



“ROL DEL COMPORTAMIENTO INFORMACIONAL ACTIVO EN LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL TURISMO MÉDICO”

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN MARKETING**

Alumno: Katherine Correa Bravo

Profesor Guía: Eduardo Torres

Santiago, Agosto 2015

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTOS	6
1. RESUMEN EJECUTIVO	8
2. INTRODUCCIÓN	9
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1 Comportamiento Informacional (Information Behaviour).....	14
3.2 Valor Percibido	16
3.3 Beneficios Percibidos.....	18
3.3.1 Calidad Médica Percibida	20
3.3.2 Calidad de Servicio Percibida	21
3.3.3 Disfrute Percibido	22
3.4 Sacrificio Percibido	22
3.4.1 Costo Percibido	24
3.4.2 Riesgo Percibido	24
3.5 Intención del Consumidor	25
4. OBJETIVOS	27
4.1 Objetivo General.....	27
4.2 Objetivos Específicos.....	27
5. HIPÓTESIS	28
6. METODOLOGÍA	31
6.1 Diseño de la investigación	31
6.1.2 Muestra	31
6.1.3 Descripción de la muestra.....	33
6.2 Variables y escalas	35
6.2.1 Comportamiento Informacional	35
6.2.2 Valor percibido	36
6.2.3 Calidad Médica Percibida	37
6.2.4 Calidad de Servicio Percibida	37
6.2.5 Disfrute Percibido	38

6.2.6 Costo Percibido	38
6.2.7 Riesgo Percibido	39
6.2.8 Intención del Consumidor.....	40
6.3 Procedimiento	43
7. RESULTADOS	45
7.1 Análisis Factorial Exploratorio.....	45
7.2 Análisis Factorial Confirmatorio	49
7.3 Análisis de causalidad.....	50
8. CONCLUSIONES.....	52
Implicancias prácticas.....	53
9. LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES	54
Anexos	64
Anexo 1: Cuestionario	64
Anexo 2: Resultados Análisis Factorial Dimensión Calidad Médica Percibida	68
Anexo 3: Resultados Análisis Factorial Dimensión Calidad de Servicio Percibida	70
Anexo 4: Resultados Análisis Factorial Dimensión Disfrute Percibido.....	72
Anexo 5: Resultados Análisis Factorial Dimensión Costo Percibido.....	74
Anexo 6: Resultados Análisis Factorial Dimensión Riesgo Percibido.....	76
Anexo 7: Resultados Análisis Factorial Dimensión Valor Percibido.....	78
Anexo 8: Resultados Análisis Factorial Dimensión Intención del Consumidor	80
Anexo 9: Resultados Análisis Factorial Dimensión Comportamiento Informacional	82
Anexo 10: Output AMOS Path Analysis.....	84
Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)	84

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1: Modelo de Investigación	28
Ilustración 2: Path Analysis	50

DEDICATORIA

Este trabajo y el esfuerzo que ha implicado, está dedicado a mi familia, en especial a mis padres que gracias a su cariño y apoyo diario han permitido llevar a cabo esta etapa de mi formación profesional y personal.

Para ustedes, que siempre lo han dado todo por mi y su familia, les dedico las siguientes líneas.

AGRADECIMIENTOS

Dicen por ahí que no es fácil cerrar ciclos, pero que son parte de la vida y es lo que le da el sentido a ésta. Efectivamente, este trabajo corresponde al último paso para dar cierre al Magíster y todo lo que éste conllevó, no sólo en términos académicos y profesionales, sino que también personales. Es momento entonces, de agradecer a mis padres por la oportunidad de continuar con mis estudios y poder dedicarme, desde ahora, a lo que me apasiona. Agradezco también a mi hermano, que le puso la cuota de optimismo a este proceso, cuando el estrés y las exigencias del Magíster me afectaban; a mis amigas que siempre me dieron su apoyo y estuvieron presentes para darme palabras de aliento; y a la vida por poner en mi camino personas que siempre estarán presentes.

Agradezco así a todo el grupo Magíster que conocí, con el que pude compartir muchos momentos gratos, del que aprendí muchísimo, ya sea por las grandes personas que son, así como también por los grandes profesionales con los que tuve el placer de trabajar. Agradezco además, la diversidad cultural de la que pude ser parte, pudiendo intercambiar experiencias y formas de pensar que me hacen hoy una persona y una profesional mucho más abierta de mente y menos prejuiciosa.

Es así, como de este proceso no sólo me llevo grandes conocimientos y experiencias, sino también grandes amistades. En particular, agradezco haber conocido a personas con tanto potencial pero a la vez tan humildes para transmitir y compartir lo que saben.

A ti Michelle Córdova, te agradezco por ser mi amiga y mi apoyo en todo lo que necesitara. A pesar de la distancia, siempre estuviste presente y lo sigues estando. Sé que gané una amiga para toda la vida.

A ti Marco Soliz, te agradezco por la compañía y apoyo durante los meses de verano cuando trabajamos en nuestras tesis. Gracias por el profesionalismo y las palabras de apoyo cuando el estrés atacaba, sin duda me llevo grandes lecciones de lo que compartimos.

De ti Catalina Farías, agradezco tu compromiso y amistad. De ti me llevo una gran admiración y enseñanza, pues se puede ser mamá, mujer, amiga, hija, profesional y estudiante a la vez. Eres una gran mujer.

De ti Natalia Báez, agradezco tu amistad y apoyo desde el día cero. De ti me llevó la sabrosura y calidez de los colombianos. En mi corazón guardo tus lindas palabras de apoyo.

Finalmente, agradezco a todos los profesores que tuve el agrado de conocer, por sus grandes enseñanzas y calidad humana, en especial a mi profesor guía, Eduardo Torres, por su apoyo y comprensión durante todo el proceso de la tesis.

“Todas las cosas realmente valiosas que posees son cosas que no puedes fotografiar”.

Autor: Anónimo

Imposible plasmar en estas páginas, el valor que tiene para mi la experiencia vivida este último año. No puedo hacer nada más que agradecer a la vida por la experiencia que tuve el placer de disfrutar.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio analiza un modelo de Valor Percibido en el servicio de Turismo Médico y el efecto de éste en la Intención de los potenciales turistas de realizar actividades relacionadas a este tipo de turismo. Además, propone la inclusión de la variable Comportamiento Informacional Activo al modelo, examinando la relación de ésta con los beneficios percibidos. Es aquí donde radica la originalidad del estudio, por las relaciones encontradas.

Es esta una investigación cuantitativa de tipo concluyente, cuyo cuestionario se aplicó personalmente a estudiantes universitarios de pregrado y postgrado de Universidades de Santiago de Chile, consiguiendo una muestra total de 264 encuestados.

Luego de la tabulación de las respuestas, se procedió a realizar un análisis exploratorio de fiabilidad y factorial para medir la validez de las escalas, para luego llevar a cabo un modelo de ecuaciones estructurales que permitiera examinar las relaciones causales entre la variable dependiente y las independientes.

El análisis arroja como resultado relaciones positivas y significativas entre Valor Percibido y la Intención del Consumidor hacia el Turismo Médico, Disfrute y Valor Percibido, Comportamiento Informacional Activo y Calidad Médica Percibida, Comportamiento Informacional Activo y Disfrute Percibido.

2. INTRODUCCIÓN

A lo largo de las industrias de servicios, el turismo es especialmente significativo en términos de su sensibilidad a temas de calidad, impacto en las economías nacionales y la reciente expansión. Además, para muchos países el turismo internacional ha sido una fuente indispensable de ingresos provenientes de divisas (Atilgan et al., 2003).

Las razones por las que las personas eligen viajar pueden ser muchas y a veces complejas, sin embargo, la búsqueda de salud es uno de los motivos más antiguos para hacer turismo (Smith & Kelly, 2006). En la actualidad, los tratamientos de salud son considerados por la Organización Mundial del Turismo (World Tourism Organization, 2001) como una de las motivaciones básicas de los viajes internacionales, en conjunto con la entretenimiento, recreación y vacaciones, visitas a familiares y amigos, viajes de negocios y religión. Una encuesta arrojó resultados según los cuales entre el 3% y el 4% de la población viaja a otros países en busca de tratamientos médicos¹. Y es que muchos de los turistas médicos que viajan a un país no lo hacen motivados únicamente por los tratamientos e intervenciones que se ofrecen, muchas veces a precios más bajos que en sus países de origen, sino que también por el potencial turístico que les brinda el destino².

La globalización ha generado una mayor integración económica entre los países, así como una mayor interdependencia de las naciones y regiones, produciendo un rápido crecimiento del mercado internacional de los servicios y productos médicos. Las mayores interconexiones nacionales han facilitado el libre intercambio de productos y servicios, así como una mayor movilización de personas entre lugares muchas veces apartados geográficamente. Sin embargo, este aumento del movimiento transfronterizo presenta nuevos desafíos para los gobiernos y la regulación del cuidado de pacientes (Connell, 2006).

¹ <http://www.caribbeannewsdigital.com/noticia/turismo-medico-un-mercado-que-crece-en-latinoamerica>

² <http://www.caribbeannewsdigital.com/noticia/turismo-medico-en-brasil>

Autores coinciden en definir el turismo de salud (*health tourism*) como el fenómeno de individuos que viajan desde sus lugares de residencia hacia cualquier destino turístico con un propósito relacionado a la salud (Musa et al., 2012).

El **turismo médico**, en particular, es un tipo de turismo de salud que implica intervenciones médicas específicas (Medina-Muñoz & Medina-Muñoz, 2013), entre las que se incluyen: Cirugía cosmética, Dentista, Cardiología/cirugía cardíaca, Cirugía ortopédica, Cirugía bariátrica (by-pass gástrico, banda gástrica), Fertilización In Vitro/Sistema reproductivo, Trasplantes de órganos y de tejidos, Cirugía ocular, Diagnósticos y chequeos.

La Organización de Cooperación al Desarrollo (OCDE) describe el turismo médico como *la práctica de viajar a un destino diferente al lugar de residencia para obtener tratamiento médico, a la vez que se visita el destino y se realizan actividades más propias de un turista al uso* (OCDE, 2011). Este tipo de turismo es fundamentalmente diferente del modelo tradicional de los viajes médicos internacionales, donde los pacientes generalmente viajaban desde naciones menos desarrolladas hacia centros médicos más grandes en países con alto desarrollo para tratamientos médicos que no estaban disponibles en sus comunidades de origen (Milstein & Smith, 2006).

Así, el turismo médico es un nicho que ha emergido y se ha convertido en una industria con altas tasa de crecimiento, con personas viajando, frecuentemente, largas distancias al extranjero para obtener atención médica, dental y quirúrgica, mientras simultáneamente realizan turismo. El dramático crecimiento que ha experimentado en los años recientes se debe principalmente a los altos costos de tratamiento en los países más ricos del mundo, las largas listas de espera, la nueva tecnología y habilidades que poseen los países de destino, el mayor acceso a viajes aéreos internacionales (reducción de costos de transporte), las favorables tasas de cambio, y el envejecimiento de la afluente generación post guerra “baby boomers” (Connell, 2006).

Aunque este fenómeno no es nuevo, pues desde la década de los '90, países como India evidenciaron el potencial económico de esta industria, desarrollando estrategias de mercado, entre las que se incluye por ejemplo, la flexibilización de sus políticas de inmigración; la escala, la extensión de la promoción, la organización, las conexiones con capitales corporativos globales, redes de contacto que facilitan los viajes por salud, sí es un fenómeno relativamente reciente (Neil Lunt, 2010).

Actualmente, el número de países que están buscando desarrollar turismo médico continúa creciendo rápidamente. En 2007, Tailandia reinaugura su complejo médico del Hospital de Bumrungrad, convirtiéndose en el complejo médico más grande del mundo. Un año más tarde entran en el panorama de proveedores de servicios de salud, Singapur (que tiene uno de los servicios más sofisticados para tratamientos de cáncer), países del Medio Oriente y por primera vez países latinoamericanos empiezan a mostrarse como una oferta interesante en el sector (Bustos & Tatiana, 2012).

Aunque las cifras y hechos disponibles sobre este mercado son escasas, un informe comisionado por ITB Berlín a IPK International realiza estimaciones que apuntan a que el turismo médico como industria, tiene un valor anual que fluctúa entre los 40 mil y 60 mil millones de dólares, con una tasa media anual de crecimiento de 20%³.

Según el Reporte Mundial sobre Tendencias de Viaje (ITB) 2012-2013, Latinoamérica ha ido ganando terreno en la industria del turismo médico, absorbiendo cuota de mercado en el área de tratamientos médicos y estéticos para turistas, compitiendo con Europa (donde hay destinos consolidados como Alemania, República Checa y Hungría) y Asia (con plazas fuertes como Sudcorea e India)⁴. La cercanía a un mercado de gran envergadura como el de Estados Unidos, los costos más bajos, la acreditación y reconocimiento internacional de sus especialistas y centros médicos, además de los climas tropicales, han permitido un crecimiento cercano al 20% en América Latina, de acuerdo a los comparativos realizados por el IPK World Travel Monitor en 2013⁵.

En la región, según el Reporte ITB, los países que lideran el mercado son Brasil, México y Colombia. Además, de acuerdo a un ranking revelado por Andrés Almeida (investigador sénior en América Economía Intelligence) durante Medesalud 2011 (Congreso Internacional de Turismo de Salud), el 31% de los 45 mejores hospitales y clínicas de América Latina se encuentran en Colombia⁶, obteniendo Brasil el segundo lugar del ranking. Brasil, además es considerado el sexto destino más popular a nivel mundial y el segundo en realizar el mayor

³ <http://www.caribbeannewsdigital.com/noticia/turismo-medico-un-mercado-que-crece-en-latinoamerica>

⁴ <http://www.caribbeannewsdigital.com/noticia/turismo-medico-un-mercado-que-crece-en-latinoamerica>

⁵ <http://www.elpais.com.uy/economia/empresas/latinoamerica-gana-terreno-mercado-mundial.html>

⁶ <http://turismomedico.org/ranking-2011-45-mejores-hospitales-clinicas-america-latina/>

número de cirugías plásticas en el mundo⁷.

Las cifras develan una industria en pleno crecimiento y con alto potencial de desarrollo y expansión en el futuro, aunque con aspectos a mejorar, como la disponibilidad de información, tanto de la literatura especializada como proveniente de los países que participan en la industria. Es así como, de acuerdo a lo que plantean Rose y Navas, los consumidores internacionales de salud han ido tomando cada vez con mayor fuerza, un rol activo y dinámico en la búsqueda de información, con el objetivo de mejorar su capacidad de entender y saber sobre su condición médica y la de los demás (Whittaker, 2008). De esta manera, los autores refieren que los viajeros médicos investigan los lugares de tratamiento y los reclamos a través de internet, además de comunicarse con otros viajeros que ya han ido a través de chats, para aprender más de la experiencia vivida y los procedimientos médicos. Es aquí donde cobra relevancia el concepto de “Comportamiento Informacional Activo”.

Todas las personas buscamos información, sin embargo, para algunas personas y bajo ciertas situaciones el interés es mayor (Shelia R., 2004). Es así, como cuando existe un mayor interés en adquirir información, ya sea por necesidad o por una discrepancia en el conocimiento (Case, 2012), se produce lo que Wilson denomina la búsqueda activa, es decir, el individuo activamente busca información (Wilson, 1997).

El Comportamiento Informacional (“Information Behavior”) ha sido estudiado en distintos contextos, en distintas personas, con una amplia variedad de motivos y objetivos. El objetivo general de esta investigación, es abordar y examinar el Comportamiento Informacional Activo de los potenciales turistas de Turismo Médico y su relación con la percepción de los beneficios de este tipo de turismo.

La relevancia de indagar en las percepciones de las personas, radica en poder conocer a través de éstas los factores que influyen en la construcción mental de dichas percepciones, pues son éstas las conductoras de la intencionalidad. La importancia de la intención en el proceso decisional de los consumidores radica en entender de dónde provienen dichas intenciones y cómo pueden ser influenciadas. Es así, como autores plantean que las percepciones de valor de los consumidores son conductores de futuras intenciones (Williams

⁷ <http://www.masexpos.com/noticias-nacionales/mexico-brasil-y-colombia-lideres-turismo-de-salud-en-latinoamerica>

& Soutar, 2009).

El concepto de Valor Percibido ha sido estudiado ampliamente en la literatura de Marketing, entre otras razones, por ser un buen predictor de futuras intenciones comportamentales (Alén et al., 2007). Es así, como esta investigación aborda un modelo de Valor Percibido en el Turismo Médico, y examina la relación de dependencia con la Intención del consumidor hacia este tipo de turismo. Además, propone una relación entre el Comportamiento Informativo Activo y la percepción de la Calidad Médica Percibida y el Disfrute.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Comportamiento Informacional (Information Behaviour)

Decidir visitar otra ciudad, averiguar sobre los horarios de los viajes, elegir una fecha de viaje y comprar un pasaje de avión son sólo o algunas de las actividades que a diario realizamos, y que son conocidas como Comportamiento Informacional (“Information Behavior”). De acuerdo a Donald O. Case, el comportamiento informacional no sólo abarca la búsqueda de información (“information seeking”), sino que además la totalidad de comportamientos no intencionales o pasivos (como “ojear” o encontrar información inesperadamente) y comportamientos que no involucran búsqueda de información, sino que activamente, el propósito es, evitar información (Case, 2012).

El antropólogo Gregory Bateson define la información como cualquier cosa que parezca significativa para la mente humana, sea originada por el ambiente externo o en el mundo interno (psicológico). Una diferencia percibida, según Bateson, es una unidad básica de la mente, que puede ser deducida a través del estudio de humanos y animales (Bateson, 1972). Otros autores han empleado definiciones de información similares a las de Bateson. Gerald Miller define la información como cualquier estímulo que reconocemos en nuestro ambiente (Miller, 1969). Otros autores han coincidido en definir la información como el reconocimiento de patrones en el mundo que nos rodea (Case, 2012).

El comportamiento como evidencia directamente observable de una necesidad de información, es la búsqueda de información (Allen, 1996), es decir, aquel esfuerzo consciente por adquirir información en respuesta a una necesidad o discrepancia en el conocimiento (Case, 2012).

El trabajo más central sobre Comportamiento Informacional (IB por sus siglas en inglés) es la investigación de Nicholas Belkin junto a sus colaboradores (Belkin & Robertson, 1976; Belki et al., 1982; Belkin & Vickery, 1985) y el de la autora Carol Kuhlthau (Kuhlthau & Tama, 2001; Kuhlthau & Cole, 2000). Para Belkin el motivador básico de la búsqueda de información es

un “estado anómalo de conocimiento” (ASK: Anomalous State of Knowledge). Este estado existe cuando una persona reconoce que hay una anomalía (por ejemplo: incertidumbre) en su estado de conocimiento en relación a una situación o tema. Para enfrentar un ASK, los individuos tratarán de direccionar su incertidumbre pidiendo o consultando información. Después, la persona evaluará si la anomalía ha sido resuelta; si no es resuelta, otro estado anómalo de conocimiento puede ser generado, o la motivación de encontrarlo puede estar agotada (Case, 2012).

De acuerdo a Carol Kuhlthau, la incertidumbre es la etapa de inicio de toda búsqueda, y usualmente es acompañada de sentimientos y ansiedad (que es un poderoso motivador tanto para ponerse a trabajar o dejarlo por completo) (Case, 2012).

Es entonces, la necesidad de información (“information need”) el requerimiento que conduce a las personas a la búsqueda de información (Koja-Odongo & Mostert, 2006). Charles Atkin ofrece una definición de necesidad de información: “una función de una duda o incertidumbre extrínseca producida por una discrepancia percibida entre el nivel actual de certeza del individuo acerca de importantes objetos del ambiente y un estado estándar que él busca alcanzar (Atkin, 1973). “Los objetos del ambiente” en su definición se refieren a personas, cosas, eventos o ideas que poseen importancia psicológica para el individuo. Según el punto de vista de Atkin, los humanos notan la diferencia entre lo que saben y lo que quieren saber considerando una “cosa” destacada en su universo mental. Así, comparan constantemente sus niveles actuales de conocimiento contra las metas que desean alcanzar, y reaccionan buscando información cada vez que sienten incertidumbre (Case, 2012).

De acuerdo a Wilson, la adquisición de información puede tomar varias formas, entre las que identifica: atención pasiva, como por ejemplo escuchar la radio o ver programas de televisión, donde la adquisición de información puede tener lugar sin una búsqueda intencional; búsqueda pasiva, que son aquellas ocasiones en que un tipo de búsqueda (u otro comportamiento) resulta en la adquisición de información que pasa a ser relevante para el individuo; búsqueda activa, cuando el individuo activamente busca información; y búsqueda continua, cuando la búsqueda activa ya se ha establecido como un marco básico de conocimiento, ideas, creencias o valores, pero la búsqueda continua ocasional se lleva a cabo para actualizar o expandir el marco de conocimiento (Wilson, 1997).

El comportamiento informacional ha sido estudiado en distintos contextos, en una variedad

de personas con una amplia variedad de motivos y metas. Todas las personas buscan información, aunque para algunas personas y bajo ciertas situaciones el interés es mayor. La búsqueda de información de salud, por ejemplo, es definida como la búsqueda y recepción de mensajes que ayudan a reducir la incertidumbre en relación con su estado de salud, además de “la construcción de un sentido (cognitivo) social y personal sobre la salud” (Shelia R., 2004).

Siguiendo en el área de la salud, de acuerdo a Rose y Navas, los consumidores internacionales de salud muestran lo que han denominado “biomedical self-shaping”, que corresponde a la forma en que los individuos han ido tomando cada vez con más fuerza, un rol activo y dinámico en mejorar su capacidad de entender y saber sobre su condición médica y la de los demás. Esto a través del flujo de información disponible en una variedad de medios, entre los que se incluyen el internet, grupos de apoyo e instituciones. Los viajeros médicos suelen ser auto iniciadores de búsquedas (“self-initiate searchers”) en relación con su condición o su tratamiento deseado, auto referentes (self-refer), investigan los lugares de tratamiento y los reclamos a través de internet, además de comunicarse con aquellos que han ido antes a través de chats, para aprender más sobre la experiencia vivida y los procedimientos médicos (Whittaker, 2008).

3.2 Valor Percibido

En Marketing, la definición más común de valor y en la que coinciden varios autores, se relaciona con el trade-off entre calidad y precio (Monroe, 1979; Monroe & Petroshius, 1981; Dodds & Monroe, 1985; Monroe & Krishnan, 1985; Albert, 1987; Buzzell & Gale, 1987; Cravens et al., 1988; DeSouza, 1989; Lichtenstein et al., 1990; Anderson & Fornell, 1991; Dodds, 1991). Sin embargo, considerar sólo el precio y calidad como factores que influyen en el valor percibido puede resultar ser una aproximación muy simplista, pues su relevancia, según profesionales y académicos de Marketing, recae en la capacidad de influenciar el comportamiento del consumidor (Sweeney et al., 1997), además de sugerir que deberían ser considerados una serie de factores psicológicos además del precio (Jayanti & Gosh, 1996).

De esta manera, el valor percibido del consumidor ha sido definido como una evaluación general que realiza el consumidor sobre la utilidad de un producto, basada en la percepción de lo que es recibido y lo que es entregado (Parasuraman et al., 1985), así como el trade-off

entre los atributos deseados comparados con los atributos sacrificados (Woodruff & Gardial, 1993) .Más recientemente, autores han definido el valor percibido como la percepción de los consumidores de los beneficios netos obtenidos a cambio del costo incurrido para obtener esos beneficios deseados (Chen & Dubinsky, 2003; Kotler, 2003)

El valor, también, es considerado como el resultado de un proceso cognitivo de comparación. Así, el concepto ha sido descrito como un constructo con base cognitiva que captura cualquier discrepancia beneficio-sacrificio, de la misma forma que la disconformidad lo hace para variaciones entre las expectativas y el desempeño percibido (Patterson & Spreng, 1997).

En la literatura se plantea además, que dicha percepción de valor no está limitada únicamente a los aspectos funcionales, pues también incluye componentes sociales y emocionales (Sheth & Newman, 1991).

En relación al Marketing de Servicios, Monroe define el valor percibido del consumidor como un ratio entre los beneficios percibidos y los sacrificios percibidos (Monroe, 1991). De esta manera, los consumidores buscarán maximizar beneficios y minimizar riesgos, por lo tanto, la percepción de los beneficios y de los riesgos, juegan un rol importante en el comportamiento de éstos (Sandra Forsythe, 2006).

Autores reconocen que los pacientes, como todos los consumidores, buscarán proveedores que le ofrezcan el máximo valor (Milstein A., 2006), y el turismo médico es una declaración explícita acerca de lo que los pacientes valoran más (Michael D. Horowitz, 2007).

Más específicamente, el juicio general que un turista potencial realiza sobre el valor en la etapa de pre-compra es un determinante crítico de sus intenciones de realizar turismo médico (Wang, 2012). Desde la perspectiva de la elección del consumidor, investigación previa ha indicado que el valor percibido puede ser un predictor de la intención de visitar un destino (Petrick, et al., 2001)

H1: El valor percibido total del turismo médico tiene un efecto positivo en la intención de potenciales consumidores de participar en actividades turísticas.

3.3 Beneficios Percibidos

Cuando se habla de los beneficios obtenidos por los consumidores, existe consenso en que son múltiples los beneficios que éstos consideran cuando determinan el valor de la compra (Day & Crask, 2000). Quizás, la categorización más simple de estos beneficios es la que presenta Nilson, en la que sugiere que los beneficios pueden ser derivados de los atributos del objeto (valor tangible) o de los aspectos atribuidos al objeto (valor intangible) (Nilson, 1992). Sin embargo, no desarrolla una tipología más definida acerca de lo que crea dichos valores tangibles e intangibles (Day & Crask, 2000).

Siguiendo la misma línea, autores plantean que los beneficios percibidos por el consumidor incluyen atributos tangibles e intangibles sobre el producto o servicio que se ofrece (Monroe, 1990; Gale, 1994), así como que dichos beneficios son una combinación de atributos psicológicos, de servicio y de soporte técnico disponibles, en relación al uso particular de un producto, así como el precio de compra y otros indicadores de calidad percibida (Ravald & Grönroos, 1996).

Operacionalmente, y de acuerdo a varios autores, la medida más importante de los beneficios de un producto es la calidad del producto (Kerin et al., 1992). La calidad del producto se refiere a la evaluación cognitiva que un consumidor realiza sobre la excelencia o superioridad de un producto (Zeithaml, 1988), por lo tanto para los servicios dicha evaluación resulta más complicada de realizar por la dificultad de comparar unos con otros, pues su característica intrínseca es la heterogeneidad.

Para efectos de este estudio se utilizará la conceptualización de los beneficios percibidos realizada por el autor Hsiu-Yuan Wang en su estudio llamado "Value as a medical tourism driver", en el que sugiere que hay tres beneficios que componen el valor percibido de los potenciales turistas médicos: calidad médica percibida, calidad del servicio percibida y disfrute percibido (Wang, 2012).

Calidad

Holbrook y Corfman sugieren que la calidad actúa como un juicio global de valor (Holbrook & Corfman, 1985). En el turismo en particular, la calidad es un factor importante que finalmente

dicta el éxito del negocio. Como plantea Kandampully: “la calidad será la principal fuerza conductora que hará a las compañías de turismo alcanzar los desafíos competitivos del futuro” (Kandampully, 2000). La Organización Mundial del Turismo (WTO, 2003b) ha definido la calidad en el turismo como: *...el resultado de un proceso que implica la satisfacción de todos los productos legítimos y servicios necesarios, requerimientos y expectativas del consumidor, a un precio aceptable, en conformidad con los determinantes subyacentes de la calidad como la seguridad, higiene, accesibilidad, transparencia, autenticidad y armonía de la actividad turística concerniente con su ambiente humano y natural* (Atilgan et al., 2003).

Para la industria del turismo médico en particular y desde la perspectiva de la calidad, los clientes (turistas) se preocupan por la calidad médica que posea el país de destino, así como también, la calidad de servicio de la industria tiene una influencia significativa en la percepción de calidad de los clientes (Bies & Zacharia, 2007; Connell, 2006).

3.3.1 Calidad Médica Percibida

La revisión de la literatura muestra una baja disponibilidad de información académica sobre el turismo médico y en particular sobre la definición de calidad médica en esta industria, sin embargo, existen trabajos recientes que desarrollan el concepto de calidad de la atención médica percibida por los pacientes y los diferentes aspectos que influyen en ella (Duggirala et al., 2008).

De acuerdo a autores, la percepción de los servicios recibidos por los pacientes involucran una serie de factores: experiencia, conocimiento y competencia del personal del hospital, combinada con compromiso y disposición de servir al paciente, confiabilidad, confianza, empatía y el manejo de factores críticos (Edvardsson et al., 1994).

En el área de los servicios, investigaciones han desarrollado modelos de calidad de servicio e instrumentos para medirla como la conocida escala SERVQUAL, que también ha sido aplicada a la atención médica de manera exitosa (Duggirala et al., 2008). Curry y Stark, por ejemplo, estudiaron el uso de la SERVQUAL en asilos de ancianos en el Reino Unido, brindando una herramienta útil de Benchmarking (Curry & Stark, 2000) . Así, estudios desarrollados han demostrado que la SERVQUAL es fiable para utilizarla en el contexto médico, así como otros estudios que demuestran lo contrario.

Aunque no se ha categorizado la calidad médica como constructo medible dentro del Turismo Médico, la literatura entrega dimensiones sobre la calidad de la atención médica percibida por los pacientes, que han sido identificadas e incluidas en un instrumento denominado Calidad Total del Servicio (Total Quality Service, TQS), que incluye las siguientes dimensiones (Duggirala et al., 2008):

- (1) Infraestructura (IN)
- (2) Calidad del personal (PQ):
 - Cuidado de los doctores (PQDC)
 - Cuidado de las enfermeras (PQNC)
 - Calidad del equipo paramédico y de soporte (PQPS)
 - Calidad de la comunicación (PQQC)
- (3) Proceso del cuidado clínico (PCC)
- (4) Procedimientos Administrativos (AP)
- (5) Indicadores de seguridad (SI)
- (6) Experiencia de los cuidados médicos recibidos (OE)
- (7) Responsabilidad social (SR)

H2: La calidad médica percibida tiene un efecto positivo en el valor percibido de los productos médicos ofrecidos a potenciales consumidores.

3.3.2 Calidad de Servicio Percibida

Mientras la calidad en los bienes tangibles ha sido descrita y medida por investigadores del área de marketing, la calidad en los servicios es aún, en gran medida indefinida y no investigada (Parasuraman et al., 1985).

Los esfuerzos en definir y medir la calidad vienen en gran parte del sector de los bienes. Según la filosofía Japonesa, la calidad es *“cero defectos – hacerlo bien la primera vez”* (Parasuraman et al., 1985).

Diversos autores afirman que la calidad del servicio es un constructo impreciso y abstracto, que por consiguiente resulta difícil de definir y medir (Carman, 1990; Parasuraman et al., 1985; Cronin & Taylor, 1992).

La evaluación de la calidad en los servicios es más compleja que en los productos por la intrínseca heterogeneidad de éstos, por su característica de ser perecibles e intangibles, y la inseparabilidad del momento de la producción y el consumo (Frochot & Hughes, 2000).

La calidad del servicio hace referencia a una evaluación general que redunde de comparar

su desempeño percibido con las expectativas propias del consumidor (Parasuraman et al., 1988).

H3: La calidad de servicio percibida tiene un efecto positivo en el valor percibido del servicio médico ofrecido a potenciales consumidores.

3.3.3 Disfrute Percibido

Con respecto a la motivación de compra, el trabajo de Babin es probablemente uno de los más significantes. El autor propone que existen las motivaciones utilitarias y las hedónicas, como dos tipos de motivaciones básicas del consumidor (Babin et al., 1994). La motivación utilitaria es racional y relacionada a la función o tarea, mientras que la hedónica refleja el lado más emocional o psicológico asociado a la compra (Cai & Xu, 2006).

En la misma línea, existe consenso entre muchos autores en que la adquisición de productos o servicios se explica por dos motivos: necesidades funcionales (extrínsecas) y deseos no funcionales (intrínsecos). Los factores intrínsecos, asociados a componentes emocionales o psicológicos, son particularmente críticos en la industria de los servicios (Arnold & Reynolds, 2003; Lin et al., 2005).

Dentro de estas percepciones emocionales que guían el comportamiento de los consumidores está el disfrute, que para el caso del turismo médico resulta importante de considerar por su capacidad de influenciar la percepción de valor de los servicios ofrecidos (Wang, 2012). Estudios previos ya han confirmado que un estado emocional positivo tiene una influencia significativa en la percepción de valor de los consumidores (Arnold & Reynolds, 2003; Lin et al., 2005).

H4: El disfrute percibido tiene un efecto positivo en el valor percibido de productos y servicios médicos ofrecidos a los potenciales consumidores.

3.4 Sacrificio Percibido

El sacrificio percibido es descrito usualmente en términos monetarios (Anderson et al., 1993), sin embargo otras definiciones describen los sacrificios más ampliamente, incluyendo

factores monetarios y no monetarios como el tiempo y el esfuerzo incurrido para adquirir y usar el producto o servicio (Butz & Goodstein, 1996; Carothers & Adams, 1991; Grönroos, 1997; Naumann, 1995; Zeithaml, 1988).

Dentro de los costos monetarios que incluye el sacrificio percibido están todos los costos que el comprador enfrenta cuando realiza una compra: precio de compra, costos de adquisición, transporte, instalación, reparación y mantención, riesgo de falla o mal desempeño (Ravald & Grönroos, 1996).

Dentro de los costos no monetarios que incluye el sacrificio percibido, los más importantes incluyen los costos temporales, sensoriales y psicológicos (Iglesias & Guillén, 2002).

Para el caso del turismo médico, el autor Hsiu-Yuan Wang plantea que el sacrificio percibido por los turistas incluye la tasa o precio percibido (perceived fee) y el riesgo percibido (Wang, 2012).

3.4.1 Costo Percibido

La literatura distingue dentro de los costos monetarios de una transacción, ya sea la compra de un producto o servicio, como aquellos que implican un desembolso de dinero por parte del consumidor. Uno de ellos es el denominado riesgo financiero, que es aquel que implica la pérdida del dinero del consumidor porque el producto o servicio no cumple con las expectativas (Snoj et al., 2004).

En el estudio realizado por Hsiu-Yuan Wang, se plantea que los costos asociados a la transacción monetaria de la compra de un producto de turismo médico son aquellos relacionados con los costos del vuelo, estadía, vacaciones de lujo, tratamiento médico, etc. (Wang, 2012). Además estudios muestran que una alta percepción de costos monetarios está relacionada con una menor percepción de valor (Chang & Wildt, 1994).

H5: El costo percibido tiene un efecto negativo en el valor percibido de productos y servicios médicos ofrecidos a potenciales consumidores.

3.4.2 Riesgo Percibido

Uno de los elementos del concepto de sacrificio menos estudiado en la literatura de Marketing es el riesgo (Macintosh, 2002). El riesgo percibido fue introducido a la literatura de Marketing en la década de los '60 por Bauer, definiéndolo como un concepto bi-dimensional (por ejemplo: incertidumbre y consecuencias negativas) (Snoj et al., 2004).

La conceptualización inicial de Bauer fue reconceptualizada más tarde por Jacoby y Kaplan, quienes sugirieron que el riesgo percibido debía ser considerado como un concepto multidimensional que implica múltiples tipos de riesgo: financiero, de desempeño, físico, psicológico y social (Jacoby & Kaplan, 1972).

Autores afirman que la conducta de consumo involucra riesgos en el sentido de que cada acción del consumidor provoca consecuencias que él no puede anticipar con determinada certeza, resultando ser algunos de ellos no placenteros (Snoj et al., 2004). Este punto de vista también es compartido por Sweeney que plantea que el riesgo puede ser visto como

una anticipación subjetiva de pérdida en algún grado (Sweeney et al., 1999). En otras palabras, el riesgo es una estimación subjetiva que los consumidores conectan con posibles consecuencias de malas decisiones, la posibilidad de que el producto no ofrezca los beneficios esperados (Roselius, 1971).

Con respecto al turismo médico en particular, autores señalan que el riesgo asociado con la búsqueda de atención médica en el extranjero incluye la exposición a malas prácticas médicas, dificultad para conseguir seguimiento y revisiones médicas, con el consecuente peligro de transmisión de enfermedades infecciosas (Bies & Zacharia, 2007; Crooks et al., 2010; Leahy, 2008).

H6: El riesgo percibido tiene un efecto negativo en el valor percibido de los productos y servicios del turismo médico ofrecidos a potenciales consumidores.

3.5 Intención del Consumidor

La Psicología ha estudiado tradicionalmente la intencionalidad como un hecho objetivo de la mente (Fishbein & Ajzen, 1975; Heckhausen, 1991; Libet, 1985; Ryan, 1970; Schneider & Shiffrin, 1977), pues la intención involucra actividades mentales como planificación y premeditación (Bratman, 1987). Sin embargo, la intencionalidad es también un hecho social (Malle & Knobe, 1997).

Campos de la Psicología Social y de la Psicología del Desarrollo Humano, han explorado el rol mediador de la intención percibida hacia el comportamiento (Ickes & Kidd, 1976; Swap, 1991). Autores como Fishbein y Manfredo concluyen, en base a considerables investigaciones que lo demuestran, que las intenciones, cuando son medidas apropiadamente, son predictores muy certeros de la mayoría de los comportamientos sociales (Baker & Crompton, 2000).

Uno de los modelos sobre actitud y comportamiento que ha sido ampliamente estudiado es la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein., 1967; Fishbein & Ajzen, 1975), que postula que la intención de una persona de desempeñar (o no) un determinado comportamiento es el determinante inmediato de esa acción. De acuerdo a esta teoría, la intención es función de dos determinantes básicos: uno relacionado con la naturaleza personal y otro que refleja la influencia social. Es decir, y en términos generales, las personas tienen la intención de

desempeñar un comportamiento cuando lo evalúan positivamente y cuando ellos consideran importante la opinión de los demás sobre desempeñarlo (Ajzen, 1985).

La Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1985, 1987, 1989, 1991), una extensión de la Teoría de la Acción Razonada, es propuesta como un modelo para predecir la adopción de la intención del consumidor (Ajzen, 1985, 1991). Y es que el proceso de decisión de los consumidores, no sólo ha sido estudiado por la literatura de Marketing sino que también por la Psicología Social (Taylor & Todd, 1995).

La importancia de la intención en el proceso decisional de los consumidores radica en entender de dónde provienen dichas intenciones y cómo pueden ser influenciadas. Autores plantean que las percepciones de valor de los consumidores son conductores de futuras intenciones (Williams & Soutar, 2009). Además, teoría empírica revela el impacto positivo del valor percibido en las intenciones de comportamiento futuras y el comportamiento (Baker & Crompton, 2000; Bojanic, 1996; Cronin et al., 2000) postulando al valor percibido como un buen predictor de futuras intenciones comportamentales (Alén et al., 2007).

4. OBJETIVOS

De acuerdo al foco de esta investigación, los objetivos que se han planteado son los siguientes:

4.1 Objetivo General

El objetivo general de este estudio es examinar un modelo de investigación que capture la relación existente entre el Comportamiento Informacional Activo y los beneficios percibidos que componen el Valor Percibido del Turismo Médico.

4.2 Objetivos Específicos

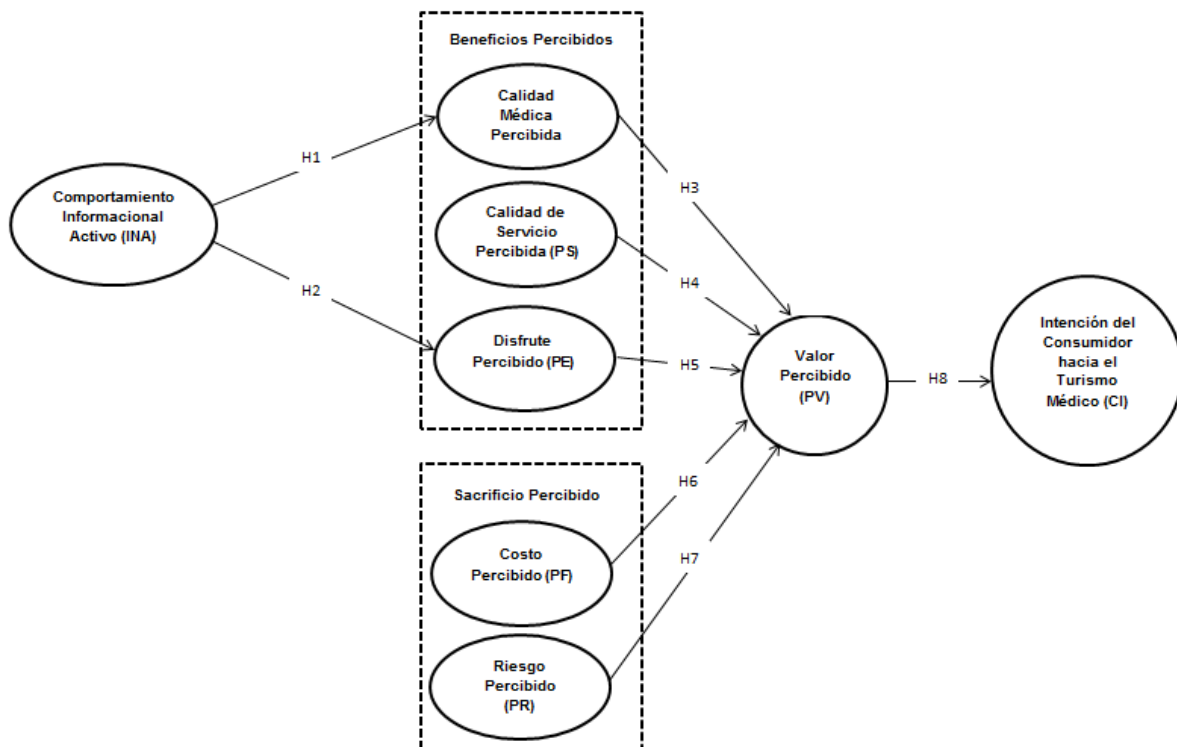
- Determinar la relación entre Comportamiento Informacional Activo y Calidad Médica Percibida.
- Determinar la relación entre Comportamiento Informacional Activo y Disfrute Percibido.
- Determinar el impacto del Valor Percibido en la Intención del Consumidor.
- Identificar las relaciones entre beneficios percibidos y Valor Percibido.
- Identificar las relaciones entre sacrificios percibidos y Valor Percibido.

5. HIPÓTESIS

El modelo que se estudia en esta investigación es el planteado por el autor Hsiu-Yuan Wang en su trabajo denominado “Value as a medical tourism driver” (Wang, 2012), que indaga la relación entre el Valor Percibido del Turismo Médico y la intención de los potenciales turistas de realizar actividades relacionadas a este tipo de turismo. Además, examina las relaciones entre los beneficios y sacrificios percibidos, y el Valor Percibido del Turismo Médico. Como contribución a la investigación desarrollada por el autor Wang y como un hallazgo para posteriores investigaciones en el área, es que se plantean dos hipótesis relacionadas con el Comportamiento Informacional Activo.

Para mayor detalle, a continuación, se muestra la figura del modelo que se investigará.

Ilustración 1: Modelo de Investigación



Fuente: Elaboración propia (2015).

Las hipótesis que se desprenden del modelo y que se investigarán en este estudio son las siguientes:

H1: El comportamiento informacional activo está relacionado con la calidad médica percibida y tiene un efecto positivo en ésta.

H2: El comportamiento informacional activo está relacionado con el disfrute y tiene un efecto positivo en éste.

Como se puede apreciar en la figura, el modelo explora las relaciones entre los beneficios y sacrificios percibidos, y el valor percibido. El autor Hsiu-Yuan Wang plantea que los beneficios percibidos tienen un efecto positivo en el valor percibido, por lo que para esta investigación se han desprendido las siguientes hipótesis:

H3: La calidad médica percibida tiene un efecto positivo en el valor percibido de los productos médicos ofrecidos a potenciales consumidores.

H4: La calidad de servicio percibida tiene un efecto positivo en el valor percibido del servicio médico ofrecido a potenciales consumidores.

H5: El disfrute percibido tiene un efecto positivo en el valor percibido de productos y servicios médicos ofrecidos a los potenciales consumidores.

En relación a los sacrificios, en su investigación, Wang plantea que la percepción de éstos tiene un efecto negativo en el valor percibido, desprendiéndose así las siguientes hipótesis para este estudio:

H6: El costo percibido tiene un efecto negativo en el valor percibido de productos y servicios médicos ofrecidos a potenciales consumidores.

H7: El riesgo percibido tiene un efecto negativo en el valor percibido de los productos y servicios del turismo médico ofrecidos a potenciales consumidores.

La relación entre el Valor Percibido y la Intención del consumidor hacia el Turismo Médico, ha sido abordada por diversos autores, ya sea desde la perspectiva del consumidor como desde un enfoque turístico. Teoría empírica ha revelado el impacto positivo del valor percibido en las intenciones de comportamiento futuras (Alén et al., 2007), es por esto, que se plantea la siguiente hipótesis:

H8: El valor percibido total del turismo médico tiene un efecto positivo en la intención de potenciales consumidores de participar en actividades turísticas.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño de la investigación

Con el objetivo de responder a la pregunta de investigación y cubrir los objetivos planteados, es que se ha seleccionado el diseño de investigación que más aplica al contexto particular de este estudio.

El diseño de la investigación es de tipo concluyente descriptiva, de corte transversal simple. La adopción de este tipo de diseño responde a la necesidad de cumplir el objetivo de la investigación, que es probar las hipótesis específicas y examinar las relaciones existentes entre las mismas, de manera estructurada y basados en el análisis de datos obtenidos por métodos cuantitativos. Además, el diseño de corte transversal simple, se debe a que en la investigación se extrae una única muestra de la población meta y se obtiene así la información de esta muestra en una sola oportunidad.

A su vez, en esta investigación se utilizó un método de recolección de datos primario, a través de una encuesta aplicada mediante un cuestionario auto-administrado personalmente a los encuestados.

6.1.2 Muestra

Para seleccionar el grupo objetivo que será investigado fueron consideradas cuatro decisiones fundamentales: población meta, marco muestral, técnica de muestreo y tamaño de la muestra.

1) *Población meta*

Para definir la población meta se consideraron los siguientes requisitos: estudiantes universitarios mayores de 18 años y menores de 35 años, que se encuentren realizando sus estudios en Santiago durante el periodo en que se realizará la investigación.

2) *Marco muestral*

El marco muestral se ha definido como todos aquellos estudiantes universitarios provenientes de la Universidad de Santiago (USACH) y PUC (Pontificia Universidad Católica de Chile) que se encuentren en Santiago durante la fecha del estudio.

3) *Técnica de muestreo*

El método de muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia, pues no existe elección al azar, ya que la selección es a criterio del investigador. El investigador, a su vez, selecciona a sus encuestados de acuerdo a la disponibilidad de éstos de responder la encuesta y si se encuentran en los lugares acudidos en el momento adecuado.

4) *Tamaño de la muestra*

El tamaño de la muestra conseguida en este estudio corresponde a 264 observaciones válidas, sin embargo, al incorporar la variable Comportamiento Informacional al estudio, y considerar para ésta sólo a aquellos individuos Activos, la muestra se reduce a 220 encuestados.

A continuación se presenta la ficha técnica de investigación a modo de resumen.

Tabla 1: Ficha Técnica de Investigación

Tipo de estudio	Concluyente Descriptivo
Ámbito geográfico	Chile - Región Metropolitana
Técnica de muestreo	No probabilística por conveniencia
Universo	Estudiantes universitarios mayores a 18 años
Marco Muestral	Universitarios chilenos de pregrado y postgrado
Método de recolección de datos	Encuesta
Tamaño muestral	220 estudiantes universitarios de pregrado y postgrado
Fecha trabajo de campo	Enero y Marzo 2015

Fuente: Elaboración propia (2015).

6.1.3 Descripción de la muestra

De un total de 264 encuestados, la muestra con la que se trabajará en este estudio se redujo a 220 observaciones, tomando en consideración la distribución de la variable Comportamiento Informacional, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2: Distribución de la muestra para la variable Comportamiento Informacional

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Indiferentes	1	0,4	0,4	0,4
PASIVE	43	16,3	16,3	16,7
ACTIVE	220	83,3	83,3	100,0
Total	264	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia (2015).

A través de la tendencia de respuesta, la variable Comportamiento Informacional permite distinguir los individuos activos y pasivos en la búsqueda de información. Para este estudio

sólo se considerarán las personas Activas en la búsqueda de información, por lo tanto la muestra se reduce de 264 a 220.

La distribución de la muestra final se muestra en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 3: Descripción de la muestra

Variable		Frecuencia	%	% acumulado
Género	Femenino	108	49,1	49,1
	Masculino	112	50,9	100,0
Edad	18-25 años	202	91,8	91,8
	26-33 años	14	6,4	92,2
	34-41 años	4	1,8	100,0

Fuente: Elaboración propia (2015).

6.2 Variables y escalas

Por razones teóricas y prácticas, las variables independientes del estudio son Comportamiento Informativo Activo y Valor Percibido, mientras que la variable dependiente del estudio es Intención del Consumidor.

Se presentan además cinco variables latentes de segundo grado y dependientes, que componen a la variable independiente de primer grado, Valor Percibido. Cada una de estas variables tiene su propia escala de medición.

A continuación se presenta la definición conceptual y operacional de cada una de las variables que incluye el modelo.

6.2.1 Comportamiento Informativo

A través de la revisión de literatura relacionada, esta variable es definida como: *el grado en que una persona se muestra activa (o pasiva) durante el proceso de búsqueda de información*. Los ítems de la escala utilizada en este estudio fueron derivados de la escala desarrollada en “Developing scales for information-seeking behaviour” (Timmers & Glas, 2010), contextualizados a este estudio y evaluándose en una escala Likert de 7 puntos. La tendencia de respuesta hacia el final de la escala (7) muestran un rol activo en el proceso de búsqueda, mientras que el rol pasivo se identifica con respuestas hacia el inicio de la escala Likert (1).

Tabla 4: Escala de medida variable Comportamiento Informativo

Código	Ítem
IN1	Me gusta buscar información.
IN2	Busco recomendaciones y opiniones de otras personas para corroborar la información que he encontrado.
IN3	Busco información que provenga de más de una fuente para responder a mis inquietudes.
IN4	No sólo busco información cuando es necesario o la requiero
IN5	Analizo cuidadosamente la información que encuentro.
IN6	Contar con más información ayuda a disminuir la incertidumbre (riesgo) en mi toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia (2015).

6.2.2 Valor percibido

Luego de la revisión de la literatura y para efectos de este estudio, el valor percibido se define como:

La evaluación que un potencial consumidor realiza de los beneficios y sacrificios asociados a los productos y servicios del turismo médico.

Este constructo fue derivado en su mayoría del estudio “Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges” (Sirdeshmukh et al., 2002). La escala que se utilizó está compuesta por 4 ítems que se evalúan en una escala Likert de 7 puntos, a saber:

- Comparado con el precio que pagaría, el turismo médico me ofrece mayores beneficios.
- Comparado con el potencial riesgo que asumo, el turismo médico vale la pena para mí.
- Comparado con el tiempo que destino del trabajo/tiempo libre a la atención médica requiere, el turismo médico vale la pena para mí.
- En general, el turismo médico entrega buen valor (beneficios mayores que costos).

6.2.3 Calidad Médica Percibida

De acuerdo a la literatura revisada y para efectos de este estudio, la calidad médica percibida es definida como *la evaluación que realiza un potencial turista, en base a su propia percepción, de la calidad de los servicios médicos (doctores y personal del hospital), así como también de la calidad de los paquetes de turismo, que el país pueda brindarle.*

Para medir la calidad médica percibida el autor Hsiu-Yuan Wang desarrolló seis preguntas basadas en los estudios de los autores Bies y Zacharia, y Conell (Bies & Zacharia, 2007; Connell, 2006), cuya escala es la que se utiliza en este estudio. Los 6 ítems se evalúan en una escala Likert de 7 puntos y son los siguientes:

- Los doctores tienen estándares de habilidades altos.
- Los doctores tienen un buen entrenamiento médico.
- Los hospitales tienen un nivel de tecnología médica similar al de Chile.
- Los hospitales pueden competir con otros países en términos de competencia médica.
- Los hospitales cuentan con tecnología avanzada.
- Los paquetes de turismo médico tienen un nivel aceptable de calidad.

6.2.4 Calidad de Servicio Percibida

Basados en la literatura revisada, en este estudio se define la calidad de servicio percibida como: *la evaluación que realiza un potencial turista, basado en su percepción, sobre la capacidad del país de cumplir la promesa de servicio, en cuanto a calidad y competencia de las agencias de turismo y los hospitales, capacidad para resolver quejas, recuperación del servicio en caso de presentarse problemas, rapidez y disponibilidad en la entrega del servicio, además de proveer un servicio flexible acorde a las demandas individuales de los turistas.*

Para medir la calidad de servicio percibida el autor Hsiu-Yuan Wang desarrolló cinco ítems, basado en estudios de Akbaba, Connell y Parasuraman et al. (Akbaba, 2006; Connell, 2006; Parasuraman et al., 1988b), los que son utilizados como la escala de medida para esta variable en este estudio, que se evalúa en una escala Likert de 7 puntos.

- Las agencias de turismo médico y los hospitales son capaces de ofrecer a los turistas médicos los servicios que han prometido.
- Las agencias de turismo médico son capaces de resolver las quejas y compensar a los turistas por los inconvenientes sufridos.
- Las agencias de turismo médico y los hospitales pueden proveer un servicio flexible acorde a las demandas de los turistas.
- El personal (enfermeras y médicos) de los hospitales están disponibles cuando se les necesita.
- Además del tratamiento médico, las agencias de turismo médico son competentes en organizar mi viaje y estadía, y los otros servicios de vacaciones.

6.2.5 Disfrute Percibido

En este estudio, luego de la revisión de la literatura, se define Disfrute Percibido (“perceived enjoyment”) como: *la percepción de los potenciales turistas de la capacidad del país de generar emociones y sensaciones asociadas a vacaciones o momentos de distracción, tales como el placer, relajación, comodidad, entre otras, durante la estadía.*

Para medir el disfrute el autor Hsiu-Yuan Wang desarrolló cuatro ítems, que son los que se utilizan en este estudio y que se evalúan en una escala Likert de 7 puntos (Wang, 2012).

- Realizar un tour médico me dará placer.
- Realizar un tour médico me hará sentir relajado (a).
- Combinar atracciones turísticas con procedimientos médicos sería divertido.
- Combinar atracciones turísticas con procedimientos médicos me haría sentir fantástico.

6.2.6 Costo Percibido

De acuerdo a la revisión de la literatura, en este estudio se define el Costo Percibido como: *la percepción de los potenciales turistas de todos aquellos desembolsos que implicarían viajar a otro país a realizar turismo médico.*

Cuatro ítems derivados de estudios de Connell y Neelankantan (Connell, 2006; Neelankantan, 2003) fueron desarrollados para medir la tasa percibida, que se evalúa

mediante una escala Likert de 7 puntos.

- El costo por realizar viajes médicos (ejemplo: psicoterapia, mini cirugías cosméticas, exámenes de salud y tratamientos dentales) es alto.
- Comparado con otras formas de turismo, el costo del turismo médico es alto.
- No creo que pueda obtener un mejor precio al contratar servicio de intermediarios entre las redes de hospitales.
- Teniendo todo en cuenta, el precio que tengo que pagar por viajar y realizar turismo médico es alto.

6.2.7 Riesgo Percibido

Posterior a la revisión de literatura relacionada, los Riesgos Percibidos han sido definidos para efectos de este estudio, como: *todas aquellas situaciones o circunstancias relacionadas con las actividades involucradas en el turismo médico, que los potenciales turistas perciben como riesgosas, entre las que cuentan la indisponibilidad de cuidados post-operatorios y la ocurrencia de malas prácticas, efectos médicos secundarios y complicaciones, entre otras.*

Cinco preguntas derivadas de estudios de Bies y Zacharia, y Leahy (Bies & Zacharia, 2007; Leahy, 2008) fueron desarrolladas para medir el riesgo percibido y se evalúan en una escala Likert de 7 puntos.

- Realizarse tratamientos médicos en hospitales tiene potenciales riesgos.
- Realizar turismo médico pone en riesgo mi vida debido a la falta de cuidados post-operatorios.
- Realizar turismo médico pone en riesgo mi vida debido a la posibilidad de ocurrencia de efectos secundarios.
- Viajar por tratamiento médico puede no generar confianza por la ocurrencia de malas prácticas.
- Comparado con otras formas de viajes y turismo, viajar por tratamiento médico tiene sus potenciales riesgos.

6.2.8 Intención del Consumidor

De acuerdo a la literatura revisada y para efectos de este estudio, la Intención del Consumidor es definida como: *la predisposición de una persona de viajar a un destino en particular a realizar turismo médico, convirtiéndose así en un turista potencial.*

Tres preguntas derivadas de Tian-Cole et al. (Tian-Cole et al., 2002) fueron desarrolladas para medir la Intención de potenciales turistas médicos. La escala utilizada está compuesta por 3 ítems, que se evalúan en una escala Likert de 7 puntos.

- Tengo la intención de participar en turismo médico en el futuro.
- Probablemente participaré del turismo médico en el futuro.
- Estoy planeando participar del turismo médico en el futuro.

Tabla 5: Escalas de Medidas de Variables del Modelo

Dimensión	Código	Ítem
Calidad Médica Percibida	PM1	Los doctores tienen estándares de habilidades altos.
	PM2	Los doctores tienen un buen entrenamiento médico.
	PM3	Los hospitales tienen un nivel de tecnología médica similar al de Chile.
	PM4	Los hospitales pueden competir con otros países en términos de competencia médica.
	PM5	Los hospitales cuentan con tecnología avanzada.
	PM6	Los paquetes de turismo médico tienen un nivel aceptable de calidad.
Calidad de Servicio	PS1	Las agencias de turismo médico y los hospitales son capaces de ofrecer a los turistas médicos los servicios que han prometido.
	PS2	Las agencias de turismo médico son capaces de resolver las quejas y compensar a los turistas por los inconvenientes sufridos.
	PS3	Las agencias de turismo médico y los hospitales pueden proveer un servicio flexible acorde a las demandas de los turistas.

Percibida	PS4	El personal (enfermeras y médicos) de los hospitales están disponibles cuando se les necesita.
	PS5	Además del tratamiento médico, las agencias de turismo médico son competentes en organizar mi viaje y estadía, y los otros servicios de vacaciones.
Disfrute	PE1	Realizar un tour médico me dará placer.
	PE2	Realizar un tour médico me hará sentir relajado(a).
	PE3	Combinar atracciones turísticas con procedimientos médicos sería divertido.
	PE4	Combinar atracciones turísticas con procedimientos médicos me haría sentir fantástico.
Costo Percibido	PF1	El costo por realizar viajes médicos (ejemplo: psicoterapia, mini cirugías cosméticas, exámenes de salud y tratamientos dentales) es alto.
	PF2	Comparado con otras formas de turismo, el costo del turismo médico es alto.
	PF3	No creo que pueda obtener un mejor precio al contratar servicio de intermediarios entre las redes de hospitales.
	PF4	Teniendo todo en cuenta, el precio que tengo que pagar por viajar y realizar turismo médico es alto.
Riesgo Percibido	PR1	Realizarse tratamientos médicos en hospitales tiene potenciales riesgos.
	PR2	Realizar turismo médico pone en riesgo mi vida debido a la falta de cuidados post-operatorios.
	PR3	Realizar turismo médico pone en riesgo mi vida debido a la posibilidad de ocurrencia de efectos secundarios.
	PR4	Viajar por tratamiento médico puede no generar confianza por la ocurrencia de malas prácticas.
	PR5	Comparado con otras formas de viajes y turismo, viajar por tratamiento médico tiene sus potenciales riesgos.
	PV1	Comparado con el precio que pagaría, el turismo médico me ofrece

		mayores beneficios.
Valor Percibido	PV2	Comparado con el potencial riesgo que asumo, el turismo médico vale la pena para mí.
	PV3	Comparado con el tiempo que destino del trabajo/tiempo libre a la atención médica requiere, el turismo médico vale la pena para mí.
	PV4	En general, el turismo médico entrega buen valor (beneficios mayores que costos).
Intención del Consumidor	CI1	Tengo la intención de participar en turismo médico en el futuro.
	CI2	Probablemente participaré del turismo médico en el futuro.
	CI3	Estoy planeando participar del turismo médico en el futuro.

Fuente: Elaboración propia (2015).

6.3 Procedimiento

El instrumento utilizado en esta investigación corresponde a un cuestionario que incluye los constructos del modelo presentado. Las afirmaciones del cuestionario corresponden a los ítems que conforman cada constructo, tomados del estudio “Value as a medical tourism driver” (Wang, 2012), además de las afirmaciones que componen la variable Comportamiento Informacional incluida en esta investigación. Los ítems fueron traducidos y redactados de manera de no generar confusiones en los encuestados y que permitan de esta forma un buen entendimiento de lo que se está preguntando. Para esto se realizaron tres pruebas pilotos con el objetivo de evaluar y asegurar que se capte el sentido de lo que se está preguntando⁸.

Las pruebas pilotos fueron realizadas a 20 personas escogidas de acuerdo al grado de confianza y la capacidad de entregar información fidedigna con respecto a las posibles mejoras que debía experimentar el estudio. La primera prueba piloto arrojó que los ítems de la variable Valor Percibido no se entendían, por lo que se volvieron a redactar. La segunda prueba piloto tenía como principal objetivo evaluar los ítems que se habían redactado de nuevo, así como analizar posibles mejoras en la presentación del cuestionario de manera de hacerlo más amigable para los encuestados (tamaño de la letra, instrucciones legibles y entendibles, tamaño del cuestionario). Luego de realizada esta prueba piloto se aumentó el tamaño de la letra, se volvieron a redactar las instrucciones y se redactaron de mejor forma otros ítems que no estaban siendo entendidos de la manera requerida para esta investigación. Finalmente, con la aplicación de la tercera prueba piloto se comenzó a aplicar el cuestionario.

La aplicación del cuestionario se realizó únicamente en forma presencial, pues la naturaleza del tema en estudio así lo requería. Es decir, el investigador realizó la labor de encuestador.

La investigación en terreno se llevó a cabo durante el mes de Enero y las dos primeras semanas del mes de Marzo de 2015, en la Universidad de Santiago de Chile (USACH) y Campus San Joaquín PUC (Pontificia Universidad Católica de Chile). El cuestionario se distribuyó tanto a estudiantes de pregrado como postgrado, explicando en detalle cómo se debía responder de manera de no tener errores de omisión.

⁸ Cuestionario aplicado en Anexos

Una vez recogidas las respuestas de los encuestados, se exportaron los datos al software estadístico *SPSS Statistics* (SPSS 15.0 para Windows), mediante el cual se realizó un análisis factorial exploratorio para comprobar la fiabilidad y validez de cada una de las escalas. Luego, se realiza un análisis factorial confirmatorio por medio de Ecuaciones Estructurales para comprobar las relaciones entre los distintos constructos, utilizando un complemento del software SPSS llamado *Analysis of Moment Structure* (AMOS). A continuación se explica cada uno de los análisis en detalle.

7. RESULTADOS

7.1 Análisis Factorial Exploratorio

Con el fin de asegurar que la medición de las variables a través de las escalas, es consistente y estable, es decir, que éstas están libres de errores aleatorios, en este estudio se realiza un análisis de fiabilidad. Como criterio de aceptación o rechazo se utilizó el Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), cuyos coeficientes mayores a 0,7 son considerados valores óptimos, aunque valores cercanos a 0,6 son considerables aceptables para demostrar una escala fiable (Hair et al, 1999).

También, se analiza la validez estadística para confirmar que las escalas realmente miden el constructo que se espera que estén midiendo. En este análisis se consideraron dos criterios principales para el análisis de la matriz de correlación. El índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO), utilizado para cuantificar el grado de las correlaciones entre las variables, indica que para ser considerado significativo el resultado de cada dimensión debe estar por arriba de 0,6, mientras que valores inferiores a 0,5 sugieren que se deben excluir de la medición (Hair et al, 1999).

La prueba de esfericidad de Bartlett, utilizada como segundo criterio del análisis, es una medida estadística que permite evaluar la significancia de la prueba. El objetivo de esta prueba consiste en rechazar la hipótesis nula, es decir, que la matriz de correlación sea igual a la matriz de identidad. En este sentido, existirá validez siempre y cuando la significancia sea menor a 0,05, lo que indica que existe correlación entre ítem, pues la correlación es mayor a 0.

Fiabilidad

Con el objetivo de evaluar la fiabilidad de consistencia interna, es decir, la consistencia de los componentes por medio de la correlación de cada ítem con su dimensión correspondiente (Rosnow & Rosenthal, 2013), es que se realizó un análisis de fiabilidad utilizando el Alfa de Cronbach como criterio de evaluación (Cronbach, 1951). Dicho coeficiente debe obtener valores mayores a 0,6 para que la escala sea considerada fiable (Hair et al., 1999).

Los resultados del análisis de los coeficientes de Alfa de Cronbach de las nueve dimensiones sujetas a evaluación en este estudio, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6: Fiabilidad - Alfa de Cronbach

Dimensión	Ítems	Alfa de Cronbach
Calidad Médica Percibida	6	0,839
Calidad de Servicio Percibida	5	0,726
Disfrute Percibido	4	0,815
Costo Percibido	4	0,600
Riesgo Percibido	5	0,762
Valor Percibido	4	0,709
Intención del consumidor	3	0,777
Comportamiento Informacional	6	0,878

Fuente: Elaboración propia (2015).

Como se puede apreciar en la tabla, el valor más alto de Alfa de Cronbach lo obtiene la dimensión Comportamiento Informacional con un valor de 0,878, mientras que el valor más bajo lo obtiene la dimensión Costo Percibido con un valor de 0,6. El valor obtenido por la dimensión Costo Percibido, a pesar de ser un valor bajo con respecto a los demás valores obtenidos en las otras dimensiones, es el mínimo aceptable, sobre todo en investigación exploratoria (Hair et al., 1999). De esta manera, y considerando los resultados obtenidos, se puede concluir que el instrumento utilizado para medir las ocho dimensiones en este estudio, es preciso y estable para medir las mismas.

Factorial

De manera de asegurar que el instrumento utilizado en este estudio realmente mide lo que queremos medir, es decir, es válido, es que se realiza un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) a través del software SPSS. Para esto, se utilizó el método de extracción de los factores a través del análisis de componentes principales para cada una de las dimensiones en estudio. El método de rotación de factores se ejecutó por medio de la rotación Varimax, ya que maximiza la suma de las varianzas de las cargas requeridas de la matriz de factores, simplificando las columnas de la matriz de factores. Los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones en estudio, se muestran en la siguiente tabla:

Dimensión	KMO	Prueba de Bartlet	Varianza
			Total Explicada (%)
<i>Calidad Médica Percibida</i>	0,822	0,000	56,459
<i>Calidad de Servicio Percibida</i>	0,789	0,000	49,037
<i>Disfrute Percibido</i>	0,744	0,000	64,270
<i>Costo Percibido</i>	0,658	0,000	46,453
<i>Riesgo Percibido</i>	0,749	0,000	52,130
<i>Valor Percibido</i>	0,734	0,000	55,015
<i>Intención del consumidor</i>	0,583	0,000	70,306
<i>Comportamiento Informacional</i>	0,854	0,000	62,969

Fuente: Elaboración propia (2015).

Para determinar si es apropiado el análisis factorial exploratorio se deben examinar los valores de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Dichos valores fluctúan entre 0 y 1, indicando los valores pequeños (menores a 0,5) que el análisis factorial puede no ser una buena idea, pues las correlaciones entre los pares de variables no pueden ser explicadas por otras variables (Tabachnick & Fidel, 1989).

Como se aprecia en la tabla, el valor más bajo en el estadístico KMO, lo obtiene la dimensión Intención del Consumidor, sin embargo, es cercano a 0,6 y el porcentaje de varianza explicada supera el 50%, lo que indica que la muestra es adecuada para realizar un análisis factorial (Tabachnick & Fidel, 1989). Cabe destacar, que esta dimensión es la que contiene

la menor cantidad de ítems (3 ítems), por lo que los valores obtenidos tienen relación con esto.

Las demás variables, obtienen todos valores de KMO superiores a 0,6, que es el valor mínimo aceptable para considerar que la muestra es adecuada para el análisis factorial (Tabachnick & Fidel, 1989). El valor de 0,854 es el valor más alto de KMO y lo obtiene la dimensión Comportamiento Informacional con un porcentaje de varianza explicada de 62,969%.

Posterior a esto, se analizó la correlación de cada ítem con su componente a través de las matrices de componentes del análisis factorial por dimensión. Las cargas factoriales de cada ítem respecto de su dimensión deben tener un valor superior a 0,5, pues valores inferiores indican que dicho ítem no está contribuyendo lo suficiente a la creación del factor (Hair et al., 1999). De acuerdo a este criterio, la única dimensión que presenta un ítem con carga factorial inferior a 0,5 es Riesgo Percibido, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 7: Matriz de componentes dimensión Riesgo Percibido

	Componente
	1
PR1	0,759
PR2	0,808
PR3	0,825
PR4	0,690
PR5	0,472

Fuente: Elaboración propia (2015).

Como se puede apreciar en la tabla, el ítem número 5 (PR5) que compone la dimensión Riesgo Percibido obtiene una carga factorial de 0,472, por lo que al no cumplir con el criterio mencionado anteriormente, se decide eliminarlo.

El siguiente paso que corresponde seguir es analizar las matrices de componentes rotados de manera de verificar que los ítems están agrupados correctamente. Para el caso de este estudio, cabe destacar que estas matrices no fueron generadas por el software SPSS para ninguna de las dimensiones, extrayendo en todas un solo componente, lo que significa que los ítems que las componen están bien agrupados en dichas dimensiones, por lo tanto se

puede concluir que las variables están bien construidas.

7.2 Análisis Factorial Confirmatorio

Con el objetivo de evaluar y asegurar las relaciones de causa y efecto que existen entre las variables dependiente e independientes definidas previamente en este estudio, es que se realiza un análisis factorial confirmatorio a través de un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) utilizando el software AMOS. Con esto podremos contrastar las hipótesis planteadas en el estudio.

El modelo de ecuaciones estructurales se corrió una vez utilizando la muestra de 220 observaciones. Los criterios base para determinar el ajuste del modelo fueron: 1) los índices de ajuste incremental no tienen un valor absoluto que indique un nivel de ajuste aceptable, pero deben ser lo más cercano a uno, un valor recomendado de 0,9; 2) el índice de error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) debe ser estar entre 0,05 y 0,08; 3) Chi-cuadrado normado aceptable se encuentra en el rango de 1 a 5 (Hair et al., 1999).

Los índices de ajuste del modelo se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 8: Medidas de ajuste del modelo

Medida	Criterio	Valor
CFI	Alto (cercano a 1)	0,868
NFI	Alto (cercano a 1)	0,738
TLI	Alto (cercano a 1)	0,852
RMSEA	Entre 0,05-0,08	0,057
λ^2 /gl	Entre 1-5	1,723
p-value	Menor a 0,005	0,000

Fuente: Elaboración propia (2015).

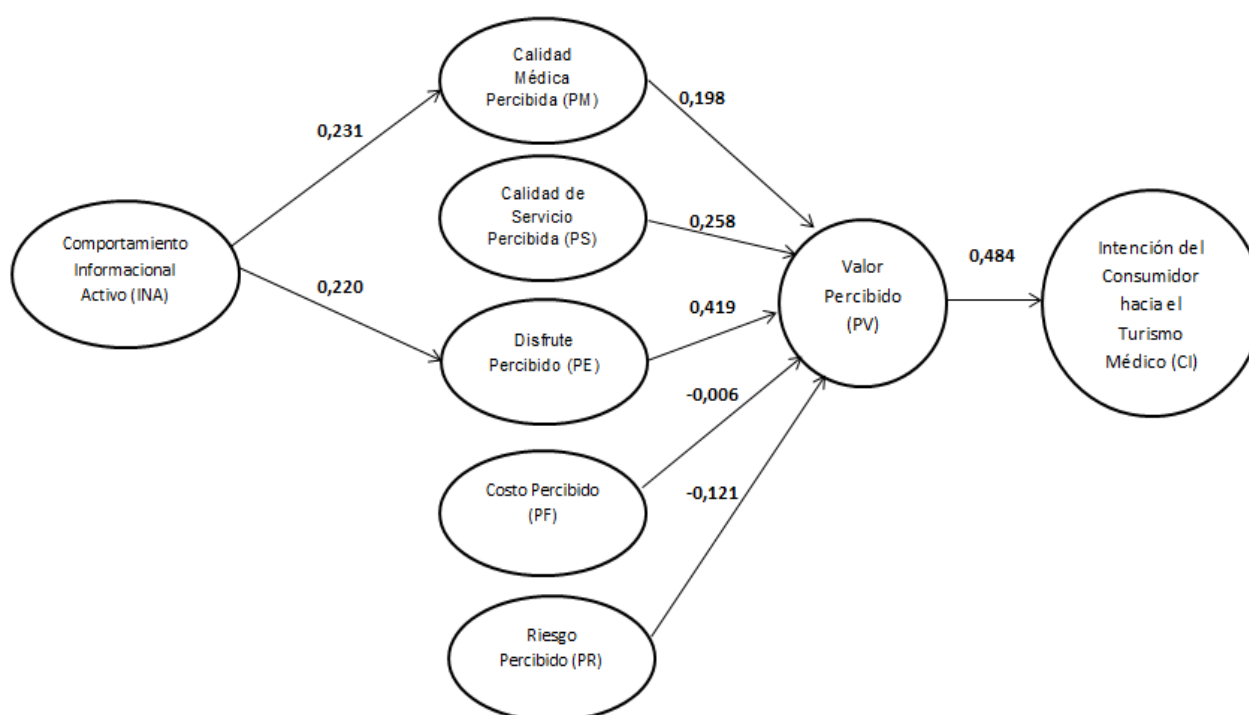
Como se puede observar, los índices cumplen con los criterios, por lo tanto se consideran aceptables. Tomando esto en consideración, además de la validez teórica y estadística que respalda las escalas, se puede concluir que el modelo posee un ajuste aceptable y estadísticamente significativo.

7.3 Análisis de causalidad

Para evaluar las relaciones de causa y efecto entre las variables independientes y la variable dependiente, se consideran los valores obtenidos en cada uno de los coeficientes estandarizados y la significancia estadística, de manera de aprobar o no las hipótesis propuestas.

La siguiente ilustración muestra los coeficientes estandarizados obtenidos para cada una de las relaciones propuestas en el modelo.

Ilustración 2: Path Analysis



Fuente: Elaboración propia (2015).

Con base en los coeficientes estandarizados que se muestran en el modelo y la significancia estadística obtenida para cada una de las relaciones propuestas, es que para la hipótesis 1, la relación entre Comportamiento Informativo Activo y Calidad Médica Percibida resulta positiva ($\beta=0,231$) y significativa ($p<0,05$), por lo que se aprueba dicha hipótesis. Para la hipótesis 2, la relación entre Comportamiento Informativo Activo y Disfrute Percibido también es positiva ($\beta=0,220$) y significativa ($p<0,05$), aprobándose dicha hipótesis.

Con respecto a la hipótesis 3, la relación entre Calidad Médica Percibida y Valor Percibido, es positiva ($\beta=0,198$) pero no significativa ($p>0,1$) por lo que no puede ser aprobada en este estudio.

En la hipótesis 4, la relación entre Calidad de Servicio Percibida y Valor Percibido también es positiva ($\beta=0,258$) pero no lo suficientemente significativa para aprobar la hipótesis ($p>0,1$).

Siguiendo con la hipótesis 5, la relación entre Disfrute Percibido y Valor Percibido resulta positiva ($\beta=0,419$) y significativa ($p<0,001$), aprobándose dicha hipótesis.

Para el caso de las hipótesis 6 y 7, que son las que relacionan los sacrificios percibidos con el Valor Percibido, ambas obtienen una relación negativa ($\beta=-0,006$ y $\beta=-0,121$, respectivamente), sin embargo, ninguna puede ser aprobada ($p>0,1$).

Finalmente, en el caso de la hipótesis 8, la relación entre el Valor Percibido y la Intención del Consumidor es positiva ($\beta=0,484$) y significativa ($p<0,001$), por lo que se aprueba.

A continuación se muestra una tabla resumen del testeo de las hipótesis.

Tabla 9: Resumen testeo de Hipótesis

	Relación	Hipótesis	Std	Resultado
<i>H1</i>	INA->PM	Positiva	0,231*	<i>Aprobada</i>
<i>H2</i>	INA->PE	Positiva	0,220*	<i>Aprobada</i>
<i>H3</i>	PM-->PV	Positiva	0,198	Rechazada
<i>H4</i>	PS-->PV	Positiva	0,258	Rechazada
<i>H5</i>	PE-->PV	Positiva	0,419***	<i>Aprobada</i>
<i>H6</i>	PF-->PV	Negativa	-0,006	Rechazada
<i>H7</i>	PR-->PV	Negativa	-0,121	Rechazada
<i>H8</i>	PV-->CI	Positiva	0,484***	<i>Aprobada</i>

Nota: Std: Coeficiente Estandarizado; * $p<0,05$;

** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Fuente: Elaboración propia (2015).

8. CONCLUSIONES

En una industria en pleno crecimiento y con alto potencial de desarrollo y expansión en el futuro, pero con una baja disponibilidad de información aún, resulta importante entonces, tanto para la literatura especializada como para los países que participan del Turismo Médico, estudiar cómo influye una búsqueda activa por parte de los potenciales turistas (Comportamiento Informacional Activo) en la construcción de percepciones relacionadas a este tipo de turismo.

En particular, esta investigación ha logrado establecer la relación existente entre el Comportamiento Informacional Activo y la percepción de beneficios del Turismo Médico, específicamente, con la Calidad Médica Percibida y el Disfrute Percibido, logrando cumplir así el objetivo general del estudio. Sin embargo, contrario a las expectativas del investigador, el Comportamiento Informacional Activo no estuvo relacionado en esta investigación a la percepción de Riesgo.

Además, de acuerdo a los resultados obtenidos a través del análisis de la muestra y la comprobación de las hipótesis, se puede concluir que la relación existente entre el Comportamiento Informacional Activo de los encuestados y la Calidad Médica Percibida y Disfrute Percibido es positiva, aprobándose así las hipótesis 1 y 2 planteadas para este estudio.

Con respecto a los objetivos específicos que se plantearon para esta investigación, los resultados permiten aprobar sólo las hipótesis 5 y 8, concluyendo que existe una relación positiva entre Disfrute Percibido y el Valor Percibido, y que el Valor Percibido se relaciona positivamente con la Intención del Consumidor.

El concepto de Valor Percibido ha sido estudiado ampliamente en la literatura de Marketing por ser un buen predictor de futuras intenciones comportamentales (Alén et al., 2007), lo que se comprueba en esta investigación. Es así como la importancia de la intención en el proceso decisional de los consumidores radica en entender de dónde provienen dichas intenciones y cómo pueden ser influenciadas. A través de esta investigación se puede concluir que tanto las intenciones como las percepciones de los potenciales turistas están influenciadas por el interés en la búsqueda de información. Es decir, individuos que

evidencian un Comportamiento Informativo Activo tienen una mayor tendencia a percibir de mejor manera los beneficios, lo que conlleva a una mejor percepción de Valor, que finalmente se traduce en la Intención de participar en el Turismo Médico.

Por otro lado, las hipótesis que no han podido ser aprobadas (hipótesis 3, 4, 6 y 7) nos permiten concluir que a través de esta investigación no se han podido comprobar las relaciones entre Calidad Médica Percibida, Calidad de Servicio Percibida, Costo Percibido, Riesgo Percibido y el Valor Percibido del Turismo Médico, por lo que no se pueden realizar asociaciones con respecto a estos temas que tengan validez y coherencia.

Implicancias prácticas

A partir de los hallazgos mencionados anteriormente se pueden desprender implicancias prácticas para la industria del Turismo Médico. Una de ellas se relaciona con la importancia de conseguir que los hospitales, clínicas o centros médicos que participan en la industria del Turismo Médico y ocupan los primeros lugares en los rankings nacionales, sean reconocidos como tal no sólo dentro del país sino que a nivel internacional, de manera de mejorar la confianza en la medicina local.

Además, es imperante promover y comunicar de manera más eficiente los beneficios del Turismo Médico, sobretodo el Disfrute que puede brindar el país, pues tiene un efecto positivo en el Valor Percibido de acuerdo a la investigación.

Se deben abocar además mayores esfuerzos para incentivar la búsqueda activa de información a través de una mayor disponibilidad de ésta, por la relación positiva que se ha demostrado en esta investigación que existe entre el Comportamiento Informativo Activo y la Calidad Médica Percibida y el Disfrute Percibido.

Finalmente, la misión para aquellos países que tienen una percepción de riesgo país alta, es trabajar en comunicar de mejor manera beneficios y características positivas, que permitan realizar asociaciones más positivas y disminuir así la influencia del riesgo en las percepciones y evaluaciones que realizan los individuos.

9. LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

Este estudio tiene ciertas limitaciones que vale la pena destacar, de manera de que puedan ser cubiertas por estudios posteriores. La principal limitación se relaciona con la muestra a partir de la cual se desarrolló y evaluó el modelo, pues por la naturaleza de ésta: estudiantes universitarios de sólo dos universidades del país, los resultados pueden estar sesgados. En este sentido, para poder generalizar dichos resultados es necesario que en futuras investigaciones el estudio se aplique a otras muestras, y de manera aleatoria, pues los resultados de una muestra por conveniencia suelen tener una menor capacidad de ser generalizados que a partir de una muestra aleatoria.

Además, el estudio realizado es de corte transversal simple, sin embargo, las percepciones e intenciones de las personas cambian a través del tiempo a medida que experimentan situaciones y adquieren experiencia, por lo tanto, estudios posteriores deberían indagar e incluir en el modelo otras variables como la experiencia por ejemplo.

Otra limitación de este estudio se relaciona con la incapacidad de comparar las evaluaciones realizadas por los encuestados, en relación a cada uno de los países, pues el modelo no presenta buenos ajustes para muestras pequeñas. En este sentido, no se puede concluir cuál de los dos países presenta mejores evaluaciones en términos de Valor Percibido y en el resto de las variables del modelo. Es por esto, que para posteriores investigaciones que consideren este modelo y quieran incluir variables de control, y realizar a partir de éstas comparaciones entre las submuestras, se deben considerar un mínimo de 250 observaciones para cada una.

10. Bibliografía

- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. *Springer Series in Social Psychology* , 11-39.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 179-211.
- Akbaba, A. (2006). Measuring service quality in the hotel industry: a study in a business hotel in Turkey. *International Journal of Hospitality Management*, 170-192.
- Albert, P. R. (1987). Business in Brief. 53-54.
- Alén G., M. E., Rodríguez C., L., & Fraiz B., J. A. (2007). Assessing tourist behavioral intentions through perceived service quality and customer satisfaction. *Journal of Business Research*.
- Allen, B. (1996). Information tasks: toward a user-centered approach to information systems. *New York: Academic Press*.
- Anderson, E. W., & Fornell, C. (1991). The impact of performance on customer satisfaction and retention. *School of Business Administration, University of Michigan*.
- Anderson, J., Jain, C., & Chintagunta, P. (1993). Customer Value Assessment in Business Markets. *Journal of Business-to-Business Marketing*, 3-29.
- Arnold, M. J., & Reynolds, K. E. (2003). Hedonic shopping motivations. *Journal of Retailing*, 77-95.
- Atilgan, E., Akinci, S., & Aksoy, S. (2003). Mapping Service Quality in The Tourism Industry. *Mapping Service Quality: An International Journal*, 412-422.
- Atkin, C. (1973). Instrumental utilities and information seeking.
- Babin, B., Darden, W., & Griffin, M. (1994). Work and/or fun: measuring hedonic and utilitarian shopping value. *Journal of Consumer Research*, 644-656.

- Baker, D., & Crompton, J. (2000). Quality, Satisfaction and Behavioral Intentions. *Annals of Tourism Research*, 785-804.
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology Of Mind. The logical categories of learning and communication.
- Belkin, N. J., & Robertson, S. E. (1976). Information science and the phenomenon of informations. *Journal of the American Society for Information Science*, 197-204.
- Belkin, N. J., & Vickery, A. (1985). Interaction in information systems: A review of research from document retrieval to knowledge-based systems. *British Library*.
- Belkin, N. J.; Oddy, R. N.; Brooks, H. M. (1982). ASK for Information Retrieval: Part I. Background and theory. *Journal of documentation*, 61-71.
- Bies, W., & Zacharia, L. (2007). Medical Tourism: outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*, 1144-1159.
- Bojanic, D. C. (1996). Consumer perceptions of price, value and satisfaction in the hotel industry: an exploratory study. *Journal of Hospitality and Leisure Management*.
- Bratman, M. (1987). Intention, Plans, and Practical Reason. *Cambridge, MA: Harvard University Press*.
- Bustos, F., & Tatiana, K. (2012). Turismo Médico como opción de desarrollo económico del sector salud en Colombia. *Universidad EAN*.
- Butz, H. E., & Goodstein, L. D. (1996). Measuring customer value: gaining the strategic advantage. *Organizational Dynamics*, 63-77.
- Buzzell, R., & Gale, B. (1987). The PIMS Principles. *Free Press, New York*.
- Cai, S., & Xu, Y. (2006). Effects of outcome, process and shopping enjoyment on online consumer behaviour. *Electronic Commerce Research and Applications*, 272-281.
- Carman, J. M. (1990). Consumers' perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 33-35.
- Carothers, G. H., & Adams, M. (1991). Competitive Advantage through customer value: the role of value-based strategies. *Stahl, MJ & Bounds*, 32-66.

- Case, D. (2012). Looking for information: A survey of research on information, seeking, needs and behavior. *Emerald Group Publishing*.
- Chang, T. Z., & Wildt, A. R. (1994). Price, product information, and purchase intention: an empirical study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16-27.
- Chen, Z., & Dubinsky, A. J. (2003). A conceptual model of perceived customer value in e-commerce: A preliminary investigation . *Psychology & Marketing*, 323-347.
- Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and... Surgery. *Tourism Management*.
- Cravens, D. W., Holland, C. W., Lamb, C. J., & Moncrieff, W. C. (1988). Marketing's role in product and service quality. . *Industrial Marketing Management*, 285-304.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 297-334.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: a re-examination and extension. *Journal of Marketing* , 55-68.
- Cronin, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 193-218.
- Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J., & Johnston, R. (2010). What is known about the patients' experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 226-277.
- Cross, S., Bacon, P., & Morris, M. (2000). Final Relatioal-Interdependent Self-Construal. Scale items with corrected item-total correlations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 791-808.
- Curry, A. C., & Stark, S. (2000). Quality of service in nursing homes. *Health Services Management Research*, 205-215.
- Day, E., & Crask, M. R. (2000). Value Assessment: The Antecedent of Customer Satisfaction. *Journal of Consumer Satisfaction*.

- DeSouza, G. (1989). Now service businesses must manage quality. *Journal of Business Strategy*, 21-25.
- Dodds, W. B. (1991). In search of value: how price and store name information influence buyers' product perceptions. *Journal of Services Marketing*, 27-36.
- Dodds, W. B., & Monroe, K. B. (1985). The effect of brand and price information on product evaluations.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 560-583.
- Edson Escalas, J., & Bettman, J. R. (2005). Self-Construal, Reference Groups and Brand Meaning. *Journal of Consumer Research*.
- Edvardsson, B., Thomasson, B., & Ovretveit, J. (1994). *Quality of Service: Making it Really Work*. McGraw-Hill.
- Fishbein, M. E. (1967). Readings in attitude theory and measurement.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research.
- Frochot, I., & Hughes, H. (2000). Histoqual: the development of a historic houses assessment scale. *Tourism Management*, 157-167.
- Gale, B. (1994). *Managing Customer Value: Quality and Service that customers can see*. New York: The Free Press.
- Grönroos, C. (1997). Value-driven relational marketing: from products to resources and competencies. *Journal of Marketing Management*, 407-420.
- Hair, J., Prentice, E., & Cano, D. (1999). *Análisis Multivariante*. Pearson Education.
- Heckhausen, H. (1991). Motivation and Action. *Spring Science & Business Media*.
- Holbrook, M. B., & Corfman, K. P. (1985). *Quality and value in the consumption experience: Phaedrus rides again*.

<http://es.gdict.org/>. (s.f.). Recuperado el 04 de Febrero de 2015, de <http://es.gdict.org/definicion.php?palabra=construal>

Ickes, W. J., & Kidd, R. F. (1976). An attributional analysis of helping behavior. *New directions in attribution research*, 311-334.

Iglesias, M. P., & Guillén, M. J. (2002). The components of total perceived price: an empirical analysis in restaurant services. *Journal of Foodservice Business Research*, 1-22.

J. Joseph Cronin, J. &. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*.

Jacoby, J., & Kaplan, L. B. (1972). The components of perceived risk. *Advances in consumer research*, 382-383.

Jayanti, R. K., & Gosh, A. K. (1996). A structural analysis of value, quality and price perceptions of business and leisure travelers. *Journal of the Research* , 45-51.

Kandampully, J. (2000). The impact of demand fluctuation on the quality of service: a tourism industry example. *Managing Service Quality*, 10-18.

Kerin, R. A., Jain, A., & Howard, D. J. (1992). Store shopping experience and consumer price-quality-value perceptions. *Journal of Retailing*, 376-397.

Koja-Odongo, R. I., & Mostert, J. (2006). Information seeking behaviour: A conceptual framework. *South African Journal of Library & Information Science*, 145-158.

Kotler, P. (2003). *Marketing Management*. New York: Prentice-Hall.

Kuhlthau, C. C., & Cole, C. (2000). Information and information seeking of novice versus expert lawyers: how experts add value. *The New Review of Information Behaviour Research*, 103-115.

Kuhlthau, C. C., & Tama, S. L. (2001). Information search process of lawyers: a call for 'just for me' information services. *Journal of documentation*, 25-43.

Leahy, A. L. (2008). Medical Tourism: the impact of travel to foreign countries for healthcare. *Surgeon*, 260-261.

- Levine, T., Jiang Bresnahan, M., Sun Park, H., Knight Lapinski, M., Wittenbaum, G., Morinaga Shearman, S., y otros. (2003). Self-Construal Scales Lack Validity. *Human Communication Research*.
- Libet, B. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious, will in voluntary action. *Behavioral and Brain Sciences*, 529-566.
- Lichtenstein, D. R., Netemeyer, R. G., & Burton, S. (1990). Distinguishing coupon proneness from value consciousness: an acquisition-transaction utility theory perspective. *Journal of Marketing*, 54-67.
- Lin, C. H., Sher, P. J., & Shih, H. Y. (2005). Past progress and future directions in conceptualizing customer perceived value. *International Journal of Service Industry Management*, 318-336.
- Macintosh, G. (2002). Perceived Risk and outcome differences in multi-level service relationships. *Journal of Services Marketing*, 143-157.
- Malle, B., & Knobe, J. (1997). The Folk Concept of Intentionality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 101-121.
- Medina-Muñoz, D. R., & Medina-Muñoz, R. D. (2013). Critical issues in health and wellness tourism: an exploratory study of visitors to wellness centers on Gran Canaria. *Current issues in Tourism* .
- Michael D. Horowitz, J. A. (2007). Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*.
- Miller, G. (1969). Human information processing: some research guidelines. *Conceptual frontiers in speech-communication*, 51-68.
- Milstein A., S. M. (2006). America's New Refugees - Seeking Affordable Surgery Offshore. *The New England Journal Of Medicine*, 1637-1640.
- Monroe, K. B. (1979). Pricing: making profitable decisions. *McGraw-Hill*, 37-46.
- Monroe, K. B. (1990). *Making Profitable Decision*. New York: McGraw-Hill.
- Monroe, K. B. (1991). *Pricing-Making Profitable Decisions*. New York: McGraw-Hill.

- Monroe, K. B., & Krishnan, R. (1985). The effect of price on subjective product evaluations.
- Monroe, K. B., & Petroschius, S. M. (1981). Buyers' perceptions of price: an update of the evidence.
- Musa, G., Thirumoorthi, T., & Doshi, D. (2012). Travel behaviour among inbound medical tourists in Kuala Lumpur. *Current Issues in Tourism*, 525-543.
- Naumann, E. (1995). *Creating Customer Value*. Cincinnati, OH: Thompson Executive Press.
- Neelankantan, S. (2003). India's global ambitions. *Far Eastern Economic Review*, 52-54.
- Neil Lunt, P. C. (2010). Medical Tourism: Assessing The Evidence on Treatment Abroad. *Maturitas*.
- Nilson, T. H. (1992). *Value-Added Marketing: Marketing for superior results*. London: McGraw-Hill.
- OCDE. (2011). Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. *Directorate for Employment, Labour and Social Affairs*.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988b). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 12-40.
- Patterson, P., & Spreng, R. (1997). Modelling the relationship between perceived value, satisfaction and repurchase intentions in a business-to-business service context: an empirical examination. *International Journal of Service Industry Management*, 414-434.
- Petrick, J. F., Morais, D. D., & Norman, W. C. (2001). An examination of the determinants of entertainment vacationers' intentions to revisit. *Journal of Travel Research*, 41-48.
- Ravald, A., & Grönroos, C. (1996). The Value Concept and Relationship Marketing. *European Journal of Marketing*.
- Roselius, T. (1971). Consumer ranking of risk reduction methods. *Journal of Marketing*, 56-61.

- Ryan, T. A. (1970). *Intentional Behavior: an approach to human motivation*.
- Sandra Forsythe, C. L. (2006). Development of a Scale to Measure the Perceived Benefits and Risk of Online Shopping. *Journal of Interactive Marketing*.
- Schneider, W., & Shiffrin, R. M. (1977). Controlled and automatic human information processing: detection, search, and attention. *Psychological Review*, 1-66.
- Shelia R., C. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 1795-1806.
- Sheth, J. N., & Newman, B. L. (1991). Why we buy what we buy: a theory of consumption values. *Journal of Business Research*, 159-170.
- Singelis, T. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construal. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 580-591.
- Sirdeshmukh, D., Singh, L., & Sabol, B. (2002). Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges. *Journal of Marketing*, 15-37.
- Smith, M., & Kelly, C. (2006). Wellness Tourism. *Tourism Recreation Research*, 1-4.
- Snoj, B., Pisnik Korda, A., & Mumel, D. (2004). The relationships among perceived quality, perceived risk and perceived product value. *Journal of Product & Brand Management*, 156-167.
- Swap, W. C. (1991). When prosocial behavior becomes altruistic: An attributional analysis. *Current Psychology: Research and Reviews*, 49-64.
- Sweeney, J. C., Soutar, G. N., & Johnson, L. W. (1997). Retail Service Quality and Perceived Value. A comparison of two models. *Journal of Retailing and Consumer Services*.
- Sweeney, J., Soutar, G., & Johnson, L. (1999). The Role of Perceived Risk in The Quality-Value Relationship: A Study in a Retail Environment. *Journal of Retailing*.
- Tabachnick, B., & Fidell, F. (1989). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins Publishers.

- Taylor, S., & Todd, P. (1995). Decomposition and crossover effects in the theory of planned behavior: A study of consumer adoption intentions. *Intern Journal of Research in Marketing*, 137-155.
- Tian-Cole, S., Crompton, J. L., & Wilson, V. L. (2002). An empirical investigation of the relationships between service quality, satisfaction and behavioral intentions among visitors to a wildlife refuge. *Journal of Leisure Research*, 1-24.
- Timmers, C., & Glas, C. (2010). Developing scales for information-seeking behaviour. *Journal of Documentation*, 46-69.
- Wang, H.-Y. (2012). Value as a medical tourism driver. *Managing Service Quality*, 465-491.
- Whittaker, A. (2008). Pleasure and Pain: Medical Travel in Asia. *Global Public Health*.
- Wikipedia. (s.f.). Recuperado el 04 de Febrero de 2015, de http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_del_s%C3%AD_mismo
- Williams, P., & Soutar, G. (2009). Value, Satisfaction and Behavioral Intentions in an Adventure Tourism Context . *Annals of Tourism Research*, 413-438.
- Wilson, T. (1997). Information Behaviour: An interdisciplinary perspective. *Information Processing & Management*, 551-572.
- Woodruff, R., & Gardial, S. (1993). Know your customer. New approaches to understanding customer value and satisfaction.
- www.emol.com*. (02 de Febrero de 2014). Recuperado el 08 de Diciembre de 2014, de <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=116789>
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 2-22.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario



Escuela de Postgrado

De

antemano, muchas gracias por concederme su tiempo para colaborar con esta investigación que tiene por objetivo obtener el título de **Magíster en Marketing de la Universidad de Chile**. Su participación es muy valiosa y la información otorgada es de uso estrictamente académico y confidencial.

Se le pide que por favor **lea atentamente el párrafo** que se le presenta a continuación, imaginando la situación narrada para luego responder el cuestionario que se le presentará.

*Imagine que ha tomado como opción viajar fuera de Chile a realizarse un tratamiento médico en particular (también llamado **Turismo Médico**), y que por diversas razones ha elegido **Latinoamérica** (piense en países como México, Brasil y Colombia).*

Instrucciones

De acuerdo a la **percepción** que usted tiene sobre la medicina que ofrece **Brasil**, evalúe las afirmaciones que se le presentan a continuación en una escala que va del 1 al 7.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
Los doctores de Brasil tienen estándares de habilidades altos.							
Los doctores de Brasil tienen un buen entrenamiento médico.							
Los hospitales de Brasil tienen un nivel de tecnología médica similar al de Chile.							

Los hospitales de Brasil pueden competir con otros países en términos de competencia médica.							
Los hospitales de Brasil cuentan con tecnología avanzada.							
Los paquetes de turismo médico de Brasil tienen un nivel aceptable de calidad.							
Las agencias de turismo médico y los hospitales de Brasil son capaces de proveer a los turistas con los servicios que han prometido.							
Las agencias de turismo médico de Brasil son capaces de resolver las quejas y compensar a los turistas por los inconvenientes sufridos.							
Las agencias de turismo médico y los hospitales de Brasil pueden proveer un servicio flexible acorde a las demandas de los turistas.							
El personal (enfermeras y médicos) de los hospitales de Brasil están disponibles cuando se les necesita.							
Además del tratamiento médico, las agencias de turismo médico de Brasil son competentes en organizar mi viaje y estadía, y los otros servicios de vacaciones.							
Realizar un tour médico en Brasil me dará placer.							
Realizar un tour médico en Brasil me hará sentir relajado (a).							
Combinar atracciones turísticas con procedimientos médicos en Brasil sería divertido.							
Combinar atracciones turísticas con procedimientos médicos en Brasil me haría sentir fantástico.							
El costo por realizar viajes médicos (ejemplo: psicoterapia, mini cirugías cosméticas, exámenes de salud y tratamientos dentales) en Brasil es alto.							
Comparado con otras formas de turismo, el costo del turismo médico en Brasil es alto.							
No creo que pueda obtener un mejor precio al contratar servicio de intermediarios entre las redes de hospitales en Brasil.							

Teniendo todo en cuenta, el precio que tengo que pagar por viajar y realizar turismo médico en Brasil es alto.							
Realizarse tratamientos médicos en hospitales de Brasil tiene potenciales riesgos.							
Realizar turismo médico en Brasil pone en riesgo mi vida debido a la falta de cuidados post-operatorios.							
Realizar turismo médico en Brasil pone en riesgo mi vida debido a la posibilidad de ocurrencia de efectos secundarios.							
Viajar por tratamiento médico a Brasil puede no generar confianza por la ocurrencia de malas prácticas.							
Comparado con otras formas de viajes y turismo, viajar por tratamiento médico a Brasil tiene sus potenciales riesgos.							
Comparado con el precio que pagaría, el turismo médico de Brasil me ofrece mayores beneficios.							
Comparado con el potencial riesgo que asumo, el turismo médico de Brasil vale la pena para mi.							
Comparado con el tiempo que destino del trabajo/tiempo libre a la atención médica, el turismo médico de Brasil vale la pena para mi.							
En general, el turismo médico de Brasil me entrega buen valor (beneficios mayores que costos).							
Tengo la intención de participar en turismo médico de Brasil en el futuro.							
Probablemente participaré del turismo médico de Brasil en el futuro.							
Estoy planeando participar del turismo médico de Brasil en el futuro.							

	1	2	3	4	5	6	7
Me gusta buscar información.							
Busco recomendaciones y opiniones de otras personas para corroborar la información que he encontrado.							
Busco información que provenga de más de una fuente para responder a mis inquietudes.							
No sólo busco información cuando es necesario o la requiero.							
Analizo cuidadosamente la información que encuentro.							
Contar con más información ayuda a disminuir la incertidumbre (riesgo) en mi toma de decisiones.							

1. Género

Femenino

Masculino

2. Edad _____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

Anexo 2: Resultados Análisis Factorial Dimensión Calidad Médica Percibida

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,839	6

Matriz de correlaciones

		PM1	PM2	PM3	PM4	PM5	PM6
Correlación	PM1	1,000	,769	,394	,507	,519	,466
	PM2	,769	1,000	,392	,486	,508	,424
	PM3	,394	,392	1,000	,403	,401	,285
	PM4	,507	,486	,403	1,000	,629	,399
	PM5	,519	,508	,401	,629	1,000	,493
	PM6	,466	,424	,285	,399	,493	1,000
Sig. (Unilateral)	PM1		,000	,000	,000	,000	,000
	PM2	,000		,000	,000	,000	,000
	PM3	,000	,000		,000	,000	,000
	PM4	,000	,000	,000		,000	,000
	PM5	,000	,000	,000	,000		,000
	PM6	,000	,000	,000	,000	,000	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,822
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	642,799
	Gl	15
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
PM1	1,000	,686
PM2	1,000	,658
PM3	1,000	,375
PM4	1,000	,586
PM5	1,000	,632
PM6	1,000	,450

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,388	56,459	56,459	3,388	56,459	56,459
2	,734	12,239	68,698			
3	,697	11,615	80,313			
4	,594	9,894	90,207			
5	,358	5,975	96,181			
6	,229	3,819	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
PM1	,828
PM2	,811
PM3	,612
PM4	,766
PM5	,795
PM6	,671

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componentes extraídos

Anexo 3: Resultados Análisis Factorial Dimensión Calidad de Servicio Percibida

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,726	5

Matriz de correlaciones

		PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Correlación	PS1	1,000	,396	,395	,312	,289
	PS2	,396	1,000	,501	,399	,293
	PS3	,395	,501	1,000	,342	,334
	PS4	,312	,399	,342	1,000	,347
	PS5	,289	,293	,334	,347	1,000
Sig. (Unilateral)	PS1		,000	,000	,000	,000
	PS2	,000		,000	,000	,000
	PS3	,000	,000		,000	,000
	PS4	,000	,000	,000		,000
	PS5	,000	,000	,000	,000	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,789
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	250,638
	Gl	10
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
PS1	1,000	,463
PS2	1,000	,574
PS3	1,000	,563
PS4	1,000	,463
PS5	1,000	,389

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,452	49,037	49,037	2,452	49,037	49,037
2	,770	15,400	64,437			
3	,668	13,363	77,800			
4	,627	12,533	90,334			
5	,483	9,666	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
PS1	,681
PS2	,757
PS3	,750
PS4	,680
PS5	,624

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componentes extraídos

Anexo 4: Resultados Análisis Factorial Dimensión Disfrute Percibido

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,815	4

Matriz de correlaciones

		PE1	PE2	PE3	PE4
Correlación	PE1	1,000	,651	,517	,370
	PE2	,651	1,000	,606	,407
	PE3	,517	,606	1,000	,572
	PE4	,370	,407	,572	1,000
Sig. (Unilateral)	PE1		,000	,000	,000
	PE2	,000		,000	,000
	PE3	,000	,000		,000
	PE4	,000	,000	,000	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,744
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	381,058
	gl	6
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
PE1	1,000	,634
PE2	1,000	,709
PE3	1,000	,718
PE4	1,000	,510

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,571	64,270	64,270	2,571	64,270	64,270
2	,713	17,817	82,087			
3	,400	9,990	92,077			
4	,317	7,923	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente 1
PE1	,796
PE2	,842
PE3	,847
PE4	,714

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 componentes extraídos

Anexo 5: Resultados Análisis Factorial Dimensión Costo Percibido

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,600	4

Matriz de correlaciones

		PF1	PF2	PF3	PF4
Correlación	PF1	1,000	,385	,373	,291
	PF2	,385	1,000	,239	,295
	PF3	,373	,239	1,000	,095
	PF4	,291	,295	,095	1,000
Sig. (Unilateral)	PF1		,000	,000	,000
	PF2	,000		,000	,000
	PF3	,000	,000		,061
	PF4	,000	,000	,061	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,658
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	119,138
	gl	6
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
PF1	1,000	,621
PF2	1,000	,525
PF3	1,000	,371
PF4	1,000	,341

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	1,858	46,453	46,453	1,858	46,453	46,453
2	,920	22,992	69,445			
3	,664	16,606	86,052			
4	,558	13,948	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
PF1	,788
PF2	,724
PF3	,609
PF4	,584

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 componentes extraídos

Anexo 6: Resultados Análisis Factorial Dimensión Riesgo Percibido

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,762	5

Matriz de correlaciones

		PR1	PR2	PR3	PR4	PR5
Correlación	PR1	1,000	,560	,505	,328	,264
	PR2	,560	1,000	,624	,430	,131
	PR3	,505	,624	1,000	,441	,283
	PR4	,328	,430	,441	1,000	,316
	PR5	,264	,131	,283	,316	1,000
Sig. (Unilateral)	PR1		,000	,000	,000	,000
	PR2	,000		,000	,000	,017
	PR3	,000	,000		,000	,000
	PR4	,000	,000	,000		,000
	PR5	,000	,017	,000	,000	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,749
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	358,431
	gl	10
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
PR1	1,000	,576
PR2	1,000	,652
PR3	1,000	,680
PR4	1,000	,476
PR5	1,000	,222

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,607	52,130	52,130	2,607	52,130	52,130
2	,927	18,535	70,665			
3	,658	13,163	83,828			
4	,472	9,438	93,266			
5	,337	6,734	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
PR1	,759
PR2	,808
PR3	,825
PR4	,690
PR5	,472

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 componentes extraídos

Anexo 7: Resultados Análisis Factorial Dimensión Valor Percibido

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,709	4

Matriz de correlaciones

		PV1	PV2	PV3	PV4
Correlación	PV1	1,000	,398	,361	,299
	PV2	,398	1,000	,562	,365
	PV3	,361	,562	1,000	,393
	PV4	,299	,365	,393	1,000
Sig. (Unilateral)	PV1		,000	,000	,000
	PV2	,000		,000	,000
	PV3	,000	,000		,000
	PV4	,000	,000	,000	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,734
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	211,504
	gl	6
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
PV1	1,000	,457
PV2	1,000	,647
PV3	1,000	,641
PV4	1,000	,456

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,201	55,015	55,015	2,201	55,015	55,015
2	,705	17,620	72,636			
3	,661	16,528	89,164			
4	,433	10,836	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente 1
PV1	,676
PV2	,804
PV3	,801
PV4	,675

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 componentes extraídos

Anexo 8: Resultados Análisis Factorial Dimensión Intención del Consumidor

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,777	3

Matriz de correlaciones

		CI1	CI2	CI3
Correlación	CI1	1,000	,858	,385
	CI2	,858	1,000	,362
	CI3	,385	,362	1,000
Sig. (Unilateral)	CI1		,000	,000
	CI2	,000		,000
	CI3	,000	,000	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,583
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	390,232
	gl	3
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
CI1	1,000	,866
CI2	1,000	,853
CI3	1,000	,390

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,109	70,306	70,306	2,109	70,306	70,306
2	,749	24,956	95,263			

3	,142	4,737	100,000			
---	------	-------	---------	--	--	--

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
CI1	,931
CI2	,923
CI3	,625

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 componentes extraídos

Anexo 9: Resultados Análisis Factorial Dimensión Comportamiento Informativo

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	264	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	264	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,878	6

Matriz de correlaciones

		IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6
Correlación	IN1	1,000	,643	,655	,582	,502	,474
	IN2	,643	1,000	,655	,472	,481	,492
	IN3	,655	,655	1,000	,469	,621	,607
	IN4	,582	,472	,469	1,000	,532	,438
	IN5	,502	,481	,621	,532	1,000	,688
	IN6	,474	,492	,607	,438	,688	1,000
Sig. (Unilateral)	IN1		,000	,000	,000	,000	,000
	IN2	,000		,000	,000	,000	,000
	IN3	,000	,000		,000	,000	,000
	IN4	,000	,000	,000		,000	,000
	IN5	,000	,000	,000	,000		,000
	IN6	,000	,000	,000	,000	,000	

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,854
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	805,859
	gl	15
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
IN1	1,000	,660
IN2	1,000	,621
IN3	1,000	,721
IN4	1,000	,525
IN5	1,000	,647
IN6	1,000	,604

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,778	62,969	62,969	3,778	62,969	62,969
2	,706	11,759	74,728			
3	,596	9,941	84,669			
4	,343	5,719	90,388			
5	,308	5,126	95,514			
6	,269	4,486	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
IN1	,813
IN2	,788
IN3	,849
IN4	,724
IN5	,804
IN6	,777

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componentes extraídos

Anexo 10: Output AMOS Path Analysis

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Pe <--- IN	,220
Pmq <--- IN	,231
Pv <--- Pmq	,198
Pv <--- Psq	,258
Pv <--- Pe	,419
Pv <--- Pf	-,006
Pv <--- Pr	-,121
Ci <--- Pv	,484
PM6 <--- Pmq	,642
PM5 <--- Pmq	,725
PM4 <--- Pmq	,684
PM3 <--- Pmq	,518
PM2 <--- Pmq	,651
PM1 <--- Pmq	,688
PS1 <--- Psq	,626
PS2 <--- Psq	,685
PS3 <--- Psq	,691
PS4 <--- Psq	,574
PS5 <--- Psq	,446
PE4 <--- Pe	,518
PE3 <--- Pe	,691
PE2 <--- Pe	,845
PE1 <--- Pe	,778
PF1 <--- Pf	,662
PF2 <--- Pf	,618
PF3 <--- Pf	,477
PF4 <--- Pf	,374
PR4 <--- Pr	,521
PR3 <--- Pr	,777
PR2 <--- Pr	,763
PR1 <--- Pr	,765
PV4 <--- Pv	,605
PV3 <--- Pv	,714
PV2 <--- Pv	,712
PV1 <--- Pv	,529
CII <--- Ci	,966

	Estimate
CI2 <--- Ci	,917
CI3 <--- Ci	,417
PR5 <--- Pr	,277
IN1 <--- IN	,600
IN2 <--- IN	,554
IN3 <--- IN	,758
IN4 <--- IN	,493
IN5 <--- IN	,556
IN6 <--- IN	<u>.495</u>