



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS

TURISMO MÉDICO
Y LAS VARIABLES QUE LO AFECTAN

Investigación Exploratoria

SEMINARIO DE TÍTULO

Autoras

María Jesús Bascañán Moraga

Beatriz Andrea Herrera Andrade

Paula Belén Osorio Morales

Profesor guía

Eduardo Torres Moraga

Santiago, Chile – 2014

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado a nuestros padres, quienes, con su amor incondicional, nos han apoyado en cada etapa de nuestras vidas y nos han entregado las herramientas para formarnos tanto como personas como profesionales. Ellos son quienes nos alientan a seguir adelante y cumplir nuestras metas y sueños, nos muestran lo valioso del esfuerzo y la recompensa a las cosas bien hechas.

Con este Seminario de Título finaliza nuestra etapa universitaria llena de aprendizajes y experiencias enriquecedoras para nuestro futuro. Por esto, queremos agradecer a cada una de las personas que nos acompañaron en este camino, a nuestras familias, amigos, profesores y administrativos de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, que estuvieron presentes para hacer de estos 5 años universitarios únicos y memorables.

Finalmente, quisiéramos agradecer a nuestro profesor guía, Eduardo Torres, por su apoyo en este último proceso y por darnos la oportunidad de ser parte de su equipo de trabajo con esta investigación.

Beatriz, Belén y María Jesús.

CONTENIDO

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN EJECUTIVO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
Hedonismo.....	7
Culpa.....	14
Self-construal.....	16
Self-Confidence.....	19
Turismo Médico.....	20
Riesgo Percibido.....	31
Aversión al Riesgo.....	38
ENCUESTA.....	44
CUESTIONARIO Y MUESTRAS.....	44
Elaboración del Cuestionario.....	44
Muestra.....	46
Recopilación de Datos.....	46
VARIABLES Y MANIPULATION CHECK.....	47
Construcción de Variables.....	47
Definición de Variables.....	48
Manipulation-Check.....	51
RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	58
Test-T para Variables.....	64
Análisis de Género.....	70
CONCLUSIONES.....	74
ANEXOS.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	85

RESUMEN EJECUTIVO

En la presente tesis se hace una recopilación de los documentos anteriores involucrados con el tema de estudio, Turismo Médico, y los factores que lo afectan, como la culpa, el hedonismo, la auto-confianza, la independencia o interdependencia, entre otras. Posteriormente se describe el proceso de recopilación de datos para la investigación exploratoria y análisis de estos, a partir de lo cual se obtuvieron resultados interesantes y reveladores para futuras incursiones en el ámbito del Turismo Médico y las variables que lo afectan.

Uno de los principales resultados estadísticamente significativos, se enmarca en el efecto y sentido que tiene la variable de ideología política, es decir, si el individuo es liberal o conservador, donde un individuo liberal tiene menos intención de compra, siente más culpa y percibe menos hedonismo que un individuo conservador. Adicionalmente se descubrió que existe una relación positiva entre la auto-confianza y la intención de compra, hecho respaldado por la psicología. Finalmente, se halló que el género femenino percibe más riesgo y menos hedonismo, resultado que entrega luces con respecto a posibles estrategias de marketing para equilibrar esas percepciones con las

del género masculino y, consecuentemente, el impacto que tendrían los factores que influyen al momento de decidir realizar Turismo Médico.

INTRODUCCIÓN

El Turismo Médico consiste en el hecho de viajar a un país extranjero con el fin de someterse a un procedimiento clínico y adicionalmente, recorrer y disfrutar los atractivos y panoramas que ofrece dicho país. Hace un tiempo, este tipo de actividad se caracterizaba por individuos que viajaban de países subdesarrollados hacia países desarrollados en búsqueda de servicios médicos o tratamientos que no tenían a su disposición en su país de origen, siendo esta la principal razón para realizar dicha acción. Sin embargo, hoy existen variadas razones por las cuales se realiza el Turismo Médico, dentro de las cuales se encuentran la necesidad de tecnología y/o especialistas que no se hallan en el país de origen, el reducir costos y la existencia de barreras éticas, morales o legales propias de cada país de origen.

Estudios realizados por consultoras transnacionales mencionan que el Turismo Médico ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos 5 años y se espera que exista un incremento cuantioso en la próxima década, lo que implica una afluencia de público y ganancias importantes para los diferentes países de destino que no sólo se caracterizan por ser lugares ideales para

turistear, sino que además son idóneos para realizarse un tratamiento de salud.

Lo relevante con respecto al último punto es poder aprovechar de mejor manera este mercado potencial a través de estrategias de marketing construidas en torno a los elementos que resultan relevantes y que afectan las decisiones que se toman sobre el Turismo Médico.

Así, para identificar las variables que influyen en el Turismo Médico, es que se ha realizado, en la presente tesis, un estudio exploratorio útil para futuras investigaciones concluyentes. Dentro de las variables estudiadas se encuentran las de personalidad, como self-construal, auto-confianza, hedonismo, aversión al riesgo e ideología política, y aquellas que dependen de las situaciones descritas, como intención de compra, culpa, riesgo y hedonismo percibidos. Específicamente hablando, la finalidad de este estudio es lograr dimensionar la magnitud y sentido en que estas variables afectan la toma de decisión de un consumidor al momento de querer o necesitar un tratamiento de salud en un país extranjero, comparándose además con situaciones de Turismo en sí mismo y no solo Turismo Médico, con distintos niveles de lujo descritas en cada una.

MARCO TEÓRICO

En el marco teórico se abordarán los conceptos relevantes para la presente investigación, de los cuales se mostrará una revisión de la literatura que se atañe al tema de estudio y que se son importantes para poseer un mayor entendimiento acerca del mismo.

HEDONISMO

El término hedonismo, desde sus orígenes filosóficos, contempla todas aquellas teorías que identifican el placer como un fin último de la vida terrenal. A modo de definición, la Real Academia de la Lengua postula que el hedonismo es la “*Doctrina que hace del placer un principio o el objeto de la vida*” (RAE, 2001).

Este término, proviene de la palabra griega *hedone* que tiene como significado *placer*, el cual ha sido interpretado de diversas maneras a lo largo de los años según las distintas corrientes que han tratado el hedonismo como uno de sus postulados centrales. Es así como resulta relevante abarcar las diferentes dimensiones que posee este concepto, ya sea desde una perspectiva

ética, filosófica y psicológica como desde una mirada más específica que contempla el comportamiento del individuo como ente consumidor.

Los filósofos suelen realizar una distinción entre el hedonismo psicológico y el hedonismo ético. El hedonismo psicológico se refiere a la opinión de que los seres humanos están psicológicamente contruidos de tal forma que desean exclusivamente el placer. Por su parte, el hedonismo ético es la opinión de que la obligación moral fundamental de los seres humanos es maximizar el placer o la felicidad.

Según el diccionario enciclopédico ilustrado SOPENA, han sido hedonistas “*los cirenaicos y epicúreos antiguos, los epicúreos modernos (Gassendi, Valla, etc.), los materialistas del siglo XVIII (Helvecio, Holmach, etc.) y los utilitarios ingleses (J. Bentham).*” Es por esto que se realizará una breve revisión de las teorías planteadas por los pensadores hedonistas, de manera tal de tener un mayor entendimiento del concepto y del papel que juega en la sociedad actual.

Los inicios de esta doctrina, como tal, conciernen a *Aristipo de Cirene*, conocido como padre del hedonismo y fundador de la escuela cirenaica, quien postulaba que la buena vida se basa en la creencia de que dentro de los

valores humanos el placer es el más alto, mientras que el dolor es el más bajo de ellos, el cual debe ser evitado (Enciclopedia Británica, 2014). Aristipo afirmaba que *“la verdad máxima que uno puede alcanzar es el reconocimiento de que el placer es el propósito de la existencia humana y que la búsqueda de placer es el significado de la vida”* (Enciclopedia Ancient History, 2014). En una misma línea, los cirenaicos estipulaban que la felicidad es uno de los fines de la acción moral, viendo el placer como el “bien” y el dolor como el “mal”.

Luego, están los epicúreos antiguos, discípulos inspirados por el filósofo griego Epicuro de Samos, quien enseñó que el objetivo de la vida debe ser reducir al mínimo el dolor y maximizar el placer. En uno de sus pocos fragmentos sobrevivientes, denominado Carta a Meneceo (*Letter to Menoecus*) Epicuro da cuenta de sus ideales y de la filosofía que guiaba su vida, explicando la naturaleza del placer, el cual debe ser perseguido a través de la salud del cuerpo y la imperturbabilidad del alma, satisfaciendo las necesidades que llevan a la obtención del placer, en sus palabras: *“Porque del placer tenemos necesidad cuando sufrimos por su ausencia, pero cuando no sufrimos ya no tenemos necesidad del placer. Y por esto decimos que el placer es principio y consumación de la vida feliz, porque lo hemos*

reconocido como bien primero y congénito, a partir del cual comenzamos toda elección y rechazo y hacia el que llegamos juzgando todo bien con el sentimiento como regla... En efecto, todo placer, por tener naturaleza innata, es bueno, pero sin duda, no todos son dignos de ser escogidos. De la misma forma, todo dolor es un mal, pero no todos deben evitarse siempre” (Epicuro de Samos, s. IV a.C) Igualmente, es así como este filósofo expresa cómo se deben disminuir los dolores de la vida, reduciendo la angustia psicológica proveniente del miedo a la muerte y a los dioses.

Ya en la edad moderna surgen los neo-epicúreos, llevados por Lorenzo Valla y Antonio Gassendi, quienes se basan en las ideologías hedonísticas de la escuela epicúrea. De la misma manera, para el siglo XVIII los materialistas franceses basaron su filosofía en la concepción hedonista con representantes como La Mettrie, Holbach y Helvecio (Diccionario Soviético de Filosofía, 1965)

Por su parte, los utilitaristas ingleses, se dedicaron al estudio del hedonismo y a las diversas nociones del concepto del placer. Es así como Betham, Mill y Spencer, entre otros, no sólo incorporaron nuevas definiciones y nociones

de la palabra placer, sino que también realizaron críticas a lo que se había estipulado hasta ese entonces.

Dentro de la filosofía contemporánea destaca el filósofo francés Michael Onfray como claro exponente de los ideales hedónicos, principalmente de Nietzsche, La Mettrie y Aristipo de Cirene, sin embargo, su hedonismo no debe ser entendido como el que se habla comúnmente, en sus palabras: *“Se cree que el hedonista es aquel que hace el elogio de la propiedad, de la riqueza, del tener, que es un consumidor. Eso es un hedonismo vulgar que propicia la sociedad. Yo propongo un hedonismo filosófico que es en gran medida lo contrario, del ser en vez del tener, que no pasa por el dinero, pero sí por una modificación del comportamiento. Lograr una presencia real en el mundo, y disfrutar jubilosamente de la existencia: oler mejor, gustar, escuchar mejor, no estar enojado con el cuerpo y considerar las pasiones y pulsiones como amigos y no como adversarios”* (Onfray, 2001)

La psicología, como se mencionó con anterioridad, también ha realizado importantes aportes en la materia, según su visión, el hedonismo promueve el placer como el único objeto de deseo, adicionalmente, según O’Shaughnessy y O’Shaughnessy, se observa que por lo general *“las*

motivaciones se basan en la búsqueda incesante de auto-gratificación y en el beneficio de la dimensión egoísta del ser humano” (Muñoz, 2004). En línea con lo anterior, y de acuerdo a estos autores, la corriente psicológica denominada *Behavioral* promueve la idea de que el materialismo es por definición hedonista, esto último debido a la creciente tendencia al consumo y preferencia de bienes materiales (O’Shaughnessy & O’Shaughnessy, 2002).

Ahora bien, enfocándose precisamente en cómo el hedonismo es parte del ser humano en aspectos del consumo, se puede ver que diversos estudios han sido realizados para dar explicación a factores que afectan a la satisfacción del consumidor, a los valores de compra y a las experiencias de consumo que poseen los individuos (Muñoz, 2004).

Desde la perspectiva de los valores de compra, se han realizado profundizaciones en las razones de tipos utilitarios y hedonistas (Arnold & Reynolds, 2003) y en la concepción de obligación-placer por parte de los consumidores, es decir, si los individuos perciben la actividad de compra como el cumplimiento de una tarea o más bien como algo que disfrutan (Babin, Darden & Griffin, 1994).

Por su parte, para las experiencias de consumo, según Yaromir Muñoz, autor del texto *“La satisfacción del consumidor en las experiencias hedonistas”*, se ha observado una serie continua de documentos que van desde la orientación a consumir bienes duraderos de carácter hedonista, como por ejemplo autos deportivos u objetos de decoración (Dhar & Wertenbroch, 2000), hasta la búsqueda de ciertos servicios que induzcan fuertes emociones (Unger & Kernan, 1983; Arnould & Price, 1993; Celsi Rose & Leigh, 1993; Hopkinson & Pujari, 1999). Ejemplo de esto último son actividades relacionadas con el ocio, tales como visitar museos (Joy & Sherry, 2003), asistir a eventos deportivos y/o hacer turismo deportivo (Thwaites, 1999), entre otros.

Otra variable importante que debe ser considerada es el rol que juega la sociedad en la orientación al consumo de carácter hedonista, la cual desempeña un papel significativo al mostrar una actitud complaciente con criterios como *“el valor otorgado a las posiciones de bienes materiales, la importancia de la satisfacción de deseos y apetitos transitorios, el estatus social de ciertas prácticas de consumo hedonistas relacionadas con bienes y servicios ampliamente reconocidos, el soporte que ofrece a la identidad del individuo y la oferta permanente de mayores comodidades”* (O’Shaughnessy & O’Shaughnessy, 2002)

Es así como, según Hirschman y Holbrook el consumo hedonista puede ser definido de la siguiente manera: *“Aquellas facetas del comportamiento de consumo que están relacionadas con aspectos multisensoriales, de fantasía y emotivos en la experiencia con los productos”* (Hirschman & Holbrook, 1982). Se hace relevante destacar que esta definición no es relativa solo al consumo de productos hoy en día, sino que también atañe a la adquisición de servicios, aspecto que los autores antes mencionados no incorporan explícitamente en su definición, sin embargo, sí hacen referencia como parte de las experiencias de consumo a los viajes, visitas a teatros o museos, entre otros.

CULPA

La culpa, desde la perspectiva psicológica, se define, según la RAE, como la *“acción u omisión que provoca un sentimiento de responsabilidad por un daño causado”* (RAE, 2001). Por otro lado, de acuerdo a Freud, la culpa es la expresión de la tensión entre el Yo y el Superyo, es parte del hombre y no implica que la razón esté alterada como cuando se pasan a llevar normas aceptadas a nivel consciente, sino que más bien es *“el punto de partida de una reparación activa y un retorno consciente”* (Tanco Duque, 1963).

De acuerdo a Juan David Nasio, psicoanalista argentino, la culpa tiene tres variantes, donde la primera corresponde a que el sentimiento de culpa es consciente y se conoce su razón. La segunda hace referencia a un sentimiento de culpa igualmente agobiante que el primero pero, en este caso, el sujeto no sabe por qué es culpable. En la tercera variación, el sujeto se siente enfermo, pero no específicamente por la culpa, es decir, esta es totalmente inconsciente, y generalmente esto se da en sujetos con trastornos psicológicos (Nasio, 1996).

Pero para el caso de personas sin tales trastornos, la culpa surge entonces cuando realizan actos que van en contra de su ética y moral, frente a lo cual pueden reaccionar de diversas maneras, como se mostró anteriormente, pero lo interesante es que a nivel consciente se genera una disonancia cognitiva. La disonancia cognitiva, teoría desarrollada por Leon Festinger (Ovejero, 1975), hace alusión a que el ser humano está predispuesto a tomar la información que apoya o confirma sus creencias y a ignorar lo que va en contra de estas. La disonancia cognitiva se vuelve aún más relevante, para este estudio, cuando una acción que realizamos afecta o va en contra del concepto que tenemos de nosotros mismos, momento en el cual comienza el proceso de autojustificación.

Es importante destacar que no se debe confundir la vergüenza con la culpa, donde esta última presenta un mayor nivel de profundidad (Morrison, 2005). La vergüenza afecta al Yo, al pasar a llevar valores culturales o sociales, mientras que la culpa gira en torno a la acción en sí misma y que afecta los valores personales (Lewis, 1971).

Hablando específicamente de la culpa que se genera al momento de realizar compras, este sentimiento suele presentarse en compras impulsivas, donde se adquiere algo que no se necesita y que se siente como un lujo, es decir, por hedonismo. Los compradores impulsivos utilizan la compra como una forma de deshacerse del estrés e incluso admiten ser derrochadores en ocasiones (Olabarri F. y García U., 2003).

SELF-CONSTRUAL

El concepto de self-construal se define como los pensamientos, sentimientos y acciones con respecto a la relación que se tienen con el resto y con el Yo, distinto de los otros (Singelis, 1994). En función de lo anterior, es que se identifican dos tipos de self-construal: el independiente y el interdependiente, de acuerdo a que tan conectado o separado se ve del otro. El self-construal independiente se caracteriza por considerarse un ser único y su constelación

de pensamientos se compone principalmente de los que tienen que ver con sus habilidades y creencias, tales como “Yo soy fuerte, yo soy energético”, enfocándose así en sus propias metas más que en las de otros. Además, al momento de referirse a los otros lo hace en torno a sus características personales más que a través de la relación que se tiene con ellos. Esta descripción anterior se hizo de acuerdo al comportamiento de la cultura occidental, mientras que al estudiar la cultura oriental se hizo el hallazgo del otro self-construal ya mencionado, el interdependiente. El self-construal interdependiente tiende a tener una referencia personal que se construye de acuerdo a las características externas de él, como por ejemplo su estatus, rol, carrera, relaciones, etc. Este self-construal se preocupa de encajar con el resto, de tal manera que el Yo y los otros no estén separados al momento de moldearse una situación (DeCicco & Stroink, 2007).

Sin embargo, es importante señalar que una literatura extensa en autores ha comprobado que un self-construal no es necesariamente independiente o interdependiente, razón por la cual surgió un tercer tipo: el self-construal metapersonal. Este self-construal se caracteriza por tomar en consideración todos los aspectos posibles al momento de tomar una decisión, como a las personas que lo rodean, el medioambiente, su opinión propia, incluso toda la

vida y la creación (DeCicco & Stroink, 2007). No obstante, en la presente tesis no se ahondará mayormente en el tema, específicamente en el estudio en sí.

Retornando a los dos tipos de self-contruals, es que los términos independiente e interdependiente suelen ser tratados como similares con individualista y colectivista respectivamente, lo que se puede observar en la publicación Markus y Kitayama de 1991, "Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion and Motivation". Por un lado, las personas individualistas se enfocan en lograr sus objetivos propios, sin tomar mucho en consideración la influencia de factores sociales externos (The American Heritage Dictionary, 2000). El colectivismo es lo contrario al individualismo, es el principio de la vida social y conjunta (Diccionario Soviético de Filosofía, 1965), de tal forma que el individuo al pertenecer a un grupo debería, incidentalmente, tomar sus decisiones en función y beneficio del grupo, así si el grupo prospera, también lo hará el individuo.

En la presente tesis estos pares de términos se utilizarán de manera indiferente, no obstante, las definiciones de estos divergen en que las de individualismo y colectivismo se acuñan en base a cómo se toman las

decisiones y qué elementos entran en consideración en ese momento, mientras que las de independencia e interdependencia lo hacen en torno a las variadas perspectivas que abarca el Yo, cómo se ve a él mismo, cómo ve a los demás, cómo piensa y toma determinaciones, es decir, es una mirada completa del ser.

SELF-CONFIDENCE

Self-confidence, en español auto-confianza, se relaciona con la seguridad en sí mismo en cuanto a la opinión personal, el poder, etc. (The Oxford Dictionary), o, en otras palabras, qué tan capaces nos sentimos de llevar a cabo determinada tarea. Es importante no confundir esto con la auto-estima, que se refiere al ideal de lo que queremos ser versus lo que realmente somos (Cohen, 1959), lo que deriva en un sentimiento que valora nuestro ser, mientras que la auto-confianza está enfocado en el convencimiento con respecto a las acciones que llevamos a cabo. No obstante, se han encontrado definiciones para lo que es la auto-confianza del consumidor, y una de ellas señala que es *“el grado en que el individuo se siente capaz y seguro con respecto a sus decisiones en el mercado y comportamientos”*, de acuerdo a la publicación de Bearden, Hardesty y Rose en 2001. Debido a lo anterior es

que se cree que un individuo con un alto nivel de auto-confianza tiende a sentir menos culpa debido a la seguridad que siente con sus decisiones tomadas. También, según los mismos autores, es que un consumidor con alta auto-confianza se desenvolverá mejor frente a una decisión compleja y con mucha información, mientras que uno con baja auto-confianza va a depender mucho de las circunstancias del entorno.

De acuerdo a la literatura sobre marketing, las personas con más auto-confianza van a buscar con menor probabilidad información extra sobre la decisión que están por tomar (Phillips, Prybutok & Peak, 2014), afectando así la intención de compra. Además, se cree que la auto-confianza es un antecedente para el conocimiento subjetivo de los productos (Bearden, Hardesty & Rose, 2001).

TURISMO MÉDICO

Específicamente el componente de “turismo” implica que los turistas médicos a menudo recorren o disfrutan de los atractivos y actividades que ofrece el país extranjero después del procedimiento médico realizado¹.

¹ <http://www.news-medical.net/health/Medical-Tourism-What-is-Medical-Tourism-%28Spanish%29.aspx>

Usualmente se utiliza el término Turismo de Salud². Sin embargo, este concepto engloba tanto tratamientos médicos, asociado al Turismo Médico, como también procedimientos estéticos, odontológicos, entre otros.

Existen diversos autores que han dado definiciones tanto a Turismo Médico como Turismo de Salud a través del tiempo, como se señalará en los párrafos siguientes.

En el año 1987, Goodrich y Goodrich definen Turismo de Salud como la promoción de destinos turísticos en la cual se promueven las instalaciones y servicios de salud que se ofrecen en cada país/ciudad.

Para el 2003, Hall caracteriza al Turismo de Salud como un fenómeno comercial de la sociedad industrial, que implica una persona que viaja durante la noche fuera del hogar para beneficio expreso para mantener o mejorar la salud.

McKinsey & Company (2010) detallan al Turismo de Salud como la exportación de servicios de salud, los cuales se enfocan en 4 áreas

² http://www.geomedical.co/articulos/que_es_turismo_en_salud_o_turismo_medico

específicas, las que corresponden a: Medicina curativa, preventiva, estética, y de bienestar (ProExport Colombia, 2009).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término Turismo de Salud es una acción que busca un estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y que no sólo se trata de ausencia de afecciones o de enfermedades. Como se ve anteriormente, el Turismo de Salud abarca todos los servicios que están relacionados con la recuperación y mantención de la salud de un individuo.

Por su parte, el Turismo Médico se define como viajes al extranjero con el fin de buscar tratamiento médico en ese país por parte de una persona. Según Glinos y Baeten (2006) lo describen como la actividad que realizan los pacientes que van al extranjero a buscar atención médica.

La definición según Mckinsey & Company indica que el Turismo Médico es un proceso en el cual una persona viaja para recibir servicios de salud en un país diferente a aquel en el que reside. Sin embargo, existen definiciones como la del Medical Tourism Association que consideran que el viajar de la ciudad residencial a otra ciudad también es Turismo médico.

Considerando las evoluciones de definición de Turismo Médico parece pertinente definirlo como un fenómeno a nivel global y en crecimiento, el cual consiste en trasladarse a país distinto al de origen con el fin de recibir algún tratamiento médico.

Hoy en día, de acuerdo a estudios realizados por consultoras trasnacionales como KPMG y McKinsey e investigaciones realizadas por instituciones como la organización de Cooperación y Desarrollo Económico y Economist Intelligence Unit, el Turismo Médico ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos 5 años y se espera que exista un incremento cuantioso en la próxima década.³

El hecho de que estas definiciones hayan sido acuñadas en distintos periodos nos indica que el Turismo Médico no es un fenómeno nuevo, incluso desde las época de los griegos se puede ver que este tipo de acciones ya se realizaban, por ejemplo, cuando éstos viajaban a Epidauría, en el golfo de Sarónico, con el fin de recibir tratamientos médicos. También se conoce que ya en el año 1248 se inaugura el hospital de Mansuri, en el Cairo, lo cual

³ <http://turismomedico.org/>

originó que muchas personas viajaran a esta zona con el fin de recibir atención médica.

Inicialmente, el Turismo Médico se caracterizaba por turistas que viajaban desde países subdesarrollados hacia países desarrollados en búsqueda de servicios médicos o tratamientos que no tenían a su disposición en su país de origen. Sin embargo, en Estados Unidos el término “Turismo Médico” hace alusión, generalmente, a personas que viajan a países menos desarrollados en búsqueda de atención médica⁴ (Bookman & Bookman, 2007)

Por ende, la dirección en la cual se realice el viaje (de países subdesarrollados a desarrollados o viceversa) dependerá de lo que busque o bien necesite el turista médico.

DÓNDE Y POR QUÉ

Dentro de las principales razones de por qué las personas deciden ser turistas médicos es la tecnología, es decir, que el país de origen no cuente con la

⁴ <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-2-the-pre-travel-consultation/medical-tourism>

tecnología necesaria para realizar el tratamiento requerido o deseado, o bien que no se cuenten con especialistas en el tema, impulsando así la búsqueda de estos tratamientos en otros países, un ejemplo de esto son los tratamientos de fertilidad. Asimismo, un factor influyente es la velocidad en que se necesita recibir el tratamiento.

Por otro lado, se encuentra la necesidad de tratamientos que no están disponibles en el país de origen por temas legales o éticos, como lo son el tema de aborto y aborto terapéutico.

Finalmente, otra variable decisiva es la búsqueda de bajos costos. Por ejemplo, los estadounidenses prefieren viajar a países como la India o Tailandia para recibir servicios médicos dado que los precios pueden llegar a ser incluso diez veces menores de lo que les costaría realizarse dicho procedimiento en Estados Unidos. (World Health Organization; Kelley, 2013).

A continuación, es posible observar los costos en dólares (US\$) asociados a distintos procedimientos en países como Estados Unidos, India, Tailandia, entre otros.

Procedure	Medical tourism prices (in US\$)						
	US	India	Thailand	Countries			
				Singapore	Malaysia	Mexico	Poland
Heart Bypass	113.000	10.000	13.000	20.000	9.000	3.250	7.140
Heart Valve Replacement	150.000	9.500	11.000	13.000	9.000	18.000	9.520
Angioplasty	47.000	11.000	10.000	13.000	11.000	15.000	7.300
Hip Replacement	47.000	9.000	12.000	11.000	10.000	173.000	6.120
Knee Replacement	48.000	8.500	10.000	13.000	8.000	14.650	6.375

World Health Organization, Medical Tourism, Octubre 2013

Incluso, considerando los costos de traslado, se puede apreciar un ahorro al llevar a cabo estos procedimientos en otros países distintos a Estados Unidos.

Procedure	Cost UK	Cost India	Cost savings (in £)				Waiting list	Total saved
			Cost of flight	Total cost India	Cost saved per operation			
Coronary artery bypass graft	8.631	3.413	500	3.913	4.718	97	457.646	
Total hip replacement	8.811	3.413	500	3.913	4.898	28.800	141.062.400	
Total knee replacement	6.377	5.145	500	5.645	732	53.911	39.462.852	

World Health Organization, Medical Tourism, Octubre 2013

En el *Anexo 1* se pueden ver las razones o variables más importantes al momento de considerar un tratamiento médico en un país extranjero.

Como es de notar, estas razones son originadas más bien por la parte “médica” y no por la parte “turística”. Sin embargo, el interés en el Turismo Médico ha crecido fuertemente por los deseos de conectar lugares de interés

turístico, hoteles, clima, productos gastronómicos y visitas culturales con los procedimientos médicos (Turner, 2007).

Es necesario destacar que, debido al rápido crecimiento de esta industria y su orientación hacia el cliente, la calidad percibida es fundamental para atraer clientes/pacientes (Cronin & Taylor, 1992).

Al no poder separar por completo estos dos componentes del “Turismo Médico” se afirma que tanto la percepción de: calidad médica, calidad de servicio y el disfrute, juegan un papel importante en el valor percibido entre los potenciales turistas médicos (Hsiu-Yuan Wang, 2012). Es más, es necesario que dentro de la industria de Turismo Médico se tome en cuenta que las personas no solo aspiran a un mejor tratamiento si no también a un bienestar integral. Ellos quieren recuperarse, relajarse, rejuvenecerse, y salir de la rutina.

Pese a que el Turismo Médico ofrece una sinergia de cuidados de salud, la parte turística y hospitalaria, provee un atractivo y energético pack. Por ejemplo, India ofrece servicios médicos de calidad mundial, comparable con cualquiera de los países occidentales. Este país, posee hospitales sobresalientes y los mejores médicos cualificados, a pesar del costo más bajo

en todo tipo de intervenciones médicas en comparación con otros países en desarrollo.⁵

Es más, una de las barreras fundamentales en validar el turismo médico es la opinión de la calidad inadecuada (Paffhausen, Peguero & Roche-Villareal, 2010). Una clave para vencer esta barrera es utilizar estrategias de marketing y realizar evaluaciones de calidad adecuadas vía la acreditación internacional de una institución reconocida a nivel mundial.⁶

Por lo tanto, la entrega de servicios de calidad a los clientes es necesaria para cumplir con la percepción de los clientes antes mencionada (Parasuraman, Zeithaml, & Berry. 1988).

En cuanto a los países líderes, o bien más populares dentro de esta industria, se encuentran ⁷⁸ Tailandia, México y Estados Unidos según datos publicados por HealthLeaders Media y Bloomberg. (Mayo 2014). Sin embargo, existe una creciente competencia ya que alrededor de 50 naciones del mundo han declarado el turismo médico un interés nacional, precisa el estudio “Turismo

⁵ International Conference on Tourism & Management – Algarve 2011

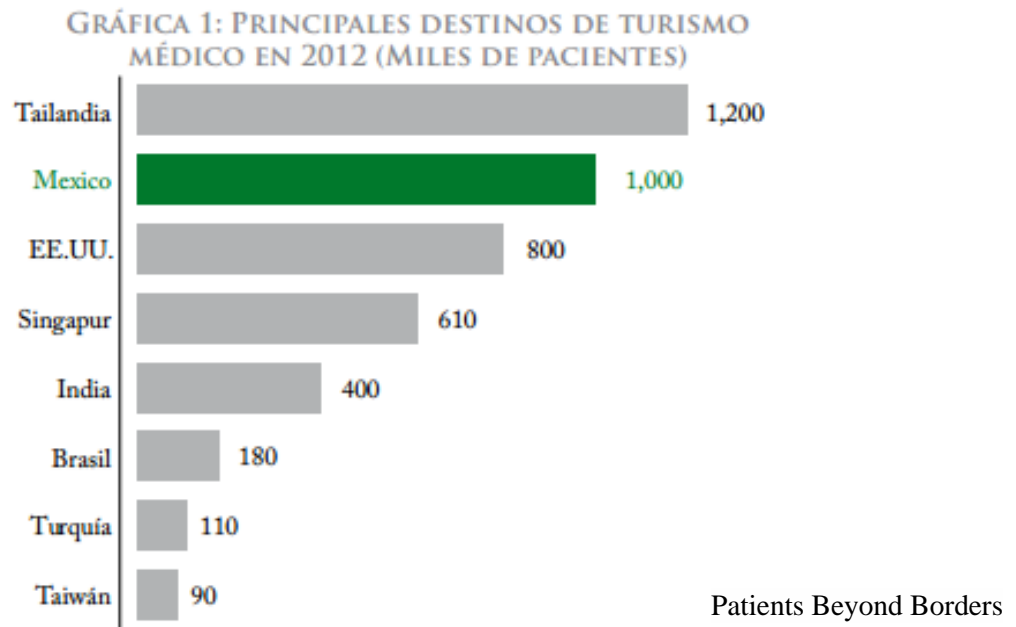
⁶ <http://www.news-medical.net/health/Medical-Tourism-What-is-Medical-Tourism-%28Spanish%29.aspx>

⁷ <http://turismomedico.org/turismo-medico-un-negocio-que-rebosa-de-salud/>

⁸ <http://rankings.americaeconomia.com/mejores-clinicas-hospitales-2014/reportaje/>

médico en Nicaragua”, elaborado por el bufete Calvet & Asociados, el que toma como fuente encuestas de la Medical Tourism Association (MTA).

En el siguiente gráfico es posible observar los principales destinos de Turismo Médico para el año 2012 en cifras de miles de pacientes:



Tailandia es reconocida por epicentro mundial de operaciones de cambio de sexo, en tanto México atrae a miles de estadounidenses que llegan por atención dental o tratamientos de pérdida de peso, siendo estos tratamientos que se encuentran dentro de los más comunes en lo que respecta al Turismo

Médico según la OCDE (OCDE, 2010) presentados también por el World Health Organization, Medical Tourism, en Octubre del año 2013.

Pero, cuando se trata de medicina de alto calibre, diagnósticos complicados u operaciones riesgosas, Estados Unidos ha sido y es el destino que eligen miles de pacientes extranjeros.

Con lo que respecta a Centroamérica, destaca Costa Rica, seguido por Panamá y El Salvador. Panamá por su parte persigue atraer al mercado estadounidense que está familiarizado con el país canalero, y el El Salvador, a la numerosa comunidad de salvadoreños residentes en Estados Unidos y Canadá.

A esos países centroamericanos les siguen, un poco más rezagados, Nicaragua, Honduras y Guatemala. Sin embargo, de este trío de naciones, Nicaragua está a la cabeza, ya que tiene un hospital certificado por la Joint Commission International (JCI), una de las firmas de mayor prestigio mundial.⁹ Lo que reafirma el crecimiento de esta industria y su alta competitividad.

⁹ <http://turismomedico.org/turismo-medico-un-negocio-que-rebosa-de-salud/>

Entre los países que impulsan el turismo de salud en América Latina y el Caribe destacan Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Ecuador, México, Perú y Uruguay, entre otros.

Sin embargo, factores importantes al momento de realizar Turismo Médico, son los riesgos asociados a la búsqueda de asistencia médica en otros países (Bies & Zacharia, 2007; Crooks et al., 2010; Leahy, 2008). Los riesgos más importantes son: negligencias médicas en el extranjero, el peligro de transmisión de enfermedades y las dificultades para obtener atención de seguimiento después de las intervenciones médicas.

RIESGO PERCIBIDO

La definición de riesgo entregada por la Real Academia de la Lengua es “*contingencia o proximidad de un daño*” (RAE, 2001). Por su parte, el riesgo percibido se podría definir como la apreciación que posee un individuo con respecto a la incertidumbre, gravedad o seriedad que implica cierta situación o evento.

Es así como se hace posible identificar las percepciones de riesgo que poseen las personas en situaciones relacionadas a la compra o prestación de un bien o servicio. El riesgo percibido antes de la compra está conformado por dos

componentes, en primer lugar se identifica el sentimiento subjetivo del individuo con respecto a la incertidumbre sobre la probabilidad de que se tenga una consecuencia desfavorable proveniente de dicha compra. En segundo lugar, se encuentra la magnitud de la consecuencia desfavorable posible tras realizar la compra¹⁰. Las consecuencias desfavorables hacen alusión a pérdidas financieras, sociales, temporales o cualquier otro aspecto en el cual el individuo no perciba una consecuencia favorable. A esta definición se le critica principalmente su estrecha relación con consecuencias de índole negativo y no así con una combinación de ambos aspectos (Sjoberg, 1980).

El riesgo percibido también se define como la expectativa de pérdida de modo tal que cuanto más segura se está sobre esa expectativa, mayor riesgo percibe el individuo.

No debe confundirse riesgo con incertidumbre, ya que el riesgo es definido como la incertidumbre medible (Knight 1921), a su vez Holton definió riesgo como la “probabilidad objetiva” mientras que la incertidumbre como la “probabilidad subjetiva”.

¹⁰ http://www.esic.edu/documentos/revistas/esicmk/080114_153323_E.pdf

La mayoría de autores concluyen que la percepción del riesgo por el consumidor es diferente al enfrentarse a la compra de bienes o de un servicio. La diferencia principal es que el riesgo percibido al decidir sobre una prestación es mayor que sobre la adquisición de bienes (Guseman, 1981; Mitchell & Greatedorex, 1993) debido fundamentalmente a las implicaciones de su intangibilidad y heterogeneidad, (Mitchell & Greatedorex, 1993) que producen incertidumbre en el consumidor y la hacen más difícil de evaluar.

En su contraparte, existen estudios que no revelan diferencias significativas en cuanto al riesgo percibido por consumidores entre bienes y servicios (George et al. 1985). En consecuencia con lo anterior, se menciona que los servicios no son siempre percibidos más arriesgados que los productos. Sin embargo, se mantiene como factor de mayor riesgo percibido la característica básica de los servicios correspondiente a la intangibilidad de las dimensiones físicas del producto.

Los riesgos percibidos no sólo modelan la conducta, sino que además lo hacen frente a aspectos cognitivos y afectivos que se producen bajo la relación entre el individuo y el bien o servicio adquirido (Vargas, 2012).

Mitchel (1999) señaló que para lograr entender las percepciones de riesgo por parte del consumidor en el proceso de compra es necesario dividir este proceso en etapas y comprender cada etapa ya que cada una lleva al consumidor a percibir riesgos. El modelo propuesto consta de cinco etapas: reconocimiento de la necesidad; búsqueda de información; evaluación de alternativas; decisión de compra y post compra. Gracias este modelo se logra demostrar que la percepción de riesgo influye en cada etapa del ciclo de compra, esto implica la existencia de un desafío responsable de planear la interacción con los consumidores.

En cada etapa de compra el riesgo percibido fue analizado a partir de la descomposición de esta construcción en sus dimensiones, como proponen diversos investigadores (Mitchel, 1992; Mitchel & Greatorex, 2003; Carvalho et al., 2008) es la siguiente:

Riesgo social: *“riesgo de que la elección inadecuada del producto/servicio afecte negativamente la percepción del comprador y sea transmitida a otros individuos.”*

Riesgo financiero: *“riesgo de pérdida de dinero por un consumidor incluyendo la posibilidad del mal uso de los instrumentos de pago como las tarjetas de crédito.”*

Riesgo de desempeño: *“relativo al riesgo de la pérdida ocurrida cuando un producto o servicio no es el esperado por el consumidor.”*

Riesgo físico: *“riesgo de que el desempeño del producto o servicio pueda causar daños a la salud o la integridad física del consumidor.”*

Riesgo psicológico: *“Se refiere a la desilusión, frustración y vergüenza experimentada por la exposición indebida de información personal. En el caso de las compras por Internet este último representa la principal preocupación de los usuarios, ya que es vista como un medio potencial para violar la privacidad.”*

Riesgo de tiempo/conveniencia: *“que en un proceso de compra por Internet se refiere a la pérdida de tiempo y a la inconveniencia debida a la dificultad de navegar, la dependencia al pedido de compra, la localización de los sitios pretendidos, o el atraso en recibir los productos y servicios adquiridos¹¹.”*

¹¹ Estudios y Perspectivas en Turismo Volumen 2 (2013)

En las compras efectuadas es común que interactúen tres componentes moderadores: el riesgo personal, el riesgo social y el riesgo económico. Los cuales afectan la decisión de compra de acuerdo a su envergadura, la cual varía con la naturaleza del producto y las circunstancias específicas del consumidor. Estos componentes no sólo se limitan a moderar la aproximación o distanciamiento de la adquisición del producto, sino que también influyen en la relación que el individuo mantiene con el mismo.

En modo de profundización se definirán los tres componentes moderadores, los cuales dan forma a la conducta de compra y a las decisiones de los consumidores, donde además la capacidad adquisitiva de éstos y su personalidad intervendrán en la percepción que tendrán del riesgo económico o social (Vargas, 2012).

El riesgo personal: *“grado de inseguridad ante la predicción del desempeño que obtendrán a partir del producto o servicio considerando una dimensión personal, con la finalidad de no experimentar una consecuencia desfavorable.”* (Análogo con el riesgo de desempeño previamente definido.)

El riesgo social: *“proveniente de la característica propia del bien que las hacen fácilmente visible a ojos de terceros, condición que determina que de*

cierto modo participen en la imagen que el individuo proyecta a su entorno social.”

Riesgo económico: *“percepción de riesgo proveniente de la inseguridad debido a un desembolso económico y el ajuste que podría producirse con la utilidad funcional que se obtendría del bien o servicio adquirido.”*

Debido a que cuando se habla sobre un bien o servicio con un precio elevado, generalmente se ha efectuado un análisis comparativo con respecto al promedio de precios de bienes o servicios con similares características, este tipo de riesgo representa un nivel de subjetividad de cada individuo menos con respecto a los riesgos previamente mencionados.

RIESGO PERCIBIDO Y TURISMO MÉDICO

En relación con lo anterior, el riesgo percibido se vincula estrechamente con el Turismo Médico, en cómo este afecta a las decisiones de compra o no de este servicio. En el 2012 (Hsiu-Yuan Wang) se realizó un análisis con respecto a este tema en donde se destacaron los distintos tipos de riesgos considerados al momento de decidir si contratar el servicio o no, dentro de este conjunto de riesgos se mencionan las malas prácticas que podrían ocurrir

llevando a efectos secundarios y/o complicaciones médicas y la disponibilidad de atención de post operatoria.

Los autores Reed (2008) y Leahy (2008) indicaron que existen riesgos únicos ligados con la búsqueda de la atención médica en el extranjero, siendo los principales los que se refieren a la exposición de negligencia médica en el extranjero, las dificultades que se pueden presentar al momento de obtener atención post-operatorio, y por último, la posibilidad de adquirir alguna enfermedad infecciosa.

Desde el punto de vista de un cliente potencial, el riesgo percibido implica un esfuerzo mental o psicológico, y puede ser visto como un sacrificio. Se podría concluir que la percepción de un alto nivel de riesgo tiene un efecto negativo en el valor percibido del Turismo Médico y la oferta de servicios entre los clientes potenciales.

AVERSIÓN AL RIESGO

La aversión al riesgo es un término muy utilizado en la economía y las finanzas, sin embargo, cada día nos enfrentamos a un sinnúmero de

decisiones en las cuales demostramos nuestra aversión o, por el contrario, búsqueda de riesgo.

Económica y financieramente, la aversión al riesgo es definida como la preferencia por un resultado seguro o de menor riesgo, al enfrentarse a una apuesta, antes que a otra con un mayor valor esperado pero mayor riesgo. Por el contrario, el rechazo de una ganancia segura en favor de una apuesta con un valor esperado menor o igual se conoce como la búsqueda de riesgo (Chicaíza, García & Romano, 2011).

En otras palabras, podríamos afirmar que la aversión al riesgo es preferencia de algo seguro pese a tener posibilidades de obtener un beneficio mayor al correr un mayor riesgo.

El porqué las personas son aversas al riesgo es un tema que ha sido altamente investigado por diversos profesionales en la toma de decisiones, tanto teórica como empíricamente. Pese al gran número de teorías propuestas con el fin de explicar la aversión al riesgo, llama la atención que en cualquier teoría dominante respecto al tema se hace alusión a que a las personas simplemente no les gusta la incertidumbre, influyendo esto en la función de utilidad de los individuos.

El enfoque psicofísico para la toma de decisiones se puede remontar a un ensayo el cual fue publicado en 1783 por Daniel Bernoulli, en el que explica, o bien trata de explicar, el por qué las personas son generalmente reacias al riesgo.

Bernoulli sugirió que las personas no deciden ser aversas al riesgo mediante la evaluación de sus las expectativas en términos monetarios, sino por la expectativa del valor subjetivo de estos resultados. Para explicar la aversión al riesgo, este autor propuso que el valor subjetivo, o utilidad, es una función cóncava. En consecuencia, la concavidad de la función de utilidad implica aversión al riesgo. Es más, la concavidad de la función de utilidad suele ocurrir para probabilidades bajas de ganancia o pérdida y la convexidad para probabilidades altas (Diecidue y Wakker, 2001). Lo señalado se puede apreciar en el *Anexo 2*.

Con respecto a la diferencia de las funciones de utilidad de acuerdo a diferentes escenarios, la psicofísica hace una distinción de la conducta frente a situaciones donde las consecuencias son ganancias y donde son pérdidas:

En el caso de que las consecuencias son ganancias, lo que ocurre es una infra-ponderación de eventos con mediana y alta probabilidad de ocurrencia, en

relación con eventos seguros. Este efecto contribuye a un aumento de la aversión al riesgo mediante la reducción del atractivo de dichos eventos, cuyas consecuencias son ganancias.

Mientras que en el caso de enfrentarse a escenarios cuyas consecuencias son percibidas como pérdidas por el individuo, los eventos con baja probabilidad son sobre-ponderados lo cual aumenta la aversión al riesgo de manera tal que el individuo demuestra su interés por evitar una pérdida considerable por muy baja que sea su probabilidad de ocurrencia. En consecuencia, las personas a menudo la buscan el riesgo en el tratamiento de las ganancias improbables y son aversas al riesgo en el tratamiento de las pérdidas inverosímiles. El trabajo empírico ha mostrado que los individuos usualmente sobreestiman (subestiman) la ocurrencia de eventos poco (muy) probables (Diecidue & Wakker, 2001).

AVERSIÓN AL RIESGO Y TURISMO MÉDICO

En 1972 Cohen realizó un estudio en donde se diferenciaba a turistas según el grado en que buscaban “novedad” en los viajes. En base a esto, se identificaron cuatro tipos de turistas en función de sus preferencias, ya sea

por familiaridad o por novedad: “el turismo de masas organizado”, “el individuo del turismo de masas”, “el explorador” y “el vagabundo”.

“El turista de masas organizado” prefiere la mayor cantidad de familiaridad y viaja en entorno a lo familiar en un paquete turístico.

“El individuo del turismo masivo”, si bien premia la familiaridad al unirse a las rutas turísticas habituales, viaja de forma independiente.

“El explorador” busca una mezcla de familiaridad y novedad dentro de un entorno de seguridad, con el fin de mantener una opción de retirada de la novedad en caso de que surja un imprevisto. Se aventura lejos de la rutina y explora nuevas culturas locales.

“El vagabundo” es totalmente lo opuesto al “turista de masas organizado”. Considera que la novedad es necesaria y rehúye a la rutina turística habitual, prefiriendo en cambio las formas de la sociedad de acogida.

En estudios posteriores realizados por Pearce, en base a Cohen, se identificaron 15 papers relacionados con viajes. En uno de los estudios se demuestra que los turistas se diferencian en función del grado de familiaridad y novedad buscadas, tal como se mencionó anteriormente.

Para relacionar esto con la percepción y aversión del riesgo, es probable notar que un turista que busca familiaridad, encuentre más riesgoso algunos ambientes que el turista que busca novedad. Esto se debe a que cada turista entiende la situación de forma diferente según su necesidad de novedad y familiaridad.

Vale considerar que en uno de los documentos de Larsen (2007), se indica que la personalidad debe ser estudiada conjuntamente con la experiencia, ya que los turistas no sienten lo mismo antes, durante y después del viaje, por lo que estudiar el riesgo y la preferencia o aversión al riesgo como un fenómeno transversal es un error. Este mismo autor (Larsen, 2011) reconoce que dicha percepción de riesgo es más marcada cuando se deja el ambiente familiar. Cuando un turista decide vacacionar en el extranjero, el umbral de riesgo se eleva de forma que “los peligros” inocuos pueden ser magnificados; en el hogar pueden haber riesgos reales, los cuales son ignorados o menospreciados.

ENCUESTA

A continuación se darán a conocer las herramientas utilizadas para la construcción de la encuesta, la muestra final, el método de recopilación de datos y la especificación de las variables utilizadas en el presente estudio para su posterior análisis. Adicionalmente, se cuenta con observaciones correspondientes al Manipulation-Check de esta investigación exploratoria.

CUESTIONARIO Y MUESTRA

ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO

Para la elaboración del cuestionario se tomó en consideración la construcción de cuatro historias, las cuales describen que un individuo obtuvo dinero de manera inesperada y por una única vez en su vida, con lo cual decide realizar un viaje al extranjero y no así utilizarlo en las múltiples necesidades de su familia. Para algunas de estas historias, este viaje incluye la realización de un bypass gástrico, lo que se clasificaría como turismo médico, mientras que otras solo contemplan el viaje, es decir, turismo por sí solo. A continuación se presenta una breve descripción de cada una de ellas:

Historia 1: La historia número 1 se caracteriza por incluir tratamiento médico dentro del viaje que realiza el individuo en cuestión, en donde se presenta una situación menos hedónica a través de la descripción de un nivel bajo de lujo durante la estadía de la persona en el país extranjero, detallando sólo los servicios básicos y no así un lugar paradisiaco o de carácter idílico.

Historia 2: La historia número 2 por su parte, mantiene las características menos hedónicas antes mencionadas, sin embargo, no incluye el tratamiento médico dentro de su descripción, especificando de tal forma una situación de oportunidad de un viaje más sencillo, cubriendo los servicios de carácter básico y la necesidad de seguridad.

Historia 3: Para la historia número 3, existe una variante con respecto al hedonismo representado a través del lujo y las actividades posibles a realizar dentro del país extranjero. Al igual que la historia número 1, en ésta se detalla la realización de un tratamiento médico durante la estadía del individuo.

Historia 4: Por su parte, esta historia presenta la misma variante que la historia 3, en donde existe un mayor nivel de hedonismo, sin embargo, no incluye el tratamiento médico dentro de su descripción.

Es así como, en base a estas historias, se realizaron preguntas de carácter común en todas las encuestas que conforman las variables que se especificarán más adelante. Adicionalmente, es importante mencionar la existencia de una interrogante que hace referencia a la credibilidad de la historia en cuestión, de igual forma, se preguntó el género y la edad de los individuos que fueron escogidos para esta investigación.

MUESTRA

La muestra de la presente investigación consta de 308 individuos, hombres y mujeres, que se encuentran en un rango de edad entre 18 y 29 años, conformada mayormente por estudiantes de la carrera Ingeniería Comercial o Ingeniería en Información y Control de Gestión de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, en minoría está constituida por estudiantes universitarios de diversas instituciones académicas de nuestro país.

RECOPIACIÓN DE DATOS

La recopilación de datos se realizó con la muestra antes mencionada de manera presencial dentro de las instalaciones de la Facultad de Economía y

Negocios de la Universidad de Chile y en puntos de encuentro con estudiantes universitarios de otras instituciones académicas.

VARIABLES Y MANIPULATION CHECK

CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES

Para proceder con la construcción de las variables, se contaba con 9 secciones de preguntas (con diferentes cantidades de preguntas cada una) con escala de respuesta Likert, de 1 a 7. En primer lugar, se promediaron las preguntas de cada una de las secciones de forma independiente, es decir para cada variable, de tal forma de resumirlas en un solo número. Posteriormente se les restaron 4 unidades para que el valor central fuese 0, es decir para que la escala fuese de -3 a 3, así resultaría más fácil comparar entre individuos. Adicionalmente, se decidió estandarizar todas las preguntas para que la comparación fuese aún más evidente y notoria (por ejemplo, una de las preguntas era del tipo “Para mí es importante pasarlo bien”, por lo que la mayoría de los sujetos respondió entre 5 y 7, dificultándose la comparación y la obtención de resultados significativos en los futuros tests). Con este paso anterior, la construcción de las variables 6, 7, 8 y 9 queda finalizada, mientras que las variables 1, 2, 3, 4

y 5 fueron transformadas en dummies o binomiales (donde los valores positivos equivalen a 1 y los negativos a 0), para que sus resultados muestren de manera absoluta las características medidas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

En la siguiente tabla (*Tabla 1*) se presentan las variables con su respectiva explicación, para posteriormente proceder a los resultados del análisis.

Número de Variable	Nombre de la Variable	Descripción de la Variable
Variable 1 (<i>var1</i>)	Nivel de Independencia	Variable de tipo <i>dummy</i> donde 0= <i>Independiente</i> y 1= <i>Interdependiente</i> , corresponde al grado de individualismo o colectivismo que posee el individuo, relacionándose la independencia al individualismo y la interdependencia al colectivismo. Responde a preguntas del tipo “ <i>Mis amigos definen quien soy</i> ”, “ <i>Me siento orgulloso de quienes me rodean</i> ”, entre otras.

Variable 2 (var2)	Autoconfianza	Variable de tipo <i>dummy</i> donde 0=Bajo nivel de confianza y 1=Alto nivel de confianza, representa el nivel de autoconfianza que poseen las personas pertenecientes a la muestra. Responde a preguntas del tipo “Alguien que posea mis habilidades debería tener mucho potencial”, “He hecho bien mis cosas en mi vida hasta el momento”, entre otras.
Variable 3 (var3)	Hedonismo	Variable de tipo <i>dummy</i> donde 0=Bajo nivel de hedonismo y 1=Alto nivel de hedonismo, la cual está referida al grado en que una persona posee mayor tendencia a disfrutar los placeres en su vida. Responde a preguntas del tipo “Pasarlo bien es importante para mí”, “Para mí es importante hacer las cosas que me dan placer”, entre otras.
Variable 4 (var4)	Aversión al Riesgo	Variable de tipo <i>dummy</i> donde 0=Alta aversión al riesgo y 1=Baja aversión al riesgo, se relaciona al nivel de aceptación a situaciones que representen un mayor riesgo para los individuos. Responde a preguntas como “Yo prefiero prevenir, antes que curar” y “Yo prefiero estar seguro”, entre otras.
Variable 5 (var5)	Ideología	Variable de tipo <i>dummy</i> donde 0=Conservador y 1=Liberal, corresponde a la corriente de pensamiento que poseen los encuestados. Responde a preguntas relacionadas con la legalización de la marihuana, sindicalización, bajos impuestos a las grandes empresas, entre otras.

Variable 6 (var6)	Intención de Compra	Variable de tipo <i>continua</i> entre -3 y 3, en donde se expresa la inclinación a tomar la decisión descrita en la historia. Responde a preguntas como “ <i>Me siento identificado con esta situación</i> ”, “ <i>Me gustaría tener el dinero para realizar lo mencionado</i> ”, entre otras.
Variable 7 (var7)	Culpa	Variable de tipo <i>continua</i> entre -3 y 3, en donde un mayor puntaje representa un mayor sentimiento de culpa por parte de los individuos. Responde a preguntas del tipo “ <i>Realizando ese acto, me arrepentiría después</i> ”, “ <i>Realizando ese acto, me sentiría mal conmigo mismo</i> ”, entre otras.
Variable 8 (var8)	Riesgo percibido	Variable de tipo <i>continua</i> entre -3 y 3, en la cual un mayor puntaje se relaciona a un nivel mayor de percepción de riesgo por parte de los encuestados. Responde a preguntas del tipo “ <i>Me preocuparía esta situación</i> ”, “ <i>Esta situación podría ser arriesgada</i> ”, entre otras.
Variable 9 (var9)	Hedonismo percibido	Variable de tipo <i>continua</i> entre -3 y 3, en donde una puntuación más elevada corresponde a que se percibe un mayor hedonismo en la situación entregada a los individuos de la muestra. Responde a preguntas del tipo “ <i>Es probable que esta situación resulte verdaderamente un placer</i> ”, “ <i>Esta situación podría dar una sensación de aventura</i> ”, entre otras.

Tabla 1

MANIPULATION-CHECK

A continuación se presentan los resultados del *Manipulation-Check*, con una muestra de 66 individuos, el cual se hizo con la intención de corroborar si es que la manipulación de las variables independientes, riesgo y hedonismo percibidos de acuerdo a cada historia, tienen un efecto significativo en los participantes del estudio, además de cerciorarse de que las historias eran creíbles. Posterior a este es que se confirmaron las historias definitivas, las preguntas y, por lo tanto, las variables mencionadas anteriormente en la presente tesis.

Es importante señalar primero que la construcción de las variables asociadas al *Manipulation-Check* es diferente. Las preguntas de las dos secciones (con escala de respuesta Likert entre 1 y 7), una asociada al riesgo y otra al hedonismo, fueron tan solo promediadas y con ese valor se procedió a hacer el análisis. Puesto que tan solo se quería comprobar si las historias estaban causando el efecto esperado, no resultaba necesario estandarizarlas o convertirlas en dummies, dado que el foco de esfuerzo de este estudio estaba en los próximos pasos a seguir: el análisis de los datos definitivos.

En primer lugar, con respecto a la credibilidad de las historias, para las historias 1 y 3 alrededor de un 55% de los encuestados cree que alguien podría tomar esta decisión, mientras que para las historias 2 y 4 el resultado es de un 80%. Esta diferencia se puede ver explicada, por un lado, por el tamaño de la muestra y efecto aleatorio propio de este tipo de estudios, y por el hecho de que las historias 1 y 3 incluyen el tratamiento médico, lo que para algunas personas podría resultar muy lejano a la realidad o difícil de sentirse identificado, independiente a que la pregunta esté formulada justamente para que no se generen este tipo de malinterpretaciones.

Siguiendo con el *Manipulation-Check*, primero se presenta un cuadro resumen de las medias y luego a través de test-t se comprueban las diferencias de medias entre grupos.

En el cuadro siguiente (*Tabla 2*) se puede observar que, como se esperaba, las historias 1 y 3, que incluyen el tratamiento médico, presentan un mayor riesgo percibido que las historias 2 y 4 que no incluyen la intervención. Con respecto al hedonismo, las historias 1 y 2 deberían tener un menor nivel de hedonismo percibido que las historias 2 y 3, hecho que no se da en su totalidad. Se cree que esto se debe a que existe un efecto interacción entre la

existencia del tratamiento o no y el nivel de lujo que se describe en cada historia. Específicamente, es probable que una historia descrita con mucho lujo pero con una intervención médica de por medio (historia 3) sea percibida como menos hedonista que una historia descrita con poco lujo pero sin intervención médica (historia 2).

historia	riesgo	hedonismo
1	5.372549	4.078431
2	4.155556	4.577778
3	5.555556	4.433333
4	4.684211	5.298246
Total	4.939394	4.623737

Tabla 2

Con respecto a los test-t, estos se realizaron con dos historias cada uno. Se comienza con el análisis del riesgo, y para esto se juntaron historias que tienen el mismo nivel de lujo o hedonismo percibido de acuerdo a su descripción. Así, por un lado se tiene la historia 1 con la 2, que poseen un bajo nivel de hedonismo y la historia 3 con la 4 que tienen un alto nivel de hedonismo. De esta manera, se podrá comparar el riesgo manteniendo constante el hedonismo.

Como se señaló anteriormente, la historia número 1 corresponde a aquella que incluye el tratamiento médico, en cambio la historia 2 no incluye el

tratamiento médico y ambas tienen el mismo nivel de lujo. Los resultados del test-t se muestran en el siguiente cuadro (*Tabla 3*):

. ttest riesgo, by(historia)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	17	5.372549	.3050264	1.257656	4.725922	6.019176
2	15	4.155556	.5100749	1.975511	3.061554	5.249557
combined	32	4.802083	.3041158	1.720339	4.181835	5.422332
diff		1.216993	.5782795		.0359891	2.397998

diff = mean(1) - mean(2) t = 2.1045
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 30

Ha: diff < 0
 Pr(T < t) = **0.9781**

Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = **0.0438**

Ha: diff > 0
 Pr(T > t) = **0.0219**

Tabla 3

Es posible ver que, como se esperaba, la historia 1 presenta un riesgo percibido promedio más alto que la 2, dado que la primera incluye el tratamiento médico que de por sí debería ser algo que agrega más riesgo a cualquier situación. Además, el p-value asociado a la tercera hipótesis alternativa, que es la que corresponde a este caso, da 0.0219, lo que implica que hay significancia con un 95% de confianza.

Ahora, si se analizan paralelamente las historias 3 y 4, donde la primera tiene el tratamiento médico y la segunda no, y ambas presentan un alto nivel de hedonismo, se obtiene lo siguiente (*Tabla 4*):

. ttest riesgo, by(historia)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
3	15	5.555556	.3263826	1.264074	4.855535	6.255577
4	19	4.684211	.2944954	1.283676	4.065499	5.302922
combined	34	5.068627	.2281356	1.330248	4.604482	5.532773
diff		.8713451	.440427		-.0257753	1.768466

diff = mean(3) - mean(4) t = 1.9784
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 32

Ha: diff < 0
 Pr(T < t) = 0.9717

Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = 0.0565

Ha: diff > 0
 Pr(T > t) = 0.0283

Tabla 4

Al igual que en el caso anterior, se esperaba que el riesgo percibido promedio fuese más alto para la historia que presentara tratamiento, lo cual se dio. Además, resulta ser significativo con un p-value de 0.0283, de acuerdo a la tercera hipótesis alternativa.

En línea con lo anterior, para hacer el análisis del hedonismo, se juntaron las historias 1 y 3, donde la primera es menos hedonista que la segunda y ambas incluyen el tratamiento médico, y luego se juntó la historia 2 y 4, donde ninguna incluye el tratamiento médico y nuevamente la primera es menos hedonista que la segunda.

Con el primer caso, historias 1 y 3, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 5):

```

. ttest hedonismo, by(historia)
Two-sample t test with equal variances

```

Group	obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	17	4.078431	.4738069	1.953556	3.074006	5.082857
3	15	4.433333	.4130157	1.599603	3.547503	5.319164
combined	32	4.244792	.3141297	1.776986	3.60412	4.885463
diff		-.354902	.6366064		-1.655026	.9452218

diff = mean(1) - mean(3) t = -0.5575
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 30
 Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.2907 Pr(|T| > |t|) = 0.5813 Pr(T > t) = 0.7093

Tabla 5

En la tabla anterior se puede ver que efectivamente el hedonismo promedio para la historia 1 es menos que la 3, situación que se deseaba lograr, sin embargo, no resulta ser significativo para ninguna hipótesis. Como se dijo anteriormente, se cree que esto se debe a un posible efecto interacción, de tal forma que el tratamiento médico afecte el hedonismo percibido. De todas maneras, es un resultado lo suficientemente bueno como para seguir a los próximos pasos en la recopilación de datos.

Para el segundo caso, historias 2 y 4, se obtuvo lo siguiente (Tabla 6):

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Para analizar la muestra, se realizaron principalmente test-t de manera tal de comparar medias entre grupos, además de tablas resúmenes de medias para análisis más generales.

Se comenzara describiendo los resultados de esta tabla resumen (*Tabla 7*) que muestra las medias de las variables 6, 7, 8 y 9 con respecto a cada historia.

```
. tabstat var6 var7 var8 var9, by(historia) stat(mean)
```

```
Summary statistics: mean
```

```
by categories of: historia (Historia)
```

historia	var6	var7	var8	var9
1	-.2629903	-.0625746	.1112928	-.2715036
2	.2752812	-.0336786	-.2468773	.0313173
3	-.1064937	.0681578	.2776526	-.0863135
4	.0852008	.0262564	-.1437094	.329433
Total	4.44e-09	-1.02e-08	9.56e-10	4.32e-09

Tabla 7

Como es posible observar en la columna de la variable número 6, intención de compra, se ven promedios más bajos para las historias 1 y 3 que para las historias 2 y 4. Esto se puede ver explicado dado que las dos primeras historias incluyen el tratamiento médico, es decir, se pueden clasificar como turismo médico, factor que puede afectar de manera negativa la percepción de los participantes y por ende en no sentirse identificados con la elección de

este viaje, mientras que las otras dos serían turismo por sí solo. Otra razón por lo cual pueden no sentir cierta inclinación a tomar esta decisión de viaje es que no están en la situación de necesitar, en su vida real, este tipo de intervención y por ende descartan esta alternativa como algo atractivo, es decir, no se “pusieron en los zapatos” del personaje de la historia, a pesar de que las preguntas estuviesen formuladas de tal manera de que sí lo hicieran.

Para el caso de la variable 7, referida a la culpa, podemos ver que tal como se esperaba, en las historias menos hedonistas en su descripción (historias 1 y 2), presentan en promedio menos culpa que las historias 3 y 4, lo cual es un resultado esperado que en análisis posteriores se detallará con mayor precisión.

Analizando la variable 8, riesgo percibido, las historias referidas al turismo médico (historias 1 y 3) presentan un mayor riesgo percibido promedio que las que son solo turismo (historias 2 y 4). Esto, confirma el hecho que se cree de carácter universal, que al incluir cualquier tipo de intervención médica a una situación en particular, generará un mayor riesgo percibido. Estos resultados fueron obtenidos gracias al trabajo que hubo detrás del *Manipulation-Check*.

Por su parte, la variable 9 de hedonismo percibido, entrega una relación negativa con las historias 1 y 3, las cuales incluyen tratamiento médico dentro de su descripción. En este punto, no se obtuvo el resultado esperado ya que las historias 1 y 2 son las que poseen un menor lujo descrito, apuntando a un menor hedonismo, y lo opuesto sucede para el caso de las historias 3 y 4. Se considera que esto puede ser explicado por el efecto interacción mencionado en el *Manipulation-Check*, donde el tratamiento médico termina opacando el lujo descrito. Este efecto interacción no será estudiado en la presente tesis, sin embargo, es un elemento interesante para posteriores investigaciones.

En la *Tabla 8* (que se ve en las próximas páginas) se muestra un desglose de las medias para cada variable y por cada historia. Es importante señalar, antes de comenzar con el análisis, que por un lado los resultados presentados a continuación no son necesariamente estadísticamente significativos, ya que solo se está haciendo una observación de las medias, y además en esta sección se describirán aquellos resultados en los cuales las diferencias (uno negativo y otro positivo) se vean explicadas por las variables de personalidad, es decir, las de la primer columna (variables 1,2 3, 4 y 5), debido a que en el análisis con los test-t se verán explicados estos efectos. Por ejemplo, para el caso de la variable 1, individualismo/colectivismo, se puede apreciar que

independiente a que los individuos sean colectivistas (1) o individualistas (0) estos tendrán una intención de compra (variable 6) negativa para el caso de las historias 1 y 3, probablemente debido a que estas incluyen el tratamiento médico.

Comenzando ahora con el análisis, la relación entre la **variable 1**, colectivismo/individualismo, y la variable 7, culpa, se puede apreciar que los sujetos colectivistas sienten menos culpa para el caso de las historias 1 y 2, que son las con descripción menos lujosa y, por lo tanto, menos hedonista, mientras que sucede lo contrario para las historias 3 y 4. Por último, sobre el hedonismo percibido, variable 9, las historias 2 y 4 registran valores positivos más altos que el resto debido probablemente a que no incluyen el tratamiento médico, y la única historia donde el colectivismo/individualismo marca una diferencia es en la tercera, la cual incluye el tratamiento médico y tiene más lujos, sucediendo que un individuo colectivista la percibe como más hedónica que uno individualista.

Con respecto a la **variable 2**, auto-confianza, los resultados relevantes se ven principalmente con la variable 7, dado que en las historias 2 y 4 (que no incluyen tratamiento médico y, por lo tanto, son turismo en sí mismo) el nivel

de auto-confianza sí implica una diferencia en el nivel de culpabilidad, específicamente hablando, los individuos con más auto-confianza sienten menos culpa que los con menos auto-confianza.

Para la **variable 3**, hedonismo, se puede ver que para la variable 7, culpa, un individuo más hedonista siente menos culpa en el caso de la historia 1 y más culpa en el caso de la historia 3; en ambos casos se da el turismo médico, pero la primera se describe como menos hedonista que la segunda, lo que podría ser el factor que explica este resultado.

En el caso de la **variable 4**, hedonismo, ninguna relación con las variables 6, 7 u 8 son relevantes a excepción de la variable 9, con la cual se da que un individuo más hedonista percibe más hedonismo en cada historia que un individuo menos hedonista.

Finalmente, la **variable 5**, liberal/conservador, resulta relevante para la variable 7, ya que, en todas las historias los individuos liberales muestran un mayor nivel de culpa.

En la sección siguiente se presentarán las relaciones estadísticamente significativas, las cuales avalarán algunos de los resultados recién expuestos.

			var6	var7	var8	var9
var1	0	historia 1	-0.3981569	0.1570623	0.0152583	-0.1036518
	1		-0.1993812	-0.0181098	0.1564855	-0.3504927
	0	historia 2	0.0829574	0.0280394	-0.1245112	0.0457709
	1		0.5577568	-0.1243269	-0.4266026	0.0100886
	0	historia 3	-0.1525038	-0.1240958	0.238217	-0.3447985
	1		-0.0717304	0.2134161	0.3074484	0.1089863
	0	historia 4	0.1086704	-0.0440781	-0.1321503	0.4197615
	1		0.0712189	0.0681578	-0.1505958	0.2756202
var2	0	historia 1	-0.3700631	-0.0680218	-0.1379882	-0.0084648
	1		-0.1641538	-0.0575464	0.3413984	-0.5143087
	0	historia 2	0.1918649	0.0681578	-0.2469636	-0.1213985
	1		0.3451181	-0.1189369	-0.2468052	0.1591724
	0	historia 3	-0.1303404	-0.0391507	0.3050563	-0.267386
	1		-0.0807643	0.1839381	0.2480855	0.1090542
	0	historia 4	0.006348	0.2104022	-0.0422764	0.2496695
	1		0.1661847	-0.1628663	-0.247884	0.4113522
var3	0	historia 1	-0.4342835	0.2357636	-0.0708516	-0.5109047
	1		-0.1963763	-0.178595	0.1821268	-0.1784032
	0	historia 2	0.1979951	-0.0072647	-0.2483257	0.0212207
	1		0.3775717	-0.068638	-0.2449603	0.0446805
	0	historia 3	-0.0306852	-0.0138232	0.1880494	-0.0609334
	1		-0.212166	0.1824345	0.4025542	-0.1216919
	0	historia 4	0.0441847	0.0795855	0.1647898	0.0490288
	1		0.1022263	0.0041198	-0.2717657	0.4458272
var4	0	historia 1	-1.126112	0.3195664	0.0342317	-0.4887789
	1		-0.1741396	-0.1019127	0.1192256	-0.249137
	0	historia 2	0.0823984	0.0322423	-0.2740128	-0.1170656
	1		0.4287107	-0.0861156	-0.2252923	0.1493491
	0	historia 3	0.0140913	-0.0431802	0.1743428	0.045559
	1		-0.2024135	0.1567222	0.3598309	-0.1912121
	0	historia 4	0.1218064	0.0412212	0.3845095	0.0920232
	1		0.0767995	0.0228219	-0.26494	0.3839204
var5	0	historia 1	-0.2727985	-0.2184479	-0.2123639	-0.0128531
	1		-0.2580862	0.015362	0.2731212	-0.4008289
	0	historia 2	0.3750559	-0.1569405	-0.1612722	0.0376092
	1		0.1561059	0.113551	-0.3491279	0.023802
	0	historia 3	0.1097213	0.0027916	0.3515834	0.1149234
	1		-0.479278	0.1808582	0.1501857	-0.4332737
	0	historia 4	0.0232865	-0.1742719	-0.2810183	0.2081836
	1		0.1220859	0.1457201	-0.0619084	0.4016666

Tabla 8

TEST-T PARA VARIABLES

A continuación, serán analizados los test-t para las variables 6, 7, 8, y 9, relevantes para el estudio, estableciendo las relaciones pertinentes entre estas y las variables asociadas a la personalidad del individuo (variables 1, 2, 3, 4 y 5).

Se comenzará con el análisis de la **variable 6**, intención de compra. Los test-t que resultaron significativos, muestran, por un lado que los individuos con más auto-confianza presentan una mayor intención de compra, con un p-value de 0.0949 y nivel de confianza 90%. Como se mencionó en el marco teórico, se cree que esto debe estar relacionado con la seguridad de la persona al momento de tomar decisiones de cualquier índole, pareciendo que están dispuestos a llevarlas a cabo con mayor certeza que el resto de las personas al no sentir la necesidad de buscar más información para ejecutar tal decisión.

La tabla (9) asociada a este resultado se muestra a continuación:

. ttest var6, by(var2)

Two-sample t test with equal variances

Group	obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	151	-.0762773	.0794102	.9758087	-.2331843	.0806297
1	157	.0733622	.0814409	1.020451	-.087507	.2342314
combined	308	4.44e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.1496395	.1138474		-.3736623	.0743833

diff = mean(0) - mean(1) t = -1.3144
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.0949
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.1897
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.9051

Tabla 9

Adicionalmente, se obtuvo que las personas con ideología más liberal tienen una menor intención de compra que los de carácter conservador, siendo significativo con un p-value de 0.039 de acuerdo a la tercera hipótesis alternativa, como se ve en la *Tabla 10*, y con un nivel de confianza de un 95%. Se piensa que este resultado está dado por la mentalidad realista que tienen las personas con características más liberales (enmarcadas en las preguntas de este estudio), en el sentido de que tienen “los ojos abiertos” en cuanto a lo que necesitan y quieren realmente las personas. Por lo mismo, se considera que una persona con estos rasgos podría pensar que la historia presentada en la encuesta es poco realista, una mala decisión e innecesaria, reflejándose esto en una baja intención de compra.

. ttest var6, by(var5)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	146	.1057913	.0749976	.9061989	-.0424384	.2540209
1	162	-.0953427	.084179	1.071424	-.2615802	.0708947
combined	308	4.44e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.201134	.1137212		-.0226404	.4249085

diff = mean(0) - mean(1) t = 1.7687
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.9610 Pr(|T| > |t|) = 0.0779 Pr(T > t) = 0.0390

Tabla 10

Con respecto al resto de los test-t asociados a la variable 6, ninguno dio un resultado significativo y tampoco se acercaban a alguna hipótesis según lo planteado en el marco teórico. Las tablas en cuestión se encuentran en el *Anexo 3*.

Con respecto a la **variable 7**, se realizaron test-t para cada una de las variables de personalidad. Para todas las variables los resultados fueron los esperados. Por ejemplo, se encontró que los individuos de carácter interdependiente o colectivista sienten más culpa que los independientes o individualistas. También se encontró que los individuos con una mayor auto-confianza relativa sienten menos culpa que los con menos auto-confianza, de la misma forma que los más hedonistas y más aversos al riesgo sienten menos culpa en

promedio. El problema en torno a estos resultados es que ninguno es significativo (las tablas asociadas se encuentran en el *Anexo 4*). No obstante, la diferencia de medias que sí resultó significativa se ve en la *Tabla 11* que se presenta a continuación, con un p-value de 0.0265 para la primera hipótesis alternativa y un nivel de confianza de 95%, fue la de que los individuos más liberales presentan en promedio más culpa que los de ideología conservadora, confirmándose lo señalado en la sección anterior. Este dato resulta revelador, ya que no se tenían muchas expectativas con respecto al impacto que tendría este aspecto de la personalidad de los participantes en el sentimiento de culpa.

`. ttest var7, by(var5)`

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	146	-.1160937	.0832104	1.005435	-.2805557	.0483684
1	162	.1046276	.0775058	.9864873	-.0484314	.2576866
combined	308	-1.02e-08	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.2207213	.1136024		-.444262	.0028195

diff = mean(0) - mean(1) t = -1.9429
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306
 Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.0265 Pr(|T| > |t|) = 0.0529 Pr(T > t) = 0.9735

Tabla 11

Sobre el riesgo percibido (**variable 8**), se obtuvieron resultados interesantes pero ninguno significativo, pudiendo encontrarse las tablas correspondientes

en el *Anexo 5*. El dato que más se rescata, principalmente por su sentido lógico, es que los individuos colectivistas presentan más riesgo percibido que los individualistas, esto dado por el hecho de que piensan más en el resto al momento de evaluar el riesgo de la situación. El resto de los resultados son de carácter inesperado, y por lo tanto, apoyándose en su nula significancia, es que no se consideran como relevantes para este estudio. Entre ellos están, por ejemplo, que, en promedio, los individuos con alta auto-confianza perciben más riesgo o que los individuos aversos al riesgo perciben menos riesgo entre las 4 historias.

Por último, para la **variable 9**, hedonismo percibido, hay dos test-t que resultan significativos, mientras que el resto de ellos se pueden ver en el *Anexo 6*. El primero, que se ve en la *Tabla 12*, a continuación, refleja que los individuos más hedonistas perciben más hedonismo en promedio entre las cuatro historias, siendo esto significativo con un nivel de confianza de un 90% y p-value igual a 0.0934, confirmándose lo expuesto en la sección anterior.

. ttest var9, by(var3)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	134	-.0858087	.0845757	.9790349	-.2530963	.0814788
1	174	.0660826	.0768482	1.013697	-.0855982	.2177634
combined	308	4.32e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.1518914	.1147937		-.3777762	.0739935

diff = mean(0) - mean(1) t = -1.3232
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.0934
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.1868
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.9066

Tabla 12

El segundo resultado, que se ve en la *Tabla 13*, muestra que los individuos liberales perciben menos hedonismo promedio que los conservadores, con un nivel de confianza de un 92% y un p-value de 0.0711. Este dato es muy interesante, ya que revela otro efecto que tendría la ideología de los individuos en la percepción sobre estas decisiones en el turismo médico.

. ttest var9, by(var5)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	146	.0881588	.0833137	1.006684	-.0765075	.252825
1	162	-.0794517	.0778068	.9903194	-.2331053	.0742019
combined	308	4.32e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.1676105	.1138987		-.0565132	.3917342

diff = mean(0) - mean(1) t = 1.4716
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.9289
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.1422
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.0711

Tabla 13

ANÁLISIS DE GÉNERO

Un resultado interesante, además de significativo con un 95% de confianza, es el que se observa en la *Tabla 14*, la cual muestra que las mujeres tienen una percepción más alta del riesgo que los hombres. Se cree que esto se da por una característica propia del género femenino, de ser más previsoras y protectoras en relación al género masculino. Esto podría llevar a pensar que una mujer encontraría más inconvenientes al momento de contemplar si someterse a una intervención médica en el extranjero, abriéndose la oportunidad de desarrollar planes de marketing especiales para ellas, opacando el riesgo percibido con otros beneficios que resulten más atractivos.

. ttest var8, by(genero)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	178	-.0964337	.0733711	.9788928	-.2412285	.048361
2	130	.13204	.0892129	1.017183	-.0444698	.3085499
combined	308	9.56e-10	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.2284738	.1148181		-.4544067	-.0025409

diff = mean(1) - mean(2)
Ho: diff = 0

t = **-1.9899**
degrees of freedom = **306**

Ha: diff < 0
Pr(T < t) = **0.0237**

Ha: diff != 0
Pr(|T| > |t|) = **0.0475**

Ha: diff > 0
Pr(T > t) = **0.9763**

Tabla 14

El resto de los test-t que fueron realizados no resultaron significativos (*Anexo 7*), sin embargo sí son bastante interesantes de analizar, ya que arrojan que el género femenino siente más culpa ante la situación descrita, además, presenta una menor intención de compra.

Otro elemento interesante y significativo a un 90% es que las mujeres perciben las historias como menos hedonistas que los hombres, lo cual se ve en la *Tabla 15*.

`. ttest var9, by(genero)`

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	178	.0643349	.0731771	.9763043	-.080077	.2087467
2	130	-.0880893	.0902337	1.028823	-.2666189	.0904403
combined	308	4.32e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.1524242	.1152296		-.0743185	.3791668

diff = mean(1) - mean(2) t = 1.3228
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0
 Pr(T < t) = 0.9066

Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = 0.1869

Ha: diff > 0
 Pr(T > t) = 0.0934

Tabla 15

PROFUNDIZACIÓN DEL TEMA GÉNERO

Resulta importante entonces, realizar una profundización de cómo aspectos del género del individuo pueden afectar de cierta manera su comportamiento al momento de tomar una decisión de compra. Es así como se mencionó con anterioridad en el presente estudio, que el género femenino percibe un mayor

riesgo y un menor nivel de hedonismo dada la historia planteada en comparación con el género masculino, además, resultando no significativo pero relevante, que poseen un mayor sentimiento de culpa y una menor intención de compra. Igualmente, se concluyó que los individuos que presentan una mayor auto-confianza, también presentan una más elevada intención de compra.

De esta forma, se podría establecer un vínculo entre la auto-confianza, la intención de compra y el género del individuo en cuestión. Apoyándose en la literatura, existen estudios que postulan que el género femenino posee una auto-confianza o self-confidence menor que el género masculino en ciertas situaciones, siendo un problema frecuente y potencialmente debilitante entre las mujeres (Hinshaw y Albarracín, 1977), por lo cual es posible que esta auto-confianza ciertamente incida en sus decisiones de compra en comparación con los hombres dada la presente investigación.

Esto nos podría llevar a pensar, como se mencionó anteriormente, que se necesita aplicar otro tipo de marketing en el turismo médico para equilibrar la intención de compra entre mujeres y hombres.

De igual manera, se hace relevante respaldar, en base a la literatura, que las mujeres efectivamente perciben mayor riesgo en determinadas ocasiones relativo a la noción que presentan los hombres en este aspecto. Según Gustafson en su publicación del año 1998, en varios estudios se ha podido observar que frente a distintas situaciones hombres y mujeres se preocupan y ven el riesgo como algo serio, sin embargo en resultados sistemáticos se observa que el género femenino siente una mayor preocupación que el género masculino (Gustafson, 1998). Es así como ante la situación planteada en las historias que conforman la investigación, las mujeres tienen una mayor tendencia a percibir un mayor riesgo dada su preocupación, validando los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

Desde hace ya más de un siglo que muchos investigadores han estudiado el tema de Turismo Médico, no sólo desde una perspectiva económica, sino que también de una psicológica y de marketing, pudiéndose determinar diferentes factores que lo afectan, como por ejemplo la culpa, el riesgo y el hedonismo.

No obstante, hay elementos de la personalidad de los individuos sobre los cuales aún no se tiene completa claridad del impacto que ejercen sobre este tipo de turismo y que resultan relevantes de conocer para poder tomar las acciones pertinentes.

En la presente tesis, correspondiente a un estudio del tipo exploratorio, se obtuvieron resultados interesantes con respecto a cómo cambian ciertas variables como la intención de compra, la culpa, el riesgo percibido y el hedonismo percibido de acuerdo a los rasgos personales y a la situación planteada en las historias que fueron parte de las encuestas entregadas aleatoriamente a cada uno de los individuos pertenecientes a la muestra.

En primer lugar, se pudo identificar un posible efecto interacción (no medido en este estudio) entre la presencia del tratamiento médico y la descripción de lujo que hay en las historias. Esto se ve reflejado en que la inclusión del

tratamiento médico en una historia disminuye el hedonismo percibido a pesar de que ésta describiera un lujo alto. En otras palabras, la historia con más hedonismo percibido fue aquella que no presentaba tratamiento médico y que tenía una descripción muy lujosa, tal como se esperaba, seguida por la historia que tampoco presenta tratamiento médico pero con una descripción de poco lujo en el viaje, cuando en realidad se esperaba que la historia sucesora debería haber sido la con el mismo nivel alto de lujo pero con tratamiento médico. Este hallazgo resulta muy interesante y tal efecto interacción debería ser eliminado de las futuras historias para poder obtener resultados más satisfactorios en las partes siguientes del estudio.

Por otra parte, se pudo encontrar que la auto-confianza afecta de manera significativa a la variable de intención de compra, lo cual, como se mencionó en el análisis respectivo, puede deberse a que las personas con más auto-confianza no creen necesitar mucha información para tomar y llevar a cabo a una decisión, elemento que formaba parte de las preguntas que constituían esta variable.

Adicionalmente, uno de los resultados más llamativos fue que la ideología política, es decir, si el individuo es liberal o conservador, tiene un efecto

significativo en la intención de compra, la culpa y el hedonismo percibido, donde los liberales tienen una menor intención de compra, sienten más culpa y perciben menos hedonismo en promedio entre las cuatro historias, dándose la situación contraria para los individuos conservadores. Esto se podría explicar por el hecho de que los individuos liberales son más realistas y se acotan mucho a las necesidades que tienen, pudiendo sentir, en consecuencia, que la decisión presentada en la historia es muy innecesaria. De todas formas es importante destacar que la construcción de la variable 5 (liberal/conservador) se hizo en base a preguntas enmarcadas en nuestra realidad nacional y no son las suficientes como para determinar de manera concluyente si un sujeto es liberal o conservador, además de que existen otras ideologías políticas, como por ejemplo una visión liberal-conservadora. Debido a lo anterior, es que se recomienda realizar un estudio exhaustivo de cuáles serían las preguntas apropiadas para construir una variable de esta índole para así tener resultados más fidedignos.

Hubo otros resultados interesantes pero, lamentablemente, no significativos, como por ejemplo que una persona colectivista y/o con poca auto-confianza siente más culpa. Se considera que con un estudio más acabado de las

preguntas que conforman las variables y de las historias en sí se podría llegar a confirmar estadísticamente estas relaciones.

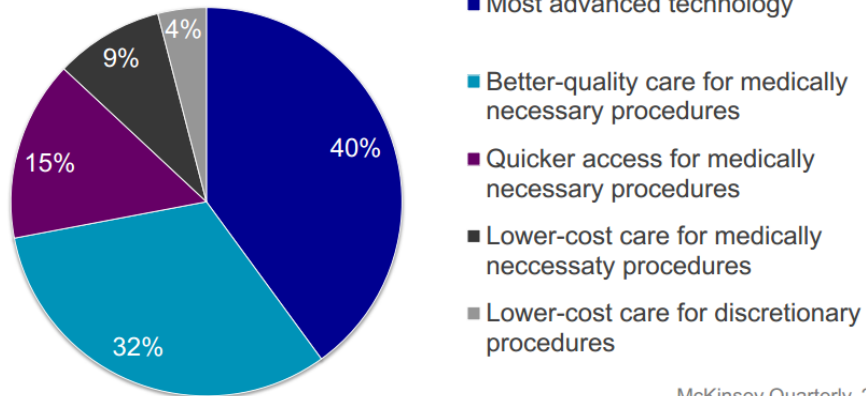
Finalmente, el efecto que tiene el género en la posición que se tiene con respecto a las diferentes historias llama mucho la atención. De manera significativa se obtuvo que el género femenino percibe en promedio más riesgo y menos hedonismo, pudiéndose mostrarse más reacio a realizar un viaje al extranjero, ya sea por turismo puro o turismo médico. Además, aunque no significativo a un nivel estadístico, las mujeres sienten más culpa y tienen menos intención de compra, lo que, sumado a lo anterior, podría entregar luces sobre posibles acciones de marketing dirigidas a este nicho para implementar en el rubro del Turismo Médico.

En términos generales, este estudio exploratorio da nuevas directrices en torno a las cuales se pueden enmarcar futuras investigaciones que aporten resultados más concluyentes sobre cuáles son las variables que realmente afectan la decisión de realizar o no Turismo Médico en los diferentes países del mundo, entregando de tal forma una visión más clara y precisa de aquellos factores relevantes a tomar en consideración al momento de crear políticas específicas en este ámbito.

ANEXOS

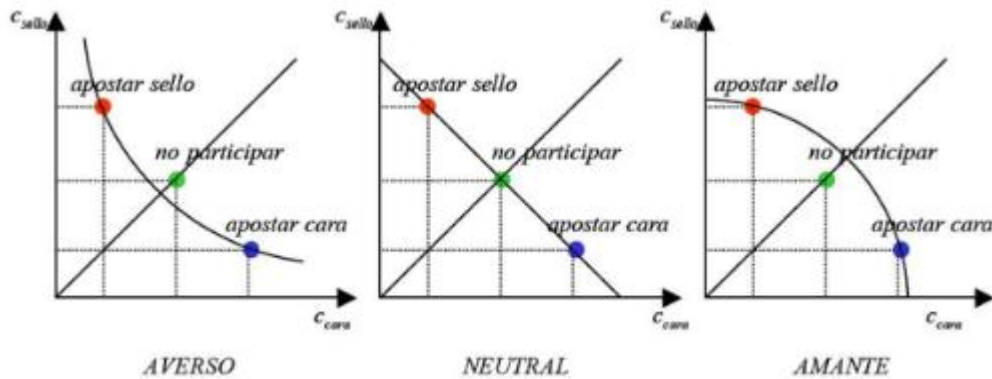
Anexo 1: Razones para tomar un tratamiento médico en un país extranjero

Relative size of medical-traveler segments
(100% = 49,980 patients)



McKinsey Quarterly, 2008

Anexo 2: Curvas de aversión al riesgo



Anexo 3: Tests-t no significativos para la Variable 6

. ttest var6, by(var1)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	133	-.0586405	.0848693	.9787607	-.2265204	.1092394
1	175	.0445668	.0768302	1.016368	-.1070723	.1962059
combined	308	4.44e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.1032073	.1150718		-.3296395	.1232248

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.8969
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.1852
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.3705
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.8148

. ttest var6, by(var3)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	134	-.004848	.0792758	.9176832	-.1616524	.1519564
1	174	.0037335	.0804837	1.061653	-.1551229	.1625899
combined	308	4.44e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.0085815	.1151206		-.2351096	.2179465

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.0745
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.4703
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.9406
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.5297

. ttest var6, by(var4)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	91	-.0307731	.10054	.9590901	-.2305133	.1689671
1	217	.0129049	.0691441	1.018557	-.1233787	.1491884
combined	308	4.44e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.043678	.1250682		-.2897804	.2024245

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.3492
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.3636
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.7272
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.6364

Anexo 4: Tests-t no significativos para la Variable 7

. ttest var7, by(var1)

Two-sample t test with equal variances

Group	obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	133	-.0594367	.0868995	1.002174	-.2313326	.1124591
1	175	.0451719	.0755056	.9988452	-.1038529	.1941967
combined	308	-1.02e-08	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.1046087	.1150677		-.3310327	.1218154

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.9091
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.1820
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.3640
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.8180

. ttest var7, by(var2)

Two-sample t test with equal variances

Group	obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	151	.042351	.0720962	.8859335	-.1001044	.1848064
1	157	-.0407325	.0877842	1.099933	-.2141315	.1326665
combined	308	-1.02e-08	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.0830835	.1140695		-.1413763	.3075433

diff = mean(0) - mean(1) t = 0.7284
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.7665
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.4670
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.2335

. ttest var7, by(var3)

Two-sample t test with equal variances

Group	obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	134	.0428294	.0843758	.9767201	-.1240626	.2097214
1	174	-.0329835	.0772607	1.019138	-.1854785	.1195114
combined	308	-1.02e-08	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.0758129	.11504		-.1505567	.3021825

diff = mean(0) - mean(1) t = 0.6590
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.7448
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.5104
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.2552

. ttest var7, by(var4)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	91	.0267169	.1051452	1.003022	-.1821725	.2356062
1	217	-.0112039	.0679415	1.00084	-.145117	.1227093
combined	308	-1.02e-08	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.0379207	.1250743		-.2081938	.2840352

diff = mean(0) - mean(1) t = 0.3032
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.6190
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.7620
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.3810

Anexo 5: Tests-t no significativos para la Variable 8

. ttest var8, by(var1)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	133	-.0081704	.0846671	.9764282	-.1756502	.1593095
1	175	.0062095	.077127	1.020294	-.1460154	.1584343
combined	308	9.56e-10	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.0143798	.11522		-.2411036	.212344

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.1248
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.4504
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.9008
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.5496

. ttest var8, by(var2)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	151	-.0195858	.0799033	.981868	-.1774671	.1382955
1	157	.0188373	.0813984	1.019919	-.1419479	.1796226
combined	308	9.56e-10	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.0384231	.1141472		-.2630359	.1861896

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.3366
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.3683
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.7366
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.6317

. ttest var8, by(var3)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	134	-.0028873	.0820479	.9497727	-.1651748	.1594002
1	174	.0022235	.0788224	1.039739	-.1533539	.157801
combined	308	9.56e-10	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.0051108	.1151212		-.2316403	.2214186

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.0444
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.4823
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.9646
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.5177

. ttest var8, by(var4)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	91	.0234539	.0963517	.9191364	-.1679655	.2148734
1	217	-.0098355	.0701861	1.033906	-.1481729	.1285019
combined	308	9.56e-10	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.0332894	.1250786		-.2128336	.2794124

diff = mean(0) - mean(1) t = 0.2661
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.6048
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.7903
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.3952

. ttest var8, by(var5)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	146	-.0173503	.0786134	.9498898	-.1727266	.138026
1	162	.0156367	.0821656	1.045797	-.1466245	.1778979
combined	308	9.56e-10	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.032987	.1142854		-.2578717	.1918977

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.2886
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.3865
 Ha: diff != 0 Pr(|T| > |t|) = 0.7731
 Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.6135

Anexo 6: Tests-t no significativos para la Variable 9

. ttest var9, by(var1)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	133	-.0023026	.086368	.9960448	-.1731471	.168542
1	175	.00175	.0760349	1.005847	-.1483195	.1518194
combined	308	4.32e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.0040525	.1152227		-.2307816	.2226766

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.0352
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.4860 Pr(|T| > |t|) = 0.9720 Pr(T > t) = 0.5140

. ttest var9, by(var2)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	151	-.0407316	.0742968	.9129746	-.187535	.1060719
1	157	.039175	.08608	1.07858	-.1308579	.2092078
combined	308	4.32e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.0799065	.1140769		-.3043809	.1445679

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.7005
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.2421 Pr(|T| > |t|) = 0.4842 Pr(T > t) = 0.7579

. ttest var9, by(var4)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	91	-.0509435	.1059485	1.010684	-.2614287	.1595417
1	217	.0213634	.0676848	.997059	-.1120438	.1547706
combined	308	4.32e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.0723069	.1250248		-.3183239	.1737102

diff = mean(0) - mean(1) t = -0.5783
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.2817 Pr(|T| > |t|) = 0.5635 Pr(T > t) = 0.7183

Anexo 7: Tests-t no significativos para la Variable de Género/

. ttest var6, by(genero)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	178	.0279358	.0767925	1.02454	-.123611	.1794825
2	130	-.0382505	.0848996	.9680041	-.2062264	.1297254
combined	308	4.44e-09	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		.0661863	.1154966		-.1610818	.2934544

diff = mean(1) - mean(2) t = 0.5731
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.7165 Pr(|T| > |t|) = 0.5670 Pr(T > t) = 0.2835

. ttest var7, by(genero)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
1	178	-.0229425	.0702562	.937334	-.16159	.115705
2	130	.0314135	.0949741	1.082871	-.1564951	.2193221
combined	308	-1.02e-08	.0569803	1	-.1121213	.1121213
diff		-.054356	.1155168		-.2816637	.1729518

diff = mean(1) - mean(2) t = -0.4705
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 306

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.3192 Pr(|T| > |t|) = 0.6383 Pr(T > t) = 0.6808

BIBLIOGRAFÍA

DICCIONARIOS Y ENCICLOPEDIAS

“Enciclopedia Británica” (en línea).

“Enciclopedia Ancient History” (en línea).

“The American Heritage Dictionary of the English Language”. (2000).

4ta Edición. (en línea).

“The Oxford Dictionary”. (1999). “The Dictionary of Psychology”.

Psychology Press.

“Diccionario de la Real Academia Española”. (2001).

“Diccionario Enciclopédico Ilustrado SOPENA”, Editorial Ramón

Sopena S.A, Vol. 3.

“Diccionario soviético de filosofía”, Ediciones Pueblos Unidos,

Montevideo 1965. Pags.297-305. (en línea).

OTRAS PUBLICACIONES

ARNOLD, Mark J. & REYNOLDS, Kristy E. (2003). “Hedonic Shopping

Motivations”. Journal of Retailing, Vol. 79, pp. 77-95.

ARNOULD, Eric J. & PRICE, Linda, L. (1993). “River Magic: Extraordinary Experience and the Extended Services Encounter”. *Journal of Consumer Research*, Vol. 20 (1) (Jun), pp. 24-45.

BABIN, Barry J., DARDEN, William R. & GRIFFIN, Mitch. (1994). “Work and/or fun: Measuring Hedonic and Utilitarian Shopping Value”. *Journal of Consumer Research*, Vol. 20 (Marzo), pp. 644-656.

BEARDEN, William O., HARDESTY, David M. & ROSE, Randall L. (2001). “Consumer self-confidence: Refinements in Conceptualization and Measurement”. *Journal of consumer research*, University of South Carolina, pp. 121-134.

BEMBIRE, C. (2001), “Hedonismo no es consumir”, entrevista a Michel Onfray (en línea)

BIESA, William & ZACHARIA, Lefteris. (2007). “Medical tourism: Outsourcing surgery”. *Science Direct*.

BOOKMAN, Milica & BOOKMAN, Karla. (2007). “Medical Tourism in Developing Countries”.

CARVALHO, J., SILVA, W., CORSO, J. & TORATO, U. (2008). “Relaciones en el comportamiento de compra en línea de género: un estudio

de las dimensiones del riesgo percibido”. Encuentro de Marketing de la ANPAD, Curitiba.

CELSI, Richard L., ROSE, Randall L. & LEIGH, Thomas W. (1993). “An Exploration of High-Risk Leisure Consumption through Skydiving”. *Journal of Consumer Research*, Vol. 20 (1) (Jun), pp. 1-23.

CHICAÍZA, Liliana, GARCÍA, Mario & ROMANO, Giancarlo. (2011). “La aversión al riesgo en la toma de decisiones médicas: una revision”. *Lecturas de Economía - No. 75*

COHEN, Arthur R. (1959). “Some implications of self-esteem for social influence”. *Personality and Persuability*, Yale University Press, pp. 102-120.

CRONIN, JJ. & TAYLOR, SA. (1992). “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension”. *J Market*, pp. 55–68.

DECICCO, Teresa L. & STROINK, Mirella L. (2007). “A Third Model of Self-Construal: The Metapersonal Self”, *Jornada internacional de Estudios Transpersonales*, pp. 82-104

DHAR, Ravi & WERTENBROCH, Klaus (2000). “Consumer Choice Between Hedonic and Utilitarian Goods”. *Journal of Marketing Research*, Vol. 37, 1 (Feb), pp. 60-72.

DIECIDUE, Enrico & WAKKER, Peter. (2001). "On the Intuition of Rank-Dependent Utility", *Journal of Risk and Uncertainty* 23, pp. 281-298.

FERNANDES DA SILVA JÚNIOR, G. (2013). “Tipos de riesgos percibidos en el proceso de compra de billetes aéreos”. *Estudios & perspectivas del turismo*.

GLINOS, Irene & BAETEN, Rita. (2006). “Patient Mobility in the European Union”. *Observatoire social européen*.

GEORGE, W.R., WEINBERGER, M.G. & KELLY, J.P. (1985). “Consumer risk perceptions: managerial tool for the service encounter”. *The service encounter: managing employee/customer interaction in service businesses*, editado por J.A. Czepiel, M.R. Solomon and C.F. Surprenant, Lexington (MA), Lexington Books, pp. 83-100

GOODRICH, J. & GOODRICH, G. (1987). “Health-Care Tourism – an exploratory study”. *Tourism Management*, Vol. 8 No.3, pp. 217-222.

HALL, Colin Michael. (2013). “Medical Tourism: The Ethics, Regulation, and Marketing of Health Mobility”

HIRSCHMAN, Elizabeth C. & HOLBROOK, Morris B. (1982). “Hedonic Consumption: Emerging Concepts, Methods and Propositions”. *Journal of Marketing*, Vol. 48 (Verano), pp. 92-101.

HOPKINSON, Gillian C. & PUJARI, Davashish. (1999). “A Factor Analytic Study of the Sources of Meaning in Hedonic Consumption”. *European Journal of Marketing*, Vol. 33 No. 3/4; pp. 273-286.

HSIU-YUAN WANG (2012). "Value as a medical tourism driver". *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 22 Iss: 5, pp.465 – 491

JOY, Annamma & SHERRY, John F. Jr. (2003). “Speaking of Art as Embodied Imagination: A Multisensory Approach to Understanding Aesthetic Experience”. *Journal of Consumer Research*, Vol. 30 No.2 (Sept), pp. 259-283.

KAHNEMAN, D., & TVERKSY, A. (1984). "Choices, values, and frames". *American Psychologist* 39, pp. 341–350.

KELLEY, Edward. (2013). “Medical Tourism”. World Health Organization, Patient Safety Programme.

KNIGHT, F. (1921). “Risk, uncertainty and profit”. Houghton Mifflin, Boston

KORSTANJE, Maximiliano. (2013). “Estar protegido: el rol de las compañías de asistencia al viajero en el sistema turístico”. Universidad

Autónoma del Estado de México, Revista “El Periplo Sustentable” No. 25, pp. 43-75.

LARSEN, S. (2007). “Aspects of a Psychology of the Tourist Experience”. In Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism. Vol. 7, núm. 1, pp. 7-18.

LARSEN, S. ET AL (2011). “Are East Asian tourists more apprehensive about food risks?” In M. Korstanje (ed.) International Journal of tourism Anthropology. Special Issue, Narratives of Risk, Security and Disaster issues in Tourism and Hospitality. Vol. 1, No. 3-4, pp. 226-238.

LEAHY, A. L. (2008). “Medical tourism: the impact of travel to foreign countries for healthcare”. Surgeon, Vol. 6 No. 5, pp. 260-261.

LEPP, A. & GIBSON, H. (2008). “Sensation Seeking and Tourism: tourist role, perception of risk and Destination Choice”. In Tourism Management. Vol. 29, pp. 740-750.

LEPP, A. & GIBSON, H. (2003). “Tourist roles, Percieves Risk and Intenational Tourism”. University of Florida, p. 609.

LEWIS, Helen B. (1971). “Shame and guilt in neurosis”. International University Press, Nueva York, Estados Unidos.

MARKUS, Hazel Rose & KITAYAMA, Shinobu. (1991). “Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion and Motivation”, *Psychological Review*, pp. 224-253.

MITCHELL, V.W. (1999). “Consumer perceived risk: conceptualizations and models”. *European journal of marketing*.

MITCHELL, V.W. & GREATOREX, M. (1993). “Risk perception and reduction in the purchase of consumer services”. *The service Industry Journal*.

MITCHELL, V.W. & MCGLDRICK, P.J. (1996). “Consumers risk reduction strategies: a review and synthesis”. *The international review of retail, distribution and consumer research*.

MITCHELL, V. & GREATOREX, M. (2003). “Risk perception and the reduction in the purchase of consumer service”. *The Services Industries Journal*, pp. 179-200.

MORRISON, Andrew P. (2005). “Sobre la vergüenza. Consideraciones & revisiones. Congreso internacional sobre la Vergüenza”. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, No. 20.

MUÑOZ MOLINA, Yaromir. (2004). “La satisfacción del consumidor en las experiencias hedonistas” Academia. Revista Latinoamericana de Administración, núm. 33, pp. 52-67.

NASIO, Juan David. (1996). Tercera reunión del seminario, tema “El dolor, el odio, la culpabilidad”, Buenos Aires, Argentina.

O’CONNOR, S., SHEWCHUK, R. & CARNEY, L. (1994). “The great gap”. J Health Care, pp. 32–9.

OLABARRI F., Elena & GARCÍA U., Inés. (2003). “La compra por impulso & la adicción al consumo en el país Vasco”. Estudios sobre consumo, No. 65, pp. 53-67.

O’SHAUGHENESSY, John & O’SHAUGHENESSY, Nicholas J. (2002). “Marketing, the Consumer Society and Hedonism”. European Journal of Marketing, Vol. 36, 5/6, pp. 524-548.

OVEJERO, A. (1975). “Teoría de la disonancia cognoscitiva”, extracto de la obra de L. Festinger.

OYARZÚN R., Pablo. (1999). “Epicuro: Carta a Meneceo; Noticia, traducción & notas de Pablo Oyarzún”.

PAFFHAUSEN, AL., PEGUERO, C. & ROCHE-VILLAREAL, L. (2010). “Medical tourism: a survey”. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.

PARASURAMAN, A., BERRY, LL. & ZEITHAM, VA. (1988).”SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality”, pp. 12–40.

PÉREZ CABAÑERO, Carmen. (2007). “El riesgo percibido ante la compra de bien & servicio”. Pp. 202-204.

PHILLIPS, Brandon K., PRYBUTOK, Victor R., & PEAK, Daniel A. (2014). “Decision Confidence, Information Usefulness, and Information Seeking Intention in the Presence of Disconfirming Information”. Informing science: the International Journal of an Emerging Transdiscipline, Vol. 17.

PROEXPORT COLOMBIA. (2009). “Medical Tourism Sector”. Invest in Colombia, Vol. 1 No. 1, p. 15.

REED, C.M. (2008). “Medical tourism”. Medical Clinics of North America, Vol. 92 No.6, pp. 1433-1446.

SINGELIS, Theodore M. (1994). “The Measurement of Independent and Interdependent Self-Construals”, Universidad de Hawaii & East-West Center, Program for Cultural Studies.

TANCO DUQUE, Rosa. (1963). “Sentimiento de culpa & alienación”.

THWAITES, Des. (1999). “Closing the Gaps: Service Quality in Sport Tourism”. The Journal of Services Marketing, Vol. 13 No. 6, pág. 500.

TURNER, Leigh. (2007). “Medical Tourism”. Family medicine and international health-related travel, Official Publication of Family Physicians of Canada.

UNGER, Lynette S. & KERNAN, Jerome B. (1983). “On the Meaning of Leisure: An Investigation of Some Determinants of the Subjective Experience”. Journal of Consumer Research, Vol. 9 (Marzo), pp. 381-392

VARGAS, Lizardo. (2012). “Riesgos percibidos y su influencia en la compra”. Blog Marcas & Mentas, diario Gestión.

YORK, D. (2008). “Medical Tourism: The Trend toward Outsourcing Medical Procedures to Foreign Countries”. The Journal of continuing education in the health professions, Estudio “Situación Actual del Turismo de Salud a nivel mundial y nacional”.