

Evaluación y adecuación de las propiedades psicométricas de un instrumento para medir el nivel de reputación en el sector asistencial universitario odontológico

Evaluation and adequacy of the psychometric properties of an instrument to measure the level of reputation in the dental university health care sector

María José Muñoz Leal¹, Marco Ferrari², Raúl Aguilera Eguía³,
Edoardo Ferrari² y Josep María Ustrell Torrent⁴

¹Programa de Doctorado en Medicina e Investigación Traslacional, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, España; ²Universidad de Siena, Italia; ³Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile; ⁴Universidad de Barcelona, España.

Resumen

Se analizaron las propiedades psicométricas de un instrumento adecuado para medir reputación en el ámbito bancario, y su adaptación al ámbito sanitario con la finalidad de determinar si el cuestionario confiere fiabilidad y validez para ser aplicado en estudios futuros en usuarios del sector salud. Investigación de orden cualitativa con confirmación de instrumento. Se aplicó una fase piloto a 97 pacientes. La aplicación del instrumento reestructurado se aplicó a una muestra de 323 hombres y mujeres que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello de la sede Concepción (Chile). Durante la fase piloto y aplicación del instrumento se aplicaron dos análisis factoriales exploratorios, la Prueba de Bartlett, el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el Análisis de componentes principales (ACP) y el método de Varimax con normalización Kaiser. Durante la fase de análisis de aplicabilidad del instrumento igualmente se aplicaron dos análisis factoriales confirmatorios para las

* Para Correspondencia: María José Muñoz Leal, Programa de Doctorado en Medicina e Investigación Traslacional, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, C. Casanova, 143 08036 Barcelona. mjosemunoz@gmail.com

Compromiso relacional (RC), Intención de comportamiento (BI) y valor relacional (VR). Según los resultados obtenidos el instrumento inicialmente creado por Khan, Kadir y Wahab para el área bancaria puede considerarse un instrumento confiable y sólido para estimar la reputación en el área de la salud. Se piensa que la adaptación realizada al instrumento exhibe propiedades psicométricas apropiadas y consistentes con el instrumento original. El medir el valor relacional puede favorecer de gran manera a determinar el comportamiento futuro de los usuarios que acostumbran a visitar a un organismo asociado al sector sanitario.

Palabras Clave: Reputación, servicios sanitarios, marketing sanitario, valor reputacional, valor relacional.

Abstract

The psychometric properties of an instrument applied to measure reputation in the banking field and its adaptation to the health field were analyzed in order to determine whether the questionnaire applied confers reliability and validity to be applied in future studies in users of the health sector. Qualitative research with instrument confirmation. A pilot phase was applied to 97 patients. The application of the restructured instrument was applied to a sample of 323 men and women who attended the Dental Clinic of the Andrés Bello University, Concepción (Chile). During the pilot phase and application of the instrument, two exploratory factor analyses, Bartlett's test, the Kaiser-Meyer-Olkin coefficient (KMO) and Principal Component Analysis (PCA) and the Varimax method with Kaiser normalization were applied. During the applicability analysis phase of the instrument, two confirmatory factor analyses were also applied for Relational Commitment (RC), Behavioral Intention (BI) and Relational Value (RV). According to the results obtained, the instrument initially created by Khan, Kadir and Wahab for the banking area can be considered a reliable and solid instrument for estimating reputation in the health area. It is considered that the adaptation made to the instrument exhibits appropriate psychometric properties consistent with the original instrument. Measuring relational value can go a long way in determining the future behavior of users who are accustomed to visiting an organization associated with the healthcare sector.

Keywords: Reputation, healthcare services, healthcare marketing, reputational value, relational value.

INTRODUCCIÓN

La reputación a través del tiempo se ha convertido en un activo de reconstrucción social, el cual ha ganado importancia dentro de todas las organizaciones por su importancia

como recurso estratégico, por lo que juega un papel trascendental en la supervivencia y el éxito empresarial, convirtiéndose en un activo intangible clave para la gestión de cualquier organización, sea del ámbito que sea (Orviz y Cuervo, 2020); sin embargo, a pesar de que muchos investigadores coinciden que la reputación es un valor imperceptible, aun no existe un consenso en la definición del concepto, a los factores que la componen y métodos para medirla, para de manera precisa conocer en qué medida afecta a la diversidad de indicadores de negocio (Pallarés *et al.*, 2017). Dentro del entorno organizacional, en el servicio puede distinguirse dos componentes: el primero específicamente relacionado con la actividad, y el segundo asociado a la manera de cómo se ejecuta dicha oferta, componentes que lejos de encontrarse disgregados, interaccionan conformando de esta manera el beneficio ofrecido. En el área empresarial, este se traduce en un complejo fenómeno difícil de conceptualizar, debido a que para su realización interviene el punto de vista del usuario hacia el producto o servicio, generando una diversidad de concepciones. La confianza del cliente se puede generar entre pares y la reputación puede ser beneficiada o no por terceros (Martínez y González, 2020).

Con respecto a los centros sanitarios, su nivel de reputación está relacionado con una mayor inclinación de los usuarios por adquirir sus servicios, para obtener mejores resultados clínicos, una mayor calidad asistencial y por lo tanto ser una potencial fuente de atracción de profesionales con talento (Mira *et al.*, 2015). Los hospitales por estar en uno de los sectores más competitivos, desde la visión de la mercadotecnia, son de gran importancia la generación y ejecución de estrategias para distinguir sus servicios de los demás (Méndez-Wong, 2021).

Como lo plantean Hernández-Nariño *et al.* (2016) el servicio hospitalario presenta ciertas singularidades como que el cliente es el paciente y su acompañante; a pesar de que el paciente no paga por el servicio recibido como es en el caso de hospitales públicos, pero sí realiza una evaluación de la calidad que éste percibe. Si observa una calidad de alto nivel, mayor será el tiempo que invierta para que sea atendido, por lo que es el médico quien influye directamente en la solicitud de tratamientos y cuidado hospitalario.

Como muestra de esa importancia se observa un esfuerzo, tanto de investigadores como de empresarios, en la elaboración y búsqueda de mejores y adecuados instrumentos en torno a la evaluación de la reputación de instituciones e inclusive instituciones con fines de investigación asociados al tema, como el Monitor Español de Reputación Corporativa, entre otros. Es importante tener en cuenta que la reputación no se considera un efecto de la aplicación de acciones del marketing, sino que se cimenta bajo las perspectivas de sus clientes y demás stakeholders, fundamentándose principalmente en su conducta ética, lo que inclusive instituyen relaciones emocionales como el caso del valor relacional.

El valor relacional ha sido reconocido como un importante factor dentro de la cimentación de la reputación de cualquier organización, la cual precisa de los aspectos que

un cliente valora, lo que permite instaurar una dependencia con la empresa a través del tiempo. Con respecto al sector sanitario, este valor se evidencia más que en otros sectores, debido a que en éste se generan escenarios con una elevada carga emocional, donde inclusive se puede ver comprometida la vida.

Según la manera en que los *clientes* usan los servicios del sector sanitario, se puede encontrar la presencia de tres grupos diferentes de pacientes entre los que se pueden nombrar a los clínicos, los policlínicos y los potenciales pacientes, por lo que es de esperar que cada grupo de pacientes presente diferentes ideas sobre la reputación hospitalaria, por lo cual, es importante obtener las opiniones de cada uno de los grupos para así obtener una visión más fiable de la reputación del hospital (Amarat, *et al*, 2019).

Son múltiples los casos y realidades observadas sobre la importancia de la gestión de la reputación de una empresa como un elemento definitivo para el éxito (Lievens, 2017), (Clark y Montgomery (1998). Particularmente, en la actualidad se habla de políticas para la construcción sistemática de la reputación como bien intangible; como muestra, se puede mostrar una empresa enfocada en el desarrollo de metas a largo plazo relacionadas directamente con el producto o servicio, podría durar a través del tiempo como una empresa desconocida o con mal posicionamiento; otra que sólo se enfoque en el aprovechamiento de sus recursos, podría rápidamente descuidar su reputación; o una empresa que realice fuertes inversiones para implementar nuevas estrategias para fortalecer su reputación puede instaurar de manera rápida una excelente posición en el mercado con resultados muy positivos, situación de importancia muy particular y determinante en nuevos emprendimientos empresariales como las consultorios dentales privados, logrando generar una excelente reputación desde cero.

A través del tiempo se ha observado una progresiva preocupación por generar servicios públicos de salud con una mejor reputación, asociada a sus resultados, a sus políticas administrativas y de gestión, lo que se manifiesta en la ejecución de medidas orientadas a asegurar un trato equitativo, con una amplia cobertura, con menores costes y darle la opción a los pacientes de seleccionar quienes que le prestarán el servicio, con la finalidad de mejorar el proceso de adaptación del paciente y sus familiares y cumplir sus expectativas; gracias a esas medidas implementadas a través del tiempo para generar una asistencia con mejor calidad hacia los usuarios es lo que ha permitido la generación de una diversidad de políticas de gestión de la calidad y resultados en la reputación de servicios de salud (Gaviria y Delgado, 2020, Espinoza 2020, Huergo, 2020)

Son numerosos los estudios realizados para medir la satisfacción de los usuarios de centros sanitarios, así como ciertas adaptaciones transculturales que permiten una mejor medición de la reputación, donde se observan una variedad de métodos de medición (Huergo, 2020, Bustamante y Álvarez, 2019, Reynaldos *et al.*, 2017), sin embargo, además del costo y la satisfacción se pueden encontrar otros indicadores de reputación empresarial

en el ámbito profesional como en el económico académico, encontrándose además, un sin número de debates y disyuntivas sobre cuantas reputaciones existen; si son de carácter racional o emocional; si es un activo o un recurso; si se sostiene sobre un contexto objetivo o sobre una construcción social; y el motivo de la existencia de diversas técnicas para su cálculo (Gómez *et al.*, 2017).

Dentro de la alta diversidad de modelos de centros sanitarios, se encuentra un particular modelo asociado a las clínicas o centros sanitarios universitarios, centros que presentan una doble vertiente por cumplir un papel social de importancia por atender demandas de atención a un colectivo que generalmente está discriminado del sistema privado por carecer de medios económicos, y/o por no poder acceder al sistema público ya sea por saturación de éste o por, como sucede en muchos países, no estar cubierta la atención odontológica por el servicio público al ser considerarlo como una prestación de estética; siendo la otra vertiente su existencia como un servicio necesario para las prácticas académicas de estudiantes en el área de la salud, independientemente de que sea una entidad pública o privada.

Dentro del ámbito sanitario, concretamente en el sector de la odontología, los centros sanitarios son considerados un modelo clínico bastante difundido y uniformemente a nivel internacional, debido a que, son pocos los servicios odontológicos a los que gran parte de la población tiene acceso, por lo tanto en estos centros tanto los estudiantes como los pacientes se favorecen, al generar la posibilidad de practicar los diversos tratamientos aprendidos según el nivel académico que el alumno esté cursando, y a la posibilidad de que los pacientes de bajos recursos tengan acceso a procedimientos estomatológicos.

Debido a la naturaleza de la formación en el ámbito odontológico, es imprescindible que el alumnado sea el que efectúe el diagnóstico al tratamiento y elabore y ejecute el plan de tratamiento, ya que de manera observacional no es posible desarrollar las competencias imprescindibles para el futuro desarrollo de su profesión o especialidad, al contrario de otras ramas de la salud, en las que el alumno en múltiples fases de su formación se encuentra integrado en el sistema público de salud, donde aprende gracias a la participación directa o indirecta del trato a los pacientes.

En la actualidad son muchos grandes conglomerados en el sector odontológico los que han apoyado la generación de servicios sanitarios odontológicos, y además un aumento de odontólogos egresados (Ferruz, 2020), lo que ha generado un aumento en la oferta de tratamientos dentales a bajo costo, de igual manera ha dificultado que la captación de pacientes en las clínicas universitarias se encuentren en cada vez mayores dificultades para atraer pacientes generando inconvenientes, y así los estudiantes puedan adquirir sus conocimientos prácticos, habilidades y sobre todo competencias, lo que genera posibles fisuras en la reputación y el nivel de recomendación por parte de sus estudiantes y pacientes tanto en instituciones públicas como privadas.

Con el fin de generar instrumentos que apoyen a medir la reputación como apoyo al sector asistencial universitario odontológico, se tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas de un instrumento aplicado para medir reputación en el ámbito bancario, y su adaptación al ámbito sanitario con la finalidad de determinar si constituye un instrumento fiable y válido para utilizar en futuras investigaciones en muestras de usuarios del sector salud.

MÉTODO

Para este estudio se trabajó en fases, las cuales contaron con su propia metodología.

Validación del instrumento Descripción

El instrumento en cuestión fue un cuestionario, anteriormente en Malasia, para el ámbito bancario, el cual consta de tres (Martínez y González, 2020) dimensiones, siendo la que mide el Compromiso relacional, la segunda la Intención de comportamiento, y la última que mide el Valor Relacional, con un total de 35 preguntas, medidas por medio de una escala de 1 a 5, relacionándose el 5 con la respuesta “totalmente de acuerdo” y 1 con “totalmente en desacuerdo”, presentando todo el mismo peso global de la encuesta.

Tipo de estudio y población seleccionada

El estudio fue cualitativo de validación de instrumento. Población compuesta por pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello de la sede Concepción (Chile), con una muestra de 323 hombres y mujeres, considerado como número que permitió alcanzar la saturación de información para aplicar el instrumento.

Criterios de inclusión de la muestra

Paciente activo de la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello de la sede Concepción, ser mayor de 18 años y haber firmado el consentimiento informado para participar de la investigación. Al mismo tiempo, haber entendido las instrucciones para el llenado del cuestionario, y por último estar en condiciones mentales para autocompletar la encuesta.

Consideraciones éticas de este estudio

Revisión y aprobación del estudio por parte del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona (España).

Adaptación del instrumento de referencia al ámbito sanitario

El cuestionario fue traducido y ajustado al ámbito sanitario por un panel de cinco profesionales, tres vinculados al ámbito de la salud, un profesional del área de humanidades y un experto bilingüe.

El proceso de ajuste transcultural del cuestionario al castellano creado por Khan, Kadir y Wahab (2010) se ejecutó a través de la metodología recomendada por Ramada *et al.*, (2013) para la adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud el cual estuvo conformado por 6 etapas: adaptación idiomática (Orviz y Cuervo, 2020), (síntesis de traducciones (Pallarés et al, 2017), retro traducción (Martínez y González, 2020), adaptación al ámbito sanitario (Mira *et al.*, 2015), estudio piloto (Méndez-Wong, 2021) y puesta en práctica del instrumento (Hernández-Nariño *et al.*, 2016)

Realización del estudio piloto

Sobre una muestra de 97 pacientes a los que se realizaba un tratamiento en el Centro Universitario de Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (Lima, Perú), atendidos por estudiantes de odontología, bajo la supervisión docente, se les aplicó una prueba piloto por medio de la aplicación del cuestionario escrito, esto con el fin de evaluar la aplicabilidad y viabilidad del instrumento y la calidad de la traducción.

De igual manera se aplicó un pre-test con la intención de calcular si el instrumento era estable, esto después de 20 días de la primera obtención de datos.

Aplicabilidad y validación del instrumento obtenido.

Para evaluar la aplicabilidad y validación del instrumento este se aplicó a una muestra de 325 pacientes mayores de 18 años que concurrieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello de la Concepción Chile, durante agosto y septiembre de 2019 y posteriormente entre noviembre y diciembre de 2020, cuyos tratamientos fueron ejecutados por estudiantes de la carrera de Odontología, bajo supervisión docente.

Al mismo grupo de pacientes pasado 20 días se les contactó para recordarles responder de nuevo la encuesta antes realizada, esto con el fin de medir la estabilidad del instrumento.

De los pacientes inicialmente estudiados, sólo se consideraron válidas 323 encuestas para el estudio.

Análisis estadístico.

En cuanto al segmento analítico se aplicaron estadísticos a través de software estadístico SPSS 25 y Microsoft Excel 2010.

Fase de estudio Piloto

Sobre la muestra piloto post-test se realizaron dos análisis factoriales exploratorios, uno incluyendo todas las preguntas del cuestionario y un segundo excluyendo dichas preguntas. El análisis se realizó a través del uso de la Prueba de Bartlett y coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Para analizar la varianza multifactorial se aplicó el Análisis de componentes principales (ACP) como método de extracción y como método de rotación se aplicó Varimax con normalización Kaiser, esto con el fin de verificar si el análisis factorial es el adecuado.

Análisis de aplicabilidad del instrumento

Se aplicó un análisis factorial exploratorio en la muestra final con los métodos antes mencionados.

Se realizaron dos análisis factoriales confirmatorios para las tres dimensiones estudiadas: Compromiso relacional (RC), Intención de comportamiento (BI) y valor relacional (VR); el primero incluye todos los ítems y en el segundo se excluyen algunos ítems.

Se aplicaron tres (3) indicadores de ajuste:

SRMR Residual Estandarizado de la raíz cuadrada media.

CFI Índice de ajuste comparativo.

TLI Índice de Tucker – Lewis.

RESULTADOS

Adaptación al ámbito sanitario del instrumento de referencia

Todas las preguntas fueron revisadas por el panel de expertos de diferentes disciplinas, las cuales se adaptaron de forma individual al ámbito sanitario. En sesión vinculada todas las preguntas ya adaptadas fueron revisadas por medio de rondas de opinión, con la misión de construir un instrumento lo más comprensible para ser comprendido por menores de 12 años. El fallo de hacer algún cambio o no a las preguntas fue tomado en consenso, para esto se consideró un mínimo de consenso igual o mayor a 80 %.

La prueba piloto se realizó en Perú, fuera de donde se realizó la fase de estudio (Chile), concibiendo que estos países comparten una base lingüística común y que el cuestionario era de fácil comprensión, sin léxicos idiomáticos que pudieran generar dificultades de entendimiento entre personas en lugares geográficos diferentes dentro de naciones hispanohablantes. Se observó que los pacientes estudiados no mostraron problemas en el momento de entender las preguntas, por lo que no fue necesario efectuar una revisión y readaptación del instrumento.

Estudio piloto

Todas las respuestas de los 97 pacientes fueron consideradas como válidas, reportándose un 43,29% de hombres y un 56,71%, con un rango de edad entre los 19 y 68 años.

Los resultados según el análisis del instrumento propuesto por Khan, Kadir y Wahab (2010) para calcular la reputación a través del cálculo del valor relacional en el sector bancario, y su aplicabilidad para calcular la reputación en el ámbito sanitario, se muestran en la tabla 1, según el análisis factorial inicial el cual presentaba todas las preguntas del instrumento la prueba de esfericidad de Bartlett mostró que el análisis factorial es el apropiado para ejecutarse (Aprox. Chi-Cuadrado =5631,36, p. <.001). Igualmente, el coeficiente de KMO reportó un valor de .817, por lo que el análisis factorial exploratorio resultó admisible (Salinas y Cárdenas 2009).

Tabla 1

Resumen Resultados análisis factorial exploratorio (Chicadrado, p, KMO)

Análisis Factorial Exploratorio	Valor Chi-Cuadrado	P	KMO
Primer (n=97)	5631,36	<.001	.817
Segundo (n=97)	4044,13	<.001	.838
en la muestra final n=323	11376,27	<.001	.928

Fuente: Elaboración propia

Por su parte, los resultados obtenidos por medio del análisis de varianza en el primer análisis factorial pudo observar una varianza total explicada de 83,984% con el uso del total de los ítems del cuestionario de referencia (tabla 2). Por lo que, el modelo de análisis factorial quedó compuesto por 6 componentes que explican en 83,984% la variabilidad de los 35 ítems, valor que al ser mayor a 50,0% es considerado un porcentaje tolerable (Henson y Roberts, 2006).

Tabla 2

Varianza total explicada para los análisis factoriales exploratorios sobre la muestra piloto (n=97) y la muestra final (n=323)

Análisis Factorial Exploratorio	Códigos/Elementos	Varianza Total Explicada
Primer (n=97)	RC1, RC2, RC3, RC4, RC5, RC6	83,984
Segundo (n=97)	RC1, RC2, RC3	79,346
en la muestra final (n=323)	RC1, RC2, RC3	75,608

Fuente: Elaboración propia

El Análisis de Componentes Principales para la misma muestra, y los resultados obtenidos con el Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser se observan en la tabla 3, donde 6 componentes fueron conformados con sus cargas factoriales respectivas provenientes de los 35 ítems. Debido a esto, no se establecen las dimensiones formuladas en el instrumento de referencia con los ítems pertinentes. A partir de esto, se procedió a eliminar ciertos ítems hasta construir el instrumento deseado desde una visión estadística.

Tabla 3
Matriz de componente rotado del primer análisis factorial exploratorio sobre la muestra piloto (n=97)

Código	Elemento	Componente					
		1	2	3	4	5	6
RC1	Me siento emocionalmente unido/a a la clínica.	0.24	0.654	0.193	0.04	0.072	0.063
RC2	La clínica tiene un gran significado personal para mí.	0.217	0.763	0.012	0.058	0.349	0.123
RC3	Me siento fuertemente identificado(a) con la clínica.	0.265	0.675	0.384	0.185	0.243	0.067
RC4	La relación con la clínica es importante para mí.	0.247	0.746	0.348	0.186	0.033	0.052
RC5	Si la clínica ya no existiera, sería una pérdida importante para mí.	0.269	0.81	0.257	0.184	-0.083	-0.095
RC6	El vínculo emocional que tengo con la clínica es alto.	0.338	0.753	0.298	0.111	0.117	-0.006
RC7	Mi relación con la clínica tiene un gran significado personal para mí.	0.441	0.679	0.173	0.019	0.176	-0.015
BI1	Continuaré utilizando los servicios de la clínica en el futuro cercano.	0.28	0.407	0.802	0.017	0.006	0.079
BI2	Usaré más servicios en el futuro cercano.	0.232	0.379	0.782	-0.014	-0.008	0.271
BI3	Tengo la intención de elegir la misma clínica para futuros servicios/tratamientos.	0.413	0.488	0.696	0.065	-0.165	0.064
BI4	Diré cosas positivas sobre la clínica a otras personas.	0.703	0.127	0.481	0.187	0.311	-0.179

Código	Elemento	Componente					
		1	2	3	4	5	6
BI5	Incentivaré a amigos y conocidos a acudir a la clínica.	0.656	0.241	0.55	0.117	0.179	-0.229
BI6	Definitivamente recomendaré esta clínica a amigos y conocidos.	0.632	0.19	0.598	0.132	0.315	-0.198
COF1	Los empleados/doctores/estudiantes son buenos resolviendo conflictos antes de que ellos ocasionen un problema en nuestra relación de trabajo.	0.889	0.32	0.182	0.054	-0.004	-0.095
COF2	Los empleados/doctores/estudiantes se aseguran de que los problemas no interfieran en nuestra relación.	0.79	0.218	0.318	0.063	0.344	-0.072
COF3	Los empleados/doctores/estudiantes tienen la habilidad discutir abiertamente las soluciones antes de que surjan problemas.	0.659	0.369	0.51	0.078	0.112	0.22
TR1	Confío en que la clínica me dice la verdad, incluso cuando me dan una explicación que no me gusta.	0.871	0.356	0.118	0.068	-0.111	0.08
TR2	La clínica me da información precisa.	0.608	0.392	0.516	0.185	0.127	0.243
TR3	La clínica mantiene las promesas que me hace.	0.823	0.178	0.314	0.114	0.194	0.023
TR4	La clínica me trata de manera honesta en cada visita.	0.796	0.204	0.317	0.152	0.237	0.006
SOL1	La clínica me ayuda cuando tengo un problema.	0.778	0.336	0.091	-0.067	0.047	0.221
SOL2	La clínica comparte (dice) los problemas que surgen durante mi(s) tratamiento(s).	0.866	0.23	0.076	0.005	0.163	0.101

Código	Elemento	Componente					
		1	2	3	4	5	6
SOL3	La clínica se encuentra totalmente comprometida en mejorar la relación general.	0.71	0.24	0.44	0.101	0.259	0.177
SOL4	La clínica está dispuesta a satisfacer mis necesidades más allá de firmar el presupuesto.	0.835	0.227	0.271	0.092	0.026	0.158
REP1	Creo que esta clínica hace lo que promete a sus pacientes.	0.794	0.225	0.29	0.064	0.338	0.074
REP2	Esta clínica tiene una buena reputación.	0.663	0.24	0.351	0.202	0.273	0.061
REP3	Creo que la reputación de esta clínica es mejor que otras clínicas universitarias.	0.614	0.21	0.191	0.401	0.242	0.148
COM1	Tengo una relación fácil y satisfactoria con la clínica.	0.838	0.275	0.271	0.117	0.089	0.204
COM2	La clínica me mantiene constantemente informado(a) de nuevos servicios que podrían ser de mi interés.	0.425	0.044	0.257	0.13	0.219	0.736
COM3	La clínica me provee un servicio personal y consejo.	0.74	0.334	0.06	0.132	-0.181	0.229
COM4	La clínica provee información clara y transparente.	0.812	0.359	0.179	0.077	-0.13	0.223
INT1	Me sería muy difícil cambiar de clínica.	0.552	0.316	0.537	0.249	0.063	0.173
INT2	Si la relación con la clínica se interrumpiera, tendría dificultades en usar sus servicios.	0.1	0.267	-0.121	0.877	-0.117	-0.049
INT3	Sería difícil para la clínica reemplazarnos.	0.132	0.062	0.282	0.841	0.226	0.145
INT4	La clínica es bastante dependiente de nosotros.	0.225	0.312	-0.009	0.066	0.797	0.149

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia

Aplicabilidad del Instrumento

Seguidamente se muestran los resultados del Análisis factorial de la muestra final, esto con la intención de alcanzar un cuestionario modelo con las 3 dimensiones que fueron consideradas en el instrumento de referencia y que estadísticamente fuera lo más indicado; tomándose en cuenta los resultados del Análisis de Componentes Principales anteriormente obtenidos se seleccionaron ciertos ítems del cuestionario a partir de la Prueba Piloto para realizar el Segundo Análisis Factorial Exploratorio, para llevar a cabo esto se eliminaron los siguientes Items: BI4 Hablaré con otras personas positivamente con respecto a la clínica, BI5 Incentivaré a que acudan a la clínica, BI6 en definitiva recomendaré esta clínica, COM2 La clínica me mantiene informado constantemente sobre sus nuevos servicios, INT1 cambiar de clínica sería muy difícil para mí, INT2 presentaría problemas en usar sus servicios si interrumpo mi relación con la clínica, tendría problemas en usar sus servicios, INT3 para la clínica es difícil reemplazarlos, INT4 la clínica depende de nosotros para su funcionamiento; una vez realizado se realizó la segunda prueba de esfericidad de Bartlett, donde se demuestra que el segundo análisis factorial resulta aprovechable esto según los datos obtenidos a través del Aprox. Chi-Cuadrado = 4044,13, p. <.001. Por su parte, se obtuvo un coeficiente de KMO de .838, por lo que se recomienda aplicar el segundo análisis factorial exploratorio (Salinas y Cárdenas 2009).

Para el segundo análisis se obtuvo una varianza total explicada de 79,346%, por lo que el modelo del segundo análisis factorial exploratorio quedó constituido por 3 componentes quienes explican la variabilidad de los ítems, siendo aceptable por ser mayor a 50% (Henson y Roberts, 2006).

En la tabla 4 se muestra la matriz de componentes con método de rotación de Varimax sin la eliminación de los ítems anteriormente nombrados. Asimismo, se distinguen cargas factoriales que muestran cada ítem con su dimensión teórica respectiva. Para la dimensión Compromiso Relacional se observan cargas factoriales que van desde 0.644 hasta 0.804, por su parte en la dimensión Intención de Comportamiento se muestran cargas factoriales que van desde 0.742 hasta 0.840 y, por último, para la dimensión Valor Relacional se aprecian factoriales que van desde 0.654 hasta 0.876.

Tabla 4.
Matriz de componente rotado del segundo Análisis Factorial Exploratorio de la muestra piloto (n=97).

Código	Elemento	Componente		
		1	2	3
RC1	Me siento emocionalmente unido/a la clínica.	0.239	0.690	0.178
RC2	La clínica tiene un gran significado personal para mí.	0.259	0.804	0.035
RC3	Me siento fuertemente identificado(a) con la clínica.	0.307	0.709	0.397

Código	Elemento	Componente		
		1	2	3
RC4	La relación con la clínica es importante para mí.	0.254	0.747	0.387
RC5	Si la clínica ya no existiera, sería una pérdida importante para mí.	0.243	0.798	0.297
RC6	El vínculo emocional que tengo con la clínica es alto.	0.347	0.767	0.307
RC7	Mi relación con la clínica tiene un gran significado personal para mí.	0.445	0.644	0.231
BI1	Continuaré utilizando los servicios de la clínica en el futuro cercano.	0.288	0.345	0.841
BI2	Usaré más servicios en el futuro cercano.	0.255	0.311	0.840
BI3	Tengo la intención de elegir la misma clínica para futuros servicios/tratamientos.	0.391	0.429	0.742
COF1	Los empleados/doctores/estudiantes son buenos resolviendo conflictos antes de que ellos ocasionen un problema en nuestra relación de trabajo.	0.860	0.316	0.172
COF2	Los empleados/doctores/estudiantes se aseguran de que los problemas no interfieran en nuestra relación.	0.819	0.270	0.254
COF3	Los empleados/doctores/estudiantes tienen la habilidad discutir abiertamente las soluciones antes de que surjan problemas.	0.690	0.354	0.539

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha confluído en 6 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia

Aplicabilidad del Instrumento

Posterior a la aplicación del Instrumento bajo condiciones iguales al estudio piloto, se procedió a la aplicación del análisis estadístico. Por lo que se reporta que, por medio del resultado de la prueba de esfericidad de Bartlett, ver tabla 5, donde se deduce la aplicabilidad del análisis factorial exploratorio (Aprox. Chi-Cuadrado = 11376,27, p.

<.001). Por su parte, a través del coeficiente de KMO se refuerza la idea de que la aplicación de un análisis factorial exploratorio es plausible (Salinas y Cárdenas 2009).

Tabla 5

Indicadores de ajuste del cuestionario para primer y segundo análisis factorial confirmatorio (n=323)

Análisis Factorial	Indicador	Descripción	Valor
Primer Análisis	SRMR	Residual Estandarizado de la Raíz Cuadrada Media	0.0549
	CFI	Índice de ajuste comparativo	0.782
	TLI	Índice de Tucker – Lewis	0.762
Segundo Análisis	SRMR	Residual Estandarizado de la Raíz Cuadrada Media	0.033
	CFI	Índice de ajuste comparativo	0.920
	TLI	Índice de Tucker – Lewis	0.901

Fuente: Elaboración propia

De igual manera se alcanzó una varianza total de 75,608% para la muestra final; por lo tanto, el modelo de análisis factorial exploratorio presenta 3 componentes que revelan la variabilidad de los ítems del instrumento, resultado que es aceptable por ser mayor a 50,0% (Henson y Roberts, 2006).

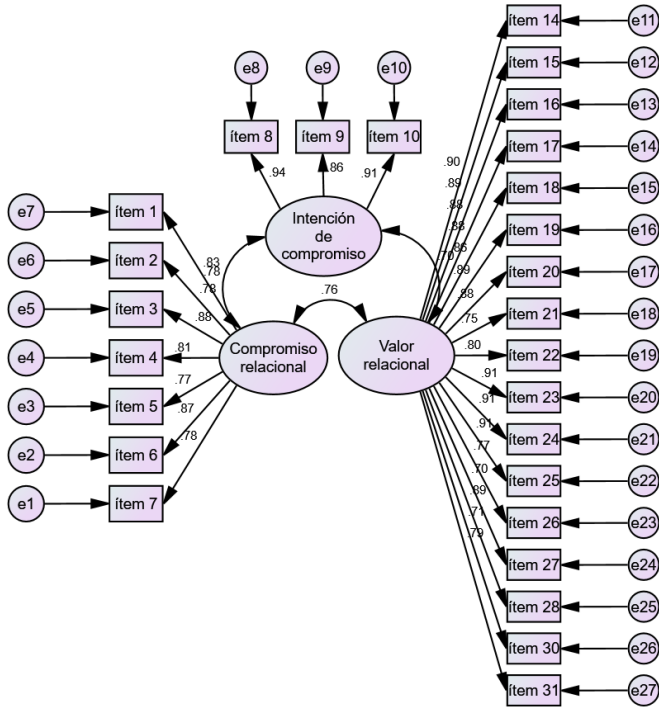
Según los resultados obtenidos a través de la matriz de componente rotado del análisis factorial exploratorio, se evidenció que los ítems seleccionados por medio del análisis factorial durante la prueba piloto las respectivas dimensiones pueden adecuarse En este caso para la dimensión Compromiso Relacional (RC), se observaron autovalores que van desde 0.681 hasta 0.807, con respecto a la Intención de Comportamiento (BI) como dimensión, se pudo apreciar autovalores que van desde 0.761 hasta 0.800 y por último para la dimensión Valor Relacional (RV) se observaron valores que van desde 0.621 hasta 0.870.

Primer análisis factorial confirmatorio

Con respecto al primer análisis factorial confirmatorio, inicialmente se pudo analizar las tres (3) dimensiones estudiadas, observándose en primer lugar, que con respecto al a la dimensión Compromiso Relacional (RC) se presentan coeficientes estandarizados que en un intervalo de 0.78 hasta 0.88. De igual manera, en relación a la dimensión Intención de comportamiento (BI) se observan coeficientes estandarizados entre 0.86 hasta 0.94. Por último, con respecto a la dimensión Valor Relacional (VR) se alcanzó coeficientes entre 0.70 y 0.91. Observándose en todos los casos coeficientes con una intensidad aceptable debido a que son valores superiores a 0.30, ver figura 1 (Hair *et al.*, 2004).

Figura 1

Diagrama de trayectorias del cuestionario para el primer análisis factorial confirmatorio (n=323).

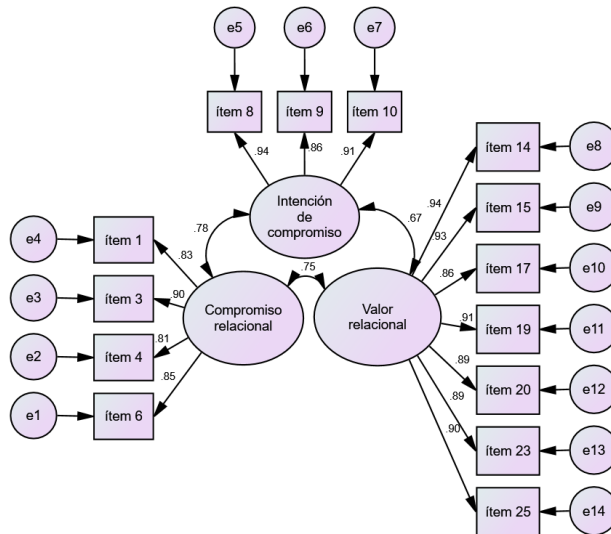


Fuente: Elaboración propia

Posterior al cálculo de los Indicadores de ajuste del cuestionario para primer y segundo análisis factorial confirmatorio (n=323), se reportó en el primer análisis valores inferiores de CFI y TLI de 0.782 y 0.762 respectivamente, los cuales no resultan aceptables, ya que son inferiores a 0.90 (Schermelleh-Engel *et al.*, 2003). Es por ello que se realizó un segundo análisis factorial confirmatorio, filtrando ítems adicionales del Cuestionario, donde se apreció que para este segundo análisis factorial confirmatorio hay un SRMR inferior a 0.08, de manera que el cuestionario posee buen ajuste de ítems, ver figura 2 (Browne y Cudeck, 1992). Asimismo, en lo referente al ajuste comparativo, hay valores de CFI y TLI de 0.920 y 0.901 respectivamente. Por lo cual los ítems presentan un aceptable ajuste comparativo, ya que son superiores a 0.90 (Schermelleh-Engel *et al.*, 2003).

Figura 2

Diagrama de trayectorias del cuestionario para el segundo análisis factorial confirmatorio (n=323).



Fuente: *Elaboración propia*

Análisis correlacional para hipótesis 2 y 3

Para corroborar las hipótesis de que la percepción del valor relacional de los usuarios del sector sanitario odontológico está relacionada directamente con su compromiso relacional (H2) y que la percepción del valor relacional de estos se relaciona directamente con su intención de comportamiento (H3), se procedió al contraste de las hipótesis antes nombrada siguiendo el flujograma del Análisis Estadísticos, por lo que se realizaron para ambas hipótesis pruebas de Normalidad de Kolmogórov-Smirnov con el propósito de evaluar si existía una distribución normal en las dimensiones de Compromiso relacional, Intención de Comportamiento y Valor Relacional, observándose que estas dimensiones de estudio no poseían normalidad, puesto que cada una posee un p-valor inferior a 0.05 de significancia, por lo que se procedió a utilizar la prueba no paramétrica de Spearman.

Según los resultados obtenidos a través de la prueba de Spearman en la evaluación de la hipótesis 2 (H2) se obtuvo un Rho de 0,720 con un p-valor de 0,000 (p-valor<0,05), lo que demuestra que la percepción del valor relacional expresados por los usuarios tiene una

relación directa con el compromiso relacional, pudiendo ser considerada como una fuerte relación (Hernández *et al.*, 2017).

De igual manera, para la evaluación de la hipótesis 3 (H3) a través de la prueba de Spearman se obtuvo un coeficiente Rho de 0,686 con un p-valor de 0,000 (p-valor<0,05), lo que demuestra la existencia de una directa relación entre el valor relacional y la intención de comportamiento, pudiendo ser considerada de igual manera una fuerte relación (Hernández *et al.*, 2017).

DISCUSIÓN

La decisión de aplicar el instrumento establecido por Khan, Kadir y Wahab (2010) estuvo fundamentada en que el mismo fue un estudio pionero reportado en la literatura donde se midió el valor relacional (valor indirecto) en una visión de empresa-cliente y con valores inmediatos como la satisfacción, relacionado a la vez con la intención de comportamiento, en correspondencia con lo planteado por Hartman en 1967, quien en los inicios propuso que los componentes afectivos y cognitivos son importantes en la percepción de los clientes con respecto al valor.

Durante la primera adaptación del cuestionario al español se mantuvo en lo posible la estructura del cuestionario original, esto con la intención de que resultado de dicha adaptación conservara una consonancia del significado, conceptos y para este tipo de experiencia con el original. Para ello la traducción del instrumento fue directa a través de dos traductores bilingües independientes, cuya lengua materna era el castellano, uno de estos conocía los objetivos y conceptos estimados en el cuestionario, de igual manera tenía experiencia, contaba con traducción técnica de textos del inglés al castellano.

Durante la fase piloto la inclusión de 97 cuestionarios válidos para el estudio permitió hacer un primer ajuste del instrumento, esto debido a que ciertos ítems no eran lo adecuadamente representativos del constructo que se deseaba medir, según el cuestionario original.

Para la fase de aplicación del instrumento a pesar de tomar como válidos 323 cuestionarios, se realizaron varios ajustes al instrumento aplicado hasta obtener un juste apropiado para el CFI y TLI, ya que tal y como indica Bentler (1987) adoptar un solo índice de ajuste con el fin de aceptar o rechazar un modelo, puede ser contraproducente. Los resultados obtenidos permitieron reafirmar que los usuarios de los servicios de salud conciben el valor a través de diferentes aspectos, entre los que se encuentran la confianza, la capacidad de resolver conflictos, la solidaridad y la reputación, de igual manera estos resultados relacionados al área académica, robustecen los estudios para medición de la reputación, fortaleciendo las tres corrientes principales de pensamiento y valoración de la reputación basadas en tres conceptos como son: las expectativas sociales que el cliente tiene

en relación a las empresas; los diferentes rasgos de la personalidad corporativa que el cliente atribuye a las empresas; el nivel de confianza que la gente muestra hacia una empresa, siendo generalmente las expectativas sociales las que más se miden en el área académica (Ferruz, 2020). En consecuencia, el presentar la opción de medir los aspectos antes nombrados, además de aumentar el conocimiento del usuario para optimizar su satisfacción permitirá construir una relación más profunda y duradera entre el cliente y la empresa, lo que permitirá no sólo afirmar la fidelización de los pacientes desde un punto de vista económico, sino que generaría un mayor con el autocuidado y por lo tanto una mejor calidad de vida, como bien lo señala un estudio de (Abu-Serriah *et al.*, 2015). Como lo conceptualizan Durán-Bravo *et al.* (2020) la fidelización del cliente es un proceso que procura concebir relaciones comerciales sólidas y duraderos que da valor al cliente, a la empresa u organización y a su entorno social, aspecto que sólo se alcanza en el momento en que son orientados estratégicamente los activos intangibles a través de la comunicación corporativa de la empresa hacia la creación de programas de atracción, satisfacción y fidelización.

Además, a través de este estudio se pudo comprobar la existencia de una relación directa entre la percepción del valor relacional y el compromiso relacional en usuarios del área de la salud, resultados comparables con los obtenidos por Khan *et al.* (2010) en clientes del ámbito bancario.

Asociado con los resultados obtenidos por Khan *et al.* (2010) y Lee *et al.* (2021), quienes investigaron sobre la intención de comportamiento en viajeros millennials, se pudo evidenciar la existencia de una relación directa entre valor relacional e intención de comportamiento; para Contreras y Contreras (2018) en el área de salud, específicamente en un hospital, clínica o centro de salud, donde se prestan servicios a la comunidad, es considerado a su vez una empresa, por lo que es necesario darle esa importancia con la intención de que su personal se sienta comprometido con el fin de generar resultados más eficaces con la intención de mejorar su trabajo. Dicha relación actualmente es de gran importancia debido a la elevada oferta por servicios en el ámbito de salud lo que permite que la fidelización sea cada vez más difícil de alcanzar, lo que genera una incierta predicción del futuro comportamiento de los usuarios (Dick y Basu, 1994). Para mejorar la calidad del proceso de prestación de servicios, el personal de la misma debe ser orientado hacia las necesidades del cliente sobre todo al perfil de este y relacionarse más con los diferentes gustos y preferencias del consumidor con el fin de fidelizarlo para el negocio (Valera, 2016). Si bien pudo evidenciarse que el instrumento manipulado como referencia es adaptable al ámbito odontológico, fue necesario ejecutar un ajuste en el número de preguntas a ejecutar. No obstante, este reajuste en el instrumento demostró que es viable calcular el valor relacional considerando un número menor de variables, sin que esto coarte su medición.

Según los resultados obtenidos durante el segundo análisis factorial confirmatorio, se recomienda que las subdimensiones “comunicación” e “interdependencia” se eliminen del

instrumento, permaneciendo sólo las dimensiones “conflicto”, “confianza”, “solidaridad” y “reputación” como subdimensiones que favorecen medir la dimensión de valor relacional. De igual manera en el segundo análisis factorial confirmatorio se observó un SRMR inferior a 0.08, por lo que se puede decir que el cuestionario posee ajuste de ítems recomendado tal como se muestra en otros estudios (Browne y Cudeck, 1992). Por su parte, en lo que se refiere al ajuste comparativo, se reportaron valores de CFI y TLI de 0.920 y 0.901 respectivamente. Por lo que los ítems definitivamente escogidos exhiben un arreglo comparativo aceptable, esto debido a que son mayores a 0.90 como lo recomiendan (Schermelleh-Engel *et al.*, 2003). Resultados comparables con los obtenidos en el estudio realizado por Bustamante y Álvarez (2019) los cuales reportaron en la validación de un instrumento para estimar el clima organizacional para organizaciones de salud reportando índices de ajuste incremental CFI y TLI con valores muy altos, situándose por encima de 0,95 puntos en el método aplicado, lo que confirma en su caso que el modelo considerado refleja debidamente la realidad, lo que confirma un buen ajuste alcanzado del instrumento.

CONCLUSIONES

El instrumento inicialmente creado por Khan, Kadir y Wahab para el área bancario puede considerarse un instrumento confiable y sólido para estimar la reputación en el área de la salud.

Se considera que la adaptación transcultural y adaptación al sector sanitario realizada al instrumento exhibe propiedades psicométricas apropiadas y consistentes con el instrumento original.

Se reporta la existencia de una relación directa entre el valor relacional y el compromiso relacional de los pacientes del sector asistencial universitario odontológico asociado al sector sanitario.

Se muestra una directa relación entre el valor relacional y la intención de comportamiento de los pacientes del sector asistencial universitario odontológico asociado al sector sanitario.

Se demuestra que el medir el valor relacional puede favorecer el mejoramiento de los instrumentos elaborados para medir la reputación de las organizaciones del sector sanitario.

El medir el valor relacional puede favorecer de gran manera a determinar el comportamiento futuro de los usuarios que acostumbran a visitar a un organismo asociado al sector sanitario.

Aspectos éticos:

Revisión y aprobación del estudio por parte del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona (España).

Financiamiento:

Este trabajo no recibió financiamiento externo

Conflictos de interés:

Los autores no declaran conflictos de interés

REFERENCIAS

- Abu-Serriah M, Dhariwal D, Martin G. (2015). Reputation of Oral and Maxillofacial Surgery in the UK: the patients' perspective. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 53(4):321-25. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2015.01.001>.
- Amarat M, Baş T, Akbolat M, Ünal Ö. (2019). How does the perception of corporate reputation of patients shape? *International Journal of Healthcare Management*. 1-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.1080/20479700.2019.1647946>
- Bentler, PM y Chou, CP (1987). Problemas prácticos en el modelado estructural. *Sociologi-Métodos e investigación cal*, 16, 78 - 117. <http://dx.doi.org/10.1177/0049124187016001004>
- Browne M, Cudeck R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods y Research*. 21(2): 230-258. Doi: <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>.
- Bustamante MA, Álvarez AJ. (2019). Validación de un cuestionario de clima organizacional para organizaciones de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 18(36). Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.vcco>
- Clark B, Montgomery D. (1998). Competitive reputations, multimarket competition and entry deterrence. *Journal of Strategic Marketing*. 1998; 6(2):81-96. Doi: <https://doi.org/10.1080/09652549800000002>.
- Contreras Alomía IA, Contreras Castro FL. (2018). Compromiso organizacional y la intención de permanencia de los profesionales de enfermería en una institución de salud privada, Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. 11(2):22-31. Doi: <https://doi.org/10.17162/rccs.v11i2.1104.22-31>.
- Dick A, Basu K. (1994). Customer Loyalty: towards an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1994. 22(2): 99-113. Doi: <https://doi.org/10.1177/0092070394222001>.
- Durán Bravo P, Cisneros Martínez N, Pancardo Peralta R. (2020). Comunicación corporativa para La fidelización del cliente. In: *Mediaciones de la Comunicación*. 15(1):83-200. Doi: <https://doi.org/10.18861/ic.2020.15.2959>.

- Espinoza Valenzuela A. (2020). La auditoría como mejora continua en los Organismos Públicos de Salud del Perú. *Quipukamayoc*. 28(56):25-31. Doi: <https://doi.org/10.15381/quipu.v28i56.17468>.
- Ferruz González S. (2020). Nueva propuesta de evaluación de la Reputación Corporativa: Indicador de Desempeño Reputacional. *Doxa Comunicación*. 2020;(30): 331-349. Doi: <https://doi.org/10.31921/doxacom.n30a17>
- Gaviria del Águila M R, Delgado Bardales J M. (2020). Mejora de los servicios públicos en el fortalecimiento de la gestión municipal. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2020;4(2):1241-1255. Doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v4i2.151.
- Gómez GWE, Dávila LFJ, Campins RRA, Colmenarez DS. (2017). Satisfacción del usuario en la emergencia del Hospital central de Maracay. *Revista de Salud Pública*. 21(2):88-98. Doi:10.31052/1853.1180.v21.n2.15151.
- Hair J, Anderson R, Ronald T, Black W. (2004). *Análisis multivariante*. 5th ed.: Prentice Hall.
- Henson R, Roberts J. (2006). Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. *Educational and Psychological Measurement*. 66(3):393-416. Doi: <https://doi.org/10.1177/0013164405282485>.
- Hernández R, Méndez S, Mendoza C, Cuevas A. (2017). *Fundamentos de investigación*: McGraw-Hill.
- Hernández-Nariño A, Delgado-Landa A, Marqués-León M, Nogueira-Rivera D, Medina-León A, Negrín-Sosa E. (2016). Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 15(31):66-87. Doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.ggpp>
- Huergo Lora A. (2020). La prestación de los servicios públicos locales. *Documentación Administrativa*. Nueva época. (6):129-148. Doi: <https://doi.org/10.24965/da.i6.10768>.
- Khan N, Kadir S, Wahab S. (2010). Investigating structure relationship from functional and relational value to behavior intention: the role of satisfaction and relationship commitment. *International Journal of Business Management*. 5(10): 20-36. Doi: <https://doi.org/10.5539/ijbm.v5n10p20>.
- Lee S, Lee W, Vogt C, Zhang Y. A (2021). comparative analysis of factors influencing millennial travelers' intentions to use ride-hailing. *Inform Technol Tour*. Doi: <https://doi.org/10.1007/s40558-021-00194-6>.
- Lievens F. (2017). Organizational Image. In S. R. *The SAGE Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology*. 2nd ed.: Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.; 2017. Doi: <https://doi.org/10.4135/9781483386874.n382>.

- Martínez Carreño B, González Romero M A. (2020). Confianza y reputación base de las comunidades societales. *Braz. J. Hea. Rev.* 3(4):9235-9247. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-161>.
- Méndez-Wong A, Reyes-Ruiz E, Mellado-Siller JF. (2021). Evaluación del posicionamiento e imagen: Caso de los hospitales privados en Saltillo, Coahuila. *Horizonte sanitario.* 2021 mayo - agosto; 20(2). <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n28p371>.
- Mira JJ, Lorenzo S, Navarro IM, Guilabert M, Pérez-Jover V. (2015). La reputación de los hospitales españoles. Bases para el desarrollo de un índice de reputación de los hospitales. *An. Sist. Sanit. Navar.* 38 (2):247-254. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/34116/21788>.
- Orviz N, Cuervo T. (2020). Revisión de la investigación en el ámbito de la reputación corporativa. *3C Empresa. Investigación y pensamiento crítico.* 9(2):73-105. Doi: <https://doi.org/10.17993/3comp.2020.090242.73-105>
- Pallarés M, López L. Merco y RepTrak Pulse. (2017) Comparación cualitativa de atributos, variables y públicos. *Revista ICONO14, Revista Científica De Comunicación Y Tecnologías Emergentes.* 15(2):190-219. Doi: <https://doi.org/10.7195/ri14.v15i2.1077>.
- Ramada J, Serra-Pujadas C, Delclos G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México.* 55(1): 57-66. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009>.
- Reynaldos Grandón K, Achondo Oisel J, Azolas Valenzuela V. (2017). Factores influyentes en la satisfacción usuaria de la atención primaria en salud latinoamericana: revisión integradora. *Revista de Salud Pública.* 21(2):67-78. Doi:10.31052/1853.1180.v21.n2.17698
- Salinas P, Cárdenas M. (2009). *Métodos de Investigación Social (2a ed.)*. Intiyan, ediciones Ciespal. 2nd ed. Intiyan: Ediciones Ciespal.
- Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online.* 8 (2): 23–74. <https://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/>
- Valera Durand C. (2016). Marketing interno y calidad de servicio de salud en la Clínica Americana Juliaca, 2016. *Revista de Investigación Valor Agregado.* 2020; 6(1): 27 - 39. Doi: <https://doi.org/10.17162/riva.v6i1.1286>.

Recibido: 11 de octubre de 2021

Aceptado: 02 de diciembre de 2021