

## MARKETING DE RELACIONES Y NEGOCIACIÓN EN LA RELACIÓN ENTRE PRESTADORES DE SERVICIOS, OPERADORAS DE SALUD Y CLIENTE FINAL: LA BÚSQUEDA DE UN MODELO INTEGRADOR

Carlos André, Silva Carneiro (1); Nilda Catalina, Tañski (2)

(1) Campus A. C. Simões

Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro do Martins - Maceió – Alagoas - Brasil

(2) Facultad de Ciencias Económicas – Universidad Nacional de Misiones

Ruta. Nac. N° 12 – Km 7½ – Miguel Lanús – Misiones - Argentina

E-mail: [carneiro@feac.ufal.br](mailto:carneiro@feac.ufal.br)

### RESUMEN

El marketing de relaciones encuentra similitudes con el concepto de negociación cooperativa, la finalidad de esto es encontrar soluciones en las ganancias mutuas con una visión a largo plazo. Dentro de este enfoque, se buscó construir un modelo integrador del marketing de relaciones y negociación en la relación entre los proveedores de servicios, operadoras de salud y los clientes finales en el mercado de planes de salud en Brasil, esta relación es muy compleja, llena de conflictos y en estancamiento. Se utilizó, en primer lugar, una investigación exploratoria de observación directa del fenómeno referido al marketing de relaciones, negociación y los seguros de salud a fin de aumentar las posibilidades de trabajo. Entonces, el método de recolección de datos fue en ese medio a través de cuestionarios en línea utilizando el método de encuesta, en el sector representativo. El tipo de muestreo utilizado, donde  $n = 217$  y el nivel de confianza fue del 95%, no probabilístico intencional. Al final, se concluyó que el modelo propuesto inicialmente

fue plenamente aceptado, teniendo en cuenta la elección de la metodología, alcanzando entonces el principal objetivo de este estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Marketing de Relaciones; Negociación; Salud Suplementar del Brasil; Cooperación.

## **INTRODUCCIÓN**

El mercado de la salud es, esencialmente, un sector altamente complejo, pues cuida de la vida de la gente, que es su propósito principal y también es una de las relaciones comerciales más conflictivas entre los diversos agentes que actúan en el segmento, en especial en lo que se refiere a la relación entre las operadoras de salud y los prestadores de servicios y sus consecuencias al consumidor.

Según Oliveira et al. (2003), las operadoras de salud se han enfrentado a grandes desafíos desde la creación de la legislación brasileña específica, ley 9.656/98<sup>1</sup>, desde la implementación de una agencia de regulación, con la ley 9.961/00<sup>2</sup>, de la Agencia Nacional de la Salud de Suplementar – ANS. Estos hechos vienen generando aumentos constantes en los gastos de estas organizaciones, principalmente por la no limitación de cobertura, el aumento del índice de siniestralidad<sup>3</sup> y también por el aumento de nuevas tecnologías. Tal escenario genera una tendencia natural de reducción de las operadoras de funcionamiento en el mercado de planes de la salud. No obstante las que no se ajusten a las regulaciones y a los requisitos de la ANS serán las primeras en extinguirse (Rodrigues et al. 2005).

---

<sup>1</sup> Ley creada en 1998 con la finalidad de disponer sobre los planes y seguros privados de asistencia a la salud.

<sup>2</sup> Ley que crea la Agencia Nacional de la Salud Suplementar – ANS y de las otras providencias, creada en 2000.

<sup>3</sup> Corresponde al porcentual de las compensaciones que es utilizada para pagar siniestros. El siniestro corresponde al término utilizado para definir en cualquier ramo o cartera de seguro, el acontecimiento del evento previsto y cubierto por el contrato.

Por otra parte, los prestadores de servicios en la salud han hecho frente a una de sus grandes crisis, quizás como resultado de la situación actual de la legislación de la salud Suplementar. Por lo tanto, los planes de salud generan el 91% de los ingresos de los hospitales privados y el 95% de la facturación de los centros de diagnósticos, lo que denota una fuerte dependencia del sector (Rodrigues et al. 2005). Según Silva (2003), el caso de los médicos no es diferente, ya en 1995, de acuerdo al estudio de la escuela nacional de la salud pública, del 75%, el 90% de los médicos habían declarado que dependían directamente de los convenios para mantener sus actividades en el consultorio médico.

Sin embargo, de acuerdo con el Dieese (2004), la inflación acumulada en el sector de la salud desde 1997 hasta 2004 tenía el mayor crecimiento de todos los segmentos investigados. El porcentaje inflacionario estaba en el orden del 154,28%, siendo el sub sector salud suplementar el mayor responsable de este crecimiento, poseyendo una variación del 248,77%. Esta información contrasta con la inflación del sector hospitalario, que tenía una variación solamente del 48,84% en el mismo período. La variación es aún más baja para la consulta médica (45,53%) y los laboratorios (14,54%).

De esta forma, el problema lo tiene el consumidor, ya que la mayor parte del tiempo es el gran afectado en esta relación de conflicto, como por ejemplo, cuando hay un desacuerdo en una negociación entre los prestadores y las operadoras, se suspende primero la atención a los usuarios de modo de no perjudicar al negocio. Además, el cliente que tiene el pago del servicio al día, al momento de querer utilizar los servicios del operador y del prestador, muchas veces puede vivir una situación complicada, donde no puede hacer nada. De manera constante hay un aumento significativo de demandas legales, las que implican a operadoras, prestadores y a clientes de la salud.

Las evidencias actuales de la escena muestran una compleja relación entre los compradores y los prestadores de servicios en salud suplementar. Por esta razón, estudios como éste, podrían mejorar la relación entre los agentes que están en conflicto y al mismo tiempo preservar el estado de bienestar de la población. Las contribuciones que derivan de

este estudio, ayudarán probablemente a la formulación de líneas en dirección a la relación entre los prestadores de servicios de salud y las operadoras de salud. Dado el contexto de la investigación, surge la siguiente pregunta: ¿Cuál sería el modelo ideal que combina los conceptos de marketing de relaciones y negociación en la relación entre los prestadores, las operadoras de salud y el cliente final según la opinión de los actores del mercado de la salud suplementar? Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es el de construir un modelo integrador de marketing de relaciones y negociación entre los prestadores de servicios, las operadoras de salud y los clientes finales. De esta forma, al final de este estudio, se propone considerar un modelo de multi-cliente del marketing de relaciones, buscando un mejor nivel de relación, para que todos los actores del mercado de la salud suplementar puedan desarrollar sus acciones de manera armoniosa y viable, actuando en un nivel adecuado de confianza, cooperación y satisfacción.

## **DESARROLLO**

### **Marketing de Relaciones y Negociación**

La necesidad de una relación duradera con el mercado, en detrimento de prácticas de transacciones con los objetivos inmediatos, buscando la fidelidad de los clientes dentro de un sistema, constituye la esencia del marketing de relaciones y también de la negociación, del enfoque de cooperación, de beneficios mutuos. Aunque ya desde hace mucho tiempo, se practican conceptos de asociación y contratos de período, el marketing de relaciones surgió en 1983 con Berry, en la literatura del marketing de servicios. Berry (1995), definió el marketing de relaciones como la atracción, el mantenimiento y el aumento de relaciones con los clientes. Destacó que la atracción de nuevos clientes tendría que ser considerada solamente como fase intermedia en el proceso de marketing. Fortalecer relaciones para transformar clientes indiferentes en leales y servirlos es lo que el marketing tendría que considerar.

En un determinado período, algunos autores, como Vavra (1993), Holtz (1994), Berry (1995), Levitt (1985) y Palmer (1994), han buscado los aspectos para definir el marketing de relaciones. En una época, el marketing de relaciones era considerado como un abordaje que trataba solamente las relaciones entre el comprador y el vendedor, donde una organización trataría de establecer, fortalecer y desarrollar relaciones duraderas con los clientes potenciales y actuales.

Sin embargo, en una visión más amplia, autores como McKenna (1997), Morgan y Hunt (1994), Gummerson (1994), entre otros, dirigieron la atención hacia otras relaciones importantes para la creación de valor para los clientes. Dentro de este enfoque más amplio, el marketing de relaciones debe también, considerar todas las relaciones que puedan interferir en la satisfacción de los clientes, a saber: relaciones con los vendedores (proveedores de bienes y de servicios), relaciones laterales (competidores, gobierno y organizaciones no-lucrativas), relaciones internas (unidades comerciales, áreas funcionales, empleados) y relaciones con potenciales compradores (intermediarios, consumidores finales).

Según la visión de Gronroos (1997), el establecimiento de la relación con un cliente puede constituirse en dos partes: 1) atracción del cliente y 2) construcción de una relación para alcanzar los objetivos económicos. Dentro de este contexto, muchos fueron los enfoques abordados hasta ahora por los diversos autores, desde el enfoque centrado en la interacción entre la compañía y el cliente final, hasta un enfoque centrado en una red de relaciones, incluyendo a todos los agentes implicados en la entrega de valor al cliente final. Sin embargo, algunos autores como Koiranen (1995), McKenna (1997), Gordon (1998) y Gummesson (2003) profundizaron el estudio de marketing de relaciones dentro del enfoque de red (o cadena) de relaciones, donde una buena relación con el cliente final depende de una buena alineación entre los actores de la cadena.

El marketing de relaciones encuentra similitudes con el concepto de negociación cooperativa, donde la finalidad de esta es encontrar soluciones en las

ganancias mutuas, en una visión a largo plazo, porque en una negociación es necesario tratar a la gente pensando en las negociaciones futuras, porque es raro encontrar negociaciones que ocurren solamente una vez (Harvard, 2004). O sea, las negociaciones para tener éxito en el enfoque de cooperación deben ser concluidas en situación de ganar-ganar (Martinelli y Almeida, 1997). A la luz del marketing de relaciones, la cooperación también corresponde a un factor importante para el éxito de la relación, reflejando la interacción y la interdependencia de la relación (Partvatiyar y Sheth, 2000). La cooperación entre las organizaciones permite la construcción de las relaciones de beneficios mutuos (Spekman, 1988). Es a través de la cooperación que las partes buscan la atención de objetivos recíprocos.

### **Las Hipótesis de la Investigación**

El presente estudio busca explicar la relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales a partir de dos situaciones: Relación de Conflicto vs. Relación de Cooperación. A continuación explica las relaciones de interdependencia con los siguientes conceptos: intercambio de informaciones, cooperación, cumplimiento de promesas, confianza, dependencia, poder de negociación, compromiso, mediación, desacuerdos, fidelidad, concesiones, satisfacción y beneficios mutuos. La hipótesis principal de este estudio es que una relación conflictiva entre operadores y proveedores de servicios de salud genera pérdidas para el participante principal en la cadena: el cliente final. De lo contrario, una relación de cooperación es beneficiosa para toda la red de relaciones. Dentro de este enfoque se han planteado sobre la base de la observación directa del fenómeno investigado, las siguientes hipótesis:

H<sup>1</sup>: Cuánto mayor es la cooperación entre los prestadores de servicios y las operadoras de salud, mayores son las posibilidades de fidelidad del cliente final.

H<sup>2</sup>: Cuánto más grande y más franco es el intercambio de informaciones entre los prestadores, las operadoras y los clientes, mayores son las tendencias de la cooperación entre ellos.

H<sup>3</sup>: Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre los prestadores de servicios, las operadoras de salud y los clientes finales, mayores son las posibilidades de beneficiarse mutuamente.

H<sup>4</sup>: Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor será la confianza entre ellos. Los contratos existen solamente para la obligatoriedad, no obstante se consulta o se cita muy poco.

H<sup>5</sup>: Cuánto mayor la cooperación en la relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, menor es la necesidad del uso de mediación.

H<sup>6</sup>: Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, menores son las posibilidades de desacuerdo en la relación.

H<sup>7</sup>: Cuánto mayor es el poder de negociación de uno de los agentes de la relación, menor es la probabilidad de cooperación.

H<sup>8</sup>: Cuánto mayor es la dependencia de uno de los agentes para con los otros, mayor es la posibilidad de cooperación.

H<sup>9</sup>: Cuánto mayor es la cooperación en la relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, mayor es el nivel de satisfacción entre ellos.

H<sup>10</sup>: Cuánto mayor es el cumplimiento de promesas entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor es la posibilidad de cooperación en la relación.

H<sup>11</sup>: Cuánto mayor es el nivel de concesiones, mayor es la posibilidad de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales.

H<sup>12</sup>: Cuánto mayor es la cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor es el nivel de compromiso entre ellos.

## **Método**

### **Tipo de estudio**

De acuerdo con Minayo (1993), la investigación cualitativa en ciencias sociales trabaja con significados, con motivaciones, con valores y con la creencia. Éstas no pueden ser reducidas simplemente a preguntas cuantitativas, por lo tanto, responden al conocimiento leve muy particular. Sin embargo, los datos cuantitativos y los cualitativos se complementan dentro de lo que uno busca. Dentro de este acercamiento, el actual trabajo utilizó el método hipotético-deductivo, a través de dos líneas generales de investigación - la investigación exploratoria y descriptiva, con estudio transversal múltiple, usando el método de encuesta.

### **La investigación exploratoria**

Para Mattar (2001), la investigación exploratoria tiene como objetivo dar al investigador una noción y un conocimiento mayor con respecto al tema y al problema, por lo tanto es apropiada para los períodos iniciales de la investigación. No obstante, esta es la primera etapa de esta investigación. Se han consultado libros y trabajos científicos relacionados a los temas considerados en esta investigación y otras fuentes, como documentos, datos estadísticos y el comentario de la experiencia informal del investigador. Esta fase se desarrolló con literatura de comercialización, en el marketing de relaciones, en la negociación y en la salud Suplementar, también con los datos y los estudios secundarios de casos de situaciones de relaciones de cooperación y de conflicto seleccionados que registran a agentes del mercado de la salud suplementar.

### **El método de observación**

Mattar (2001) y Malhotra (2001) definen este método como aquel método que consiste en el registro sistemático de los hechos, de la acción y de los comportamientos que se



relacionan con el objeto de estudio, para conseguir información sobre el fenómeno de interés, sin cuestionamientos y respuestas. Esta etapa sucede de manera no estructurada y natural, es decir, el hecho fue observado en el momento en que ocurrió. Las negociaciones entre los agentes fueron observadas, así como otras situaciones donde habían ocurrido conflictos y/o cooperación. Esta fase, así como las otras, fue facilitada por la experiencia constante del investigador en estos hechos.

### **El método survey**

De acuerdo con Malhotra (2001), “la encuesta sobre el método para obtener la información se basa en la interrogación de los participantes, que hacen algunas preguntas de su comportamiento, intenciones, actitudes, opinión, motivaciones, características demográficas y del estilo de vida” [Malhotra, 2001, Pág. 154]<sup>(1)</sup>. Los cuestionarios estructurados usados en esta fase, habían sido dirigidos al servicio que prestaban, a los operadores de la salud, a los clientes finales, a los especialistas y a las agencias intermediarias. Los cuestionarios fueron aplicados a través del medio en línea, disponibles en la dirección [www.suapesquisa.com.br/andre Carneiro](http://www.suapesquisa.com.br/andre Carneiro), en el período del 21 de octubre al 21 de diciembre de 2008. Antes de esto fue realizada una pre-prueba entre los días 1 y 25 de septiembre. El grupo bajo estudio de la investigación fue estimulado para contestar al cuestionario en el e-mail, donde fue explicado el objetivo y la importancia de la investigación. 2.432 e-mails fueron enviados, dando por resultado un total (n) de 217 personas que respondieron, distribuido de acuerdo a las características de la población.

## **Muestreo de la investigación**

El tipo de muestreo usado fue intencional y no probabilístico. Porque, conforme argumenta Mattar (2001), esto permite llegar a muestras que sean satisfactorias para las necesidades de la investigación. De acuerdo a este pensamiento, la actual investigación utilizó el referencial que sigue como muestreo para los objetivos de estudio, donde  $n=217$  y el nivel confiable del 95%.

## **El análisis de los datos**

Los datos fueron analizados usando la prueba de hipótesis, a partir de la verificación de las hipótesis planteadas previamente. Para un mejor análisis de los resultados, fue realizado un abordaje cuantitativo para establecer el Ranking Medio (RM) del cuestionario que utilizó escala tipo Likert de 5 puntos para medir el grado de acuerdo de los ciudadanos que habían contestado a los cuestionarios para todas las preguntas que medían variables.

Se realizó la verificación en cuanto al acuerdo o desacuerdo de las preguntas evaluadas, a través de la obtención del RM de puntuación atribuido a las respuestas, relacionado a la frecuencia de las respuestas de quienes respondieron y que hicieron tal atribución, donde los valores menores a 3 son considerados como opositores y mayores a 3 (también las fracciones), como las concordantes, considerando una escala de 5 puntos. El valor exactamente 3 será considerado indiferente o sin opinión, siendo el punto neutro, equivalente a los casos donde quienes respondieron dejaron el espacio en blanco.

Resalto que este trabajo fue orientado hacia un criterio confirmativo. Por lo tanto, el modelo formulado era a fin de buscar la aceptación o rechazo, no buscando desarrollar modelos o modificaciones alternativas del modelo inicial.

## **Análisis y Discusión de los Resultados**

De acuerdo al problema del principio de este trabajo, se percibió la complejidad de la relación entre estos actores, donde predomina la transferencia de los costos hacia otro lado

en la mayor parte del tiempo, en detrimento de la calidad de asistencia y por lo tanto, la satisfacción final del cliente – la razón de ser de todo el sistema de salud complementar. Por lo tanto, es necesario el uso de 12 hipótesis, ajustadas al formato a partir de 13 variables, que derivan de conceptos integradores, del marketing de relacionamiento y de negociación necesarios, conforme al esquema dispuesto en la tabla 1.

**Tabla 1 - Hipótesis y variables de la investigación**

	<b>Hipótesis</b>		<b>Variable</b>		<b>Relación</b>
H1	Cuánto mayor es la cooperación entre los prestadores de servicios y las operadoras de salud, mayores son las posibilidades de fidelidad del cliente final	V1	Compromiso	H1	V4; V7
H2	Cuánto más grande y más franco es el intercambio de informaciones entre los prestadores, las operadoras y los clientes, mayores son las tendencias de la cooperación entre ellos.	V2	Concesiones	H2	V13; V4
H3	Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre los prestadores de servicios, las operadoras de salud y los clientes finales, mayores son las posibilidades de beneficiarse mutuamente.	V3	Confianza	H3	V4; V8
H4	Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor será la confianza entre ellos. Los contratos existen solamente para la obligatoriedad, no obstante se consulta o se cita muy poco.	V4	Cooperación	H4	V4; V3
H5	Cuánto mayor la cooperación en la relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, menor es la necesidad del uso de mediación.	V5	Cumplimiento de promesas	H5	V4; V10
H6	Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, menores son las posibilidades de desacuerdo en la relación.	V6	Dependencia	H6	V4; V9
H7	Cuánto mayor es el poder de negociación de uno de los agentes de la relación, menor es la probabilidad de cooperación.	V7	Fidelidad	H7	V8; V4
H8	Cuánto mayor es la dependencia de uno de los agentes para con los otros, mayor es la posibilidad de cooperación.	V8	Beneficios mutuos	H8	V6; V4
H9	Cuánto mayor es la cooperación en la relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, mayor es el nivel de satisfacción entre ellos.	V9	Impases	H9	V4; V12
H10	Cuánto mayor es el cumplimiento de promesas entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor es la posibilidad de cooperación en la relación.	V10	Mediación	H10	V5; V4

H11	Cuánto mayor es el nivel de concesiones, mayor es la posibilidad de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales.	V11	Poder de negociación	H11	V2; V4
H12	Cuánto mayor es la cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor es el nivel de compromiso entre ellos.	V12	Satisfacción	H12	V4; V1
		V13	Intercambio de la información		

Fuente: Elaboración Propia

Así como el trabajo desarrollado por Morgan y Hunt (1994), que presentó un modelo usando variables mediadoras, el presente estudio utilizó la cooperación como punto central entre cinco antecedentes y siete outputs (resultados), a partir de los conceptos de marketing de relaciones y negociación, para crear un modelo que integraba estas dos perspectivas teóricas. Así, esta tesis demostró que la cooperación es el principal determinante de la buena relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, siendo entonces, el factor de generación de valor para esta cadena de relaciones.

Debido a los resultados alcanzados en la investigación realizada con 217 personas que actúan y conviven directamente en el sistema de salud suplementar brasileño, donde se estableció una relación entre las variables ya citadas formando 12 hipótesis, se observó que las mismas, de acuerdo con los criterios metodológicos establecidos, fueron posibles de aceptación, constituyéndose así, la aceptación completa del modelo teórico propuesto al inicio de este trabajo.

El criterio metodológico para la aceptación o refutación de una hipótesis fue establecido a través del Ranking Medio (RM), en que la puntuación menor a 3, considera refutada la hipótesis, igual a 3, el punto neutro y mayor a este número, la hipótesis sería aceptado como verdadera, donde  $n=217$  y  $\alpha=0,05$ , caracterizando un nivel de confianza del 95%. La tabla 2 demuestra el RM alcanzado por cada hipótesis.

Tabla 2 – Ranking medio para la hipótesis

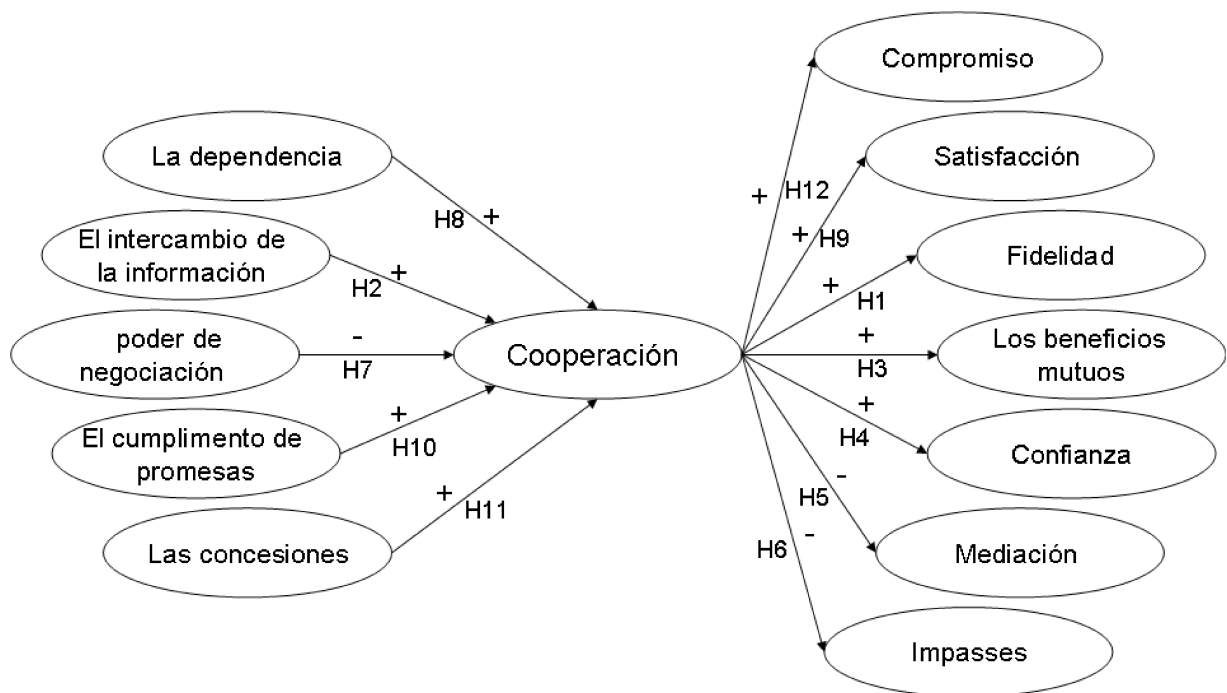
H	Hipótesis	Ranking Medio	Int. de Confianza	Validación
	Cuánto mayor es la cooperación entre los prestadores de servicios y las operadoras de salud, mayores son las posibilidades de fidelidad del cliente			
H1	final	4.210	0.118	Acepta
	Cuánto más grande y más franco es el intercambio de informaciones entre los prestadores, las operadoras y los clientes, mayores son las tendencias			
H2	de la cooperación entre ellos.	4.180	0.113	Acepta
	Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre los prestadores de servicios, las operadoras de salud y los clientes finales, mayores son las			
H3	posibilidades de beneficiarse mutuamente.	4.370	0.086	Acepta
	Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor será la			
H4	obligatoriedad, no obstante se consulta o se cita muy poco.	3.680	0.141	Acepta
	Cuánto mayor la cooperación en la relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, menor es la necesidad			
H5	del uso de mediación.	4.040	0.113	Acepta
	Cuánto mayor es el nivel de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, menores son las			
H6	posibilidades de desacuerdo en la relación.	4.060	0.102	Acepta
	Cuánto mayor es el poder de negociación de uno de los agentes de la			
H7	relación, menor es la probabilidad de cooperación.	3.620	0.148	Acepta
	Cuánto mayor es la dependencia de uno de los agentes para con los			
H8	otros, mayor es la posibilidad de cooperación.	3.210	0.148	Acepta
	Cuánto mayor es la cooperación en la relación entre las operadoras de salud, los prestadores de servicios y los clientes finales, mayor es el nivel			
H9	de satisfacción entre ellos.	4.280	0.098	Acepta
	Cuánto mayor es el cumplimiento de promesas entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor es la			
H10	posibilidad de cooperación en la relación.	4.200	0.090	Acepta
	Cuánto mayor es el nivel de concesiones, mayor es la posibilidad de cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los			
H11	servicios y los clientes finales.	3.750	0.117	Acepta
	Cuánto mayor es la cooperación entre las operadoras de salud, los prestadores de los servicios y los clientes finales, mayor es el nivel de			
H12	compromiso entre ellos.	4.140	0.104	Acepta

Fuente: Elaboración Propia

Se observa, entonces los RM alcanzados en la investigación y teniendo en consideración los intervalos de confianza establecidos en cada hipótesis, se evidencia la aceptación completa del modelo teórico propuesto. El actual modelo servirá como base en la elaboración de líneas estratégicas de marketing dentro del mercado brasileño de salud suplementar, tanto de las operadoras de salud, como de los prestadores de servicios, con la única intención de promover la satisfacción del usuario final de los servicios - llamado cliente final.

La aplicación del actual modelo también podrá delinear las acciones de los órganos mediadores que actúa en la salud suplementar, dándoles condiciones para prever algunos comportamientos de los actores del mercado y con esto prescribir posibles soluciones de manera pro-activa.

Figura 1 – Modelo teórico integrador del marketing de relaciones y negociación



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que ambas teorías (marketing de relaciones y de negociación) poseen componentes en común, posibles de observarse en conjunto en el modelo propuesto. A diferencia de lo que propone Porter (2004), en su modelo de Estrategia Competitiva, el actual modelo sugiere una Estrategia Cooperativa, es decir, un modelo de Marketing Cooperativo, donde se propone un control de las variables que facilitan la cooperación, así como aquellas que generan conflictos, a fin de que el mercado pueda caminar hacia relaciones de intercambios cooperativos, existiendo así, un mayor valor para entregar al cliente final.

En el libro titulado *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Porter y Teisberg (2006), hacen una evaluación del sistema de salud de los Estados Unidos, sugieren que la competencia esté en un nivel errado, donde tienen una competencia de transferencia de los costos para otro lado, en detrimento de un valor con suma positiva hacia los agentes del sistema.

Aunque buena parte de las causas de la deficiencia del sistema de salud americano coincide con el modelo brasileño, fue evidenciado con el actual modelo cooperativo, que en Brasil el problema de la salud privada no está en el nivel en el que sucede la competencia - el problema es la propia mentalidad de competencia. No se puede hablar de la competencia como generador de valor en el modelo de salud suplementar, pues solamente la cooperación entre prestadores de servicios, operadoras de salud y clientes finales puede generar el valor positivo para el sistema.

## CONCLUSIÓN

Según lo propuesto en el objetivo principal de este estudio, a partir de la fundamentación teórica y de la investigación de campo, hemos establecido un modelo teórico que integra las teorías de Marketing de Relaciones y Negociación para su aplicación en el Mercado de Salud Suplementar del Brasil.

El actual modelo fue construido a partir de hipótesis realizadas en base a la experiencia del autor en el referido mercado y también en base a la literatura consultada. Estas condiciones proporcionan la formulación de una cadena de 12 propuestas en la forma de un modelo teórico. Este modelo fue sometido a una apreciación de las personas que participan del mercado, entre ellas, prestadores de servicios, operadores de salud, especialistas, mediadores y clientes finales, con el objetivo de aceptar o de refutar el modelo hipotético, que tiene la variable cooperación como mediadora entre 5 variables de entrada (dependencia, intercambio de información, poder de negociación, cumplimiento de promesas y concesiones) y 7 variables de salida (compromiso, satisfacción, lealtad, beneficios mutuos, confianza, mediación y impases), formando, así, 12 hipótesis a partir de 13 variables.

Al final, se llegó a la conclusión de que el modelo propuesto inicialmente fue completamente aceptado, admitiendo los aspectos metodológicos escogidos, alcanzando entonces, el objetivo principal de este estudio.

### **Limitaciones del estudio**

El actual trabajo, según lo comentado anteriormente, buscó construir un modelo integrador de marketing de relaciones y negociación en el mercado brasileño de la salud suplementar. Para esto, utilizó algunas hipótesis para oír la opinión de los integrantes del sistema para la posible aceptación o refutación del modelo presentado.

Se entienden, entonces, como limitaciones del trabajo, los siguientes aspectos: 1) No haber relacionado como público de la investigación a los vendedores de la tecnología de salud, como la industria farmacéutica y la industria de Materiales Médicos, de Prótesis y de Materiales especiales; 2) Haberse enfocado en una investigación cuantitativa, dejando de profundizar en algunas cuestiones; 3) No hay aplicación del modelo propuesto.



## Las sugerencias de las futuras investigaciones

Se observó que el modelo considerado en la investigación fue aceptado completamente, alcanzando así, el objetivo general de la tesis. Sin embargo, en base a las limitaciones presentadas anteriormente, se considera entonces, una nueva investigación, complementando la actual, donde se pueda probar el modelo, aplicándose en situaciones reales, identificando así, su funcionalidad completa. Esta aplicación sumada a los resultados presentados en esta tesis contribuirá significativamente al desarrollo de la Salud Suplementar en Brasil.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) MALHORTA, N. K. (2001). Pesquisa de marketing – Uma orientação aplicada, Editora Bookman. Porto Alegre. P. 154.

## BIBLIOGRAFÍA

BERRY, L. "Relationship marketing of services: growing interest emerging perspectives". Journal of Academy of Marketing Science, V. 23, N 4, 1995. pp. 236-245.

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos (2004). Saúde subiu 154,28% desde 1997, Índice do Custo de Vida – ICV-DIEESE. São Paulo.

GORDON, I. (1998). Marketing de relacionamento: estratégias, técnicas e tecnologias para conquistar clientes e mantê-los para sempre, Editora Futura. São Paulo.

GRONROOS, C. "Keynote paper: from marketing mix to relationship marketing – towards a paradigm shift in marketing", Management Decision, V. 35, N. 4, (1997) p. 322-339.

GUMMERSON, E. "Marketing relationship marketing operational", Journal of Services Industry Management, V.5, N. 5, (1994), p.5-20.

GUMMESSON, E. (2003). Total Relationship Marketing. Business Seminar. ICRM 2003. University of Gloucestershire, Cheltenham, UK.

HARVARD Business School Press (2004). *Negociações Espetaculares (Gestão Orientada Para Resultados)*, Editora Elsevier. Rio de Janeiro.

HOLTZ, H. (1994). *Databased marketing*, Editora Makron Books. São Paulo.

JUHA, N. (1995). *Understanding Stakeholder Thinking*, Helsinki Finland: LSR-Publications. Pág. 184.

LEVITT, T. (1985). *A imaginação de marketing*, Editora Atlas. São Paulo.

MALHORTA, N. K. (2001). *Pesquisa de marketing – Uma orientação aplicada*. Editora Bookman. Porto Alegre.

MARTINELLI, D. P., ALMEIDA, A. P. (1997). *Negociação: como transformar confronto em cooperação*. Editora Atlas. São Paulo.

MATTAR, F. N. (2001). *Pesquisa de Marketing*, Editora Atlas. São Paulo.

MCKENNA, R. (1997). *Marketing de relacionamento estratégias bem-sucedidas para a era do cliente*, Editora Campus. Rio de Janeiro.

MINAYO, M. C. de S. (1993), *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*, Editora Hucitec-Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro.

MORGAN, R. M. y HUNT, S. D. "The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing", *Journal of Marketing*, Vol. 58, N. 3, 1994, pp. 20– 38.

OLIVEIRA, J. A. D. et al. (2005). *Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor*, Editora Unidas. São Paulo.

PALMER, A. "Buyer-seller relationships: a conceptual model and empirical investigation", *Journal of Marketing Management*, v.10. 1994.

PARTVATIYAR, A. y SHETH, J. N. (2000). *The domain and conceptual foundations of relationship marketing*, Handbook of Relationship Marketing. Ed. By Sheth, J. N. & Parvatiyar. London.

PORTER, M. (2004). *Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência*, Editora Elsevier. Rio de Janeiro.

PORTER, M. y TEISBERG, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Massachusetts: Harvard Business School Press.

PORTER, M. y TEISBERG, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Massachusetts: Harvard Business School Press.

RODRIGUES, E. et al. (2005). Análise Setorial – Planos de Saúde. AUSTIN ASIS SERVIÇOS E COMÉRCIO LTDA, Editora Invest News. São Paulo.

SILVA, A. A. da (2003). Relação Entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Disponible en:

[http://www.ans.gov.br/portal/site/forum\\_saude/EAabrangenciadaregulacao.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/EAabrangenciadaregulacao.asp). Porto Alegre.

SPEKMAN, R. E. "Strategic Supplier Selection: Understanding Long-Term Buyer Relationships", Business Horizons, V. 31, N. 4, 1988, p. 75-81.

VAVRA, T. (1993). Marketing de relacionamento: aftermarketing, Editora Atlas. São Paulo.