas de mercadotecnia y posicionamiento.

En relación a los gastos en publicidad realizados por diferentes países del Mercado Común⁽³⁾, destacar que España en 1987 era el primer país, ya que gastaba el 1,9% de su PIB, aunque eran aproximadamente 143 dólares per cápita, a la vez que con este último parámetro era Holanda en ese año el que con 218 dólares per cápita se situaba a la cabeza, seguido de Gran Bretaña con 180 y de Alemania con 164, mientras que España se sitúa en sexto lugar con 112 (Tabla I).

Otro aspecto interesante consiste en conocer cuál es el corte de las inversiones publicitarias

que se realizan en general en un país, para posteriormente poderlo comparar con su equivalente en el sector sanitario. Así, en España, en 1988, el 40% del gasto publicitario se realizó en Diarios y Revistas, mientras que Televisión se llevó el 23%, Radio el 9%, y Cine y otros el 26% restante (Tabla II).

En 1991 (Tabla III) según datos estimativos basados en estudios muestrales hechos en el propio Departamento de Salud Pública, los gastos en publicidad suponían 2.582 millones de pesetas, lo que supone un 0,17% del total del presupuesto en el Sector Salud del año 1988 (no llegan a 100 ptas. por ciudadano), siendo Cataluña la que gasta una mayor cuantía (951) y en porcentaje 0,39%.

Otro de los aspectos estudiados fueron la distribución del gasto estimado en publicidad por diversas entidades, así (Tabla IV) la primera entidad se situaba en el año 1988 en el 4,2% del total de su presupuesto y era Citroën. Otras empresas conocidas eran Seat, El Corte Inglés, el Ministerio de Economía y Hacienda que gasta el 0,7% del total de su presupuesto, Tabacalera, mientras que el Ministerio de Sanidad y Consumo se clasifica de las últimas según estos datos estimativos, con un 0,17%.

Es importante el conocimiento de la fuerza y del índice de penetración que ostentan algunos atributos en el Sector Sanitario. Por ello, se evaluaron diferentes aspectos sociodemográficos y del producto sanitario (Tabla V), destacando que en relación a la amplitud (mide la fuerza de impacto de cada atributo) destacaron la edad y la situación laboral, rondando el 0,6; también fueron importantes la situación civil y social, así

como la atención profesional. Estos datos imponen el tipo de información que hay que utilizar de soporte para el sector sanitario a la hora de enviar un mensaje del tipo que sea, inclusive aunque se utilice desde el punto de vista de campañas de educación para la salud.

Teniendo en cuenta dichos aspectos se pudo llevar a identificar y valorar de la muestra estudiada de publicidad y corregirla por el impacto. Hay que considerar que la medición se realizó pensando que una misma comunicación podía tener el soporte de dos o más atributos y para ello se utilizó la medida de impacto condicionado, es sumando las probabilidades de los atributos y restando la probabilidad resultante de la interacción. Con estos datos se realizó una evaluación global de la medida del impacto de las muestras obtenidas por Comunidades Autónomas. En primer lugar quedó Cataluña con una medida global de impacto de 1,58 seguida del País Vasco con 1,58, a continuación figuraron Andalucía con el 1,21, Comunidad Valenciana con 1,12 e Insalud en último lugar con el 1,06 situándose la media de España en el 1,09 (Tabla VI).

Dentro del sector sanitario y en relación al futuro de la comunicación y la utilización de la información para la publicidad (Tabla) se deberá tener en cuenta que las nuevas tendencias serán hacia una comunicación más interactiva, es decir, bidireccional y no en el sentido único hacia el usuario como ocurre actualmente. El público tendrá la posibilidad de acceder, elegir y devolver información y no solamente tendrá una situación pasiva, sino que se erigirá en lo que en economía se denomina "la supremacía del comprador". Igualmente tendrá acceso a

una información más variada, inclusive sobre rendimientos comparados, por lo que no se le podrá enmascarar la información. Otra evolución de las comunicaciones será hacia las difusiones más selectivas, más personalizadas, a través de teléfono o comunicaciones personales, que aumentarán la eficacia de la publicidad, así como el marketing directo.

El primer tipo de estudios históricamente fueron los que se realizaron sobre la publicidad y de ellos surgieron los conocimientos básicos sobre los factores que influyen sobre la atención, la lectura y la fijación.

Los estudios de rastreo son estudios a gran escala, con frecuencia realizados por medio del teléfono que intentan medir el grado de percepción por parte del público. La información solicitada se reduce normalmente a medidas simples sobre el conocimiento del tema, y la información que ofrece, la convicción que origina y otras.

A partir de las consideraciones de Huff⁽⁴⁾ modificadas por el autor, se formula que la probabilidad de que un cliente utilice determinado servicio sanitario (P_{ij}) depende de los recursos sanitarios de los que disponga (S_j), la distancia medida como el tiempo que emplea en llegar al servicio (t_{ij}), y las posibles alternativas de la competencia. La expresión formal del modelo es:

$$P_{ij} = \frac{\frac{S_j}{\epsilon t_{ij}}}{\sum \frac{S_j}{\epsilon t_{ij}}}$$

siendo ϵ un parámetro estimado empíricamente, que mide el efecto de la distancia en tiempo. El sumatorio del divisor tiene en cuenta los efectos de otros servicios sanitarios competidores.

El número de clientes esperados en un servicio asistencial; desde un lugar j es igual al número de clientes en i (C_i) multiplicado por la probabilidad P_{ij} antes calculada. Es decir:

$$E_{ij} = P_{ij} \times C_i$$

siendo E_{ij} el número de clientes dispuestos a ir al servicio sanitario j .

Las aportaciones del modelo de Huff se basan en representar el modelo de comportamiento del cliente ante la oferta hospitalaria, considerar la incidencia de posibles establecimientos competidores y, por último, la posibilidad de valorar mediante el parámetro ϵ , el tipo de producto de que se trate. Cuanto más importante sea para el cliente el producto sanitario a realizar, estará dispuesto a realizar mayores desplazamientos. El valor ϵ será menor cuanto mayor sea el tiempo que el cliente quiera destinar a la compra.

Realizando una evaluación Coste-Efectividad

El primer aspecto estaría relacionado con la medición de la eficacia. La actividad publicitaria, como cualquier variable económica, debe ser evaluada en términos de sus resultados actuales y potenciales futuros. Aunque en el sector sanitario, el volumen de inversión en publicidad no es importante, comparado con

otros sectores, siempre existe la necesidad de medición de la eficacia de esta inversión.

Posiblemente, el primer punto a definir estaría en relación a la identificación del objetivo de dicha publicidad, bien medida en términos de comunicación o bien en términos de satisfacción del ciudadano, u otros fines.

Realmente se puede pensar que el objetivo de la eficacia publicitaria puede ser ver el alcance, la amplitud, la percepción, la aptitud favorable, etc., y, en el fondo, se trataría de evaluar cómo ha repercutido sobre estas magnitudes. En el campo estrictamente comercial se podría ceñir en observar cómo han influido en la demanda, o sea, en las ventas. Se puede apuntar que en la Sanidad, en el sector público, el objetivo a impactar sería la creación y mantenimiento de una aptitud favorable.

La mejora de la eficacia publicitaria, no obstante sea cual sea el indicador de medida utilizado, vendrá acompañada de una mejor creatividad, de forma que el mensaje sea el más adecuado y con la forma más correcta, de una imagen más adecuada, de una selección más eficiente de los medios con relevante determinación del presupuesto, en definitiva, de una adecuada publicidad estratégica.

El segundo aspecto a definir estaría en relación a la medición del impacto producido en esa orientación. Una forma ética de solucionar dicho planteamiento es realizar una medición previa o de la situación inicial y otra final, es decir, posterior a la campaña, o a la publicidad desarrollada, e inclusive secuencial a cada una de las diferentes etapas realizadas, caso que éste sea el esquema de trabajo publicitario diseñado.

Existen otras muchas técnicas para la medición de la eficacia, bien como prueba piloto en minimuestras, mediante experimentos controlados, etc. que intentan reproducir de una forma más reducida lo que ocurrirá posteriormente en la población general. Uno de los métodos más utilizados son los de estimación estadística y más concretamente una variante del modelo Koyck LMC⁽⁶⁾.

Sin embargo, la explicación de este tipo de modelos cuantitativos presenta algunas dificultades para cuantificar el efecto de la inversión publicitaria. En primer lugar, hay que tener en cuenta que en el nivel de propensión de la población intervienen otros elementos del entorno y aún la política del propio hospital, además de la publicidad estratégica, es decir, orientada hacia este efecto, y que por ello es difícil aislar y tener los efectos puros de ésta. En segundo término, inclusive una vez aislados o contrarrestados cuantitativamente dichos efectos.

La mercadotecnia tiene mayor importancia cuando el paciente puede decidir la opción preferida, situación que se da muy parcialmente en el sistema sanitario público, aunque dicha relación de dependencia no debe impedir que se desarrolle el marketing. Sin embargo, apenas se tiene en consideración en la actualidad la importancia de la misma, a pesar de que el propio sistema sanitario español genera una situación de desigualdad entre los ciudadanos, ya que establece dependencia directa entre personas y hospitales de tercer nivel, de segundo o de primer nivel, y por ello, el acceso directo por ley a diferentes cantidades de recursos sanita-

rios, originando ciudadanos de primera, segunda y tercera categoría.

Como ocurre en cualquier evaluación económica y cuando se comparan alternativas, las opciones de un servicio sanitario desde el punto de vista de los resultados puede ser que originen mayor o menor satisfacción por el servicio realizado, pero, indudablemente, la peor de las valoraciones es cuando se genera un mal servicio al cliente, y se ha intentado en diversas situaciones valorar numéricamente el coste de no prestar un buen servicio al cliente.

Clásicamente, también, los costes se han dividido en directos e indirectos, de acuerdo a la relación que mantenga con el acto que mide.

En el caso de que se realice un mal servicio, hay que considerar que los costes directos se referirán a los costes de tratamientos, los costes de las acciones legales, los derivados de las relaciones con las organizaciones de protección al consumidor, así como los costes de relaciones públicas orientadas a corregir los errores producidos para evitar la caída de la imagen pública de la corporación o del servicio.

Todos estos costes son muy importantes, y pueden llegar a serlo mucho más, dependiendo de las situaciones de gravedad generadas en la situación en concreto.

Si los costes directos son importantes, los indirectos, generalmente, aún lo suelen ser más. Se derivan de la mala satisfacción originada en los pacientes y en los clientes, tanto afectados directamente como en terceros conocedores del juicio o crítica que la situación ha generado.

En el sector sanitario privado, los costes indirectos aún pueden ser más gravosos, ya que hay que contar con los costes de la captación de nuevos clientes (clásicamente se ha descrito que el coste de captar un nuevo cliente es 5 veces mayor que el de mantener a los ya existentes, basado en la prestación de unos buenos servicios), y el coste, que muchas veces no se considera en los estudios de este tipo, que son los referidos al coste de oportunidades de expansión que se pierden, los de posicionamiento, los de relaciones con los proveedores y otros.

El marketing es el servicio de atención al usuario o el servicio de atención al cliente

Un mismo individuo o empresa puede ser considerado como público general, que puede ser objetivo de la empresa, o puede ser cliente, bien potencial, o eventual, o bien cliente habitual o usuario.

El público general estará interesado de forma relativa en el servicio sanitario en concreto, mientras que el cliente potencial mantiene un interés particular sobre el mismo. Tiene una susceptibilidad y un seguimiento mayor. Por contrario, el cliente será aquél que utiliza el servicio, bien en un momento determinado o bien con una cierta dependencia a habitualidad con el servicio. El propio concepto cliente habitual tiene connotaciones diferenciales del concepto usuario, concepto este último muy difundido por la Administración Pública pero que añade connotaciones de pasividad, repetitivo, sin capacidad de juicio o crítica ni de toma de decisiones.

Por otra parte, las características de servicio también tienen sus peculiaridades. El término servicio fue utilizado como expresión del trabajo del sirviente doméstico y en la actualidad tiene una fuerte connotación de sirviente y de servil, a pesar del rechazo que dichos significados tienen en la actualidad en la sociedad, en el siglo de los derechos humanos y de la igualdad.

Conjuntamente, el servicio al cliente conlleva una serie de funciones desde información sobre relaciones con la oferta y demanda e investigación de mercados, hasta los referidos a información sobre admisión de pacientes, relación paciente-servicio, listas de espera, cobros y pagos (dependiendo sea público o privado) y servicios de posthospitalización y relaciones con el exterior.

Tabla I. Inversión publicitaria en los países del Mercado Común (1987)

Países	Gasto*	Gasto per cápita	% del PIB
España	4.373,2	112,5	1,9
Holanda	3.193	218,5	1,8
Gran Bretaña	10.266	180,6	1,7
Alemania Federal	9.995,8	164,2	1,1
Dinamarca	371,7	143,3	1
Belgica	1.047,4	106,2	0,9
Francia	6.723	120,9	0,9
Irlanda	190,6	52,8	0,9
Grecia	321,4	32,1	0,7
Italia	4.380,1	76,4	0,7
Portugal	156,6	15,3	0,5
Mercado Común	41.368,8	128,1	1,2

* Millones de dólares USA

Tabla II. Inversión en publicidad según el medio publicitario (1988)

	Millones ptas.	% del Total
Diarios	188.000	27,4
Revistas	86.150	12,6
Televisión	161.250	23,6
Radio	61.200	8,9
Cine	3.650	0,6
Exterior	20.750	3
Otros	164.000	23,9
*Material enviado por correo	78.500	11,5
*Material punto de venta	75.000	10,9

Tabla III. Distribución del gasto estimado en publicidad por Comunidades Autónomas (Millones de ptas.)

Comunidad Autónoma	Gasto Sanitario*	Gasto Publicidad**	%
Andalucía	267.944	616	0,23
Cataluña	243.902	951	0,39
Comunidad Valenciana	148.966	164	0,11
País Vasco	73.548	199	0,27
Insalud	815.472	652	0,08
España	1.549.832	2.582	0,17

Tabla IV. Distribución del gasto estimado en publicidad por entidades

Entidades	Gasto en Publicidad	%
Citroën	7.079	4,20
Seat, Audi, Volkswagen	4.762	1,50
El Corte Inglés	4.828	1,20
Ministerio de Economía y Hacienda	3.797	0,70
Tabacalera	2.597	0,60
Ministerio de Sanidad*	2.582	0,17

* Gasto Sanitario en 1988

** Gasto estimado en 1991

Tabla V. Tabla de algunos atributos obtenidos con su amplitud de penetración

	Indice de penetración	Amplitud
Sociodemográficos		
Sexo	1 - 0,95	0,05
Edad	1 - 0,35	0,65
Estado Civil	1 - 0,47	0,53
Clase Social	1 - 0,45	0,55
Situación Laboral	1 - 0,26	0,74
Medio Urbano-rural	1 - 0,71	0,29
Características del producto		
Atención profesional	-	0,50
Servicios Hoteleros	-	0,30
Imagen Externas e Interna	-	0,20

Tabla VI. Corrección del gasto en publicidad en función del impacto de la medida publicitaria

	% Gasto Publicidad	Impacto
Andalucía	0,23	1,21
Cataluña	0,39	1,58
Comunidad Valenciana	0,11	1,12
País Vasco	0,27	1,39
Insalud	0,08	1,06
España	0,17	1,09

Tabla VII. Tendencias en la Comunicación-Publicidad en Sanidad:

✓ COMUNICACION INTERACTIVA

✓ DIFUSION SELECTIVA

✓ INFORMACION MAS COMPLETA

✓ COMUNICACIONES MAS COMPLEJAS

✓ INTERNACIONALIZACION

✓ MAYOR AMPLITUD PUNTO CONTACTO CON EL PACIENTE

Tabla VIII. Medición de la eficacia y eficiencia de la Publicidad Sanitaria

A COSTE POR IMPACTO Y EL COSTE POR MIL

B MEMORIZACION DEL MENSAJE

C CREDIBILIDAD

D EFICIENCIA = (B*C)/A

Notas

- (1) ALFONSO J. L. Servicios de Salud: técnicas de marketing y planificación sanitaria. Ed. Doyma, Barcelona, 1991.
- (2) LEVITT T. The marketing imagination. The Free Press. 1983.
- (3) Starch Inra Hoper citado por J. W. Thompson. La inversión publicitaria en España, 1988, Madrid, 1989.
- (4) Huff D. L. Defining and stimiting a trading area. En RG Murdick. Mathematical models in marketing. Intext Sranon, 1971.
- (5) KOYCK LMC. Distributed lags and investment analysis. North-Holland. Amsterdam, 1954.