

## Nivel de responsabilidad social corporativa con la fidelidad de los clientes del servicio asistencial odontológico en tiempos de pandemia

*Level of corporate social responsibility with the loyalty of the clients of dental care customers in times of pandemic*

María José Muñoz Leal<sup>1</sup> , Raúl Aguilera Eguía<sup>2</sup> , Eliseo Lara Ordenes<sup>3</sup>   
y Josep María Ustrell Torrent<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Programa de Doctorado en Medicina e Investigación Traslacional. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona; <sup>2</sup>Universidad Católica de la Santísima Concepción;

<sup>3</sup>Universidad Andrés Bello; <sup>4</sup>Universidad de Barcelona

### Resumen

Debido a que en el área de la salud son pocos los estudios que vinculan a esta con la fidelidad de los clientes en el contexto latinoamericano. Se examinó el nivel de responsabilidad social corporativa con la fidelidad de los clientes del servicio asistencial odontológico en tiempos de pandemia. Instrumento aplicado a 323 pacientes de la Clínica Odontológica. Se aplicó un Análisis Factorial Exploratorio a través del software de código abierto y libre distribución. Se obtuvo un Alfa Ordina de 0.996 y 0.922, mostrando que el modelo presentado es adecuado. Los pacientes dan prioridad a su compromiso emocional, sentimental con la institución, siendo la principal variable, seguida de la relación de interdependencia que le dan entre ellos y la Institución. Se presentó de manera exitosa la realización de un AFE para medir y hallar las variables latentes en el estudio definido para el presente trabajo, los resultados numéricos, propios del método multivariante han indicado su adecuación y capacidad de explicación de la idoneidad de su utilización, con valores de bondad de ajuste, y confiabilidad que cumplen las exigencias para su aplicabilidad. En el caso presentado, los resultados del AFE confirman que para la clínica en estudio en tiempos de pandemia sólo dos variables latentes son importantes para comprender la relación de los pacientes con la clínica, siendo estas el Factor 1: Compromiso relacional y el Factor 2: Valor relacional de interdependencia.

**Palabras clave:** Instituciones de Salud, Responsabilidad social corporativa, Reputación hospitalaria, satisfacción del paciente, Marketing de los Servicios de Salud.

### **Abstract**

Because in the health care area there are few studies linking this with customer loyalty in the Latin American context, the level of corporate social responsibility with customer loyalty was examined. The level of corporate social responsibility was examined with the loyalty of dental care customers in times of pandemic. Instrument applied to 323 patients of the dental clinic. An Exploratory Factor Analysis was applied through open source and free distribution software. An Ordinal Alpha of 0.996 and 0.922 was obtained, showing that the model presented is adequate. Patients give priority to their emotional, sentimental commitment to the institution, being the main variable, followed by the interdependent relationship they give between themselves and the institution. We successfully presented the performance of an ERA to measure and find the latent variables in the study defined for the present study, the numerical results, of the multivariate method have indicated its suitability and ability to explain the suitability of its use, with values of goodness of fit, and reliability that meet the requirements for its applicability. In the case presented, the results of the AFE confirm that for the clinical study in times of pandemic only two latent variables are important to understand the relationship of patients with the clinical, being these the Factor 1: Relational Commitment and the Factor 2: Relational value of interdependence.

**Keywords:** Health Institutions, Corporate Social Responsibility, Hospital Reputation, patient satisfaction, Health Services Marketing.

## **INTRODUCCIÓN**

A nivel empresarial es bien conocido que el buen funcionamiento de una empresa o corporación afecta su entorno, a la sociedad y al comportamiento de los consumidores, por lo que a través del tiempo la comunicación de la responsabilidad social corporativa (RSC) se ha transformado en un valioso aspecto para optimizar el trato entre las empresas en desarrollo y sus clientes, (Capriotti y Zeler, 2020), convirtiéndose además en un elemento necesario para asegurar el desarrollo sostenible de las mismas (Borrás Atiénzar y Revollo Lijeron, 2020), por lo que se ha observado cada vez un mayor número de trabajos científicos relacionados con su estudio (Caro Méndez y Ojeda Hidalgo, 2019; Alfonso Roca y García Barbero, 2021; Pahlen Acuña y Campo, 2019; Vidal Marrero, Ramo y Asuaga, S., 2019; García Gálvez, Morales Owseykoff y Olivares Galván, 2020); desde el punto de vista del marketing la RSC ha sido reconocida como un tema emergente en el ámbito empresarial (Alvarado-Herrera, Bigne, Aldas – Manzano y Curra, 2017; Hiroko y Yasuyuki, 2020)

Sin embargo, debido a la aparición del Covid-19 desde el 2020 se está en la presencia de la quinta pandemia que se ha conocido desde 1918 (Liu Y-C et al., 2020), la cual ha generado extensos periodos de cuarentena, con cierre masivo de negocios y de personas en sus hogares, situación que ha implicado carencias económicas (Mello & Wang, 2020), lo que ha reformado la dinámica social, económica y política, a nivel mundial desde las instituciones públicas y privadas como el desarrollo personal de cada individuo.

Durante este proceso de pandemia se ha podido observar que el nivel de comunicación observado en las empresas afectadas es un activo que fortalece la gestión de la RSC, siendo este un factor determinante al momento de medir su reputación, tomándose en cuenta para la verificación de dicha reputación el comportamiento responsable basado en la ética. (Ferruz-González, 2018).

Situación que ha demostrado la necesidad de aumentar cada vez más la demanda de iniciativas de responsabilidad social por parte de las partes interesadas hacia el mundo empresarial, exigiendo que las empresas prioricen sus actividades en cuestiones sociales en sus operaciones comerciales para así ganarse la confianza de los clientes finales y convertir la lealtad en una ventaja ante otras empresas y así estas generar mayores beneficios, clientes satisfechos, una mejor reputación corporativa lo que genera actitudes efectivas hacia las empresas en cuestión (Castaño Ramírez y Arias-Sánchez, 2021; Bach Gibert, 2019).

Con respecto al nivel reputacional que presenten los centros sanitarios esta se encuentra más asociada con las ganas que presenten los usuarios de obtener los servicios de estos, con la intención de obtener resultados clínicos más beneficiosos, con una asistencia de calidad convirtiéndose en fieles agentes beneficiosos para la reputación de estos centros de salud (Mira, Lorenzo, Navarro y Guilabert, 2015). Bajo la visión del marketing social los hospitales o clínicas son uno de los sectores con mayor valor competitivo, por lo que es de gran importancia la creación y puesta en práctica de innovadoras estrategias que les permita distinguir sus servicios de las otras empresas (Méndez-Wong, Reyes-Ruiz y Mellado-Siller, 2021).

El nivel de los servicios del sector salud visto bajo la perspectiva de los pacientes permite la presencia de tres grupos de pacientes como es el caso de los pacientes clínicos, los policlínicos y los potenciales pacientes, por lo que generalmente es de esperarse que cada tipo de paciente emita diferentes opiniones asociadas a la reputación hospitalaria o clínica, por lo que, sus dictámenes son de gran importancia para así alcanzar una visión más cercana al valor reputacional que estos le den a los servicios sanitarios (Amarat, Baş, Akbolat y Ünal, 2019).

Los centros sanitarios asociados a los servicios de odontología son apreciados como un modelo clínico bien difundido internacionalmente, sin embargo, son pocos los servicios odontológicos de bajo costo y de calidad social a los que la población en su mayoría no tiene acceso, y más en tiempos de pandemia, por lo que centros de asistencia odontológicos

asociados a servicios universitarios permiten que tanto estudiantes como pacientes se vean favorecidos, el primero por generar nuevas posibilidades para que estudiantes tengan la opción de realizar sus prácticas profesionales, y la oportunidad de que los pacientes puedan poner a pruebas tratamientos odontológicos a bajo costo y de manera segura.

Con el fin de reforzar los estudios sobre el uso de instrumentos que apoyen a medir la responsabilidad social corporativa del sector asistencial universitario odontológico, se planteó como objetivo conocer el nivel de responsabilidad social corporativa con la fidelidad de los clientes del servicio asistencial odontológico en tiempos de pandemia.

Con respecto al servicio desde el punto de vista organizacional, se pueden reconocer dos componentes, el primero relacionado concretamente con la acción que se lleva a cabo, y un segundo componente asociado con la manera como se lleva a cabo dicha oferta, componentes que interactúan entre ellos, conformando de esta manera el reconocimiento del valor total que los usuarios le dan a la actividad o beneficio que reciben a través de una empresa en particular; aún así el servicio desde el ámbito empresarial, es considerado un fenómeno confuso al momento de conceptualizarlo, esto debido a que para su conceptualización interviene la visión que tenga el cliente hacia un producto o servicio de la empresa, lo que puede generar una diversidad de puntos de vista (Corella, 1998).

Es de gran importancia distinguir entre el tipo de servicio y los elementos que conforman a un servicio, esto debido a que generalmente se confunden los servicios con los procesos necesarios para obtener un producto en específico, poniéndose de manifiesto que la evaluación de un servicio se basa en su naturaleza, lo que permite realzar los componentes tangibles con los que se cuenta.

En este orden de ideas (Corella, 1998), reporta que para las organizaciones sanitarias se destacan tres elementos entre los que se pueden nombrar a la empresa u organización, el personal de servicios y los pacientes, por lo que entre estos se pueden instaurar una diversidad de relaciones e interrelaciones individuales que se muestra en el servicio prestado. Demostrando además que la distinción de diversas características dentro del área de los servicios sanitarios, entre los que se pueden nombrar:

1. Experiencia del individuo.
2. Afecta a los individuos
3. Carácter individual.
4. Efectos físicos y mentales, permanentes o temporales.
5. Personal capacitado.
6. Elevada relación con el cliente.
7. Necesaria presencia del usuario (paciente).
8. Necesidades personales satisfechas ante las comerciales.

9. Continua relación entre cliente (paciente) y proveedor (personal facultativo y de enfermería).
10. Consumo independiente frente a colectivo.
11. Labores perceptibles sobre personas.
12. Adaptación del servicio al cliente (cada paciente es un caso).
13. Servicio entregado en las instalaciones del proveedor (excepcionalmente, del cliente).
14. Elevado grado de intensidad de recurso humano.
15. Interacción relevante entre productor /consumidor.

La buena gestión del riesgo reputacional en tiempos de crisis es un factor de gran importancia para la permanencia de cualquier corporación, por lo cual es necesario reconocer que la reputación es un activo inmaterial de gran importancia para cualquier organización, pues esta es vista como el nivel de responsabilidad y confiabilidad con que es vista dicha organización ya sea por empleados o por clientes, o que tan eficiente se gestiona la comunicación interna de cada organización (Miquel-Segarra; Aced-Toledano, 2019).

La reputación corporativa vista como una característica colectiva del como se ha comportado una empresa a través del tiempo describe la capacidad que esta posee para generar resultados que sean bien estimados por su público (Fombrun, Ponzi y Newburry, 2015), por lo que siempre es necesario que la reputación de una empresa sea analizada por Stakeholders para obtener resultados basados en la objetividad.

En el caso de la responsabilidad social, esta es considerada como el grupo de acciones que llevan a cabo las instituciones o empresas con la intención de compatibilizar sus operaciones productivas y corporativas sean compatibles con el cuidado y conservación del ambiente de trabajo ya sea en el interior o el exterior de estas, siempre tomándose en cuenta la responsabilidad de estas con la sociedad.

Según Sigüencia-Ortega, Bermeo-Pazmiño, K., & Vásquez-Eraza, E. (2021) al hablar de RSC y sus stakeholders se debe tomar en cuenta que estos se encuentran divididos en dos partes una interior conformada por directivos, profesionales sanitarios, recurso humano administrativo, técnicos y auxiliares; en donde las responsabilidades de estos están bajo la responsabilidad del departamento de Medicina y Salud Ocupacional y el de Talento Humano; y el exterior conformado por afiliados y pacientes, proveedores, comunidad y ambiente, en este caso diferentes departamentos desarrollan diversos programas establecidos por la institución observando entre los resultados de una buena programación pacientes con altos niveles de fidelidad hacia las instituciones.

## MÉTODO

Estudio con validación de instrumento. Se aplicó el instrumento en una muestra de 325 pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello de la sede Concepción (Chile). Esta clínica atiende a pacientes de diversas edades, cuyos tratamientos son realizados por estudiantes de la carrera de Odontología, bajo supervisión docente. Las preguntas de la investigación fueron: ¿Las iniciativas de RSC asumidas por la Clínica influye de alguna manera en la fidelidad de los clientes?, ¿Influyen la satisfacción del cliente, la reputación de la clínica y la confianza del cliente la relación entre la RSC y la fidelidad del cliente?

Todos los pacientes fueron mayores de 18 años, quienes acudieron entre octubre-noviembre de 2020 y entre marzo - abril de 2021 a la Clínica Odontológica, y a quienes se les explicó de manera escrita y verbal las características del estudio y así firmar su consentimiento de participación en dicho estudio. De los 325 pacientes, finalmente 323 encuestas fueron consideradas válidas para el estudio. Para este estudio se identificaron 3 dimensiones distribuidos en 35 factores teóricos, tabla 1.

**Tabla 1.**

*Matriz de dimensiones y elementos para medir el compromiso relacional, la intención de Comportamiento. Factores iniciales y elementos de medición del Valor Relacional en clientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción (Chile).*

<b>Elementos de medición del Compromiso Relacional</b>		
<b>Dimensión</b>	<b>Código</b>	<b>Elemento</b>
Compromiso Relacional (RC)	RC1	Me siento emocionalmente unido(a) a la clínica.
	RC2	La clínica tiene un gran significado personal para mí.
	RC3	Me siento fuertemente identificado(a) con la clínica.
	RC4	La relación con la clínica es importante para mí.
	RC5	Si la clínica ya no existiera, sería una pérdida importante para mí.
	RC6	El vínculo emocional que tengo con la clínica es alto.
	RC7	Mi relación con la clínica tiene un gran significado personal para mí.

<b>Elementos de medición de la Intención de Comportamiento</b>			
<b>Dimensión</b>	<b>Código</b>	<b>Elemento</b>	
Intención de comportamiento (BI)	BI1	Continuaré utilizando los servicios de la clínica en el futuro cercano.	
	BI2	Usaré más servicios en el futuro cercano.	
	BI3	Tengo la intención de elegir la misma clínica para futuros servicios/tratamientos.	
	BI4	Diré cosas positivas sobre la clínica a otras personas.	
	BI5	Incentivaré a amigos y conocidos a acudir a la clínica.	
	BI6	Definitivamente recomendaré esta clínica a amigos y conocidos.	
<b>Factores iniciales y elementos de medición del Valor Relacional</b>			
<b>Factor/Constructo</b>	<b>Código</b>	<b>Elemento</b>	
Valor Relacional (VR)	COF1	Los empleados/doctores/estudiantes son buenos resolviendo conflictos antes de que ellos ocasionen un problema en nuestra relación de trabajo.	
		COF2	Los empleados/doctores/estudiantes se aseguran de que los problemas no interfieran en nuestra relación.
		COF3	Los empleados/doctores/estudiantes tienen la habilidad discutir abiertamente las soluciones antes de que surjan problemas.
Confianza	TR1	Confío en que la clínica me dice la verdad, incluso cuando me dan una explicación que no me gusta.	
		TR2	La clínica me da información precisa.
		TR3	La clínica mantiene las promesas que me hace.
		TR4	La clínica me trata de manera honesta en cada visita.
Solidaridad	SOL1	La clínica me ayuda cuando tengo un problema.	
	SOL2	La clínica comparte (dice) los problemas que surgen durante mi(s) tratamiento(s).	
	SOL3	La clínica se encuentra totalmente comprometida en mejorar la relación en general.	
	SOL4	La clínica está dispuesta a satisfacer mis necesidades más allá de firmar el presupuesto.	

<b>Factores iniciales y elementos de medición del Valor Relacional</b>		
<b>Factor/Construc</b>	<b>tivo</b>	<b>Código Elemento</b>
Reputación	REP1	Creo que esta clínica hace lo que promete a sus pacientes.
	REP2	Esta clínica tiene una buena reputación.
	REP3	Creo que la reputación de esta clínica es mejor que otras clínicas universitarias.
Comunicación	COM1	Tengo una relación fácil y satisfactoria con la clínica.
	COM2	La clínica me mantiene constantemente informado(a) de nuevos servicios que podrían ser de mi interés.
	COM3	La clínica me provee un servicio personal y consejo.
	COM4	La clínica provee información clara y transparente.
Interdependencia	INT1	Me sería muy difícil cambiar de clínica.
	INT2	Si la relación con la clínica se interrumpiera, tendría dificultades en usar sus servicios.
	INT3	Sería difícil para la clínica reemplazarnos.
	INT4	La clínica es bastante dependiente de nosotros.

Fuente: Elaboración propia.

Se contó con las respuestas de 323 participantes, 149 hombres y 174 mujeres entre los 18 y los 68 años con una media de 42.65 años. El instrumento para esta fase estuvo conformado por los 35 indicadores obtenidos del Estudio, estos fueron aplicados en una escala Likert pictórica de cinco puntos, que iba de *me describe poco* (1) a *me describe mucho* (5).

### **Análisis Estadístico**

Luego de aplicada la encuesta se procedió a revisar una a una cada encuesta para verificar que fuesen válidas en cuando las repuestas, cantidad de respuestas y que no hubiese errores en cuanto a su llenado formal.

Se optó por realizar un primer análisis estadístico descriptivo de los parámetros de grupos etarios y distribución por sexo, tal cómo se indicó en el aparte anterior. Para el análisis de la encuesta basado en la escala de Likert se decidió utilizar el método de análisis convencional utilizado, como es el Análisis Factorial Exploratorio, el cual consiste en un método estadístico que estudia la relación entre variables y que esas relaciones pueden explicarse a través de factores ocultos o latentes cuyo número es abiertamente menor a las



variables observadas y cuya participación es combinada, variable y medible en cada uno de los factores. Se decidió por el Análisis Factorial Exploratorio considerando el objetivo/finalidad del estudio, se parte del análisis de un conjunto de datos de los cuales no se posee ninguna hipótesis precisa para probar; y se deja al Análisis expresar a través de sus resultados proporcione la información respectiva contenida en el estudio. Sin embargo, la diferencia con la alternativa no es muy clara, ya que al establecer la tentativa de analizar un fenómeno se requiere establecer los ítems o dimensiones que se requieren estudiar para dar explicación al fenómeno, esos ítems reflejan de alguna forma las hipótesis, un tanto difusas, hacia donde se dirige la investigación, en este sentido el modelo propuesto, el Análisis Factorial Exploratorio, expresa la mínima cantidad de restricciones necesarias que son necesarias para obtener una solución inicial adecuada y con valores de confiabilidad altos.

Como software para el Análisis Factorial se aplicó el de código abierto y libre distribución, desarrollado por la Universidad de Tarragona (Fernando y Lorenzo-Seva, 2017), el cual permite realizar Análisis Exploratorios, y cuyos resultados en una fase inicial permiten obtener los Análisis Factoriales Exploratorios y Confirmatorios, con pocas modificaciones de su ejecución, particularidades que lo hacen muy conveniente a fines del presente estudio.

En un segundo análisis de los datos, se modificaron los parámetros y valores sugeridos por el mismo software, entre ellos el número de factores y a partir del análisis de la matriz de correlación, se obtuvo un resultado muy completo en cuanto a valores necesarios para la interpretación de los resultados y del fenómeno en sí (Fernando y Lorenzo-Seva, 2017).

Se realizaron dos ejecuciones y análisis por el software Factor Analysis de la Universidad de Tarragona (Fernando y Lorenzo-Seva, 2017), el primero de ellos permitió un primer análisis para determinar la adecuación y confiabilidad del método, además de proveer información útil acerca de las variables o ítems que no participan en la conformación de los factores y que pueden ser no incluidos en el AFE (Análisis Factorial Exploratorio) y el número de factores sugeridos por el software en base a los resultados preliminares sin definir el número de factores a estudiar y analizar, tabla 2.

**Tabla 2.**

*Procedimiento para el Análisis Factorial Exploratorio preliminar No 1*

Método para tratar los valores perdidos	Imputación múltiple en caliente en el análisis factorial exploratorio (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2016).
Número de participantes	323
Número de Variables	35
Variables incluidas en el análisis	Todas
Variables excluidas en el análisis	Ninguna
Número de factores	0
Número de factores de segundo orden	0
Procedimiento para determinar el número de dimensiones	Optimal implementation of Parallel Analysis (PA) (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011)
Matriz de dispersión	Correlaciones policóricas
Análisis robusto	Corrección y aceleración del sesgo (BCa; Lambert, Wildt & Durand, 1991)
Número de muestras bootstrap	500
Matriz de covarianza/varianza asintótica	estimado mediante un muestreo Bootstrap
Intervalos de confianza Bootstrap	95%
Método de extracción de factores	Mínimos cuadrados no ponderados robustos (RULS)
Correction for robust Chi square	Media robusta y escala de la varianza (Asparouhov & Muthen, 2010)
Rotación para lograr la simplicidad de los factores	Promin robusto (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019b)
Inicio de rotación inteligente	Varimax ponderado
Número de salidas aleatorias	100
Número máximo de iteraciones	1000
Valor de convergencia	0,00001000
Estimaciones de las puntuaciones de los factores	Estimaciones basadas en el modelo lineal

*Fuente: Elaboración propia bajo el software Factor Analysis (Fernando y Lorenzo, 2017).*

## RESULTADOS

El segundo análisis, ejecutado se consideró como el definitivo, el cual provee los resultados que son discutidos y analizados en el presente estudio, tabla 3. Los resultados preliminares indicaron la necesidad de excluir del análisis algunas variables, para garantizar que la matriz de correlación estuviese definida positiva.

**Tabla 3.**

*Procedimiento para el Análisis Factorial Exploratorio preliminar No 2*

Método para tratar los valores perdidos	Imputación múltiple en caliente en el análisis factorial exploratorio (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2016).
Número de participantes	323
Número de Variables	35
Variables incluidas en el análisis	V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V10, V30, V33, V34, V35
Variables excluidas en el análisis	V8, V9, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V31, V32
Número de factores	0
Número de factores de segundo orden	0
Procedimiento para determinar el número de dimensiones	Optimal implementation of Parallel Analysis (PA) (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011)
Matriz de dispersión	Correlaciones policóricas
Análisis robusto	Corrección y aceleración del sesgo (BCa; Lambert, Wildt & Durand, 1991)
Número de muestras bootstrap	500
Matriz de covarianza/varianza asintótica	estimado mediante un muestreo bootstrap
Intervalos de confianza Bootstrap	95%
Método de extracción de factores	Mínimos cuadrados no ponderados robustos (RULS)
Correction for robust Chi square	Media robusta y escala de la varianza (Asparouhov & Muthen, 2010)
Rotación para lograr la simplicidad de los factores	Promin robusto (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019b)
Inicio de rotación inteligente	Varimax ponderado
Número de salidas aleatorias	100
Número máximo de iteraciones	1000
Valor de convergencia	0.00001000
Estimaciones de las puntuaciones de los factores	Estimaciones basadas en el modelo lineal

*Fuente: Elaboración propia utilización software Factor Analysis (Fernando y Lorenzo, 2017)*

Para este análisis se presentan los siguientes valores obtenidos por el segundo análisis factorial exploratorio, tabla 4.

**Tabla 4.**  
*Valores del Análisis Factorial Exploratorio, Descriptiva Multivariante y adecuación de la Matriz Policórica.*

DESCRIPTIVOS MULTIVARIADOS				
Análisis de la asimetría multivariante de Mardia (1970), asimetría y curtosis.				
	Coficiente	Estadística	df	P
Asimetría	44,476	2394,308	364	1,0000
Asimetría corregida para una muestra pequeña	44,476	2419,994	364	1,0000
Curtosis	215,516	23,294		0,0000**
** Significativo al 0,05				
Algoritmo suavizado aplicado: propuesto por Lorenzo-Seva & Ferrando (2020)				
ADECUACIÓN DE LA MATRIZ DE CORRELACIÓN POLICÓRICA				
Determinante de la matriz	< 0.000001			
Estadístico de Bartlett	3651,5 (df = 66; P = 0,000010)			
Test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,89841 (bueno)			
BC Bootstrap Intervalo de confianza del 95% de KMO	(0,883 0,887)			

Fuente: Elaboración propia utilización software Factor Analysis (15)

Adicionalmente este Análisis permitió definir el número de factores o variables ocultas probables para la explicación del fenómeno al igual ajustar el tipo de rotación utilizada (factores: 3, tipo de rotación: Varimax). A tal fin, se realizó el Análisis Factorial Exploratorio definitivo donde se incluyó las variables V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V10, V33, V34, V35 y excluyéndose las V8, V9, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32 con dos (2) factores con un 95% de confiabilidad con valores de Bondad de ajuste que se resumen de la siguiente manera un Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de 0,032 con un BC Bootstrap entre 0,0310 – 0,1226 con un 95 % de confiabilidad; un Índice de ajuste comparativo de 0,982; con un BC Bootstrap entre 0,232 – 1,019) con una confiabilidad entre 0,950 y 0,990; un índice de bondad de ajuste de 0,931 con un BC Bootstrap entre 0,879 - 0,953).

De igual manera se estimaron 11 factores o variables latentes, sin embargo, el AFE para considerar significativas permite reducir sólo 3 de ellos, lográndose describir el 81,95% de la varianza de los ítems, valor bastante bueno para el ajuste del modelo, tabla 5.

**Tabla 5.**  
*Varianza Total Explicada basada en el Análisis Factorial Exploratorio.*

<b>Factor</b>	<b>Varianza del Autovalor</b>	<b>Proporción de la Varianza (%)</b>	<b>Proporción Acumulada de la Varianza (%)</b>
1	6,70427	0,60948	<b>0,60948</b>
2	1,47496	0,13409	<b>0,74357</b>
3	0,83569	0,07597	
4	0,58061	0,05278	
5	0,39247	0,03568	
6	0,34591	0,03145	
7	0,28054	0,0255	
8	0,17559	0,01596	
9	0,13562	0,01233	
10	0,07431	0,00676	
11	0,00002	0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Se presentan los resultados de la varianza explicada y la comunalidad asociada a cada reactivo o ítem del instrumento utilizado, la comunalidad representa la participación de ese ítem en la explicación de la variabilidad del ítem en cuestión, tabla 6.

**Tabla 6.**  
*Carga factorial y Comunalidad de los reactivos en relación con los reactivos del instrumento*

<b>Variable</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>Comunalidad</b>
(3) Me siento fuertemente identificado(a) con la clínica.	<b>0,892</b>	0,264	0,786
(1) Me siento emocionalmente unido(a) a la clínica.	<b>0,832</b>	<b>0,307</b>	0,739
(4) La relación con la clínica es importante para mí.	<b>0,826</b>	0,275	0,866
(6) El vínculo emocional que tengo con la clínica es alto.	<b>0,81</b>	0,125	0,758
(2) La clínica tiene un gran significado personal para mí.	<b>0,791</b>	0,337	0,596
(5) Si la clínica ya no existiera, sería una pérdida importante para mí.	<b>0,744</b>	0,206	0,671
(7) Mi relación con la clínica tiene un gran significado personal para mí.	<b>0,726</b>	0,201	0,568
(10) Tengo la intención de elegir la misma clínica para futuros servicios/tratamientos.	<b>0,725</b>	0,211	0,57
(34) Sería difícil para la clínica reemplazarnos.	0,255	<b>0,882</b>	0,578
(33) Si la relación con la clínica se interrumpiera, tendría dificultades en usar sus servicios.	0,113	<b>0,752</b>	0,843
(35) La clínica es bastante dependiente de nosotros.	0,293	<b>0,453</b>	0,291

Fuente: *Elaboración propia.*

## DISCUSIÓN

Los valores de la ponderación y de estadísticos descriptivos de los dos (2) factores o variables latentes del modelo derivado del AFE, estuvieron compuestos por un valor del Alfa Ordina de 0,996 y de 0,922 respectivamente, ambos superiores al valor de 0,9 lo que el Modelo AFE exige para que sea adecuado el modelo presentado y que refleja la confiabilidad del ajuste y de su capacidad de explicación de la variabilidad observada.

Con respecto a los valores del Análisis Factorial Exploratorio, Descriptiva Multivariante y adecuación de la Matriz Policórica la configuración de los datos de entrada y parámetros del análisis presentaron interesantes valores de Bondad de ajuste, los cuales están sobre el valor de 0.9, verificando un adecuado ajuste del modelo a los datos estudiados, valores que indican que el Análisis factorial es satisfactorio y aplicable son los obtenidos en la Prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,00001$ , 3651,5) indicando que no existe correlación entre sí de los ítems y el Coeficiente de KMO (0,89841 dentro del rango del 95% de confianza de (0,883 – 0,887) (Salinas y Cárdenas, 2009).

Con respecto a la carga factorial y Comunalidad de los reactivos en relación a los reactivos del instrumento claramente se puede observar que el ítem que más participación tiene en el Factor 1 es el ítem (4) *“la relación con la clínica es importante para mí”*, mientras que para el factor 2 es el ítem (33) *“Si la relación con la clínica se interrumpiera, tendría dificultades en usar sus servicios”* quien más participa en él, resultado que se asocia con lo explicado por Ponzi, Fombrun y Gardberg, (2011), quienes reflejan que la confianza y credibilidad para los stakeholders son de gran importancia al momento de emitir algún juicio de valor sobre una institución, considerándose a la credibilidad como una virtud que ha aumentado su importancia a través del tiempo, lo que ha generado nuevos modelos de negocio fundamentados en el consumo de proximidad, la asistencia, entre otros, donde indispensablemente la credibilidad, la confianza y la transparencia son fundamentales; resultados que además reafirman que la comunicación que toda organización tenga con el exterior, en este caso con sus pacientes y posibles pacientes, puede convertirse en una prioridad en la que deben ocuparse para lograr los objetivos empresariales (Graverán Ruiz, Sánchez Díaz y Vázquez, 2019) fortaleciendo la experiencia que tuvo el paciente directamente con la clínica, factor de gran relevancia para mejorar la relación de estos con la clínica.

También la Tabla describe los reactivos/ítems que conforman cada uno de los factores o variables latentes. Puede observarse que el factor 1 está constituido principalmente (su participación debe ser superior a 0,3 para ser significativa) por ítems o reactivos asociados al concepto o constructo de Compromiso, de ligazón emocional y confianza del usuario con la Institución; por lo que para generar un mayor compromiso emocional de los pacientes con la clínica esta debe estar enfocada en el cumplimiento de las características asociadas a la imparcialidad, la eficacia, la accesibilidad, el compromiso ético, la satisfacción de pacientes

y odontólogos (Cua, Moffatt-Bruce y White, 2017; De Cruppé y Geraedts, 2017); el papel de todas estas características bajo la visión de los pacientes con relación a la reputación de los servicios sanitarios es fácil de identificar; por su parte sólo el ítem 1” *Me siento emocionalmente unido(a) a la clínica*” presenta un valor de carga Factorial de 0,302, quien muestra una ligera confusión de participar entre el factor 1 y el factor 2 su significancia, siendo mayor el Factor 1.

De igual manera se observa que cada ítem se relaciona y acomoda de manera bastante acertada a cada factor individual o bien a cada compromiso de tipo relacional; siendo el segundo factor conformado por ítems asociados a lo que se denomina Valor relacional de interdependencia, y con el mínimo número de reactivos que el AFE considera como aceptables como para ser considerado un Factor Variable, siendo el ítem con mayor Carga factorial el ítem (34) “*Sería difícil para la clínica reemplazarnos*” con un valor de 0,882 y el ítem con mayor aporte de sí mismo o comunalidad es el (33)” *Si la relación con la clínica se interrumpiera, tendría dificultades en usar sus servicios*”; según Gundlach y Cadotte, (1994) y Zineldin, (1995) la interdependencia viene referida a que tanto los pacientes como profesionales de alguna manera dependen el uno del otro en diferentes niveles de interés, encontrándose ciertos casos donde el nivel de interdependencia es total, lo que lo transforma en un componente crítico determinante de la relación y por lo tanto en su calidad (Dash, Bruning y Ku, (2006).

El AFE presentó que la variabilidad del fenómeno puede ser explicado en un 74,3% mediante dos variables latentes, conformadas por una agrupación de los ítems y/o reactivos observados, quienes muestran una carga factorial, que representa, su proporción en la participación de tal factor y la proporción que de sí mismo aporta al conjunto del factor 1, este factor está conformado principalmente con ítems cuya idea subyacente tiene que ver con el compromiso relacional de las personas con la institución; el factor 2, está conformado por ítems relativos al concepto de Valor relacional de interdependencia.

Dentro de los resultados se observa que los pacientes dan prioridad a lo que es su compromiso emocional, sentimental con la Institución, siendo esta la principal variable latente que se puede observar, mientras que, en segundo lugar, dan prioridad a la relación de interdependencia de entre ellos y la Institución. De allí se deriva que, para la evaluación de la calidad de gestión de la clínica, los aspectos fundamentales para entender la percepción de calidad en ella derivan de todas las acciones asociadas o ligadas a promover la relación emocional o que son importantes para generar, incentivar y promover ese lazo emocional, los encuestados, confirmado por la primera variable latente, expresan sus decisiones en base a ese lazo emocional con la clínica en primer lugar.

## CONCLUSIONES

Se presentó de manera exitosa la realización de un AFE para medir y hallar las variables latentes en el estudio definido para el presente trabajo, los resultados numéricos, propios del método multivariante han indicado su adecuación y capacidad de explicación de la idoneidad de su utilización, con valores de bondad de ajuste, y confiabilidad que cumplen las exigencias para su aplicabilidad.

Cerca de 2/3 de los ítems o reactivos fueron descartados por el análisis factorial exploratorio, motivado a que producían incongruencias en los cálculos, principalmente definición de matrices del AFE son positivas y una destrucción alta de la varianza, haciendo imposible su inclusión en el análisis, en general, ello sucede motivado incongruencias o falta de correlación a asociación entre los reactivos utilizados y el constructo teórico requerido, posiblemente siendo necesario la adecuación de los reactivos, el aumento del tamaño de la muestra o la reformulación de nuevos reactivos o ítems a ser incluidos en el instrumento de medida.

En el caso presentado, los resultados del AFE confirman que para la clínica en estudio en tiempos de pandemia sólo dos variables latentes son importantes para comprender la relación de los pacientes con la clínica, siendo estas el Factor 1: Compromiso relacional y el Factor 2: Valor relacional de interdependencia.

### ***Conflicto de intereses***

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS

- Alfonso Roca, M. y García Barbero, M. (2021). La responsabilidad social de las facultades de Medicina. Una exigencia inaplazable para adaptarse a las necesidades de la población. *Educ. Med.*, 22, 99-105. Doi: 10.1016/j.edumed.2020.10.003
- Alvarado-Herrera, A., Bigne, E., Aldas – Manzano, J. y Curra – Pérez, R. (2017). A Scale for Measuring Consumer Perceptions of Corporate Social Responsibility Following the Sustainable Development Paradigm. *J Bus Ethics.*, 140, 243–262. Doi: 10.1362/147539220X16003502334208
- Amarat, M., Baş, T., Akbolat, M. & Ünal, O. (2019). How does the perception of corporate reputation of patients shape?. *International Jour. Healt. Manag.*, 12(1), 1-8. Doi: 10.1080/20479700.2019.1647946



- Bach Gibert, A. (2019). Los Sistemas de evaluación de trabajadores basados en las valoraciones de los clientes. *IUSLabor. Rev. d'anàlisi de Dret del Treball.*, (3), 6-30. Doi: 10.31009/IUSLabor.2019.i03.01
- Borrás Atiénzar, F. y Revollo Lijeron, C. (2020). La gestión de la responsabilidad social empresarial en las empresas industriales de santa cruz de la sierra en Bolivia. *Proyecciones Rev. Dig. Inst. Invest. Est.*, (14), 2-13. Doi: 10.24215/26185474e008
- Capriotti, P. y Zeler, I. (2020). Comunicación de la responsabilidad social empresarial de las empresas de América Latina en Facebook. Estudio comparativo con las empresas globales. *Palabra Clave*, 23(2), 1-28. Doi: 10.5294/pacla.2020.23.2.7
- Caro Méndez, C. y Ojeda Hidalgo, J. (2019). Responsabilidad social y clima organizacional en la universidad autónoma de NAYARIT. *Proyecciones Rev. Dig. Inst. Invest. Est.*, 13, 13-28. Doi: 10.24215/26185474e002
- Castaño Ramírez, A. y Arias-Sánchez, S. (2021). Efecto de la responsabilidad social corporativa en la reputación de las organizaciones: una revisión sistemática. *Rev. Univ. Emp.*, 23(40), 1-25. Doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/empresa/a.8859
- Corella, J. (1998). Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud. *Salud Pública y Administración Sanitaria*. Monografía 1. Gobierno de Navarra. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/147806/marketing1.pdf>
- Cua, S., Moffatt-Bruce, S. & White, S. (2017). Reputation and the Best Hospital Rankings: What Does It Really Mean? *American Jour. Med. Qual.*, (6), 632-637. Doi: 10.1177/1062860617691843
- Dash, S, Bruning, E. & Ku K. (2006). The moderating effect of power distance on perceived interdependence and relationship quality in commercial banking: A cross-cultural comparison. *International Jour. of Bank Market.*, (5), 307-326. Doi: 10.1108/02652320610681747
- De Cruppé, W. & Geraedts, M. (2017). Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.*, 17(720), 1-10. Doi: 10.1186/s12913-017-2712-3
- Fernando, P. & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema.*, 29(2), 236-241. Doi: 10.7334/psicothema2016.304
- Ferruz-González, S. - A. (2018). Reputación corporativa. Estudio del concepto y las metodologías para su medición: propuesta de un concepto y metodología de consenso. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/47772>

- Fombrun, C., Ponzi, L. & Newburry, W. (2015). "Stakeholder tracking and analysis: The RepTrak system for measuring corporate reputation". *Corporate reputation review*, 18(1), 3-24. Doi: <https://doi.org/10.1057/crr.2014.21>
- García Gálvez, J., Morales Owseykoff, T. y Olivares Galván, H.(2020). La responsabilidad social empresarial frente al reto de la covid-19. *Horiz. de la cont. en las Cc ss.*, (13), 59-84. Doi: <https://revistahorizontes.uv.mx/index.php/horizont/article/view/30>
- Graverán Ruiz, D. Sánchez Díaz, M. y Vázquez, J. (2019) El proceso de comunicación externa del Centro Nacional de Biopreparados en las redes sociales Facebook y Twitter. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud.*, 30(2), 1-10. <http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1311>
- Gundlach, G. & Cadotte, E. (1994). Exchange interdependence and interfirm interaction: Research in a simulated channel setting. *Jour. Mark. Searc.*, 31(4), 516-532. Doi: 10.1177/002224379403100406
- Hiroko, O. y Yasuyuki, Y. (2020). Consumer perceptions of corporate social responsibility and its relationship with consumer behaviour: Scale development and validation in an emerging market context. *Jour. Custom. Behav.*, 19(3), 202-225. Doi: 10.1362/147539220X16003502334208
- Liu, Y-C., Kuo, R. & Shih, S. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical Journal*, 43(4), 328-333. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.04.007>
- Mello, M. & Jason-Wang, C. (2020). Ethics and governance for digital disease surveillance. *Science*, 368(6494), 951-954. Doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.abb9045>
- Méndez-Wong, A., Reyes-Ruiz, E. y Mellado-Siller, J. (2021). Evaluación del posicionamiento e imagen: Caso de los hospitales privados en Saltillo, Coahuila. *Hor. sanit.*, 13(28), 371-380. Doi: 10.19044/esj.2017.v13n28p371
- Miquel-Segarra, S. & Aced-Toledano, C. (2019). "Objectives and difficulties in the evaluation of internal communication in Spanish companies". *El profesional de la información*, 28(5), e280521. Doi: <https://doi.org/10.3145/epi.2019.sep.21>
- Mira, J., Lorenzo, S., Navarro, I. y Guilabert, M. 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. Doi:10.4321/S1137-66272015000200008
- Pahlen Acuña, R. y Campo, A. (2019). Accesibilidad y transparencia en la información pública gubernamental. *Proyecciones Rev. Dig. Inst. Invest. Est.*, 13,1-12. Doi: 10.24215/26185474e001
- Ponzi, L. Fombrun, C. & Gardberg N. (2011). RepTrak™ Pulse: Conceptualizing and validating a short-form measure of corporate reputation. *Corp. Reput. Rev.*, 14(1), 15-35. Doi: 10.1057/crr.2011.5

- Salinas, P. y Cárdenas, M. (2009). *Métodos de Investigación Social*. 2nd ed. Intiyan, editor.: Ediciones Ciespal.
- Siguencia-Ortega, E., Bermeo-Pazmiño, K., & Vásquez-Erazo, E. (2021). Impacto de la Responsabilidad Social Corporativa en hospitales de tercer nivel de complejidad en Cuenca. *CIENCIAMATRIA*, 7(12), 353-380. Doi: <https://doi.org/10.35381/cm.v7i12.433>
- Vidal Marrero, A., Ramos, J, y Asuaga, C. (2019). Análisis comparativo de los reportes de sostenibilidad de las empresas públicas uruguayas. *Proyecciones Rev. Dig. Inst. Invest. Est.1, 3*, 29-41. Doi: 10.24215/26185474e003
- Zineldin, M. (1995). Bank-company interactions and relationships: some empirical evidence. *International Jour. Bank Market.*, 13(2), 30-40. Doi: 10.1108/02652329510078677

Recibido: 23 de diciembre de 2021

Aceptado: 02 de abril de 2022