

Análisis y modelización de la imagen de un destino de turismo médico: Un enfoque cross-cultural

Doctorando

ANDREA P. DE LA HOZ CORREA

Tesis doctoral dirigida por:

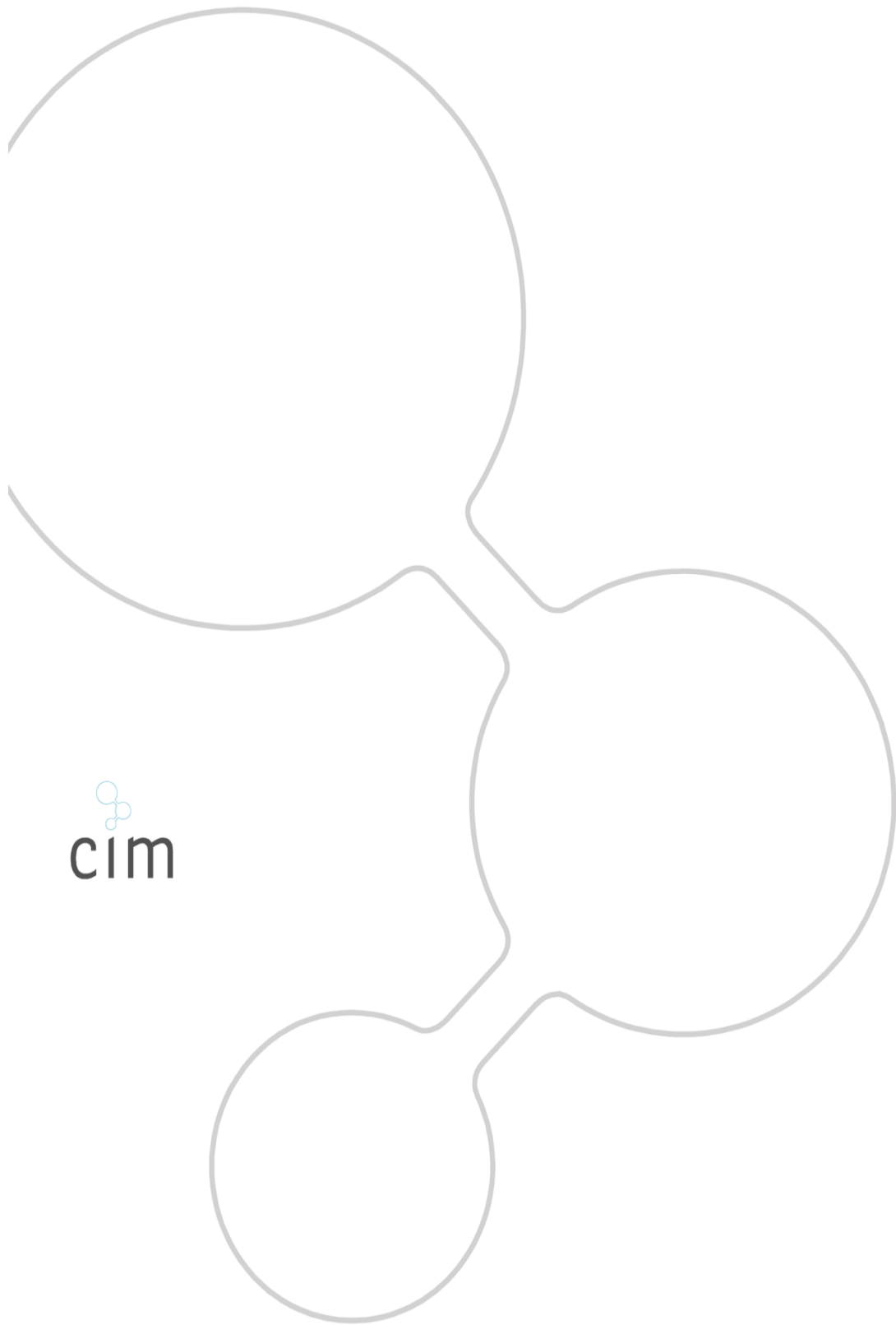
Dr. D. FRANCISCO MUÑOZ LEIVA

**Programa Oficial de Doctorado en Ciencias Económicas y Empresariales
(B17.56.1)**



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Andrea Paola de la Hoz Correa
ISBN: 978-84-9163-916-9
URI: <http://hdl.handle.net/10481/52384>




cim



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

El doctorando Andrea Paola de la Hoz y el director de la tesis Francisco Muñoz Leiva, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección del director de la tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 30 de Abril de 2018

Director de la Tesis

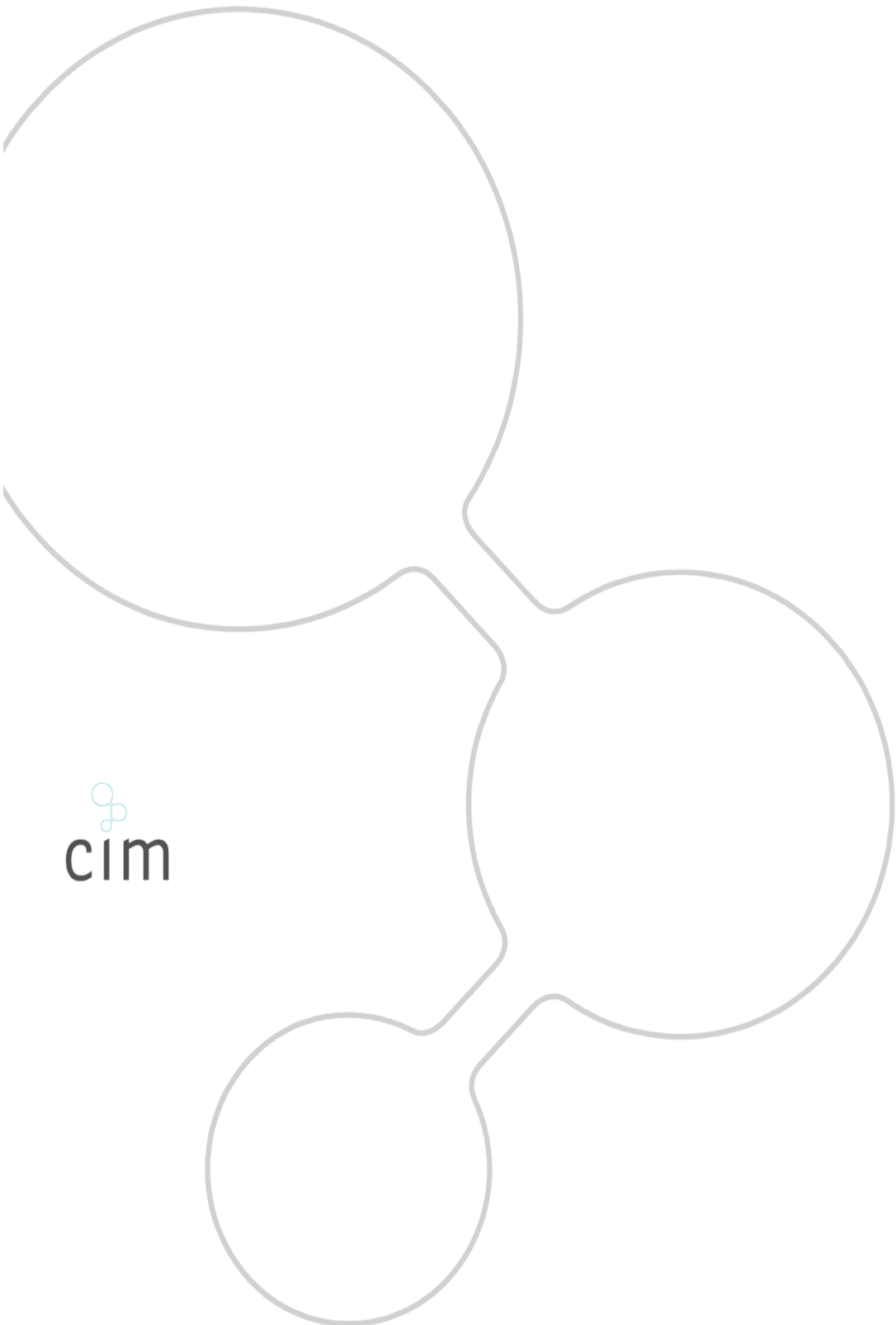
Doctorando

Fdo. Francisco Muñoz Leiva

Fdo. Andrea P. de la Hoz Correa



UNIVERSIDAD
DE GRANADA




cim



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Agradecimientos

Agradeceré hoy y siempre a mi familia, a mis padres y hermanos porque a pesar de no estar presentes físicamente, sus palabras de aliento me han brindado la fortaleza necesaria para seguir adelante en este proceso. A mis amigas por ser ejemplo de sororidad y a todas las personas que este camino me ha permitido conocer y que han vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral, con sus altos y bajos.

Quisiera agradecer especialmente a mi director de tesis, el Dr. Francisco Muñoz Leiva por su inestimable ayuda, paciencia, orientación y por el tiempo dedicado a refinar mis ideas y convertirlas en algo de valor. Sin su guía constante, la culminación de esta tesis no hubiera sido posible. Este agradecimiento debe hacerse extensible también a los profesores del Departamento de Comercialización e Investigación de Mercados de la Universidad de Granada, por su apoyo metodológico.

Así mismo, debo agradecer a la Dra Márta Bakucz quien fue mi tutora en mi estancia predoctoral. Su apoyo y ánimos fueron decisivos para que esta estancia fuera provechosa.

Finalmente, he de reconocer el respaldo financiero concedido por el proyecto de I+D+i del Programa Estatal de Investigación con ref^a. ECO2017-88458-R9 y del proyecto de I+D+i con ref^a. ECO2012-39576 del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Adicionalmente al Programa Doctoral de Becas del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS) del gobierno colombiano.

Que sirva el final de esta etapa para iniciar otra llena de nuevas oportunidades.

Granada, Abril 2018



INDICE

| | |
|---|------------|
| INDICE | 7 |
| Introduction. Summary, aims, and contributions of the thesis | 11 |
| I. Context of the doctoral thesis | 13 |
| II. Definition of the problem, aims and structure of the study | 14 |
| Introducción. Resumen, objetivos y contribuciones de la tesis | 19 |
| I. Contexto de la tesis doctoral | 21 |
| II. Delimitación del problema, objetivos y estructura del estudio | 22 |
| Parte I MARCO TEÓRICO | 31 |
| Capítulo 1. Caracterización del turismo médico | 33 |
| Introducción | 34 |
| 1.1 Turismo de salud | 34 |
| 1.2 Turismo de bienestar | 35 |
| 1.3 Turismo médico: Conceptualización y análisis del mercado | 37 |
| 1.3.1 Mercado de turismo médico | 41 |
| 1.3.2 Participantes en el mercado de servicios de salud | 48 |
| 1.3.3 Aspectos negativos y posibles regulaciones al turismo médico | 53 |
| 1.4 Evolución de la investigación en turismo médico | 56 |
| Capítulo 2. Variables relevantes en los modelos de toma de decisiones del turista médico | 65 |
| 2.1 Imagen de un destino | 66 |
| 2.1.1 Dimensiones de la imagen | 67 |
| 2.1.2 Formación de la imagen de destino | 71 |
| 2.2 Motivaciones | 76 |
| 2.2.1 Definición y teorías | 76 |
| 2.2.2 Motivaciones de los turistas médicos | 77 |
| 2.3 Fuentes de información | 82 |
| 2.3.1 Tipos de fuentes de información | 82 |
| 2.4 Elección de un destino e intención de visita | 86 |
| 2.4.1 El proceso de decisión del turista médico | 88 |
| 2.5 Autocongruencia | 90 |
| 2.6 Cultura | 92 |
| 2.7 Experiencia previa | 95 |
| 2.8 Modelos de elección de turismo médico | 96 |
| Parte II HIPÓTESIS, MODELO TEÓRICO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 103 |
| Capítulo 3. Objetivos y planteamiento de hipótesis de investigación | 104 |
| 3. Objetivos del estudio | 105 |
| 3.1 Hipótesis de investigación | 105 |
| 3.1.1 Hipótesis relacionadas con la imagen | 106 |

| | | |
|--|--|------------|
| 3.1.2 | Hipótesis relacionadas con la intención de visita | 111 |
| 3.1.3 | El papel de la experiencia previa y la cultura. Propositiones de investigación | 113 |
| 3.2 | <i>Descripción del modelo de relaciones causales</i> | 117 |
| Capítulo 4. Metodología de investigación | | 121 |
| 4. | <i>Diseño de la investigación</i> | 122 |
| 4.1 | <i>Selección de países a comparar</i> | 122 |
| 4.2 | <i>Selección de la muestra y organización del trabajo de campo</i> | 125 |
| 4.2.1 | Población objetivo | 126 |
| 4.2.2 | Proceso seguido en el trabajo de campo | 127 |
| 4.3 | <i>Estructura del cuestionario utilizado</i> | 129 |
| 4.3.1 | Preguntas filtro. | 129 |
| 4.3.2 | Escalas de medida empleadas | 130 |
| 4.4 | <i>Estandarización de las respuestas en muestras cross-culturales: Análisis de la invarianza</i> | 141 |
| Parte III ANÁLISIS DE DATOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | 145 |
| Capítulo 5. Análisis de datos y resultados | | 146 |
| | <i>Introducción: Estructura del análisis de datos</i> | 147 |
| 5.1 | <i>Análisis preliminares</i> | 147 |
| 5.1.1 | Características de la muestra final | 147 |
| 5.1.2 | Características del grupo de turistas visitantes vs. grupo de turistas no visitantes | 152 |
| 5.2 | <i>Análisis de asociaciones con el concepto turismo médico</i> | 155 |
| 5.2.1 | Análisis de frecuencias | 155 |
| 5.2.2 | Análisis de correspondencias | 158 |
| 5.3 | <i>Análisis de grupos de turistas en base a las principales variables</i> | 163 |
| 5.4 | <i>Evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas de medida</i> | 166 |
| 5.4.1 | Validez, fiabilidad y medidas de ajuste | 166 |
| 5.4.2 | Validación de las escalas de medida | 171 |
| 5.4.3 | Evaluación de validez discriminante de todos los constructos latentes | 196 |
| 5.5 | <i>Estimación del modelo integrador propuesto</i> | 198 |
| 5.5.1 | Análisis del modelo propuesto | 198 |
| 5.5.2 | Ajuste global del modelo | 199 |
| 5.5.3 | Discusión de los resultados derivados del modelo propuesto | 207 |
| 5.6 | <i>Análisis del efecto moderador de la experiencia previa y la aversión al riesgo</i> | 211 |
| 5.6.1 | Experimentados vs. no experimentados con el destino | 211 |
| 5.6.2 | Baja aversión al riesgo vs. Alta aversión al riesgo | 217 |
| 5.7 | <i>Discusión de resultados</i> | 222 |
| 5.8 | <i>Resumen del capítulo</i> | 225 |
| Capítulo 6. Conclusiones, implicaciones, limitaciones y futuras líneas de investigación | | 229 |
| 6.1. | <i>Introducción</i> | 230 |
| 6.2. | <i>Conclusiones teóricas</i> | 230 |
| 6.3. | <i>Conclusiones de la parte empírica</i> | 233 |

| | | |
|-------------------|--|------------|
| 6.4. | <i>Recomendaciones empresariales</i> | 237 |
| 6.5. | <i>Limitaciones del trabajo y futuras líneas de investigación</i> | 240 |
| Chapter 6. | Conclusions, implications, limitations and future lines of research | 243 |
| 6.1 | <i>Introduction</i> | 244 |
| 6.2 | <i>Theoretical conclusions</i> | 244 |
| 6.3 | <i>Conclusions of the empirical section</i> | 247 |
| 6.4 | <i>Recommendations for business</i> | 251 |
| 6.5 | <i>Limitations and future lines for research</i> | 254 |
| | Referencias bibliográficas | 256 |
| Anexo I. | Cuestionario empleado | 273 |
| Anexo II. | Tablas derivadas del análisis de datos | 279 |
| Anexo III. | Publicaciones del doctorando | 293 |
| | INDICE DE TABLAS Y FIGURAS | 296 |

Introduction.

Summary, aims, and
contributions of the thesis

I. Context of the doctoral thesis

I have always been interested in topics relating to marketing and tourism. It was not until my Master's degree studies, however, that I came to address both concepts from an academic perspective. My Master's thesis provided an analysis of wellbeing tourism – specifically, the socio-demographic profile of wellbeing tourists and the influence of a range of variables on destination image and intention to undertake that type of tourism.

Medical tourism (that is, tourism in which an individual travels abroad for the purpose of undergoing specific medical procedures or interventions) is closely related to wellbeing tourism. Both sectors are proving to be of growing among different agents, in various contexts: government, the economy, business, and academia. In researching for my previous study, I found that this field – medical tourism – holds tremendous potential and opportunity for developing countries in particular. Columbia, my home country, is one of the destinations that has recognized this opportunity and is developing added-value medical services aimed at foreign patients, to carve out a share of this lucrative business area.

Previous works in the literature dealing with tourism and medicine have examined, among other facets: the role of intermediaries in the growth of this industry; its global scale (in terms of volume of tourists and income generated for different countries); trade flows in this sector; service quality of medical tourism firms; and the cost-savings potential in this industry. However, very few researchers have investigated the consumer perspective. Hence, more studies that facilitate the construction of theoretical models to describe the behavior of medical tourists are called-for.

Furthermore, it is commonly found that the emerging medical tourism destinations in are developing countries with, generally speaking, a history overshadowed by economic and social problems. Therefore, even where such scenarios are no longer the case, mistaken or outdated perceptions still linger. Such countries cannot afford to wait for their international reputation to align with their current reality, so they must work toward developing a positive image. Destination image is of vital importance, as it generates a series of expectations and perceptions that play a central role in the tourist's ultimate choice.

For countries prepared to invest in the medical tourism industry, there are several questions they must address. These questions form the basis of the present doctoral thesis:

- What characteristics do these types of tourists or travellers have?
- What perception do current and potential tourists have of this type of tourism?
- What has caused the growth and expansion of this industry?

- What are the factors that make one destination have a more positive image than another?
- How do information sources influence the image-formation process and the subsequent choice of destination?
- What are the principal motives for looking for medical treatments abroad?
- How might these motives affect the image-formation process and the subsequent choice of destination?
- Does an individual's self-image influence the image they hold of a destination?
- Does the image of a medical tourism destination influence the selection process for that destination?
- How might the previous experience and national culture affect the relationships between these constructs?
- What are the implications of the present study in terms of increasing the effectiveness of marketing strategies delivered by firms and public bodies involved in promoting this type of tourism?

II. Definition of the problem, aims and structure of the study

On the basis of the aforementioned context, and with the aim of responding to the research questions, this thesis endeavors to a) expand the current knowledge-base on medical tourism in general, and b) to identify the key factors that influence destination image-formation among consumers and their decision to visit the destination in question.

The main aims of the study are concerned with destination image, the motivations of medical tourists, the influence of self-congruence, the information sources used, and the relevance of cultural and demographic factors on destination image and visit intention.

More specifically, the research aims are:

- Objective 1: To establish a theoretical framework for research on medical tourism.
- Objective 2: To uncover profiles of medical tourists based on their characteristics
- Objective 3: To uncover the effect of external factors (such as information sources) and internal factors (such as self-congruence and motivation) on destination image and visit intention for medical tourism destinations.
- Objective 4: To understand how tourists select a medical tourism destination. A decision-making model is developed for this purpose, based on the ultimate consumer's perspective.

- Objective 5: To analyze the effect of previous experience and the cultural dimension of uncertainty avoidance on the different relationships under analysis.

Structure of the study

The present study begins by demonstrating the growing importance of the medical tourism industry worldwide, and the need to provide a clear definition of the term. Those participating in this industry have invested enormous sums of money and considerable resources in their attempt to take advantage of the potential of the sector. However, they also face significant competitive challenges, such as the need to differentiate themselves from the competition, to ensure that they convey the right message, and that their target audience retains a positive image of the destination. All of these efforts are focused on maximizing the possibility that a given destination will be chosen by consumers who need (or need to repeat) medical treatment.

On this premise, the present investigation analyzes the destination image-formation process. A behavioral model is developed for this purpose, comprising three groups of variables and their interrelations. The first group consists of the internal and external factors commonly cited in the literature (information sources, motivations, self-congruence). The second group comprises the dimensions of image (cognitive, affective, overall). And the third group covers behavioral intentions. In short, the work validates a model that inter-relates a range of variables, making it possible to predict the image and visit intention for a medical tourism destination.

To fulfill the research aims, the work is organized around the following structure (see Figure 2). **Chapter 1** begins by clarifying the differences between medical tourism and other related terms. The market is then analyzed and the main players identified, along with the target public. The negative effects of the industry are then set out, together with possible regulations to address these. Finally, the chapter reviews the evolution of the academic research dealing with this area in recent years.

Chapter 2 is devoted to exploring in more depth the definition of image, its dimensions (cognitive and affective), how it is formed, the inherent characteristics of destination image, and its key determinants. This chapter also examines the importance of the internal and external factors that shape the image-formation process. Among these, the motivations shared by medical tourists and the different theories on the topic of motivation are analyzed. Next, the different types of information source are discussed, alongside the importance of online sources for this industry. The role of self-congruence and destination image are examined, and the main theories and definitions

reviewed. Similarly, the role of previous experience and the principal cultural classifications are also reviewed, to determine their possible influence on the formation of perceptions and intentions. Finally, the main choice models for selecting a medical tourism destination are set out, and the aforementioned variables are linked to their influence on image and intention.

Chapter 3 builds on the literature review of works supporting different models of image–intention in medical tourism. The research hypotheses relating to image-formation are described, as are the research propositions regarding the effect of previous experience and culture.

In **Chapter 4** the main methodological aspects of the present study are explained. To summarize, the focus of the research is based on a quantitative analysis (descriptive–causal and quasi-experimental). Also in this chapter, the data-gathering methods used, the fieldwork undertaken, and the questionnaire design and wording are all explained.

Chapter 5 opens with an examination of the characteristics of the final study sample and the associations with the term ‘medical tourism’. There is then an analysis of correspondences and a cluster analysis with the main socio-demographic variables. The suitability of the measurement scales used in the study is also analyzed. This is followed by a discussion of the main results from the measurement scales and from the structural model, using a structural equation model. An analysis is then undertaken of the moderating effect of previous experience and culture, using multigroup structural equation modeling (SEM).

Chapter 6 sets out the main conclusions and implications derived from the results of the study, along with a series of recommendations. This chapter also provides a summary of the limitations of the present investigation that need to be taken into account. Finally, it offers suggestions for potential lines for future research.

Contributions to the academic field

The present work will contribute to the academic field by providing a greater understanding of the current state of affairs in the medical tourism industry, its main players, and the variables and influential factors that could drive growth in this sector in the near future. The study is intended to contribute to clarifying the term “medical tourism” by revealing the ideas it conveys in the mind of the consumer and analyzing the words and countries it conjures. The work further contributes an examination of critical aspects such as the benefits to the tourist of delivering communications based on a combination of online and offline information, or the possible influence of motivating factors or the self-concept of subjects on how they process external stimuli.

In addition, the results provide a response to certain questions that currently remain unanswered, in terms of the determining factors that help build a positive destination image. The study will also make a contribution to the literature, in its examination of the possible influence of differences in cultural values among tourists on destination image-formation and subsequent tourist decisions. Furthermore, the medical tourist behavioral model developed in the present investigation will address the current research gap – that is, the lack of empirical studies on this topic. Combined, all of these contributions will help improve the theoretical development underlying this area and will clarify the conceptual foundations underpinning this field of research.

Contributions to the business sphere

The findings will help guide firms and public bodies involved in the medical tourism industry, to improve their understanding of the influence exerted by external and internal factors (such as individual tourists' characteristics) on perceptions of facilities, attractions, or the infrastructure at the destination, and on the likelihood of their choosing the destination in question. This understanding will equip medical tourism organizations to shape their communications-related decisions that affect how their destinations come across. It will also enable them to adapt their messages accordingly, thus creating communications campaigns and marketing and segmentation strategies that deliver results more effectively.

In addition, the present study can provide a source of reference for medical tourism managers, as it clarifies: the main motives that lead tourists of different cultures to seek treatment abroad; how the tourist decision-making process operates; and what contributes to the fact that certain countries are preferred over others when it comes to selecting medical services. Similarly, a better understanding of the role of past experience with this activity, characteristics and cultural antecedents – of both current and potential clients – will enable managers to offer higher levels of service, better quality, and greater personalization, all of which will ultimately lead to greater client satisfaction.

Figura 1. Structure of the study

Chapter 1: Characterization of medical tourism

- The health tourism concept
- The wellbeing tourism concept
- Medical tourism: Conceptualization and analysis of the market, participants, characterization of medical tourists, negative aspects and possible regulations, evolution of the research

Chapter 2: Relevant variables in the medical tourist decision-making model

- Destination image: Dimensions, image-formation process, image of a medical tourism destination
- Motivations: Definition and theories, motivations of medical tourists
- Information sources: Types, online information sources in medical tourism
- Self-concept
- Past experience
- Culture
- Destination-selection models

Chapter 3: Aim and hypotheses

- Aims of the study
- Research hypotheses and proposed model
- Sample selection and organization of the study
- Measurement scales used in the study

Chapter 4: Methodological aspects

- Design of the investigation
- Countries and samples selection
- Field work
- Measurement scales used

Chapter 5: Data analysis and results

- Preliminary analysis: Top of mind, correspondence analysis, cluster analysis
- Validation and evaluation of the measurement scales
- Estimation, evaluation and interpretation of the global model
- Analysis of the overall model and the moderating effects

Chapter 6: Conclusions, implications, limitations, and future lines of research

- Analysis and discussion of results
- Conclusions, implications, and recommendations
- Limitations of the fieldwork and potential lines of research for the future

Introducción.

Resumen, objetivos y
contribuciones de la tesis

I. Contexto de la tesis doctoral

Las actividades relacionadas con marketing y turismo siempre han sido de mi interés. Sin embargo, fue al desarrollar los estudios de máster cuando pude abordar ambos conceptos desde una perspectiva académica. Mi tesis de maestría consistió en analizar el turismo de bienestar, más específicamente el perfil socio-demográfico de estos turistas y la influencia de diversas variables en la imagen e intención de realizar este tipo de turismo.

El turismo médico –aquel tipo de turismo en el que la persona viaja para someterse a procedimientos o intervenciones específicas– está relacionado estrechamente con el turismo de bienestar y ambos son sectores de interés creciente para muchos actores económicos, gobiernos, empresarios y academia. Al desarrollar la anterior investigación, encontré que este sector tiene un potencial enorme y constituye una gran oportunidad para que países en vías de desarrollo puedan participar y beneficiarse. Colombia, el país de donde provengo, es uno de estos destinos que conscientes de la oportunidad está desarrollando servicios médicos de valor agregado para pacientes extranjeros buscando obtener una cuota en este lucrativo negocio.

Trabajos previos en el campo de turismo y medicina ya han examinado el rol de los facilitadores, el tamaño y el flujo del comercio o la calidad y el potencial de ahorro en costes de esta nueva industria. Sin embargo, un escaso número de investigadores han examinado el punto de vista del consumidor, por lo que se hace necesario más trabajos que permitan construir modelos teóricos para describir el comportamiento de este tipo especial de turistas, el turista médico.

Adicionalmente, es usual encontrar que los destinos emergentes en turismo médico son países en desarrollo con un pasado dominado –la mayoría de las veces– por problemas económicos y sociales. Por lo tanto, aunque estas situaciones ya no existan, las percepciones erróneas aún permanecen. Estos países no pueden esperar hasta que su reputación internacional esté acorde con su realidad actual, y en consecuencia deben trabajar en desarrollar una imagen positiva. La imagen de un destino es de vital importancia porque genera una serie de expectativas y percepciones que tendrán un papel especial en la elección final.

Hay múltiples preguntas a las que un país dispuesto a invertir en la industria de turismo médico debe responder. Esas preguntas constituyen la base de esta tesis doctoral:

- ¿Qué características tienen este tipo de turistas o viajeros?
- ¿Qué percepción tienen de esta forma de turismo tanto los turistas actuales como los potenciales?
- ¿Cuál es la causa de la expansión y crecimiento de esta industria?

- ¿Qué factores hacen que un destino tenga una imagen más positiva que otro?
- ¿Cómo las fuentes de información influyen en el proceso de formación de la imagen y en la posterior selección de un destino?
- ¿Cuáles son las principales motivaciones para buscar tratamientos médicos en el extranjero?
- ¿Cómo estas motivaciones pueden afectar el proceso de formación de la imagen y la selección de un destino?
- ¿La imagen que tiene una persona sobre sí misma influye en la imagen que se tenga de un destino?
- ¿La imagen de un destino de turismo médico influye en el proceso de elección de ese destino?
- ¿Cómo la experiencia previa y la cultura puede afectar a las relaciones que mantienen estos constructos entre sí?
- ¿Qué implicaciones se derivan de este estudio que pueden hacer más efectivas las estrategias de marketing de las empresas y administraciones públicas involucradas en este tipo de turismo?

II. Delimitación del problema, objetivos y estructura del estudio

Basándose en los argumentos previos y tratando de dar respuesta a los interrogantes anteriores, esta tesis doctoral pretende expandir la base de conocimiento existente sobre el turismo médico en general y, en particular, entender cuáles son los principales factores que influyen en la formación de la imagen de un destino por parte de los consumidores y la decisión de visitarlo para tal fin. Los principales objetivos están relacionados con la imagen, motivaciones de los turistas médicos, la influencia de la autocongruencia, las fuentes de información utilizadas, así como, la relevancia de la experiencia previa y los factores culturales en dicha imagen e intención de visita.

Específicamente, los objetivos perseguidos con esta investigación son:

- Objetivo 1: Desarrollar un marco teórico para la investigación sobre turismo médico.
- Objetivo 2: Descubrir perfiles de turistas médicos basados en sus características.
- Objetivo 3: Descubrir los efectos que factores externos como las fuentes de información e internos como la autocongruencia y las motivaciones tienen sobre la imagen y la intención de visitar este tipo de destinos.
- Objetivo 4: Entender cómo los turistas escogen un destino de turismo médico. Para tal fin, se desarrolla un modelo de toma de decisiones desde el punto de vista del consumidor final.

- Objetivo 5: Analizar el efecto de la experiencia previa y la dimensión cultural de aversión al riesgo en las diferentes relaciones analizadas.

Estructura del estudio

La presente investigación comienza poniendo de manifiesto la importancia creciente de la industria de turismo médico a nivel mundial y la necesidad de delimitación del término. Los participantes en esta industria han invertido gran cantidad de dinero y recursos buscando beneficiarse de las ventajas derivadas de este sector. Sin embargo, su participación también plantea múltiples desafíos competitivos y la necesidad de diferenciarse de su competencia, así como asegurar que se envíe el mensaje adecuado y que su público objetivo mantenga una imagen positiva del destino con el fin de incrementar las posibilidades de elección en caso de necesitar (o volver a necesitar) servicios médicos.

En base a lo anterior, nuestro estudio se centra en analizar el proceso de formación de la imagen, aportando para ello el desarrollo de un modelo de comportamiento que se compone de tres grupos de variables y sus interrelaciones. El primer grupo lo conforman los factores externos e internos comúnmente empleados en la literatura (fuentes de información, motivaciones, autocongruencia), el segundo grupo está formado por las dimensiones que conforman la imagen (cognitiva, afectiva, global) y el tercer grupo está conformado por las intenciones comportamentales. En suma, se valida un modelo que interrelaciona varias variables permitiendo predecir la imagen resultante y la intención de visita de un destino de turismo médico.

Para alcanzar los objetivos de investigación, la estructura de la tesis se resume a continuación (Ver

Contribuciones **al campo académico**

El presente trabajo contribuirá al campo académico al permitir un mayor entendimiento del estado actual de la industria de turismo médico, sus principales actores, factores desencadenantes y variables que podrían impulsar su crecimiento en los próximos años. Se espera contribuir a la aclaración del término al descubrir qué ideas transmite este en la mente del consumidor y analizar un conjunto evocado de palabras y países. Además, al examinar aspectos claves como por ejemplo, los beneficios para el turista de la aplicación de una comunicación basada en la combinación de fuentes de información online y offline o la posible influencia de factores motivadores o del concepto que cada sujeto tiene de sí mismo con la forma cómo procesa estímulos externos.

Adicionalmente los resultados permitirán dar respuesta a cuestiones que aún quedan pendientes de resolver relacionadas con los factores determinantes para

construir una imagen positiva. También contribuirá a la literatura al examinar la posible influencia de la experiencia previa con este tipo de turismo y los diferentes valores culturales en este proceso de formación de imagen y subsecuente elección de destino. Así mismo, el modelo de comportamiento de turistas médicos planteado, permitirá llenar el vacío existente pues hasta el momento no existen suficientes estudios empíricos sobre el tema. Todas estas contribuciones finalmente mejorarán el desarrollo teórico y clarificarán la base conceptual sobre la que se sustenta este campo de investigación.

Contribuciones al campo empresarial

Los hallazgos permitirán orientar a empresas y administraciones públicas involucradas en la industria de turismo médico al mejorar el entendimiento del peso que tienen tanto factores externos como las características de cada turista en las percepciones sobre las instalaciones, atractivos o infraestructura propia del destino, así como su posibilidad de elegirlo en un futuro. Esto les permitirá trabajar en las decisiones de comunicación que afectan sus destinos adaptando mensajes y formulando campañas de comunicación y estrategias de marketing y segmentación más efectivas.

Adicionalmente el presente trabajo puede convertirse en un referente para los gestores de turismo médico al esclarecer cuáles son los principales motivos que llevan a los turistas de diferentes culturas a buscar tratamiento en el exterior, cómo es el proceso de toma de decisión y qué contribuye a que ciertos países sean preferidos más que otros al momento de necesitar un servicio médico. Así mismo, entender el rol de la experiencia previa y antecedentes culturales tanto de sus clientes actuales como potenciales les permitirá ofrecer niveles de servicio más altos, de mayor calidad y personalización, lo que en última instancia derivará en una mayor satisfacción.

). El **primer capítulo** comienza aclarando las diferencias entre turismo médico y otros términos relacionados. Posteriormente se analiza el mercado identificando los principales actores y el perfil del público objetivo. Adicionalmente se exponen los efectos negativos de esta industria y posibles regulaciones. Por último, se revisa la evolución de la investigación académica en el área en los últimos años.

El **capítulo segundo** se dedica a profundizar en la definición de la imagen, sus dimensiones (cognitiva y afectiva), el proceso de formación, las características inherentes a la imagen de un destino de turismo médico, así como sus principales determinantes. Adicionalmente, se realiza una aproximación sobre la importancia de los factores internos y externos en este proceso de formación. Dentro de estos factores se analizan las motivaciones comunes a los turistas médicos y las diferentes teorías motivacionales existentes.

A continuación, se analizan los tipos de fuentes de información, aportando datos sobre los tipos de fuentes de información utilizados y la importancia que tienen las fuentes de información online en esta industria. Posteriormente se examina el papel de la autocongruencia y la imagen de destino, revisando las principales teorías y definiciones. De la misma manera, se revisan el rol de la experiencia previa y las principales clasificaciones culturales, así como su posible influencia en la formación de percepciones e intenciones. Por último, se exponen los principales modelos de elección de un destino de turismo médico y se vinculan las variables anteriores con su influencia sobre la imagen y la intención.

En el **tercer capítulo** basándose en la revisión de la literatura que apoya diferentes modelos de imagen-intención en turismo médico, se concretan las hipótesis de investigación relacionadas con la formación de la imagen, así como diversas propuestas de investigación relacionadas con el efecto de la experiencia previa y la cultura.

En el **cuarto capítulo** se explican los principales aspectos metodológicos de la presente investigación. En concreto, el enfoque de investigación se plantea a través de un análisis cuantitativo, de tipo descriptivo-causal y cuasi-experimental. Se explican también los métodos de obtención de las muestras de usuarios, el trabajo de campo efectuado y el proceso de diseño y redacción del cuestionario.

El **quinto capítulo** comienza examinando las características de la muestra final de estudio y las asociaciones con el término turismo médico, así como un análisis de correspondencias y análisis clúster con las principales variables sociodemográficas. Adicionalmente se realiza un análisis de la adecuación de las escalas utilizadas y su medición. Se analizan y discuten los principales resultados para las escalas de medida, así como, para el modelo estructural a partir de un modelo de ecuaciones estructurales. Además, se realiza el análisis del efecto moderador de la experiencia previa y la cultura mediante un sistema-modelo de ecuaciones estructurales (SEM) multigrupo. De los resultados anteriores, se extraen las principales conclusiones e implicaciones derivadas de la investigación, que quedan recogidas en el **capítulo seis**. En este último apartado, además se ofrecen una serie de recomendaciones, las limitaciones del trabajo realizado, así como algunas de las futuras líneas de investigación en las que poder avanzar en un futuro.

Contribuciones al campo académico

El presente trabajo contribuirá al campo académico al permitir un mayor entendimiento del estado actual de la industria de turismo médico, sus principales actores, factores desencadenantes y variables que podrían impulsar su crecimiento en los próximos años. Se espera contribuir a la aclaración del término al descubrir qué ideas transmite este en la mente del consumidor y

analizar un conjunto evocado de palabras y países. Además, al examinar aspectos claves como por ejemplo, los beneficios para el turista de la aplicación de una comunicación basada en la combinación de fuentes de información online y offline o la posible influencia de factores motivadores o del concepto que cada sujeto tiene de sí mismo con la forma cómo procesa estímulos externos.

Adicionalmente los resultados permitirán dar respuesta a cuestiones que aún quedan pendientes de resolver relacionadas con los factores determinantes para construir una imagen positiva. También contribuirá a la literatura al examinar la posible influencia de la experiencia previa con este tipo de turismo y los diferentes valores culturales en este proceso de formación de imagen y subsecuente elección de destino. Así mismo, el modelo de comportamiento de turistas médicos planteado, permitirá llenar el vacío existente pues hasta el momento no existen suficientes estudios empíricos sobre el tema. Todas estas contribuciones finalmente mejorarán el desarrollo teórico y clarificarán la base conceptual sobre la que se sustenta este campo de investigación.

Contribuciones al campo empresarial

Los hallazgos permitirán orientar a empresas y administraciones públicas involucradas en la industria de turismo médico al mejorar el entendimiento del peso que tienen tanto factores externos como las características de cada turista en las percepciones sobre las instalaciones, atractivos o infraestructura propia del destino, así como su posibilidad de elegirlo en un futuro. Esto les permitirá trabajar en las decisiones de comunicación que afectan sus destinos adaptando mensajes y formulando campañas de comunicación y estrategias de marketing y segmentación más efectivas.

Adicionalmente el presente trabajo puede convertirse en un referente para los gestores de turismo médico al esclarecer cuáles son los principales motivos que llevan a los turistas de diferentes culturas a buscar tratamiento en el exterior, cómo es el proceso de toma de decisión y qué contribuye a que ciertos países sean preferidos más que otros al momento de necesitar un servicio médico. Así mismo, entender el rol de la experiencia previa y antecedentes culturales tanto de sus clientes actuales como potenciales les permitirá ofrecer niveles de servicio más altos, de mayor calidad y personalización, lo que en última instancia derivará en una mayor satisfacción.

Figura 2. Estructura del estudio

Capítulo 1: Caracterización del turismo médico

- Concepto de turismo de salud
- Concepto de turismo de bienestar
- Turismo médico: Conceptualización y análisis del mercado, participantes, caracterización de los turistas médicos, aspectos negativos y posibles regulaciones, evolución de la investigación

Capítulo 2: Variables relevantes en el modelo de toma de decisiones del turista médico

- Imagen de un destino: dimensiones, proceso de formación, imagen de un destino de turismo médico
- Motivaciones: definición y teorías, motivaciones de turistas médicos
- Fuentes de información: Tipos, fuentes de información online, fuentes de información en turismo médico
- Autocongruencia
- Experiencia previa
- Cultura
- Modelos de elección de un destino

Capítulo 3: Objetivos e hipótesis

- Objetivos del estudio
- Hipótesis de investigación y modelo propuesto
- Selección de la muestra y organización del estudio
- Escala de medida empleadas

Capítulo 4: Aspectos metodológicos

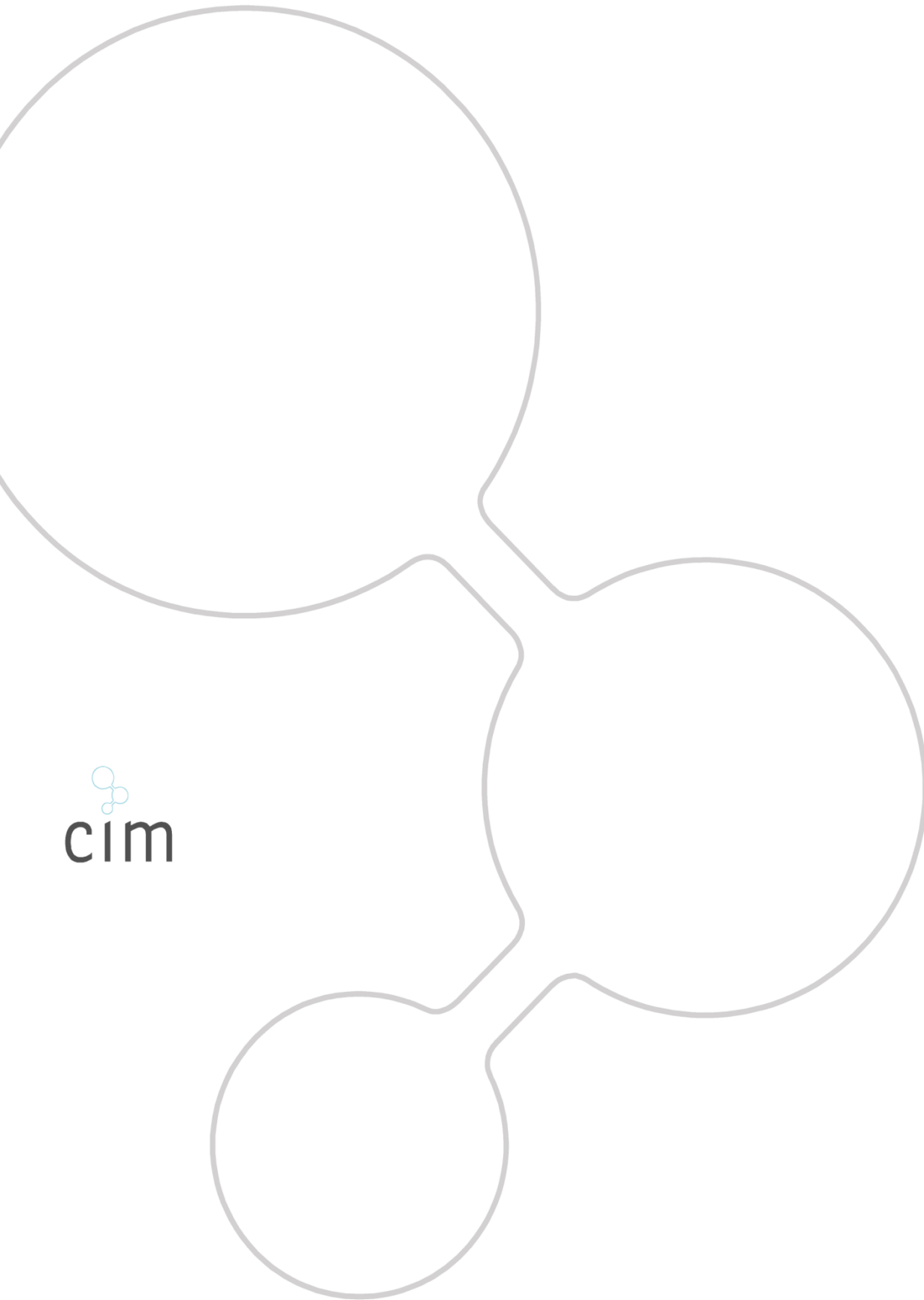
- Diseño de la investigación
- Selección de la muestra y de países
- Trabajo de campo
- Escala de medidas empleadas

Capítulo 5: Análisis de datos y resultados

- Análisis preliminares: Top of mind, análisis de correspondencias, clúster
- Validación y evaluación de las escalas de medida
- Estimación, evaluación e interpretación del modelo global
- Análisis de los efectos moderadores

Capítulo 6: Conclusiones, implicaciones, limitaciones y futuras líneas de investigación

- Análisis y discusión de los resultados
- Conclusiones, implicaciones y recomendaciones
- Limitaciones del trabajo de campo y futuras líneas de investigación

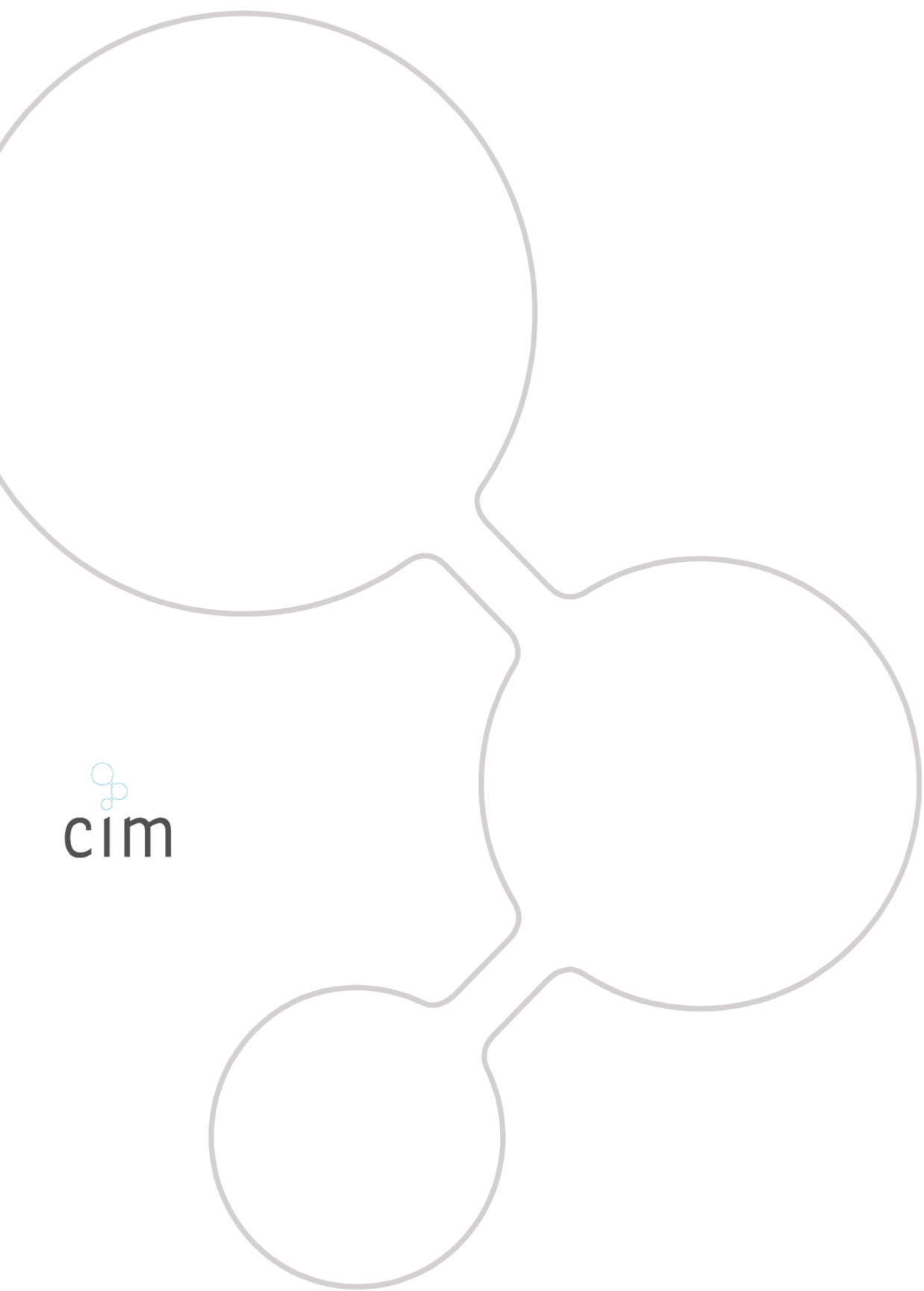


Parte I

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Caracterización del turismo médico

Capítulo 2: Variables relacionadas con modelos de toma de decisiones de turistas médicos



Capítulo 1.

Caracterización del turismo médico

Introducción

Este primer capítulo tiene como objetivo aclarar la definición de turismo médico, destacar su importancia y principales aspectos positivos y negativos. Para tal fin, se presenta información relacionada con turismo de salud y bienestar, la estructura del mercado, los principales actores involucrados y la evolución que como tema de investigación ha tenido en la literatura académica.

La salud es un servicio con una demanda creciente de personas de todo el mundo y muchos países han desarrollado políticas para apoyar la industria. La visión superficial de que los turistas sólo viajan por ocio o vacaciones está cambiando. Muchos de ellos lo hacen para buscar servicios que por diversas razones no se encuentran disponibles en sus países de origen. Por eso es usual encontrar cada vez más diversas tipologías de turismo tales como el turismo de peregrinación, el de negocios y el enfocado en servicios médicos.

Muchos países han reconocido la oportunidad de negocio que representa la combinación de medicina y turismo. Adicionalmente, la población está envejeciendo y los sistemas de salud de diferentes países del mundo están en crisis. Según el estudio publicado por Auren y Fundación EOI (2013), en 2030 el 52,3% de la población en Europa tendrá más de 80 años. Esta situación ha propiciado el boom del turismo médico y la adaptación de los productos turísticos a las expectativas y necesidades de un grupo cada vez más grande de personas con potenciales problemas de salud e incluso movilidad reducida.

Diferenciar el turismo médico de otras vertientes del turismo es esencial. Por lo tanto, con el fin de dilucidar sus características, en primer lugar, necesitamos comprender el significado de otros tipos de turismo considerados similares, como “turismo de salud” o “turismo de bienestar”, dado que en numerosas ocasiones estos términos se usan indistintamente.

1.1 Turismo de salud

Al intentar delimitar el alcance de la expresión “turismo médico”, encontramos que es, ciertamente, una tarea compleja debido a la diversidad de servicios que pueden ser incluidos dentro del término “salud” (Bookman y Bookman, 2007). La mayoría de los investigadores coinciden en que el turismo de salud es un término “paraguas” que incluye otras modalidades de turismo. Por ejemplo, Smith y Puczko (2009) argumentan que el turismo de salud está compuesto por turismo médico y de bienestar, planteando que estos últimos son considerados subconjuntos del primero. Por otro lado, la aparición del turismo de salud se deriva de la venta de cuidados de alta tecnología dirigido a extranjeros (Bookman y Bookman, 2007).

Si se define el término desde la perspectiva de la oferta, se puede considerar como “el esfuerzo por parte de un destino o instalación turística de atraer

turistas al promocionar deliberadamente sus servicios e instalaciones de cuidados de salud, junto con sus servicios turísticos regulares” (Goodrich y Goodrich, 1987, p. 217).

Desde el punto de vista de la demanda, el turismo de salud es el proceso por medio del cual una persona viaja para obtener servicios de salud en un país diferente a su país de origen (Auren y Fundación EOI, 2013, Heung, Kucukusta, y Song, 2010). Una consideración importante en esta definición es que para que el turismo de salud exista como tal, es necesario el movimiento de un lugar a otro y el principal motivo de este viaje debe ser la búsqueda de servicios de salud. Los turistas sujetos a accidentes o enfermedades repentinas o los ciudadanos de los países receptores no son considerados turistas de salud (Lunt et al., 2011). Para ser considerado como tal debe existir el deseo de viajar y someterse a un tratamiento. Algunos autores afirman que incluso el viaje debe ser organizado antes de la fecha de salida y todos concuerdan con que el propósito principal debe ser “el mantenimiento, mejora o restauración del bienestar del individuo en mente y cuerpo” (Carrera y Bridges, 2006, p. 452).

1.2 Turismo de bienestar

Los términos turismo de salud y bienestar siempre han estado relacionados. En realidad, desde el punto de vista histórico, el turismo de bienestar fue la primera manifestación del turismo de salud considerando que los antiguos griegos y romanos viajaban a otros rincones de Europa para beneficiarse de las fuentes termales y otros atractivos naturales. De acuerdo con Koncul (2012, p. 525) el aumento del concepto de bienestar como modalidad de turismo se debe a dos factores. En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva mucho tiempo impulsando un concepto integrado de “bienestar” y “fitness” en su política sanitaria mundial. En segundo lugar, la educación ha aumentado la conciencia sobre la importancia de la salud en la vida de las personas. Los proveedores de servicios turísticos han sabido aprovechar la nueva tendencia y ofrecer atractivos paquetes que combinan actividades de bienestar y descanso con el fin de atraer a nuevos clientes.

El bienestar es más un estado psicológico que físico. Halbert L. Dunn (1959, p. 786), pionero en este tema considera el bienestar como un estado complejo formado por distintos niveles de bienestar que se solapan y considera que la persona está formada por cuerpo, mente y espíritu. Cuando existe equilibrio entre estos tres componentes, podemos decir que la persona goza de bienestar.

El turismo de bienestar se considera como un tipo de turismo donde el propósito principal del viaje es preservar o promover la salud (Gill y Singh, 2011) y conseguir un a nivel integral el bienestar del cuerpo, la mente y el alma (Mueller y Kaufmann, 2001; Smith y Puczkó, 2009). Este tipo de turismo está más enfocado en las personas que buscan una forma de relajación o alivio del

estrés en un *spa*, retiros de yoga o centros de bienestar adecuadamente equipados. Según Konu y Laukkanen (2009), ha ganado popularidad entre las empresas del sector turístico, porque los servicios asociados se pueden ofrecer todo el año y de esta manera pueden hacer frente al problema de la estacionalidad. Desde el punto de vista de la demanda, este tipo de turismo también se ha popularizado pues las personas están buscando cada vez más un equilibrio en sus ajetreadas y estresadas vidas.

Es bastante conocida la tradición de medicina ayurvédica en la India o las prácticas de acupuntura en China. En general, las civilizaciones asiáticas y del medio oriente eran bastante conscientes de los beneficios del yoga, la meditación, las hierbas medicinales y otro tipo de prácticas de curación y espirituales mucho antes de que lo fueran las civilizaciones occidentales (Koncul, 2012). Tradicionalmente, por lo tanto, se ha considerado el sureste de Asia como del destino por excelencia para el turismo de bienestar. Sin embargo, desde hace aproximadamente dos décadas, otros destinos europeos como Suiza, Francia, Italia, Hungría o Turquía se han vuelto populares dado que los turistas de estas áreas demandan destinos más cercanos.

Descubrimos así una tendencia a la aparición de más proveedores especializados y también nuevos servicios combinados con otros tipos de turismo. Las personas que viajan con este propósito utilizan instalaciones especializadas como por ejemplo *spas*, centros de rejuvenecimiento, masajistas y retiros espirituales que les proveen del cuidado profesional apropiado. Los servicios que usualmente se incluyen en un destino de turismo de bienestar son acondicionamiento físico/cuidados estéticos, nutrición saludable/dieta, relajación/meditación y actividad mental/educación (Gill y Singh, 2011).

El turismo de bienestar a diferencia del turismo médico no incluye necesariamente un desplazamiento a un país extranjero, pues muchos de los servicios se pueden conseguir en otras zonas del mismo país de origen del turista. Otra diferencia es que no involucra ningún tipo de procedimiento médico. Padilla-Meléndez y Del-Águila-Obra (2016, p. 89) realizan una clasificación de las distintas modalidades de turismo de bienestar y la agrupan en: *spa* (terapias basadas en agua), belleza y tratamientos anti-edad (por ej. cosmética, dermatología), deporte y *fitness*, y turismo espiritual (viajes por devoción religiosa o para conectarse con el ser espiritual). Koncul (2012) aclara la confusión entre los términos:

“el turismo de bienestar busca crear armonía entre la salud mental, física, espiritual y biológica y está más relacionado con un cambio en el estilo de vida o hacer algo saludable que con la curación de una enfermedad específica. El concepto de bienestar es el producto de la interacción entre una mayor conciencia de la salud, el bienestar y la felicidad y es un proceso activo a través del cual las personas toman conciencia y toman decisiones para lograr una existencia más exitosa. Aboga por una perspectiva positiva y optimista, y

un enfoque holístico y equilibrado de la vida y abarca aspectos físicos, espirituales, intelectuales, emocionales, sociales y ocupacionales de la vida” (p. 530).

1.3 Turismo médico: Conceptualización y análisis del mercado

Tal como se ha dicho antes, muchos autores sostienen que el turismo médico es una vertiente o un área especializada del turismo de salud. Siguiendo a Connell (2006) podemos decir salud y medicina son claramente dos términos distintos, siendo el turismo médico, el término correcto cuando se llevan a cabo intervenciones médicas específicas y actividades turísticas a un coste efectivo.

A su vez, las definiciones de turismo médico varían. Algunos autores se refieren a éste como una actividad económica (Saiprasert, 2011; Runnels y Carrera, 2012), unas vacaciones (Heung et al., 2010) o una forma de cultura popular masiva (Connell, 2006). Muchos autores también han utilizado la definición de turismo de salud para referirse al turismo médico (ej. Sarwar, Manaf, y Omar, 2012). Otros también incluyen actividades de bienestar en la definición (ej. Heung et al., 2010; Gill y Singh, 2011). Todo este tipo de confusiones son entendibles pues el turismo médico a menudo es combinado y promocionado por los intermediarios de la industria con terapias alternativas como la Ayurveda, la meditación o el yoga (Anvekar, 2012) que se pueden clasificar dentro de las actividades del turismo de bienestar. Lo cierto es que, desde el punto de vista empresarial, el turismo de bienestar, el turismo de salud y el turismo médico son nichos de turismo que no son mutuamente excluyentes.

Otros autores intentan ser más específicos en la definición y se refieren al turismo médico como pacientes que reciben servicios para recuperarse de una enfermedad, que permanecen fuera de su residencia habitual durante un período superior a 24 horas e inferior a un año, y sin intención de trabajar o residir permanentemente en el destino (Sarwar et al., 2012, p. 2). Sin embargo, esta definición carece del componente de ocio y las actividades turísticas, que son muy importantes al momento de definir turismo médico.

Para definir el término, se enfatiza también en los factores motivacionales asociados a los turistas médicos, específicamente la reducción de costes. En ese sentido podemos encontrar la definición de Sarwar et al. (2012) que lo considera como “la forma de obtener tratamientos de calidad en un país extranjero, a un coste accesible, mientras el paciente tiene la posibilidad de acceder a unas vacaciones” (p. 2); o la propuesta por Anvekar (2012) quien lo define como “el aprovisionamiento de cuidados médicos privados a un coste efectivo en colaboración con la industria turística” (p. 109); o la de Turner (2007), que lo considera como aquel tipo de turismo realizado por “pacientes intentando evitar

demoras en su tratamiento y obtener acceso oportuno a la atención médica” (p. 303).

Varios autores realizan la distinción entre turismo de bienestar y turismo médico desde la perspectiva de las motivaciones de salud de sus practicantes. En particular, aquellos que buscan servicios para mantener su bienestar (por ej. servicios de *spa*) pueden denominarse turistas de bienestar mientras que las personas que buscan tratamiento para una condición médica específica (por ejemplo, trasplante de corazón) se consideran turistas médicos (Loh, 2014). Sin embargo, esta distinción puede ser imprecisa y menos práctica, ya que en la mayoría de los casos la verdadera motivación del turista no siempre es clara ni fácil de identificar.

Los tratamientos que frecuentemente son asociados con turismo médico se pueden incluir en dos categorías. La primera categoría más enfocada a tratamientos relacionados con la salud o “tratamientos esenciales” como aquellos contra el cáncer, de recuperación, de fertilidad, cirugías de corazón, reemplazos de cadera o chequeos médicos. Una segunda categoría como “tratamientos de embellecimiento” que incluyen cirugías cosméticas, cambio de sexo, cirugías láser u odontología” (Lee, Han, y Lockyer, 2012, p. 72) que se realizan para realzar o mejorar la apariencia física. La diferencia entre estas dos categorías es que la mayoría de los “tratamientos esenciales” son invasivos, los costes económicos tienden a ser mayores, el proceso de toma de decisiones es bastante largo, la persona está emocionalmente involucrada en todo el proceso y requiere gran cantidad de información para tomar la decisión (Caballero-Danell y Mugomba, 2007). El rango amplio de tratamientos enmarcados dentro del turismo médico fue abordado en el trabajo de Lunt et al. (2011) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Rango de tratamientos en turismo médico

| | |
|--|---|
| Rango de tratamientos médicos | Cirugía cosmética (por ej. aumento de pechos, liposucción), tratamientos de la piel) |
| | Odontología (por ej. cosmética y reconstructiva) |
| | Cardiología/cirugía cardiaca (por ej. by-pass, reemplazo de válvula) |
| | Cirugía ortopédica (por ej. reemplazo de rodilla, cirugía de articulación) |
| | Cirugía bariátrica (por ej. by-pass gástrico, banda gástrica) |
| | Fertilidad / sistema reproductivo (por ej. FIV, reasignación de género) |
| | Trasplante de órganos, células y tejidos (por ej. trasplante de órganos, células madre) |
| | Diagnósticos y chequeos médicos |

Fuente: Lunt et al. (2011)

Como se puede evidenciar, no existe una definición consistente, de ahí que aún persista la confusión en lo que al término se refiere. Ésta es la razón por la que para referirse al turismo médico se utilicen términos como turismo de salud, turismo de cuidado de la salud o vacaciones terapéuticas, entre otros (Lynn, Maung y Walsh, 2014; Veerasoontorn y Beise-Zee, 2010). Lo que está claro es que la definición de turismo médico –de la misma manera que sucede con el turismo de salud– involucra dos elementos. El primero es el acto de viajar a países extranjeros, corta o larga distancia, en la búsqueda de cuidado médico que no constituye una emergencia (Casey, Crooks, Snyder, y Turner, 2013; Heung et al., 2010; Connell, 2016). Este cuidado médico es usualmente de carácter privado por lo que los propios pacientes deben soportar los costes asociados al viaje y al tratamiento. Lo que autores, como Casey et al. (2013), han denominado viaje *out of pocket*, que quiere decir “de su bolsillo”.

También está claro que el turismo médico constituye una forma híbrida de turismo pues su singularidad yace en la combinación de estos dos sectores: el médico y el turístico (Bookman y Bookman, 2007); en otras palabras, un viaje placentero y al mismo tiempo servicios médicos potencialmente estresantes (Chuang, Liu, Lu, y Lee, 2014). Es por eso que el segundo elemento está relacionado con el componente de ocio asociado a este tipo de turismo (Woo y Schwartz, 2014). Por ejemplo, trabajos como el de Yu y Ko (2012) encuentran que el 95% de las personas entrevistadas que se habían sometido a tratamientos médicos, adicionalmente habían participado de experiencias turísticas junto con sus acompañantes tales como realizar excursiones turísticas, ir de compras, comer y disfrutar la cultura local.

Sin embargo, el grado de importancia del componente turístico versus el componente médico es ampliamente debatido por diversos autores. Veerasoontorn y Beise-Zee (2010) afirman que la combinación de actividades turísticas o recreativas y los servicios médicos, depende de las características del destino y de las necesidades del individuo. En algunos destinos populares como Tailandia, Costa Rica o Malasia, el componente médico está limitado a operaciones de bajo riesgo, odontología o revisiones médicas/escáneres.

Pero a medida que la severidad o complejidad del tratamiento médico es mayor, el aspecto recreacional del viaje disminuye (Horowitz y Rosensweig, 2007). Es por eso que autores como Saiprasert (2011) argumentan que la existencia de actividades de ocio, permiten dividir esta actividad en dos. La primera sería turismo médico y correspondería al viaje que realizan aquellos turistas cuyo interés principal son las actividades de ocio e incorporan a su viaje una visita al doctor para tratamientos menores, como parte de sus vacaciones.

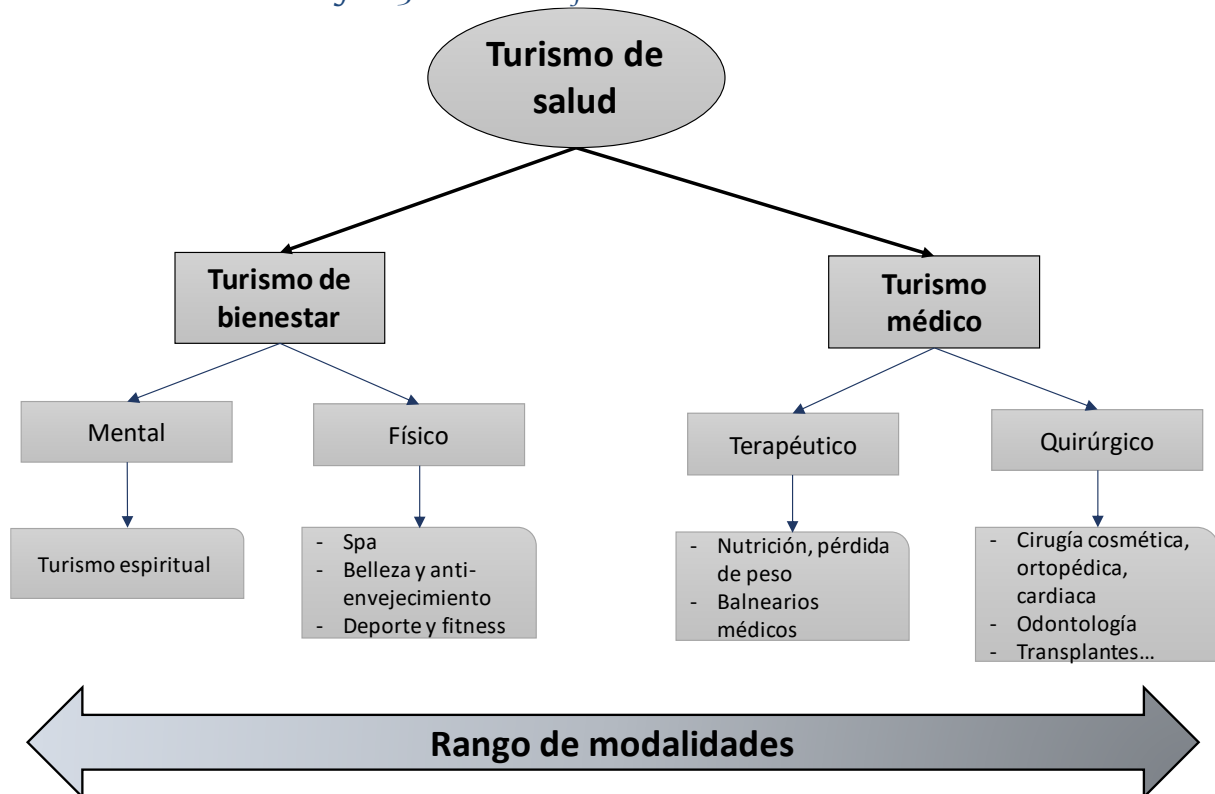
Por otro lado, estaría la actividad de viajar específicamente para el tratamiento médico. Según algunos autores (e.g Veerasoontorn y Beise-Zee, 2010; Connell, 2013) esta actividad debería llamarse “viaje médico” (*medical travel* en inglés) y

es más apropiado cuando la intención es someterse a procedimientos invasivos, tratamientos y operaciones quirúrgicas como por ejemplo tratamientos contra el cáncer, operaciones cardiacas, trasplante de órganos o neurocirugía, entre otros.

De igual forma, la pregunta que surge inmediatamente es cuál debería ser el término a utilizar para referirse a las personas que realizan turismo médico. Las denominaciones más comunes para referirse a ellos han sido “turistas médicos” (ej. Anvekar, 2012) o “viajeros médicos” (ej. Lynn, Maung y Walsh, 2014), dando a entender que se trata de viajeros cuya principal motivación es el recibir tratamientos médicos en otros países. Concluimos entonces que aquellas personas que viajan explícitamente para tratamientos médicos no pueden ser consideradas turistas, sino viajeros en busca de cuidados médicos. Para efectos, de esta investigación, sin embargo, usaremos el término turista médico y viajero médico indistintamente para referirnos a estos dos tipos de personas.

Tras describir los tres tipos de turismo en cuestión (turismo médico, turismo de bienestar y turismo de salud), hay que reconocer que nos encontramos ante un sector bastante complejo y variado. Padilla-Meléndez y Del-Águila-Obra (2016) proponen un marco de referencia simplificado que permite entender las diferencias entre las dos vertientes (ver Figura 3).

Figura 3. Marco de referencia del turismo médico



Fuente: Basado en Padilla-Meléndez y Del-Águila-Obra (2016)

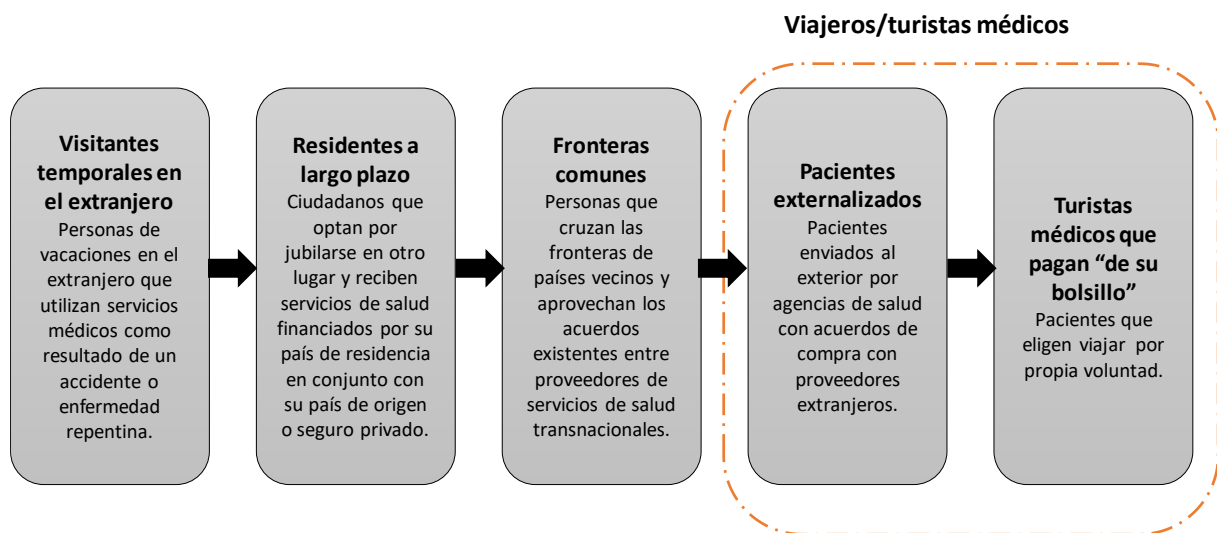
1.3.1 Mercado de turismo médico

- **Caracterización de los turistas médicos – mercado objetivo**

El perfil del viajero médico es complejo de definir debido a que depende de una gran cantidad de factores. Una característica diferencial en esta industria es que el paciente tiene un papel importante, pues es el actor soberano durante todo el proceso (Runnels y Carrera, 2012) al manifestar una búsqueda consciente y activa por mejorar salud a través de estos servicios (Chang y Beise-Zee, 2013). Son los que deciden sobre el destino, el médico, el hospital y están a cargo de recopilar toda la información sobre sus necesidades de salud y el tratamiento médico que va a satisfacer esa necesidad. Estas personas tienen el control del proceso de toma de decisiones y generalmente expresan un sentido de aventura en los viajes que realizan con el propósito de recibir atención médica. Además, reconocen que son personas poco convencionales en sus comportamientos para elegir servicios de salud (Eissler y Casken, 2013, p. 182).

En un intento por aclarar quiénes no son turistas médicos, revisamos las categorías de movilidad del paciente de Lunt y Carrera (2010) (Ver Figura4). Estos autores concuerdan en que existen cinco categorías de movilidad del paciente que no son mutuamente excluyentes. De estas posibles categorías, se puede afirmar que los “pacientes externalizados” (*outsourced patients* en inglés) y los “Turistas médicos que pagan de su bolsillo” (*out of pocket medical tourists* en inglés) contienen las características para ser considerados un turista o viajero médico.

Figura4. Categorías de movilidad del paciente



Fuente: Lunt y Carrera (2010)

Siguiendo a autores como Meghani (2011) y Smith y Forgione (2007) los turistas médicos son pacientes que: 1) no tienen seguro, pero tienen fondos suficientes para pagar el tratamiento médico en el extranjero; 2) aquellos que tienen seguro médico, pero este no les cubre todo el procedimiento y su plan médico

reembolsa solo una pequeña fracción de los costes médicos asociados o 3) pacientes interesados en cirugía estética. La característica principal que identifica a los viajeros médicos es que generalmente no son personas sanas – a diferencia de los turistas de bienestar- o que están buscando tratamientos de belleza y es por eso que buscan estos servicios en el exterior. Por su parte Lee et al. (2012) afirma que existen dos tipos de estos viajeros: los que buscan tratamientos para mejorar su salud (cirugías, fertilidad, chequeos, etc.) o los que buscan tratamientos de belleza para mejorar su apariencia; incluyendo en la primera categoría a los dos tipos de la anterior clasificación.

En varios estudios sobre este tema, se ha encontrado que estos turistas en su mayoría tienen perfiles socio-económicos medio-altos y son de avanzada edad (entre 40-50 años o más) (Lunt y Carrera, 2010). Por lo general, tienen una mayor autonomía financiera (sin cargos como hipotecas) y una mayor libertad para viajar (sin niños pequeños). Al viajar, lo hacen con acompañantes (Yu y Ko, 2012), cubren mayores distancias y más días de estancia combinando tratamientos de salud con visitas familiares y conocidos. Estos segmentos son más sensibles a los factores relacionados con la seguridad, por lo que la estabilidad sociopolítica, la infraestructura y la similaridad cultural son altamente valoradas (Auren y Fundación EOI, 2013) así como también la existencia de una oferta complementaria para sus acompañantes (Goodrich y Goodrich, 1987). Según Auren y Fundación EOI (2013), el gasto en turismo de salud es de 6 a 10 más elevados que el turista de vacaciones y las estancias son igualmente superiores, de 10 a 20 días. La estancia promedio depende del tipo de tratamiento, siendo los tratamientos más complejos los que requieren más días.

- Factores de desarrollo del mercado

La combinación de cirugía y turismo hace que el turismo médico se convierta en un nicho de turismo con perspectivas prometedoras. Caballero-Danell y Mugomba (2007) consideran al turismo médico como un tipo de industria o nicho de mercado relativamente reciente cuya evolución ha estado vinculada a mejoras tecnológicas contribuyendo a un transporte global más eficiente, a mejoras en los sistemas de comunicación e Internet y a la aparición de nuevas necesidades de los clientes.

Debido a que el alcance de la industria varía dependiendo de la definición que se utilice, el tamaño del mercado también es difícil de calcular. Además, no existen estadísticas oficiales, ni características aceptadas y definidas para recolectar la información; de ahí que los números aportados por diversas fuentes sobre el tamaño del mercado varían enormemente. A lo sumo algunas fuentes llevan a cabo aproximaciones de su tamaño. Algunos autores (ej. Khan, Chelliah, y Haron, 2016; Heung, Kucukusta, y Song, 2010) calculan que en 2003 unos 350.000 pacientes viajaron a un país en el extranjero en busca de cuidados médicos, y en 2014 el ingreso global fue de 40 billones de dólares, alcanzando los 60 billones en 2006. Sin embargo, el mercado real de turismo médico continúa

siendo una incógnita excepto por las afirmaciones de gobiernos y grupos empresariales sobre el número de turistas que visitan sus destinos al año (Caballero-Danell y Mugomba, 2007).

Diversos países han decidido invertir en esta industria porque representa una oportunidad para incrementar el producto interior bruto (PIB), mejorar el sector servicios en general, atraer moneda e inversión extranjera, crear una situación favorable para la balanza comercial, promover el turismo y, por último, prevenir la fuga de profesionales médicos cualificados (Ramírez de Arellano, 2007; Khan et al., 2016).

El surgimiento y auge en la popularidad de esta industria se debe a diversos factores. El primero es el neoliberalismo. Tradicionalmente, los servicios sanitarios han sido cubiertos a escala local debido a la distancia geográfica, el coste o las barreras culturales, que históricamente se han convertido en obstáculos para acceder a dichos servicios en el exterior. Aunque la mayoría de los servicios de salud transfronterizos se dan entre países vecinos, también es cierto que otros muchos han comenzado gradualmente a abrir sus fronteras a turistas provenientes de todas partes del mundo. Tal como lo expone Meghani (2011) en su trabajo, la teoría neoliberal apoya que el mercado sea el que determine la distribución de bienes y servicios, se incremente el libre mercado y se reduzcan los impuestos. En la industria de servicios de salud, desde una perspectiva neoliberal, se asume que el paciente no gastará recursos médicos innecesariamente si tiene que pagar por ellos y que se beneficiará de la reducción de precios que surge debido a la competencia existe entre los proveedores.

Esta tendencia neoliberal a nivel mundial ha favorecido la privatización de los servicios de salud (Heung et al., 2010; Anvekar, 2012) y es por eso que actualmente la mayoría de ellos se financian de manera privada en todas partes del mundo. De acuerdo con Cortez (2008), el sector privado está cubriendo el vacío que han dejado las entidades públicas que anteriormente proporcionaban servicios médicos de manera gratuita a sus ciudadanos y que ahora no pueden ofrecer por la crisis que ha salpicado el sector salud a nivel mundial. La privatización también ha atraído inversión extranjera directa (IED) que los países en desarrollo necesitan para modernizar su infraestructura. Por tanto, el neoliberalismo ha propiciado la integración regional, con políticas comunes que han permitido que las personas se desplacen libremente de un país a otro, fomentando al mismo tiempo la movilidad para acceder a servicios médicos. Un ejemplo es la Unión Europea y su normativa de libre movimiento de personas, que ha permitido que sus ciudadanos visiten España para acceder a tratamientos de fertilidad o a Hungría para intervenciones odontológicas.

Otro factor que ha impulsado la industria de servicios de salud a nivel mundial ha sido el envejecimiento de la generación *baby boom*, que ha resultado en un

mayor interés en terapias alternativas y actividades *fitness*, la búsqueda de nuevas formas de ocio y, adicionalmente, los referidos problemas en los sistemas de salud en muchos países (Yu y Ko, 2012, p. 81); así como la aparición de nuevas necesidades de los consumidores como evitar las largas listas de espera y el deterioro de los estándares en el cuidado de la salud en países desarrollados. Un ejemplo de esto son las reducciones de beneficios en servicios de salud que han realizado las entidades gubernamentales y distintas empresas privadas de algunos países (por ej. Estados Unidos –EEUU– o Canadá) a sus empleados (Anvekar, 2012). Adicionalmente, un número creciente de intermediarios han facilitado el vínculo paciente–proveedor que tradicionalmente habían estado muy separados geográfica y culturalmente.

Por último, Internet y los desarrollos en las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) han cambiado la forma en que los individuos interactúan, comparten y recogen información. La aparición de sitios web interactivos también ha permitido que los consumidores puedan “agendar servicios, contactar con sus cirujanos u otros especialistas, reservar vuelos y hoteles y organizar excursiones turísticas” (Hopkins et al., 2010, p. 187). Se evidencia por tanto que actualmente una gran cantidad de información sobre destinos, procedimientos, doctores y hospitales está disponible para cualquiera que tenga interés sobre este tema.

Otros factores que permitirán que esta industria siga creciendo y expandiéndose en el futuro próximo es la aparición de estándares internacionales sobre la correcta prestación de los servicios de salud, los acuerdos entre proveedores médicos y una educación cada vez más globalizada a los profesionales de la salud. En relación con esto, Cortez (2008) afirma que varios grupos de empresas han creado estándares internacionales y sistemas de monitoreo y acreditación en un esfuerzo por garantizar la calidad. Adicionalmente, la educación en temas médicos también está siendo estandarizada por las instituciones encargadas de ello. En particular, muchos países están adaptando los currículos de las cátedras impartidas en las universidades para que se adapten a los estándares norteamericanos y europeos y están incrementando cada vez más las carreras ofrecidas en inglés. Esto permitirá que la práctica médica se vuelva cada vez más homogénea sin importar en qué parte del mundo se estudie. A su vez, una cantidad cada vez mayor de hospitales están alcanzando acuerdos de inversión en países como India para subcontratar servicios médicos.

En cualquier caso, se evidencia la ausencia de una institución global que regule e impulse el turismo médico para que las empresas interesadas en competir en esta industria se beneficien de un marco legal equitativo. Sin embargo, a pesar de esto, hay muchas oportunidades de inversión en los países que están apostando por esta industria.

- Destinos especializados en turismo médico

Con respecto a los destinos que se pueden encontrar a nivel mundial como especializados en turismo médico, encontramos que los países asiáticos son los que encabezan esta industria en términos de ingresos y número de turistas. Estos países fueron los primeros que apostaron por esta nueva industria de la salud (Horowitz y Rosenweig, 2007; Heung et al., 2010; Hopkins et al., 2010) ofreciendo costes reducidos en los tratamientos e intervenciones y paralelamente unos paisajes naturales atractivos. Algunos de estos países son India, Tailandia, Malasia o Singapur. En India, el sector de servicios de salud es uno de los más importantes y cuenta con un gran potencial de mercado. De acuerdo con Anvekar (2012, p. 108) los ingresos provenientes de este país representan el 5,2% del PIB y da empleo al menos a 4 millones de personas.

En Malasia y Tailandia, los esfuerzos gubernamentales para promover el turismo médico empezaron en 1990 en un intento por ayudar a los negocios del sector sanitario después de que estallara la crisis financiera asiática. El gobierno tuvo un papel importante, pues ayudó a que los hospitales privados pudieran diferenciar sus servicios basándose en sus ventajas competitivas para establecer centros de excelencia y promovió el establecimiento de cadenas de hospitales, clínicas, centros de diagnóstico y hoteles con servicios médicos, entre otros (Chew y Darmasaputra, 2015, p. 120).

En una situación parecida encontramos países en el continente americano que últimamente han ganado reconocimiento internacional con la promesa de tratamientos de calidad a bajos costes. Algunos de ellos son Costa Rica, Cuba, Colombia, Brasil o Argentina. La ventaja competitiva de estos destinos, al igual que sucede con los países asiáticos, está basada en el precio. Estos países pueden ofrecer profesionales de la salud, instalaciones y tecnología a un precio que muchas veces llega a representar sólo una décima parte si se compara con los hospitales de países desarrollados, y con unos estándares de calidad comparables (Cortez, 2008; Lynn, Maung y Walsh, 2014).

El gobierno también ha jugado un papel importante desde el punto de vista de la demanda. Por ejemplo, en EEUU, las leyes federales de varios estados ofrecen incentivos financieros a empleados estatales que viajen a entidades acreditadas por la *Joint Commission International* (JCI)¹ en otros países, ofreciendo a cambio "exención de copagos y deducibles, cobertura de pasajes aéreos y alojamiento cubierto para el empleado y un acompañante, y hasta el 20% del ahorro de costes para el propio empleado" (Meghani, 2011, p. 19). La reducción en precios,

¹ La Joint Comission International (JCI) es una "organización independiente sin fines de lucro con sede en EEUU que acredita y certifica a más de 17,000 organizaciones y programas de atención médica en este país" (Meghani, 2011, p. 18) aunque también dispone de una rama internacional encargada de acreditar instituciones en otros países.

junto con otros factores como tecnología avanzada, incentivos e inversión del gobierno, mano de obra cualificada y adicionalmente recursos naturales como playas, hacen que estos destinos se conviertan en atractivos para los consumidores extranjeros (Sarwar et al., 2012, p. 4)

Adicionalmente existe una nueva tendencia bastante interesante con respecto a la dirección del flujo de estos pacientes. En el pasado, los turistas médicos típicos viajaban de países en desarrollo a países desarrollados con el fin de acceder a cuidados especializados o de mejor calidad, precisamente por la baja calidad y la falta de tecnología en sus países de origen (Woo y Schwartz, 2014). Pero actualmente la dirección de este flujo de turistas es multidireccional (Gill y Singh, 2011). De esta forma, un conjunto diverso de países sirve de manera simultánea como destinos y como proveedores de turistas médicos en un intento por solventar los problemas internos que tienen en sus sistemas de salud. Tal es el caso de EEUU o el Reino Unido (Hopkins et al., 2010).

Sin embargo, los pacientes no solo buscan una reducción en costes. De acuerdo con una encuesta realizada por Mckinsey (citada en Auren y Fundación EOI, 2013), el 40% de los encuestados busca tecnología puntera no disponible en su país, mejor atención o tiempos de espera más cortos. Para ese tipo de clientes, podemos encontrar otros tipos de destinos, que actúan como nichos de mercado aún más diferenciados, especializándose en tratamientos dentales, cirugías del corazón, hernias u otros tratamientos médicos. Es el caso de Polonia o Hungría con los servicios dentales (Caballero-Danell y Mugomba, 2007) y otros países como Francia, España y EEUU, que reciben pacientes buscando tratamientos de mayor calidad o más actualizados.

Debido a que no existen estadísticas, no podemos determinar con certeza el tamaño del mercado de turismo médico. Sin embargo, las estadísticas existentes sobre turismo de salud nos pueden dar una idea aproximada del potencial del subsegmento médico. En la Tabla 2 se presenta el número aproximado de turistas con destinos en los principales destinos de turismo de salud.

Tabla 2. Número aproximado de turistas de salud viajando a cada país

| País | Turistas de salud por año |
|-------------|---------------------------|
| México | 450.000 |
| Turquía | 350.000 |
| Singapur | 200.000-350.000 |
| Filipinas | 250.000 |
| India | 200.000 |
| Jordania | 200.000 |
| Tailandia | 150.000 |
| Polonia | 120.000 |
| EEUU | 112.000 |
| Reino Unido | 50.000-100.000 |
| Costa Rica | 48.000 |

| País | Turistas de salud por año |
|----------|---------------------------|
| Corea | 27.480 |
| Cuba | 22.000 |
| España | 20.000 |
| Colombia | 4.000 |

Fuente: Auren y Fundación EOI (2013)

- **Comunicación y promoción en turismo médico**

Los proveedores de servicios médicos, intermediarios y *brokers*, compañías de seguros, asociaciones de turismo médico –que se describirán con mayor detalle en el siguiente apartado– así como los consumidores son los componentes claves en el canal de comunicación. La mayor parte de estrategias utilizadas están relacionadas con el marketing de eventos y convenciones. En eventos como el *World Medical Tourism and Global Healthcare Congress* o *HESTOUREX* (World Health Sport Tourism Congress & Exhibition) los participantes de esta industria dan a conocer sus servicios tanto a otros negocios como al consumidor final.

Pero la promoción en el sector de la salud es dependiente de las regulaciones gubernamentales en los medios de comunicación. En algunos países, los gobiernos permiten realizar publicidad en medios impresos como revistas o periódicos. Caballero-Danell y Mugomba (2007) encuentran por ejemplo que la revista *Cosmopolitan* en Reino Unido tiene una sección de clasificados que contienen un gran número de publicidad de clínicas y hospitales que ofrecen procedimientos estéticos. Estos autores también encuentran que los grupos médicos más consolidados como el Bangkok Hospital Group de Tailandia o el Parkway Pantai Ltd en la India desarrollan una estrategia de promoción que está enfocada en tener una presencia física en los mercados objetivos a través de empresas subsidiarias.

Otra forma de promoción es a través de los documentales en medios masivos que contribuyen a despertar la curiosidad y aumentar la familiaridad con el destino y los procedimientos. Están por ejemplo el documental creado por la *Medical Tourism Association* llamado “Angels Overseas, Costa Rica Edition” enfocado a pacientes americanos que cuentan su historia y las soluciones obtenidas al viajar a otro destino, en este caso, a Costa Rica. Adicionalmente, a través de Internet es posible llegar, de manera efectiva y a bajo coste, a un mercado objetivo normalmente localizado a miles de kilómetros de distancia.

- **La logística/distribución en turismo médico**

Existen pocos estudios que hayan abordado el tema de la distribución en esta industria. Sin embargo de manera general, se puede decir que la logística en turismo se origina en el transporte del turista y para que esto suceda se necesitan cumplir tres condiciones: disponibilidad, accesibilidad e información

que se aplican directamente a los flujos físicos, flujos de información y flujos financieros (Sanyanunthana y Benabdelhafid, 2015).

En turismo médico para que el servicio sea prestado de manera efectiva se necesita planificación estratégica y coordinación entre los actores claves en esta industria como los hospitales, agencias de turismo médico, hoteles y las mismas administraciones públicas (Mohamad, Omar y Haron, 2012). No basta con que la persona tenga una seria intención de viajar, sino que también debe tener fácil acceso al destino y por lo tanto se deben eliminar las posibles restricciones.

Adicionalmente se debe garantizar el flujo de información a los turistas brindándoles información correcta y oportuna sobre las opciones médicas y de ocio disponibles en el destino, los costes y los posibles peligros a los que se enfrentan, así como facilitar el pago de los servicios contratados desde su lugar de origen. En este sentido, los facilitadores o agencias de turismo médico juegan un papel vital pues le ofrecen al turista un portafolio integrado de servicios médicos y turismo, trámites de viaje y servicios de asesoría que forman un sistema de apoyo para los posibles viajeros. De esta forma facilitan la entrega y distribución del servicio.

Los proveedores y gobiernos también juegan un papel importante al facilitar acceso a los destinos a través de trámites sencillos de inmigración, conectividad y contacto ágil con el proveedor de servicios (doctor o grupo médico). Por ejemplo, algunos gobiernos ofrecen la expedición de visados exprés para casos médicos que le permitan al paciente obtener el documento en un corto período de tiempo y sin muchos trámites. También es importante establecer contactos o alianzas con las aerolíneas para que ofrezcan vuelos directos que permitan realizar el viaje de ida y vuelta con el menor trauma posible.

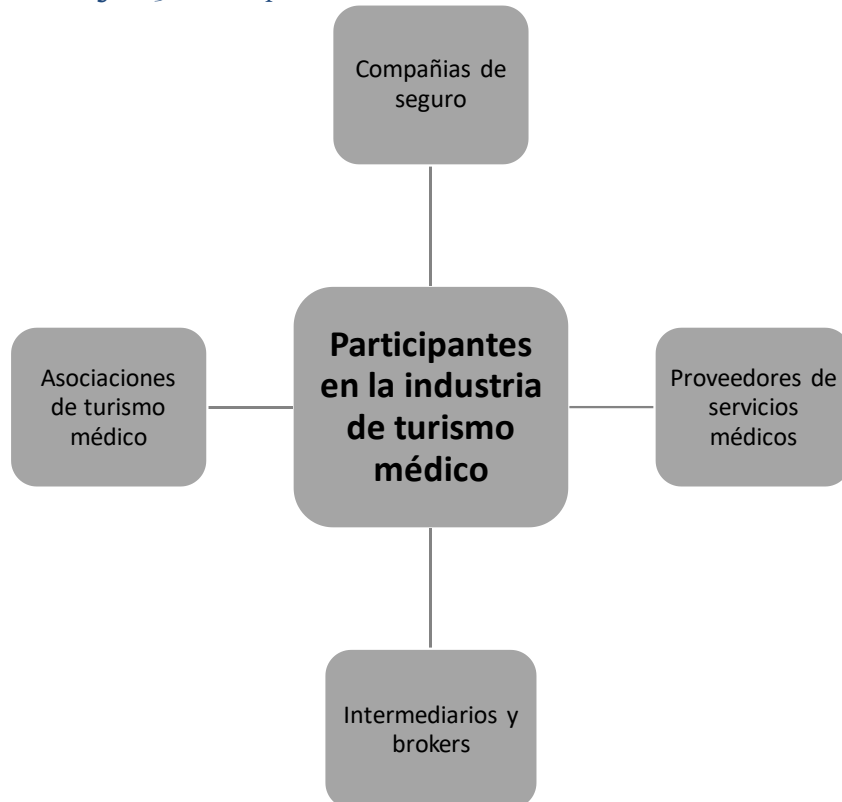
La presencia física es otra forma de acercar el servicio a los consumidores objetivo. La creación de oficinas permite a los turistas médicos potenciales reuniones cara a cara con representantes del destino que les ayudan a decidir y personalizar sus servicios reduciendo así la percepción de riesgo y aumentando la probabilidad de que efectivamente realicen el viaje (Caballero-Danell y Mugomba, 2007).

1.3.2 Participantes en el mercado de servicios de salud

Esta industria está presenciando un aumento en el número de participantes a nivel mundial debido a los lucrativos ingresos asociados (Yeoh, Othman y Ahmad, 2013). Como ya se ha comentado, en cuanto una persona decide realizarse un procedimiento médico en un país extranjero, necesita servicios turísticos además de los de salud. Este proceso conlleva una planificación concisa del viaje (incluyendo la obtención de visado, pasaporte, billetes de avión, etc.), se debe determinar la disponibilidad del médico que se ha elegido, así como organizar otras cuestiones médicas como, por ejemplo, los servicios

incluidos en el proceso de recuperación. Por lo tanto, se requiere la intervención de una gran variedad de actores (Heung et al., 2010) en donde se encuentran intermediarios (off y online) como las compañías de seguros, agencias de viaje, asociaciones de turismo entre otros (Ver Figura5). A continuación, procedemos a describir cada uno de ellos.

Figura5. Participantes en el mercado de servicios médicos



Fuente: Elaboración propia

- **Proveedores de servicios médicos**

En esta categoría podemos encontrar hospitales y clínicas tanto en el sector público como el privado que ofrecen servicios como "diagnóstico, tratamiento, cuidado post-operación; con servicios suplementarios como el historial médico, registro, facturación y las operaciones de apoyo, como lavandería, dieta, farmacia, tiendas, seguridad, transporte, etc." (Anvekar, 2012, p. 110).

De acuerdo con Lunt et al. (2001) podemos encontrar pequeños proveedores clínicos que ofrecen una gama completa de tratamientos o por otro lado, grandes instalaciones de turismo médico que forman parte de corporaciones multinacionales (por ejemplo, el Grupo Apollo). Los hospitales estadounidenses fueron los primeros en firmar acuerdos de colaboración con países receptores, generalmente ubicados en Asia. En este mercado, varios grupos financieros están participando o comprando hospitales en países extranjeros y las universidades participan con acciones en proyectos de turismo médico (Auren y Fundación EOI, 2013). Los hospitales también están colaborando con agencias

de viajes (Smith y Forgione, 2007) y trabajan estrechamente con las plataformas de turismo médico en línea y los portales web para ampliar su rango de influencia.

Un imperativo para estos proveedores médicos es estar acreditado, especialmente por la *JCI* si el mercado objetivo son los pacientes de los EEUU. Los hospitales de Asia son los que tienen más acreditaciones; Corea tiene 7 hospitales, India tiene 10 hospitales de la *JCI* y Singapur 13 (Woo y Schwartz, 2014) y su importancia radica en que, aunque se necesita mucho tiempo y dinero para acreditarse, una certificación oficial sirve como una señal confiable de que una instalación cumple con los estándares mínimos de competencia y calidad y podría ayudar a aumentar las percepciones de valor del producto, y consecuentemente atraer a más turistas médicos (Woo y Schwartz, 2014, p. 221).

Otros participantes que podemos encontrar en este mercado de servicios médicos según Anvekar (2012, p. 110) son los laboratorios de patología y farmacia, servicios de ambulancia, los servicios paramédicos, además de gimnasios, clínicas de belleza que se ocupan de la obesidad y problemas de la piel y las instituciones académicas como las facultades de medicina, escuelas de enfermería, centros de investigación, etc.

Uno de los desafíos que enfrentan los proveedores de servicios de salud tiene que ver con las habilidades de comunicación. Woo y Schwartz (2014) encontraron que la capacidad del personal médico para comunicarse en el idioma del paciente y la disponibilidad de traductores en el hospital se encuentran entre los dos atributos más importantes para los clientes que visitan Corea. La misma preocupación es encontrada por Eissler y Casken (2013). Los participantes de su estudio enfatizaron la importancia del lenguaje (en este caso, inglés) como una clave para evaluar positivamente su experiencia. La mayoría de ellos, aunque estaban satisfechos con el tratamiento, no estaban satisfechos con el servicio de turismo médico en general debido a las barreras del idioma. Por tanto, este es un problema que debe mejorarse a través de medidas gubernamentales aplicadas a todo el conjunto de proveedores, en lugar de realizar soluciones individuales en clínicas u hospitales.

- **Intermediarios/ brokers de turismo médico**

En esta categoría podemos agrupar a todas las empresas que "operan como intermediarios entre pacientes internacionales y redes hospitalarias, ayudándoles a estos pacientes a seleccionar un destino, instalación y proveedor, facilitando así el crecimiento del turismo médico" (Heung et al., 2010, p. 245). Dentro de esta categoría tenemos, por ejemplo, corredores médicos, agencias de viajes enfocadas en turismo médico y agencias de viajes de turismo. Es el actor más importante en la canalización de la oferta de turismo médico pues al menos la mitad de los viajeros los utilizan (Yu y Ko, 2012). Como se ha mencionado antes, estos intermediarios ofrecen calidad, seguridad y asistencia al ofrecer

información completa sobre el destino y el servicio médico y proporcionar varios servicios (por ejemplo, transmisión de registros médicos, organización de detalles de viaje y cobro de impagos). También combinan la oferta médica con una gran cantidad de actividades turísticas, incluida la gestión de viajes, alojamiento e información sobre servicios culturales o excursiones turísticas.

Pero el alcance de los servicios varía según el tipo de intermediario. Algunas agencias solo ofrecen una mediación paciente-proveedor. Otros acompañan a los pacientes durante todo el viaje apoyando en los trámites de visado y pasaporte, viaje, alojamiento, apoyo (intérprete, traslados), obtención del servicio de salud y algunos servicios turísticos complementarios. Muchos de ellos también organizan servicios seguimiento en el país de origen del paciente (Horowitz y Rosensweig, 2007). El *International Medical Travel Journal*, por ejemplo, publica una lista exhaustiva de estos intermediarios en su página web (www.imtj.com) diferenciándolos según su especialización en determinados tratamientos país de origen y país de destino.

De esta manera las agencias actúan como agentes reductores del estrés al que puedan estar sometidos los turistas médicos por la situación en la que se encuentran. Esto actores los informan y educan sobre todas las opciones posibles y proporcionan contacto directo con hospitales y médicos (Singh, 2013). Una vez que se ha decidido buscar servicios médicos fuera de su país de origen, estas agencias tienen un potencial importante de crecimiento pues la mayoría de turistas médicos confían en ellas para organizar el viaje. En el trabajo de Singh (2013) encontramos que 48% de los encuestados elegiría hacer todos sus arreglos a través de un agente o especialista online de turismo médico y el 45% hacerlo por medio del departamento de atención al paciente del hospital seleccionado. Sólo el 7% lo haría por medio de un agente local de viajes.

- **Asociaciones de turismo médico**

Tal como hemos visto, los estándares y la acreditación son un factor vital cuando se evalúa la calidad de la atención brindada por un centro hospitalario extranjero. Dado que la prestación de los servicios de salud en EEUU es un punto de referencia para muchas instituciones en el extranjero, estas usualmente buscan cumplir o superar estos estándares con el fin de atraer más pacientes.

Existen organizaciones que han creado sus propios estándares de calidad como la *Medical Tourism Association* que emite su propio sello para proveedores médicos, o la ya mencionada JCI. Fuera de EEUU también existen otras organizaciones como tal como lo evidencia Smith y Forgione (2007, p. 26). Se encuentra por ejemplo el Esquema de Acreditación de Trent (TAS por sus siglas en inglés) en el Reino Unido y Hong Kong (www.trentaccreditationscherne.org) o el Consejo Australiano de Estándares de Salud (ACHS por sus siglas en inglés) (www.achs.orn.au).

También se han creado otro grupo de asociaciones que tienen como finalidad regular y controlar la información sobre turismo médico o impulsar su crecimiento. Por ejemplo, el *International Board of Medicine and Surgery* cuyo objetivo es certificar las credenciales y la profesionalidad de los médicos y dentistas involucrados en el turismo médico. Otras organizaciones son la Asociación Médica Americana, la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (Runnels y Carrera, 2012), la Alianza Europea de Turismo médico (EUMTA) con sede en Hungría o la *International Medical Travel Association* con sede en Singapur.

- **Compañías de seguros**

Las compañías de seguros son especialmente importantes en América del Norte, donde el ahorro de costes es la principal motivación para enviar a sus clientes al extranjero. Tanto en Canadá como en Estados Unidos se han lanzado programas piloto por parte de las empresas para enviar a sus empleados a otros países con la intermediación de las compañías de seguros e incluso las propias aseguradoras promueven el turismo médico. Meghani (2011, p. 19) cita el ejemplo de *Health Net of California* y *Blue Shield of California* que son aseguradoras ofrecen aproximadamente un 40% de ahorro en primas de seguro a sus asegurados por recibir tratamiento médico de rutina en México en lugar de hacerlo en EEUU. Sin embargo, el número de pacientes enviados por medio de sus compañías de seguro aún es pequeño, pues se mantienen muchas reservas sobre la calidad del servicio en el extranjero y las posibles complicaciones.

En Europa, sucede lo mismo. Las compañías de seguros aún no han mostrado un interés especial en ofrecer y promover cobertura a nivel internacional y el método más común es ofrecer asistencia de viaje, por lo que el turista tiene derecho a asistencia inmediata relacionada con una emergencia (Auren y Fundación EOI, 2013)

Finalmente, se debe resaltar nuevamente el papel que ha jugado Internet en la consolidación de esta industria, especialmente al ofrecer a los turistas potenciales acceso a información sobre servicios y costes en todo el mundo (Heung, Kucukusta y Song, 2010), lo que les permite encontrar y comparar fácilmente estándares de acreditación y precios afectando su decisión de elegir una instalación extranjera para tratamientos médicos.

Los hospitales y agencias de viajes utilizan cada vez más campañas de marketing online para llegar a clientes potenciales en cualquier parte del mundo (Sarwar et al., 2012). Además, como complemento a las páginas webs que tienen las asociaciones, intermediarios y los mismos hospitales o clínicas, se han creado páginas webs especializadas y plataformas integradas en línea que proporcionan contenido personalizado a los beneficiarios y servicios bidireccionales tanto a proveedores de servicios médicos como a clientes. Es por ejemplo el caso de la plataforma *Visit Medical Korea* una aplicación que redirecciona a los interesados

a institutos médicos coreanos y organizaciones relacionadas clasificando los servicios en diferentes áreas para que el usuario pueda familiarizarse con el sistema de turismo médico en Corea y encuentre de manera fácil y rápida la información y los contactos que pueden ser de su interés.

1.3.3 Aspectos negativos y posibles regulaciones al turismo médico

El turismo médico es un sector controvertido con muchos posibles efectos negativos. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, especialmente si la intervención ha sido invasiva, existe un seguimiento inadecuado de la evolución del paciente. Si el paciente tiene alguna complicación o efecto secundario derivado de su tratamiento en el extranjero, entonces la responsabilidad recae en el sistema médico del país de origen del paciente (Heung et al., 2010, p. 239). Otro argumento común por parte de los críticos del turismo médico, es que exacerba el acceso desigual a la atención médica porque solo los pacientes con recursos financieros pueden pagar de su bolsillo todos los gastos derivados (boletos de avión, hoteles y gastos médicos) (Cortez, 2008, p. 107).

Además, varios países que actualmente ofrecen servicios de turismo médico tienen leyes deficitarias en lo que se refiere a la mala praxis de sus médicos y sistemas jurídicos deficientes. Las consecuencias de resultados adversos (o de una posible muerte) serían difíciles de combatir en tribunales extranjeros donde las regulaciones son inexistentes o confusas. Por ejemplo, muchos hospitales no disponen de mecanismos establecidos para manejar las quejas de los pacientes ni un seguro contra negligencias o este resulta insuficiente (Smith y Forgione, 2007).

También existe la posibilidad de problemas en la comunicación médico-paciente que no es fácil de resolver precisamente por la distancia. Por ejemplo, un paciente que no tuvo conocimiento o no comunicó algunos problemas de salud preexistentes complica e incluso imposibilita la intervención. En consecuencia, el médico del hospital extranjero podría negarse a realizar el procedimiento y el paciente perder su dinero y tiempo (Gill y Singh, 2011).

Cortez (2008) argumenta que otra preocupación es que el turismo médico provocará una "fuga de cerebros" interna en los países, pues el profesional de la salud preferirá trabajar en el sector privado en lugar del público. Sin embargo, los países en desarrollo siempre han experimentado una "fuga de cerebros" de sus profesionales cualificados a otros países con mejores condiciones de vida y laborales. En este sentido, la oferta de trabajo en hospitales privados, mejores condiciones y salarios más altos podrían ser una forma de evitar esta tendencia.

Además, otra preocupación se centra en las reformas en el sector que han eliminado los programas gubernamentales de salud pública, lo que agrava las desigualdades en salud en países como la India (Meghani, 2011). Se argumenta

que los hospitales y centros médicos están más interesados en atraer pacientes extranjeros e incluso los gobiernos ven al sector como un generador de lucro y por lo tanto han reducido los recursos para la salud pública y descuidado a los ciudadanos que no pueden pagar este tipo de servicios y que históricamente han dependido de ayudas gubernamentales. En consecuencia, los pacientes extranjeros obtienen mejor atención médica que los pacientes locales que no pueden pagarla. Cortez (2008) argumenta la existencia de gobiernos involucrados en atraer turismo médico que usa recursos públicos favoreciendo hospitales privados que captan los ingresos existentes. Sin embargo, esta situación tendrá consecuencias negativas sólo si los países no gestionan estos nuevos ingresos racionalmente. La desigualdad de ingresos entre el sector público y privado no se debe a la existencia del turismo médico en sí, sino a un problema endémico de mala administración de los gobiernos de estos países.

Otra preocupación importante es que las personas también viajan porque ciertos tratamientos están prohibidos en sus países de origen. Tal es el caso de los tratamientos de fertilidad, tratamientos experimentales o cambios de sexo. Para algunas personas, el turismo médico ayuda, en cierto modo, a que las personas eludan las reglas y restricciones impuestas en sus países. Aunque esta cuestión plantea un importante debate, varios autores consideran que las personas deberían tener libertad de elección y ser capaces de hacer lo que consideren mejor para ellos, siempre y cuando no afecte el bienestar social. Los servicios más polémicos que se ofrecen bajo el concepto de turismo médico "requieren que aceptemos un grado de pluralismo moral; algunos ciudadanos pueden simplemente preferir la atención médica en un país con políticas que se alineen más estrechamente con sus juicios morales personales" (Cortez, 2008, p. 112).

Es cierto que el turismo médico no puede resolver los problemas estructurales de los sistemas de salud en los países y los gobiernos deben prestar la debida atención a las necesidades de sus grupos de población más sensibles y a las personas que tienen acceso deficiente o nulo a la atención médica. Si esto sucede, es probable que las consecuencias del turismo médico sean más positivas que negativas. Por ejemplo, autores como Bookman y Bookman (2007) o Meghani (2011) afirman que el turismo médico podría ser una estrategia factible mediante la cual los países menos desarrollados pueden obtener mayores niveles de desarrollo económico. De hecho, países como Tailandia, Costa Rica, India o Malasia *"han superado a otros países con respecto a numerosos indicadores económicos, han desarrollado instituciones políticas y legales, tienen una educación basada en la ciencia [...] y una política fiscal que puede ser efectiva para aliviar los problemas de atención de la salud pública, de modo que el turismo médico se puede convertir en el gran igualador, brindando atención médica asequible a todos aquellos que la buscan"* (Meghani, 2011, p. 20).

Una posible solución para aliviar los problemas potenciales que acarrearía apostar por el turismo médico es ofrecida por Cortez (2008). En su trabajo el autor propone que el gobierno debe regular el turismo médico en varios aspectos:

- Regulación del viaje: Los gobiernos pueden restringir los viajes para realizar turismo médico, denegar solicitudes de pasaporte o de viajar a ciertos países. En EEUU principalmente, se pueden prohibir que los programas gubernamentales de atención médica (por ejemplo, Medicare) paguen tratamientos en el extranjero. Sin embargo, como defiende Cortez (2008), restringir el viaje de un paciente puede ser la respuesta menos exitosa para regular los posibles efectos negativos del turismo médico.
- Regulación de la red de referencias: Se pueden regular las actividades de los brokers y otros intermediarios que organizan los viajes de los pacientes. La mayoría de estos brokers no están regulados ni autorizados y esto hace que el paciente quede en una posición muy arriesgada y susceptible. Los gobernantes pueden hacer uso de estatutos existentes que prohíban las prácticas comerciales desleales, engañosas o fraudulentas, incluida la publicidad falsa o engañosa. También podrían requerir que los brokers obtengan una licencia para poder operar.
- Regulación de las aseguradoras: Que los empleadores y las aseguradoras se responsabilicen del empleado/asegurado en caso de negligencia del proveedor. Otra posible medida es hacer que paguen por la evaluación previa, la atención postoperatoria y/o el seguimiento o tratamiento correctivo si es necesario y dejar que el paciente decida cuál es el médico preferido entre la red de posibles proveedores. Esta medida reasignará el riesgo de posibles prácticas engañosas en el extranjero y que no sea sólo el paciente el responsable si algo sale mal, sino que se repartan responsabilidades entre los intermediarios de la cadena.
- Establecer una agencia de supervisión: Crear una agencia que emita licencias de operación, sistemas de monitoreo y multas cuando corresponda. Adicionalmente que apruebe procedimientos, que cree un "código de buenas prácticas" y que realice un seguimiento de la cantidad de pacientes, sus datos demográficos entre otras tareas para regular el sector.
- Enfoques multilaterales: Cooperación entre países y bloques regionales que regulen proveedores e intermediarios, y que se posibilite la estandarización de normas y estándares de atención médica tales como credenciales profesionales, acreditación hospitalaria, prácticas de seguros, informes de resultados, entre otros aspectos de esta comercialización turística.

1.4 Evolución de la investigación en turismo médico

Como se ha dicho ante, el turismo médico, así como el turismo de salud o bienestar no son fenómenos nuevos. A pesar de que esta práctica existe desde hace muchos años, su investigación desde un punto de vista académico se encuentra aún en su infancia. Este apartado identifica y analiza las lagunas actuales en materia de investigación sobre turismo médico, la evolución de los temas y principales líneas de investigación futuras en base al trabajo de De la Hoz-Correa, Muñoz-Leiva y Bakucz (2018).

Al evaluar los trabajos existentes en turismo médico, se encuentra que los temas típicos de investigación por parte de la comunidad académica están relacionados principalmente con análisis de destinos, riesgos y oportunidades en un país específico (por ejemplo, Sharma, 2013) o con un grupo de países (por ej, Ramírez de Arellano, 2011); el potencial de ahorro de costes, la calidad y la continuidad de la atención (Meghani, 2011, p. 19); el comportamiento y las motivaciones comunes de los turistas médicos (por ej., Ye, Qiu y Yuen, 2011; Gan y Frederick, 2013); y los modelos de toma de decisiones de turistas médicos potenciales (por ej., Sung y Ozuem, 2014). Adicionalmente, también existe un continuo debate por parte de los académicos sobre las implicaciones éticas y el impacto en el país anfitrión (Ramírez de Arellano, 2011; Snyder, Crooks y Turner, 2011) junto con un creciente interés por parte de los profesionales y gobiernos por este tema.

Varios estudios teóricos (revisiones o descripciones generales) han aparecido en los últimos años (ver Tabla 3). Una conclusión que puede extraerse de estas revisiones es que, a pesar del flujo reciente de publicaciones, sigue existiendo una falta de literatura formal. Se observa por tanto que, la mayoría de los estudios anteriores son exploratorios con una tendencia a describir en términos generales el desarrollo global de esta industria, explorar el mercado (Woo y Schwartz, 2014), indicar cómo se debe desarrollar (Chew y Darmasaputra, 2015), aumentar el conocimiento sobre la terminología y determinar, en general, el tamaño y el flujo del comercio (Carrera y Bridges, 2006). Por lo tanto, varios autores coinciden en que existe una necesidad urgente de más estudios empíricos que recopilen datos primarios y donde las situaciones particulares y anecdóticas, así como las conjeturas teóricas se sustituyan por un estudio más concluyente (Hopkins et al., 2010, p.194) y donde enfoques teóricos y empíricos de una variedad de disciplinas se puedan desarrollar (Snyder et al., 2011). Por lo tanto, el debate se encuentra abierto, ya que muchos académicos todavía están pidiendo una aclaración teórica de esta industria emergente, su esfera de acción y sus posibles vertientes.

Tabla 3. Estudios claves con revisiones de la investigación en TM

| Autores (año) | Objetivos |
|--|--|
| Carrera y Bridges (2006) | Conceptualizar turismo de salud y turismo médico y calcular el tamaño del comercio. |
| Page (2009) | Esbozar la evolución de la investigación sobre los viajes médicos. |
| Crooks, Kingsbury, Snyder, y Johnston (2010) | Sintetizar temas relacionados con la experiencia del paciente del turismo médico. |
| Heung, Kucukusta, y Song (2010) | Realizar un análisis exhaustivo sobre la investigación teórica de este tema y posibles líneas de investigación futura. |
| Johnston, Crooks, Snyder, y Kingsbury (2010) | Sintetizar el conocimiento actual sobre los efectos del turismo médico en los países de destino y de salida. |
| Lunt y Carrera (2010) | Identificar la existencia de literatura de turismo médico relacionada con los pagos “del bolsillo” de los turistas. |
| Hopkins, Labonté, Runnels, y Packer (2010) | Determinar el nivel de investigación existente sobre turismo médico centrándose en los flujos transfronterizos. |
| Balaban y Marano (2010) | Identificar y evaluar los datos actuales sobre turismo médico y los impactos asociados a los sistemas de salud. |
| Smith, Martínez Álvarez, y Chanda (2011) | Entender los intercambios comerciales del turismo médico desde una perspectiva bilateral. |
| Hall (2011) | Determinar algunos de los temas principales que existen en la literatura académica del turismo médico. |
| Lunt et al. (2011) | Identificar nuevos problemas clave relacionados con la política existente en los países y el aumento del turismo médico. |
| Lunt y Carrera (2011) | Evaluación de la disponibilidad y tipos de información, confiabilidad y protección de la privacidad de los sitios web de turismo médico. |
| Hanefeld, Smith, Horsfall, y Lunt (2014) | Detallar el nivel actual de conocimiento sobre turismo médico en referencia al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) |
| Lunt et al. (2014) | Generar una revisión documental exhaustiva y un mapa del desarrollo del turismo médico en el Reino Unido. |
| Chuang, Liu, Lu, y Lee (2014) | Analizar las trayectorias de desarrollo significativas, literatura importante y áreas recientes de investigación activa en turismo médico. |
| Lunt, Horsfall, y Hanefeld (2016) | Contextualizar y describir el estado de la investigación del turismo médico (temas emergentes, lagunas de investigación). |

Fuente: De la Hoz-Correa et al. (2018)

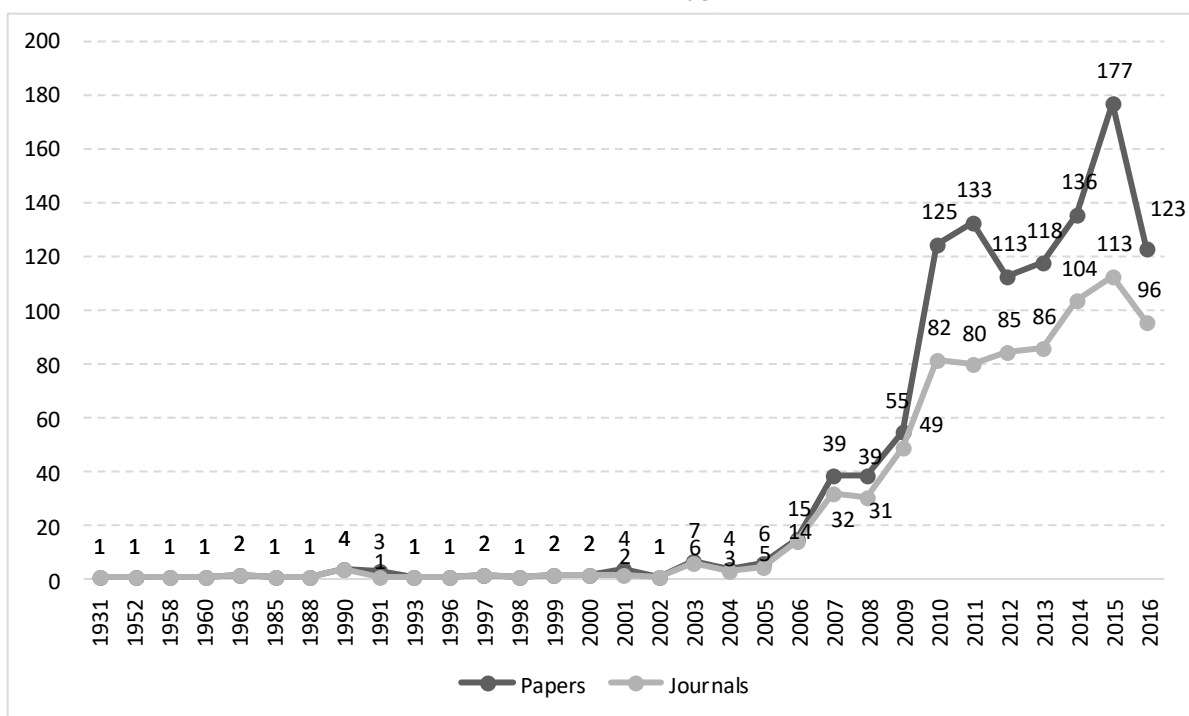
• Evolución de revistas y documentos

En el trabajo de De la Hoz-Correa et al. (2018) se realiza un análisis de la evolución de la investigación sobre turismo médico en revistas y documentos académicos desde el primer trabajo publicado en 1931 (ver Figura 6). Como podemos ver en la figura 6, hay un ligero aumento de las publicaciones sobre turismo médico a partir de 2004, lo que refleja una tendencia creciente (a excepción de 2012) lo que sugiere que esta área está ganando una creciente popularidad en la Academia. También muestra claramente que el interés entre

editores ha crecido constantemente desde 2004, ya que el número de revistas que publican artículos sobre turismo de salud y médico se ha duplicado o triplicado desde entonces.

El tremendo aumento en el número de artículos publicados en la presente década, especialmente a partir de los años 2010 y 2011 también fue mencionado en el trabajo de Hanefeld et al. (2014). Este incremento se explica por la aparición de una serie de números especiales en varias revistas académicas. En noviembre de 2010, el *Medical Anthropology Journal* publicó un número especial titulado "Medical travel". En segundo lugar, en mayo de 2011, *Anthropology and Medicine* publicó el número especial "¿Healing holidays? Itinerant patients, therapeutic locales and the quest for health". Asimismo, en 2011, *Tourism Review* publicó el número especial "Health and medical tourism" y otras revistas como *Global Social Policy*, *Body and Society* y *Signs* también dedicaron ediciones especiales al turismo médico en ambos años (Lunt et al., 2014). En resumen, la investigación sobre turismo médico durante el período analizado siguió una tendencia ascendente tanto en documentos científicos como en revistas, contribuyendo así a la difusión y el desarrollo del conocimiento y al ensamblaje de un corpus científico más sólido para futuras investigaciones.

Figura 6. Cuantificación de artículos y revistas científicas sobre el tema en las fuentes consultadas de 1931 a 2016



Fuente: De la Hoz-Correa et al. (2018)

La Tabla 4 ilustra las revistas con siete o más artículos científicos publicados sobre este tema. Se deben resaltar revistas como *Tourism Management*, *Reproductive Biomedicine Online*, *American Journal of Bioethics*, *British Medical Journal*, *Journal of Travel & Tourism Marketing*, *Globalization and Health* and

Current issues in Tourism que presentan más de 10 artículos publicados durante el período analizado. Estas revistas reflejan el interés que existe sobre este tema, especialmente entre revistas científicas enfocadas en la salud, bioética o turismo.

Tabla 4. Revistas con siete o más artículos sobre turismo médico entre 1931 y 2016

| Revistas | # artículos | % |
|--|--------------|-------------|
| Tourism Management | 23 | 2,2% |
| Reproductive Biomedicine Online | 18 | 1,7% |
| American Journal of Bioethics | 17 | 1,6% |
| British Medical Journal | 14 | 1,3% |
| Journal of Travel & Tourism Marketing | 13 | 1,2% |
| Globalization and Health | 12 | 1,1% |
| Current issues in Tourism | 11 | 1,0% |
| BMC Health Services Research | 9 | 0,8% |
| Canadian Family Physician | 9 | 0,8% |
| Iranian Journal of Public Health | 9 | 0,8% |
| Asia Pacific Journal of Tourism Research | 8 | 0,8% |
| Developing World Bioethics | 8 | 0,8% |
| European Journal of Health Law | 8 | 0,8% |
| Health Policy | 8 | 0,8% |
| Medical Anthropology | 8 | 0,8% |
| Anthropology and Medicine | 7 | 0,7% |
| Canadian Medical Association Journal | 7 | 0,7% |
| International Journal of Health Services | 7 | 0,7% |
| International Journal of Healthcare Management | 7 | 0,7% |
| Signs | 7 | 0,7% |
| Tourism | 7 | 0,7% |
| ... | ... | ... |
| TOTAL | 1.119 | 100% |

Fuente: De la Hoz-Correa et al. (2018)

Los autores realizan una cuantificación de las palabras clave encontradas con mayor frecuencia en los trabajos de investigación en esta área. Los hallazgos de esta revisión exhaustiva de la literatura en turismo médico revelan las palabras clave más comunes encontradas en los trabajos de investigación, aparte de las objeto de consulta (turismo médico y de salud) hacen referencia al acto de viajar para acceder a servicios médicos como "Atención médica" (35), "Viajes médicos" (32), "Atención médica transfronteriza" (22), "Salud" (13), "Tratamientos médicos" (13) y "Viajes médicos internacionales" (10). En segundo lugar, es también usual encontrar palabras clave que se refieren a países receptores de turistas médicos como "India" (19), "Tailandia" (15), "Malasia" (14), "China" (10) y países que exportan turistas médicos como "Canadá" (14). Además, otras palabras clave relevantes como "Turismo" (35), "Globalización" (34), "Cuidados reproductivos transfronterizos" (25), "Turismo reproductivo" (20), "Ética" (15),

"Política de salud" (14), "Calidad del servicio" (14), "Spa" (11), "Tecnología de reproducción asistida" (11), son palabras claves que aparecieron entre 11 y 35 veces. Estas palabras son seguidas en frecuencia por otras que se utilizan para identificar términos relacionados como Acreditación (10), "Intención de comportamiento" (10), "Paciente internacional" (10), "Salud pública" (10), "Turismo de células madre" (10) y "Turismo de trasplante" (10).

Una observación importante hasta ahora es que la investigación sobre turismo médico se ha centrado tanto en la comprensión del fenómeno como tal como en las repercusiones éticas, políticas y económicas en diferentes países y con un interés especial en la atención reproductiva. Del total de 1.498 palabras clave válidas, se encuentran múltiples términos que hacen referencia al mismo concepto, pero con diferentes palabras. Por ejemplo, en lugar de "Turismo médico", los autores han utilizado "Turismo de salud médica" (1) o "Movilidad médica" (1). Esto lleva a la conclusión, como lo señalan Connell (2013) y Chuang et al. (2014), que varios términos se utilizan de manera intercambiable para describir las prestaciones de servicios de salud de un país a otro, lo que genera confusión. Por lo tanto, la ambigüedad conceptual en la literatura académica sobre este tema permanece a pesar de los esfuerzos pasados por clarificar las definiciones y unificar la terminología.

Este análisis también revela una interconexión entre la investigación sobre el turismo médico y otros aspectos específicos del marketing, como el comportamiento del consumidor o la calidad del servicio, así como otros campos de estudio relacionados con cuestiones éticas, políticas o jurídicas derivadas de estas prácticas. También permite concluir que existe un gran potencial para que los investigadores incluyan factores como la imagen, las motivaciones o el análisis intercultural en sus trabajos.

Los autores también identificaron unas líneas de investigación futuras basándose en la frecuencia de aparición de las palabras claves y la constitución de grupos de palabras (Tabla 5). Dichas líneas aparecen descritas a continuación.

Tabla 5. Futuras líneas de investigación propuestas de los temas principales de turismo médico

| Palabras clave y temas principales | | Líneas de investigación potenciales |
|------------------------------------|----------------------|--|
| Cluster 1 | Ética y ética médica | Sigue existiendo un campo interesante de investigación sobre las consecuencias de la "mercantilización" en el cuidado de la salud y las presiones para la privatización de la salud en los países de partida y de destino. Los impactos negativos del turismo médico en la salud pública y la igualdad de acceso a la atención permanecen inexplorados. También existe una necesidad de realizar más análisis normativos sobre las cuestiones éticas que plantea esta práctica, consentimiento informado por parte, la responsabilidad del seguro, cuestiones relacionadas con la calidad y seguridad del paciente y |

| Palabras clave y temas principales | | Líneas de investigación potenciales |
|------------------------------------|---|--|
| | | seguimiento (después del tratamiento). |
| | Acreditación | Un tema importante es ¿cómo la acreditación afecta la elección del destino? También se necesitan más estudios sobre cómo crear valor y posicionamiento de marca de destinos y sobre la evaluación de las diferencias entre las instalaciones médicas (con/sin acreditación) para posibles turistas médicos. |
| | Turismo de trasplantes y de células madre | Explorar las políticas de obtención de órganos y las potenciales preocupaciones éticas y políticas asociadas. Esto también incluye los factores sociales y médicos subyacentes que fomentan el trasplante y el turismo de células madre. |
| | El papel de la confianza | El papel de la confianza en: a) la retención de clientes y su influencia en comportamiento turístico posterior a la prestación del servicio médico; b) la cadena de suministro y el papel de las fuentes de información en el desarrollo de esta confianza. |
| Cluster 2 | Turismo de salud, bienestar y spa | ¿Cómo afectan las tendencias en bienestar al mercado del turismo médico? Además, la integración de hoteles de bienestar, balnearios y destinos de turismo médico ofreciendo un paquete completo para turistas potenciales. |
| | Calidad del servicio | Se necesitan más estudios que evalúen qué características de la calidad del servicio médico influyen en los procesos internacionales de toma de decisiones de pacientes a nivel internacional. |
| Cluster 3 | Turismo | La relación entre los servicios médicos y las actividades turísticas y su efecto en otras modalidades de turismo, como eventos o turismo cultural. |
| | Servicios de salud y cuidado de la salud | Se necesita más información para comprender el sector de la salud en los países de destino y origen, y su impacto en este tipo de turistas. |
| | Salud pública | Explorar las consecuencias de la prestación de servicios médicos en otros sistemas de salud y sus costes para estos sistemas así como las particularidades de los sistemas de atención médica. |
| | Tratamiento médico | La importancia de las características del turista médico a la hora de decidir tratamientos médicos y destinos. |
| | Viaje médico internacional | El impacto de la distancia de desplazamiento en la decisión de viajar. Además, no se encuentran aún disponibles datos completos y precisos sobre el mercado, destinos, servicios y procedimientos del turismo médico. |
| Cluster 4 | Subrogación | Se necesita más debate sobre las cuestiones sociales, éticas y políticas derivadas de estas prácticas con diferentes puntos de vista de los actores involucrados (pacientes, políticos o intermediarios). Análisis comparativos entre diferentes subdominios de turismo médico con respecto a los retos de las distintas cuestiones éticas, médicas y regulaciones en determinadas intervenciones (ej. reproducción asistida). |
| | Reproducción asistida | |
| | Turismo reproductivo | |
| CI | Marketing | El boca-oído como una herramienta de marketing potencial, |

| Palabras clave y temas principales | | Líneas de investigación potenciales |
|------------------------------------|----------------------------|---|
| | | estrategias de marketing en diferentes países, avances tecnológicos y el efecto de la fijación de precios en la demanda de servicios médicos. |
| | India, Malasia y Tailandia | Se necesitan enfoques transculturales en destinos diferentes a los ya estudiados y que son habituales. Además, investigaciones más precisas relacionadas con el comportamiento del destino, especialmente en lo que respecta a la satisfacción y la lealtad del destino, así como a la relación entre las creencias del cliente y las características del destino en la decisión de viajar. |
| Cluster 6 | Globalización | La digitalización de la comunicación, la liberalización de las finanzas del turismo médico y los efectos de las fuerzas de la globalización en su cadena de suministro. |
| | Políticas públicas | Cómo las restricciones a los proveedores de servicios de salud extranjeros, las inversiones extranjeras directas y la regulación en los seguros afectan la demanda del turismo médico. |
| | Pacientes internacionales | Más estudios sobre las características de los pacientes, el número que viaja al extranjero para obtener nuevos tratamientos en cirugía estética y cuidado dental, así como modelos más completos de decisión sobre el turismo médico, que incluyan fuentes de información y percepciones. |

Fuente: De la Hoz-Correa et al. (2018)

De la Hoz-Correa et al. (2018) concluye que el estudio del turismo médico ha ampliado su enfoque desde 1987 cuando Goodrich y Goodrich publica su trabajo relacionado con turismo de salud. Durante este período, la investigación en turismo médico ha seguido una tendencia al alza gracias a la aparición de numerosos documentos y revistas que contribuyen a la difusión y al desarrollo del conocimiento sobre este tema, así como a la formación de un corpus científico sólido para futuras investigaciones. Este aumento de publicaciones en turismo médico desde 2010 refleja una tendencia constante, siendo el año 2015 cuando se publican la mayor cantidad de documentos científicos enfocados en este tema. Este comportamiento sugiere que el turismo médico está ganando cada vez más reconocimiento en el mundo académico. Los hallazgos de este estudio también revelan la gran variedad de palabras clave utilizadas en este campo y también evidencia la actual falta de consenso con respecto a una definición "adecuada" del término y la necesidad de proporcionar una terminología coherente en el campo. Otro hallazgo es que los autores más destacados suelen colaborar, lo que aumenta el impacto potencial de sus publicaciones entre la comunidad científica. Del mismo modo, los autores con pocos artículos se citan con mayor frecuencia que aquellos con un mayor número debido a la publicación en revistas de alto impacto.

La mayoría de los documentos identificados en el estudio usualmente no están relacionados con otras áreas específicas de marketing, como la calidad del servicio, estudios *cross-culturales* o interculturales, las fuentes de información,

entre otros. Esto implica un desafío para la comunidad científica y evidencia la necesidad de análisis más completos sobre por ejemplo el proceso de toma de decisiones, el papel de los intermediarios y el lugar de estos servicios dentro del turismo (vínculos con hoteles, aerolíneas y agencias de viajes) y salud global (Connell, 2013).

Se concluye también que la investigación en turismo médico desde el punto de vista académico está muy relacionada no sólo con la propia atención médica, el turismo de salud o los viajes médicos, sino también con el proceso de globalización, la ética, procedimientos sensibles (por ejemplo, turismo de maternidad subrogada, turismo reproductivo o turismo de fertilidad) y específicos sobre ciertos destinos (por ejemplo, India, Malasia, Tailandia y Canadá).

Esto implica que hay una ligera distancia entre los temas principales abordados en la literatura académica y los intereses del sector empresarial, pues el segundo se encuentra orientado a cuestiones más prácticas como los factores motivacionales o los riesgos (Crooks et al., 2010). Además, de los seis conglomerados de redes temáticas extraídos, los grupos 4 y 5 verán un desarrollo importante en los próximos años debido a su reciente discusión e interés en la literatura científica. El análisis también revela, como señalan Hanefeld et al. (2014), que temas tales como “Reproducción Asistida” y “Turismo de Fertilidad” tendrán un papel central en estudios futuros sobre turismo médico.

Capítulo 2.

VARIABLES RELEVANTES EN LOS
MODELOS DE TOMA DE
DECISIONES DEL TURISTA
MÉDICO

2.1 Imagen de un destino

La imagen de destino ha sido objeto de investigación durante muchos años. Tomando como base las diferentes definiciones existentes, trataremos de dilucidar sus principales características. El trabajo pionero de Hunt en 1975 (p. 1) la definió como "las percepciones que los visitantes potenciales tienen sobre un destino". La definición de Bojanic es específica para destinos en el extranjero, refiriéndose a la imagen como "las impresiones que una persona o personas tienen sobre un país en el que no residen" (1991, p.335), también Qu, Kim, & Im, (2011) la define como las percepciones sobre el lugar reflejadas en las asociaciones guardadas en la memoria del turista. Según varios autores, es un constructo multidimensional y dinámico lo que significa que puede cambiar con el tiempo y que existe la posibilidad de pasar de percepciones negativas a positivas (Baloglu y McCleary, 1999a, 1999b; Gallarza, Saura y García, 2002). Se trata por tanto de un proceso continuo (McCartney, 2008).

Se acepta comúnmente que la imagen de destino es en última instancia un producto de percepciones subjetivas, un sistema interactivo de creencias, ideas, conocimientos, impresiones, percepciones, prejuicios, opiniones, sentimientos o representaciones mentales, entre otros (Crompton 1979; Baloglu y McCleary, 1999a; Frías et al., 2012; Tasci, Gartner, y Tamer, 2007). Algunos autores lo definen como un juicio (Byon y Zhang, 2010) que se relaciona con todas las evaluaciones posibles hacia los atributos turísticos percibidos del destino. Otros consideran a la imagen como una actitud precursora de otras variables relacionadas con el comportamiento del individuo, como la intención (Um y Crompton, 1990).

Si consideramos a la imagen como una evaluación, esto significa que debe estar formada por varios componentes. En ese sentido, la definición de Crompton (1979) aclara qué componentes constituyen la imagen. Este autor considera que la imagen es la suma de las creencias cognitivas y las impresiones afectivas que un individuo posee de un destino particular. En la misma línea, Baloglu y McCleary (1999a, p. 870) la define como "una representación mental del conocimiento (creencias), sentimientos e impresión global" que transmite un destino turístico. A partir de esas definiciones podemos inferir que la imagen de destino está compuesta por al menos dos constructos distintos que se denominan evaluaciones cognitivas y afectivas, clasificación que se mantiene vigente hasta hoy (Gallarza et al., 2002; Pike, 2002; Hosany, Ekinci, & Uysal, 2007; Chen & Tsai, 2007).

Sin embargo, Echtner (1991) va más allá e incluye en su definición tanto estas percepciones de atributos individuales de un destino, como la impresión holística o global que se hace sobre el mismo. Estas distintas percepciones, en última instancia, forman una impresión global. Además, la imagen puede ubicarse en un continuo que varía desde los aspectos generales de los destinos

hasta las características únicas que posee un destino. Cada individuo posee de alguna manera una imagen mental y al mismo tiempo existe una imagen mental común, o estereotipo, sobre ese destino.

Algunos autores hacen hincapié en los factores que pueden afectar a esta imagen. Por ejemplo, Bojanic (1991) sostiene que la imagen del país se forma mediante publicidad y promoción, noticias, conversaciones con amigos y parientes, agentes de viajes y experiencias pasadas. Baloglu (1997) sostiene que se forma procesando información de varias fuentes a lo largo del tiempo y Tasci y Gartner (2007) que se forma sobre la base de pistas de información entregadas por los agentes de formación de imágenes y seleccionadas por una persona. Otra definición infiere que la imagen es el punto de partida para evaluar otros aspectos del marketing, como la calidad o la intención. Por su parte, la Organización Mundial del Turismo (1998) la define como "las ideas o conceptos que se mantienen a nivel individual y colectivo y constituyen un conjunto de expectativas y percepciones que un turista potencial podría tener sobre un destino".

Como podemos ver, hay múltiples definiciones, pero todas coinciden en que la imagen es una simplificación o una interpretación subjetiva de la realidad (Bigné, Sánchez y Sánchez, 2001) realizada por la mente del individuo en función de todas las asociaciones (cognitivas o emocionales) relacionadas con un lugar (Moreno, Beerli y Ledesma, 2012). Además, es un componente clave en el turismo. Debido a la intangibilidad del servicio turístico, las imágenes se vuelven más importantes que los recursos tangibles porque las percepciones más que la realidad objetiva son las que motivan a los consumidores a actuar de cierta manera (Gallarza, Saura y García, 2002).

La construcción de imágenes también es un factor clave en el posicionamiento del destino, especialmente en el competitivo mercado global actual donde los destinos continuamente intentan proyectar tantos atributos positivos de imagen como sea posible (McCartney, 2008). En este contexto, Moreno et al. (2012) argumentan que posicionar un destino turístico implica establecer un lugar distintivo para ese destino en la mente del individuo y ajustar los atributos de un destino a las necesidades de uno o más segmentos del mercado. La clave es generar una imagen clara, atractiva y fuerte, ya que una imagen general no es efectiva pues se puede encontrar en varios lugares (San Martín y Rodríguez, 2010; Moreno et al., 2012). Conocer los factores que influyen en él ayudaría a identificar los mercados objetivo y decidir qué imagen debería promocionarse a qué segmento del mercado.

2.1.1 Dimensiones de la imagen

Después de evaluar todas las definiciones propuestas por los investigadores sobre la definición de la imagen de un destino, vemos que la imagen usualmente se considera un concepto formado por al menos dos componentes principales:

cognitivo y afectivo (Baloglu y Brinberg 1997; Baloglu y McCleary, 1999a, 1999b; Gartner 1993; Bigné et al., 2001; Qu et al., 2011, entre otros).

El enfoque dual cognitivo y afectivo permite a los investigadores explicar de manera más completa los diferentes tipos de asociaciones que un turista puede crear en su mente. Estas asociaciones no se limitan a los atributos físicos, sino que también incluyen todo un conjunto de experiencias emocionales como sorpresa, emoción o placer, entre muchos otros (San Martín y Rodríguez, 2010, p. 6). Esta dicotomía cognitiva vs. afectiva se usa en el marketing y el comportamiento del consumidor para expresar la base sobre la cual se sustentan la mayoría de las creencias y sentimientos (Baloglu y Brinberg, 1997).

- **Dimensión cognitiva**

Todos los autores coinciden en que el aspecto cognitivo de la imagen está compuesto esencialmente por creencias y conocimiento sobre los diferentes atributos del destino. Esta dimensión comprende todas las características funcionales relacionadas con los atributos tangibles de un destino (Echtner, 1991; Gartner, 1993; Baloglu y McCleary, 1999a, 1999b; San Martín y Rodríguez, 2008; Yacout y Hefny, 2014; Beerli y Martín, 2004; Moreno, Beerli y Ledesma, 2012; Khan, Chelliah y Haron, 2016).

Las características directamente observables de la dimensión cognitiva incluyen los paisajes, lugares de interés, el precio (Echtner, 1991), actividades, experiencias (Beerli y Martín, 2004), servicios e infraestructura. Estos atributos son los que en primer lugar atraen a los visitantes potenciales. Un consenso general indica que el componente cognitivo es un antecedente del componente afectivo (Anand, Holbrook y Stephens, 1988; Erickson, Johansson y Chao, 1984; Stern y Krakover, 1993) y goza de mayor favorabilidad por parte de los investigadores en la caracterización de un destino debido a la facilidad de su medición (Khan, Chelliah y Haron, 2016).

La imagen cognitiva usualmente incluye factores como: infraestructura, entorno social y político, entorno natural, atracción y relación calidad-precio (Baloglu y McCleary, 1999a; Beerli y Martín, 2004). Beerli y Martín (2004) realizaron una revisión de las atracciones y los atributos incluidos en la imagen existente de las escalas de destino y clasificaron todos los factores que influyen en las evaluaciones de imagen realizadas por los individuos en nueve dimensiones (Ver Tabla 6). Ocho de ellos pueden entenderse como dimensiones de la imagen cognitiva y una con algunos aspectos que miden la dimensión afectiva (atmósfera del lugar).

Tabla 6. Dimensiones de la imagen cognitiva

| Recursos naturales | Infraestructura general | Infraestructura turística |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Clima Temperatura Lluvia Humedad Horas de sol - Playas Calidad del agua de mar Playas arenosas o rocosas Longitud de las playas Masificación de playas - Riqueza del campo Reservas naturales protegidas Lagos, montañas, desiertos, etc. Variedad y singularidad de la flora y la fauna | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y calidad de carreteras, aeropuertos y puertos - Instalaciones de transporte privado y público - Desarrollo de servicios de salud - Desarrollo de las telecomunicaciones - Desarrollo de infraestructuras comerciales - Alcance del desarrollo de la infraestructura | <ul style="list-style-type: none"> - Hoteles y alojamientos Número de camas Categoría Calidad - Restaurantes Número Categoría Calidad - Bares, discotecas y clubes Facilidad de acceso al destino Excursiones en el destino Centros turísticos Red de información turística |
| Ocio y recreación | Cultura, historia y arte | Factores económicos y políticos |
| <ul style="list-style-type: none"> - Parques temáticos - Entretenimiento y actividades deportivas: golf, pesca, caza, esquí, buceo, etc. - Parques acuáticos, zoológicos, trekking, casinos, vida nocturna, compras, etc. | <ul style="list-style-type: none"> - Museos, edificios históricos, monumentos, etc. - Festival, conciertos, etc. - Artesanía - Gastronomía - Religión | <ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad política - Tendencias políticas - Desarrollo económico - Seguridad: índice de delincuencia, ataques terroristas. - Precios |
| Ambiente natural | Ambiente social | Atmósfera del lugar |
| <ul style="list-style-type: none"> - Belleza del paisaje - Atractivo de las ciudades y pueblos - Limpieza - Contaminación atmosférica y acústica - Congestión del tráfico | <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalidad y amabilidad de los residentes locales. - Pobreza - Calidad de vida - Barreras del idioma | <ul style="list-style-type: none"> - Destino de lujo - De moda - Buena reputación - Orientado a la familia, - Exótico, místico, relajante, lleno de tensión, divertido, agradable, aburrido, atractivo o interesante |

Fuente: Beerli y Martín (2004)

• **Dimensión afectiva**

A pesar de la creciente popularidad en el uso del componente cognitivo para medir la imagen, existen numerosos autores que argumentan que el destino turístico no debe ser entendido únicamente por su imagen cognitiva, ya que un

turista puede desarrollar un vínculo emocional con un determinado destino (Byon y Zhang, 2010).

La dimensión afectiva está relacionada con las características psicológicas que contienen aspectos intangibles (Echtner, 1991). Esta dimensión está relacionada con las emociones que un destino turístico puede evocar, como el placer o la emoción (Yacout y Hefny, 2014; San Martín y Rodríguez, 2008). Otros autores se refieren a ella como los sentimientos asociados a lo que conocemos sobre un lugar (Baloglu y McCleary, 1999a, 1999b; Beerli y Martín, 2004; Baloglu y Brinberg, 1997; Byon y Zhang, 2010; Moreno et al., 2012). Estas emociones evocadas pueden ser positivas, neutrales o negativas y se transforman en imágenes y recuerdos (Mehrabian y Russell, 1974, Marinao, Vilches-Montero, y Chasco, 2015).

Un consenso general derivado de múltiples estudios (por ejemplo, Gartner, 1993, Stern y Krakover, 1993; Baloglu y Brinberg, 1997; Baloglu, 1998; Baloglu y McCleary, 1999a; Bigné et al., 2001; Beerli y Martín, 2004; Moreno, Beerli y Ledesma, 2012) confirma que ambos constructos (imagen cognitiva e imagen afectiva) están relacionados jerárquicamente y que las respuestas afectivas dependen de la evaluación cognitiva de los objetos. Esto sugiere que, aunque se hace una distinción entre las dos dimensiones, también están interrelacionadas (Baloglu y McCleary, 1999a).

Uno de los primeros trabajos enfocados en analizar cómo medir este componente afectivo fue el de Russell y Pratt (1980) quienes desarrollaron un modelo sobre las evaluaciones afectivas relacionadas con un destino turístico. El modelo contenía dos dimensiones bipolares, que incluyen: (1) dimensión agradable-desagradable y excitante-aburrido; y (2) dimensión emocionante-triste y relajante-estresante. Usando el método de escalamiento multidimensional, Baloglu y Brinberg (1997) probaron el modelo de Russell y confirmaron la existencia de estos dos aspectos afectivos bipolares, proporcionando evidencia empírica para la generalización del modelo en un contexto turístico.

- **Imagen Global**

También existe un consenso que establece que la combinación de estos dos elementos forma la imagen global, general u holística. Esta afirmación se puede encontrar en diversos trabajos como el de Gartner (1986) que concluye que las percepciones de las personas sobre diversos atributos forman una imagen global. El trabajo de Um y Crompton (1990) también menciona el componente holístico, definiendo la imagen como un único constructo y Echtner (1991) conceptualiza la imagen del destino en términos de impresiones holísticas en lugar de un listado de atributos.

Otros trabajos como los Baloglu y McCleary (1999a), Baloglu y Mangalolu, (2000) afirman que la imagen general de un lugar se forma como resultado de las percepciones cognitivas y afectivas de ese lugar o el de Stern y Krakover (1993) miden la formación de la imagen de una ciudad a partir de elementos afectivos y cognitivos. Estos estudios reconocen la existencia de evaluaciones tanto cognitivas como afectivas y generales de un lugar y proporcionan apoyo de la interrelación entre los distintos componentes en la formación de la imagen global.

En todo caso, la existencia de diferentes enfoques para medir la imagen de un destino depende de indicadores y variables que se pueden clasificar de diferente manera. Echtner y Ritchie (1991) propusieron una lista de atributos para medir las características de un destino, divididos en dos clases: las características funcionales (por ejemplo, decorados, instalaciones, actividades y alojamientos) y psicológicas (por ejemplo, personas amigables, sentimientos y atmósfera). El aspecto funcional estaba relacionado con aspectos más tangibles y las características psicológicas incluían aspectos más intangibles (como el, afectivo). Ambos componentes conforman el aspecto global, en línea con estudios previos que sugieren que la medición de la imagen del destino consiste en aspectos tanto cognitivos como afectivos (Baloglu y Bringer, 1997; Beerli y Martín, 2004; Byon y Zhang, 2010; Qu, Kim e Im, 2011).

Para Gartner (1993) existe incluso otro componente conativo en la imagen de destino que es análogo al comportamiento, y corresponde a la acción. Según el autor, solo después de procesar toda la información interna y externa, las personas tomarán una decisión.

2.1.2 Formación de la imagen de destino

Antes de analizar cómo se forma la imagen de un destino, es necesario reconocer que la imagen se puede formar en tres niveles. Según varios investigadores en turismo (Fakey y Crompton, 1991; Gunn, 1988; Byon y Zhang, 2010) estos niveles comprenden la imagen orgánica, imagen inducida e imagen compleja (

Tabla 7) que dependen de la experiencia del individuo con el destino (Byon y Zhang, 2010).

La principal diferencia entre la imagen orgánica y la imagen inducida reside en la intención o motivación del individuo de viajar. En otras palabras, cualquier individuo puede tener una imagen orgánica hacia un destino particular, aunque el individuo no tenga la intención de viajar al destino; mientras que las personas con una intención específica de visitar el destino buscarán a propósito información de viaje a través de diferentes materiales promocionales y así obtener una imagen inducida (Gunn, 1988)

Tabla 7. Niveles de la imagen

| Niveles de la imagen | Fuentes |
|----------------------|--|
| Imagen orgánica | Fuentes de información no comerciales, como libros de geografía, informes de televisión, noticias, amigos y familiares. |
| Imagen inducida | Fuentes de información comercial / específica del turismo tales como folletos, sitios web, agentes de viajes, operadores turísticos. |
| Imagen compleja | Resultado de la experiencia directa con el destino |

Fuente: Gunn (1988), Fakeye y Crompton (1991), Byon y Zhang (2010)

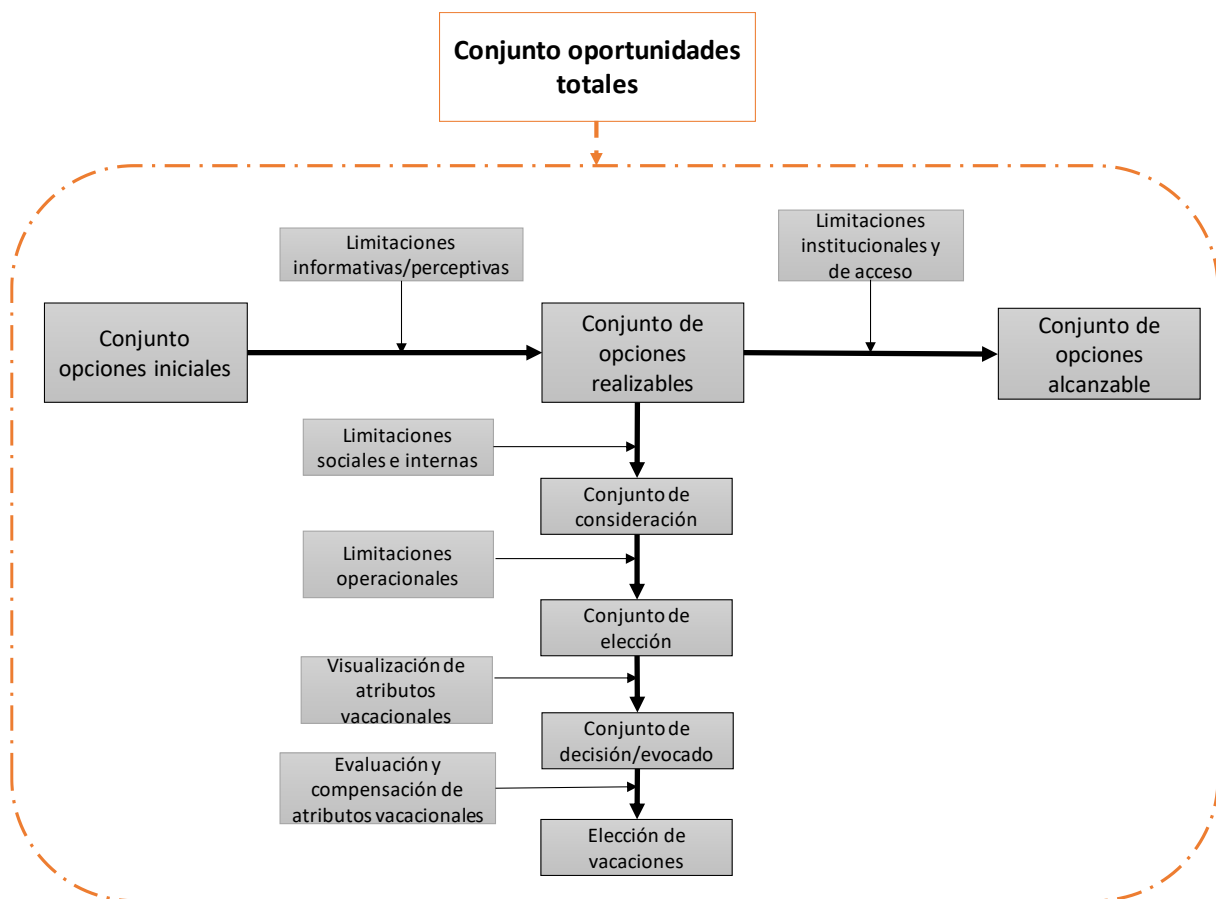
Por otro lado, Bramwell y Rawding (1996) identifican dos tipos diferentes de imagen; la imagen proyectada que está relacionada con las ideas e impresiones de un lugar que son transmitidas a través de los canales de comunicación y están disponibles para que las personas las consulten. Por otro lado, se encuentra la imagen recibida cuando los consumidores establecen un “filtro personal” donde intervienen aspectos como la personalidad, conocimientos previos, necesidades, motivaciones, formando sus propias representaciones o construcciones mentales.

En muchas ocasiones, los países intentan desarrollar una imagen inducida sin conocer en profundidad su proceso de formación, los factores de influencia y la relación entre la imagen y los diferentes productos integrados en el destino (Moreno, Beerli y Ledesma, 2012). Una corriente de investigación que se inicia en los años 80's ha examinado cómo se forman las imágenes de destino a partir de sus principales antecedentes y cómo impactan en otros constructos. Uno de los primeros en abordar el tema fue Gunn (1988), quien afirma que el proceso de formación de la imagen consta de las siguientes etapas: (1) la acumulación de imágenes mentales del destino, formando así una imagen orgánica, (2) modificar la imagen inicial después de más información, formando así una imagen inducida, (3) decidir visitar el destino, (4) visitar el destino, (5) compartir el destino, (6) regresar a casa, y (7) modificar la imagen de acuerdo a la experiencia en el destino. Sobre esta base, el autor distingue dos tipos de imágenes, orgánicas e inducidas. En la misma línea está el trabajo de Echtner (1991, p. 2), quien al analizar el proceso de formación de imágenes sugiere que las personas pueden tener una imagen de destino antes de visitar un lugar o incluso después de estar expuestas a fuentes de información más comerciales.

Años más tarde Gartner (1993) describe el proceso de formación de imágenes como un continuo con diferentes agentes que actúan simultáneamente para formar una imagen de destino en la mente del individuo. Basado en estos trabajos previos, postula tres tipos de conjuntos en un continuo (Ver Figura 7). El primero es el “conjunto de opciones iniciales” que está formado por el

universo de posibles destinos. Sin embargo, algunos destinos no se consideran debido a que existe una baja percepción del destino en la mente del turista que toma la decisión o debido a otras restricciones como dinero, tiempo, etc. A continuación, los destinos restantes forman el "conjunto de opciones realizables". Este conjunto de destinos va reduciéndose paso a paso al "conjunto de consideraciones", el "conjunto de elecciones", el "conjunto evocado" y, finalmente, el "conjunto de decisiones" al evaluar los atributos de destinos afectivos y cognitivos y los beneficios esperados. Se realiza una evaluación final de todos los destinos restantes en el "conjunto de decisiones", lo que resulta en la elección del destino final formando así el "conjunto de opciones alcanzables". A partir de este modelo, podemos inferir que la conciencia del destino es clave para incluir ese destino en el "conjunto de opciones" y solo los destinos con imágenes fuertes y que poseen atributos considerados importantes para el individuo seguirán siendo viables para la selección.

Figura 7. Formación de la imagen de destino de acuerdo a Gartner (1993)



Fuente: Gartner (1993)

Adicionalmente Stern y Krakover (1993), Baloglu y McCleary (1999a) distinguieron dos tipos de determinantes que incluyen factores estímulo

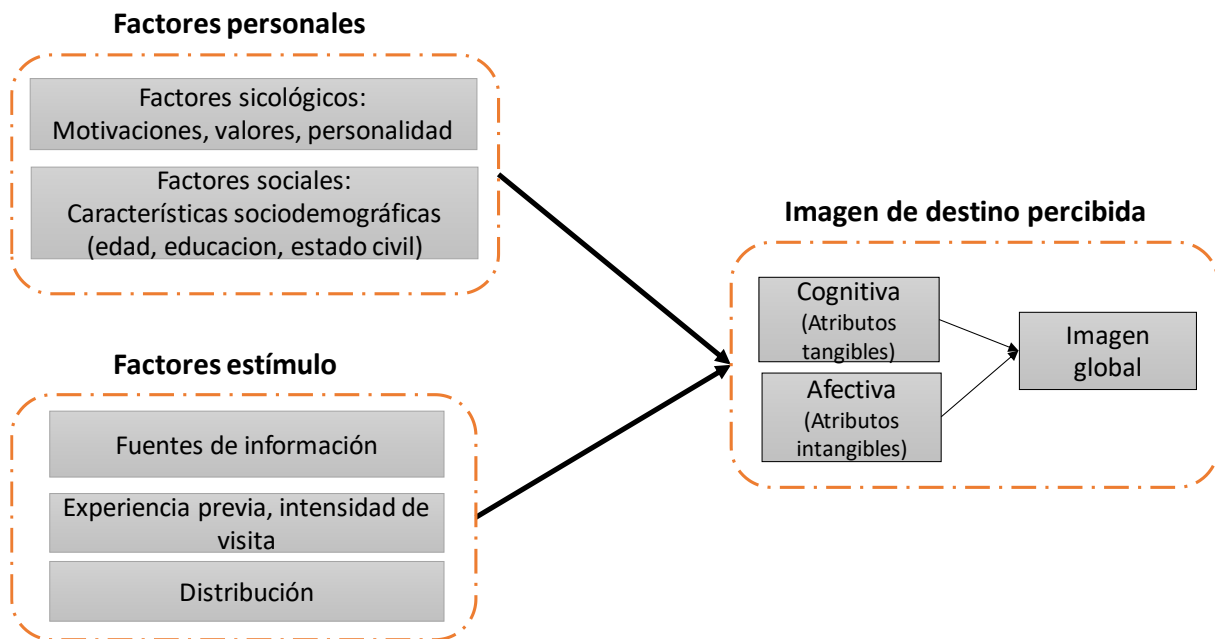
(fuentes de información, experiencia previa y distribución) y factores personales (motivación, características sociodemográficas) que influyen en la formación de las imágenes de destino. Según el modelo propuesto por Stern y Krakover (1993), la formación de la imagen de destino se ve influida no solo por la información obtenida de diferentes fuentes, sino también por las características del individuo. De acuerdo con ese modelo, las características tanto de la información externa recibida como del individuo afectan a las interrelaciones entre los estímulos percibidos del entorno, dando lugar a una imagen compuesta. Este sistema refleja la organización cognitiva que filtra la percepción.

Baloglu y McCleary (1999a) también argumentan que la imagen está formada principalmente por dos fuerzas principales: factores de estímulo y factores personales. Los factores de estímulo son los objetos físicos y la experiencia previa, mientras que los factores personales son las características sociales y psicológicas del perceptor. La revisión bibliográfica de las influencias en la imagen del destino reveló tres determinantes principales que existen en ausencia de visitas reales o experiencias previas: motivaciones turísticas, sociodemográficas y diversas fuentes de información. En este sentido, estos últimos representan variables de estímulo mientras que las motivaciones y sociodemográficas representan las características del consumidor en el modelo general de formación propuesto (Ver Figura 8).

En esta línea, Beerli y Martín (2004) años después desarrollaron y validaron un modelo basándose en estos postulados y diferenciando entre usuarios nuevos y usuarios recurrentes. Según Beerli y Martín (2004, p.674) las fuentes de información son importantes en todo este proceso porque influyen en la formación de percepciones y evaluaciones y determinan los destinos que se considerarán como posibles alternativas. Además, los factores personales afectan la organización cognitiva de las percepciones, lo que también influye en las percepciones del entorno y la imagen resultante.

Estos autores descubrieron que las fuentes de información inducidas tienen poca influencia en la imagen formada tras la visita, excepto en el caso de la información obtenida por medio de las agencias de viaje. Por lo tanto, existen diferencias en la información obtenida por diversas fuentes y la percepción de las diferentes dimensiones de la imagen. Adicionalmente encuentran que las motivaciones influyen en la dimensión afectiva y que las características sociodemográficas (género, nivel educativo, clase social y país de origen) afectan parcialmente algunas dimensiones cognitivas y afectivas.

Figura 8. Modelo de la formación de imagen de un destino



Fuente: Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004), McCartney (2008)

Con respecto a la imagen proyectada de los destinos de turismo médico, Chang y Beise-Zee (2013, p. 35) señala que estamos "presenciando la medicinización de los destinos turísticos, o más bien, el enfoque en las propiedades terapéuticas científicamente reconocidas de dichos destinos para propósitos de marketing". Varios destinos en Asia y Europa promueven los beneficios curativos de sus recursos naturales (por ejemplo, agua termal) para condiciones médicas específicas; otros promueven sus servicios de alta calidad a costes más bajos. Sin embargo, los autores afirman que las percepciones de imágenes favorables de un determinado destino no se formarán mediante la medicinización de dichos lugares debido a tres razones: a) los consumidores prefieren evitar los servicios médicos; b) los beneficios médicos no pueden ser experimentados fisiológicamente antes de la visita y c) la salud es la suma de una condición médica y el estado de bienestar de una persona. En consecuencia, los destinos deben presentar cualidades, atracciones, características que coincidan con la creencia de lo que es saludable para su público objetivo.

Derivado de esto, podemos decir que el componente cognitivo y el componente afectivo deben ser igual de importantes. Por lo general, al pensar en un destino médico pensamos en países con atractivos y extensos paisajes, con fuertes orígenes históricos, místicos o religiosos, pero los países que no tienen este tipo de atracciones deben asegurar a los turistas que el destino realmente ofrece beneficios para la salud. Entre los factores que caracterizan a esos destinos se encuentran: infraestructuras de atención médica favorables, clima, instalaciones de entretenimiento, calidad en el servicio por parte del personal de atención

médica, así como coste razonable de alojamiento, transporte y honorarios médicos (Sultana, Haque, Momen y Yasmin, 2014, p. 869)

Hasta la fecha, sin embargo, son escasas las investigaciones centradas en el área de turismo médico, en particular en el estudio de los factores que se consideran importantes o que factores específicos se deben incluir en la medición del componente cognitivo y afectivo.

2.2 Motivaciones

2.2.1 Definición y teorías

Las motivaciones se pueden definir como un estado mental (Moreno, Beerli y Ledesma, 2012) o una necesidad (Beerli y Martín, 2004) que impulsa a un individuo a actuar de cierta manera. Cuando una persona toma la decisión de viajar por placer, lo hace por diferentes razones o motivos, entendiendo estos como fuerzas internas que reducen el estado de tensión (Beerli y Martín, 2004) y explican la decisión de viajar. Las necesidades son los factores desencadenantes para la existencia de las motivaciones. Cuando surge una necesidad, el deseo de satisfacer esta necesidad motiva al individuo hacia una acción particular (Khan, Chelliah y Haron, 2016). Por esta razón, la motivación se considera un punto de partida para entender el comportamiento de los turistas y como una herramienta para segmentar el mercado turístico (De la Hoz-Correa, 2012).

Uno de los primeros trabajos relacionados con la teoría de la motivación es el de Maslow (1970). Maslow propuso una jerarquía de necesidades de cinco etapas: necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales, de autoestima y de autorrealización. Cuando se satisface la necesidad más básica, el individuo se encuentra motivado para satisfacer la siguiente. Siete años más tarde, Dann (1977) desarrolló un modelo de decisión de viaje que incorpora factores *push* y *pull*. Los términos *push* y *pull* se han utilizado comúnmente para explicar las motivaciones fundamentales que guían el comportamiento del turista. Saiprasert (2011) después de revisar el trabajo de Dann y la literatura posterior en el área de turismo concluye que los factores *push* son inmateriales, deseos intrínsecos, relacionados con el proceso cognitivo que impulsa al individuo a viajar. Esos factores incluyen el deseo de escapar, búsqueda de experiencias novedosas, de aventuras, realización de sueños, autoexploración, descanso y relajación, salud y estado físico, prestigio y socialización.

Por otro lado, los factores *pull* son fuerzas externas caracterizadas por atributos tangibles e intangibles de los destinos tales como las atracciones históricas, el entorno físico, la infraestructura, las instalaciones deportivas y recreativas, la comida local y las personas. Estos factores atraen al individuo y definen la selección del destino. En conclusión, las fuerzas internas empujan a las personas a viajar mientras que las fuerzas externas las impulsan a elegir un destino en particular (Khan, Chelliah y Haron, 2016).

También podemos encontrar el trabajo realizado por Kotler en 1982 en el que se identifican tres etapas que explican la intención de compra de los productos: 1) estímulos internos o externos que desencadenan una predisposición hacia un producto, 2) una consideración de las necesidades que puede suplir la compra de un producto en particular y 3) activación del deseo después del reconocimiento de la necesidad. Con base en la jerarquía de necesidades de Maslow, Pearce (1988) desarrolló un modelo conocido como "Travel Career Ladder". En este modelo, las motivaciones de los turistas varían de un grupo a otro y los individuos pueden tener diferentes motivos para tomar unas vacaciones.

Basándose en el estudio de Dann, Crompton (1979) identificó nueve motivos, siete de los cuales se identifican como factores de empuje o *push* que son: el deseo de escape, descanso y relajación, aventura, interacción social, salud o prestigio. Los dos restantes que se identifican como *pull*, son la novedad y la educación. Adicionalmente, Fodness (1994) desarrolló una escala de 65 ítems de motivaciones de viaje agrupados en cuatro funciones básicas: 1) conocimiento (por ejemplo, el deseo de conocer lugares históricos y culturales), 2) utilitario (por ejemplo, escape de la rutina y las responsabilidades diarias), 3) interacción social y 4) la autoexpresión (aumentar la autoestima y el ego). Fodness argumenta además que la teoría de la motivación es un proceso dinámico de factores internos que generan tensión y hacen que los individuos actúen de alguna forma para reducir esa tensión. Estas motivaciones serán identificadas y descritas a continuación.

2.2.2 Motivaciones de los turistas médicos

Tal como se definió en el capítulo anterior, el turismo médico se considera una integración de los servicios del sector médico y el sector turístico en un destino determinado. Hay varios estudios que han tenido como objetivo explorar las motivaciones asociadas con los viajes médicos, pero casi todos son exploratorios, por lo que no proporcionan un marco que pueda usarse para comprender la motivación del turista médico (Khan, Chelliah y Haron, 2016).

Después de revisar la literatura sobre el tema, podemos observar que para varios autores el componente de ocio es igualmente importante para entender por qué los turistas médicos están motivados para seleccionar ciertos destinos sobre otros. Según Chew y Darmasaputra (2015), es importante entender dos tipos diferentes de motivación: la relacionada con viajar para obtener servicios médicos y la relacionada con la búsqueda de actividades de ocio en el destino. Los beneficios percibidos en ambas áreas pueden influir en la elección de un destino.

La motivación de los turistas médicos podría verse como una posición entre los valores individuales y los estilos de vida (Chen, Prebensen y Huan, 2008). Según Khan, Chelliah y Haron (2016), las motivaciones de viajeros médicos

internacionales se podrían clasificar en tres grupos: (i) relacionados con el procedimiento, (ii) relacionados con viajes y (iii) relacionados con los costes.

Runnels y Carrera (2012) desarrollaron una jerarquía de necesidades de atención médica -de la misma manera que Maslow lo hizo- para explicar las motivaciones en el turismo médico (Ver Figura 9). La necesidad no satisfecha que motiva a un individuo a viajar poder ser derivada de un "tratamiento médicamente necesario" (por ejemplo, un trasplante o una cirugía de corazón) que podría no estar disponible o ser demasiado costoso en el país de origen, o una necesidad derivada de una intervención que no resulte de vital importancia, pero que mejore la salud del individuo.

Figura 9. Jerarquía de necesidades de atención médica



Fuente: Runnels y Carrera (2012)

Si seguimos la distinción hecha por Dann en 1977, podemos dividir las motivaciones del turista médico en *push* y *pull*. Con respecto a los factores de "pull", en su mayoría están asociados con el país de destino y tienen que ver con los atributos del propio destino. Estos factores pueden ser entre otros, el boca a boca de amigos o parientes, anuncios, precios atractivos o experiencia del médico especialista, la mayor facilidad para realizar viajes internacionales, el aumento de la frecuencia de vuelos a los principales destinos turísticos, mayor agilidad en las solicitudes de visado para turistas médicos y los servicios ofrecidos por facilitadores de turismo médico (Khan, Chelliah, y Haron, 2016, pág. 137), tipos de cambio favorables (Lee, Han y Lockyer, 2012) o el conocimiento acerca de la tecnología que se utiliza en una instalación médica específica de destino.

Por otro lado, dentro de los factores “push” podemos encontrar el ahorro, búsqueda de mayor calidad o menores tiempos de espera. Todos estos factores se explican a continuación.

- **Ahorro en costes**

Este factor incluye la búsqueda de costes más bajos para el tratamiento, que para varios investigadores (eg. Ramírez de Arellano, 2007; Singh, 2013; Chuang et al, 2014; Ozan-Rafferty et al., 2014) es el principal factor motivador para someterse a procedimientos médicos en el extranjero (especialmente para los estadounidenses). El elevado coste de la atención médica en algunos países (por ejemplo, en los EEUU o el Reino Unido) y la recesión económica han hecho que muchos empleadores y compañías de seguros envíen empleados/aseguradores al extranjero como una opción para reducir dichos costes (Sarwar, Manaf, y Omar, 2012). Por ejemplo, Smith y Forgione, (2007) indicaron que las cirugías realizadas en hospitales extranjeros representan entre la mitad y la cuarta parte del coste del mismo procedimiento realizado en un centro estadounidense.

Desde el punto de vista del cliente, el tratamiento debe ser económicamente asequible en el destino. Por lo general, los turistas médicos tienen algún tipo de seguro de salud en su país, pero la intervención puede no estar cubierta o estar sujeta a un sistema de copago o simplemente no tienen ningún tipo de seguro de salud y los costes de la intervención son tan altos que la única solución posible es viajar al extranjero. Otro posible escenario es que los pacientes tienen cobertura de salud pública y reciben un reembolso parcial o total de los costes incurridos por el viaje y procedimiento realizado en el extranjero (Khan, Chelliah y Haron, 2016).

Para otros autores, el coste es un gran motivador solo cuando se habla de procedimientos de menor importancia. Por lo general los pacientes prefieren obtener servicios médicos en su país, pero buscan servicios en el extranjero *“para procedimientos importantes y complicados (...) porque la atención médica no puede llevarse a cabo, la atención es totalmente inasequible o asequible solo con dificultades considerables, o los pacientes están totalmente insatisfechos con la atención médica general”* (Khan, Chelliah, y Haron, 2016, p. 137).

Al planificar el turismo médico, el coste es una consideración importante y es clave para determinar el nivel de satisfacción, la elección del cliente y el atractivo y la competitividad de un destino. Según Sarwar, Manaf, y Omar (2012) el coste involucra características tales como las tarifas del servicio médico, el coste del alojamiento, el coste de los alimentos y el transporte y otros costes de entretenimiento y ocio. Hay varios motivos por los que los destinos pueden ofrecer precios más económicos. Entre ellos podemos encontrar menores costes de mano de obra y de vida, la disponibilidad de productos farmacéuticos más baratos y menores importes del seguro por negligencia (Hopkins et al., 2010; Gill y Singh, 2011)

- **Disponibilidad**

La disponibilidad de varios tipos de tratamientos también son factores importantes a la hora de decidir viajar a otro país. Los pacientes viajan principalmente por dos razones: o porque no pueden pagar un tratamiento (costes) o porque los servicios de salud buscados no están disponibles en su lugar de origen (disponibilidad). Esta disponibilidad puede ser en términos cuantitativos (evitar tiempos de espera o mayor proximidad geográfica) o cualitativos (mayor calidad de tratamiento en el país de destino, regulaciones más ventajosas, etc.).

Para algunos autores, el acceso, más que el coste, es lo que ha impulsado el turismo médico. Los pacientes pueden viajar, por ejemplo, debido a la falta de acceso a terapias médicas no probadas que podrían prohibirse o ser ilegales en el hogar (Sarwar et al., 2012) o debido a limitaciones en origen relacionadas con la tecnología, capacitación o infraestructura (Cortez, 2008). Los pacientes de países en desarrollo esperan tecnología puntera al viajar al exterior. Tal es el ejemplo de varios países latinoamericanos que viajan a los EEUU para obtener tratamientos que no están disponibles en sus países debido a la falta de tecnología o médicos capacitados. Para algunas personas, un tiempo de espera más reducido para recibir un tratamiento es suficiente para decidir viajar a otro país.

Además, países como India tienen menos regulaciones para ciertos procedimientos (por ejemplo, aborto, terapia de células madre, medicina reproductiva) (Gill y Singh, 2011) que para los gobiernos de otros países son inmorales, demasiado experimentales o poco éticos. Por ejemplo, los pacientes en Europa acuden a Bélgica e Italia para tratamientos de fertilización in vitro (FIV) porque estos dos países no tienen o tienen una escasa legislación sobre la reproducción médicamente asistida (Cortez, 2008). De esta forma los problemas legales y morales impiden que las parejas musulmanas infértiles reciban tratamientos en su país de origen y por lo tanto tengan que viajar al extranjero (Moghimehfar y Nasr-Esfahani, 2011). El autor afirma que para estos grupos minoritarios con ciertas creencias y una religión específica, es importante proporcionar un entorno apropiado donde se sientan respetados y comprendidos. Incluso en ausencia de regulaciones restrictivas, otros actores pueden limitar la disponibilidad de servicios médicos. Así por ejemplo, hospitales, médicos o compañías de seguros pueden negarse a ofrecer cierto tratamiento debido a cláusulas éticas o elevados costes.

- **Búsqueda de mayor calidad**

Los turistas también buscan una atención igual o de mejor calidad. Por ello, para la industria de servicios de salud, ofrecer una mayor calidad es vital para atraer clientes. De acuerdo con Sarwar, Manaf y Omar (2012) hay dos componentes importantes en la calidad del servicio en el sector médico. Una es la calidad técnica o mecánica que tiene que ver con los equipos técnicos y los

sistemas de diagnóstico médico, y la otra tiene que ver con la calidad funcional relacionada con los servicios prestados por enfermeras, médicos, personal, etc.

En cuanto a la calidad técnica, uno de los factores que alivia la incertidumbre entre los pacientes está relacionado con la similitud de los estándares en la calidad de la atención entre los hospitales extranjeros y los locales. Esa es la razón por la cual los hospitales generalmente intentan aumentar la confianza entre los turistas potenciales a través de la acreditación (Sarwar, Manaf y Omar, 2012). Esto lo hacen grupos de acreditación internacional como la Joint Commission International descrita en el capítulo anterior. Sin embargo, como señalan Smith y Forgione (2007), a pesar del establecimiento de estándares internacionales de acreditación, existen otros problemas de calidad como la aparición de enfermedades infecciosas en el destino (por ejemplo, hepatitis, tifus, malaria, etc.) que podrían complicar el procedimiento o el tratamiento de seguimiento y recuperación. Investigaciones anteriores han demostrado que, al medir la calidad del servicio, los elementos objetivos (como las certificaciones del hospital o la calidad del equipo) son menos importantes que las percepciones sobre la calidad funcional.

- **Motivaciones adicionales**

Para algunos pacientes, la razón principal para viajar a otro país es porque encuentran la posibilidad de combinar las necesidades de salud con vacaciones. Este es especialmente el caso de cirugías que no son muy intrusivas y pueden recuperarse en un corto período de tiempo. Este tipo de turistas médicos eligen un destino dependiendo de los atractivos que puedan encontrar en él. Dentro de las principales actividades turísticas que usualmente ofertan las agencias de turismo médico se encuentran tours por la ciudad, visita a museos, conciertos, teatros o hacer compras.

Para algunas personas, una razón importante para viajar tiene que ver con mantener la confidencialidad del tratamiento o procedimiento. Gill y Singh (2011) señalan que esta razón subyace principalmente en procedimientos específicos como el cambio de sexo *"donde la recuperación y la consolidación de una nueva identidad pueden experimentarse mejor a una distancia de la vida cotidiana"* y donde *"los registros médicos personales de los pacientes no pueden ser visto por un tercero"* (p. 317)

Adicionalmente, Chew y Darmasaputra (2015) argumentan que el riesgo médico percibido en el entorno familiar puede ser una forma de factor *push* que impulsa a los pacientes a cruzar las fronteras para obtener servicios médicos. Esto significa que la gente se motiva a viajar debido a posibles fallos de su propio sistema para satisfacer sus necesidades debido a experiencias negativas previas que desencadenan una falta de confianza y recelo hacia el sistema de salud. La anterior situación provoca que los individuos tomen la decisión de buscar mejores servicios disponibles en otro país (Khan, Chelliah y Haron, 2016). En el

estudio exploratorio de Eissler y Casken (2013) estas motivaciones fueron expresadas intensamente por los participantes, pero encontraron que no se han ilustrado correctamente en la literatura académica.

2.3 Fuentes de información

Las fuentes de información, también conocidas como factores estímulo (Baloglu y McCleary 1999a) o agentes formadores de imágenes (Gartner 1993), son las fuerzas que influyen en la formación de percepciones y evaluaciones (Kim & Chen, 2015) afectando directamente el proceso de formación de la imagen de destino. Se refieren a la cantidad y diversidad de fuentes a las que están expuestas las personas, incluida la información de destino adquirida como resultado de haber visitado el lugar.

Según Mansfeld (1992) las fuentes secundarias de información realizan varias funciones en la elección del destino: minimizar el riesgo que conlleva la decisión, crear una imagen de los destinos y servir como mecanismo para una posterior justificación de la elección (p. 409).

A su vez, la información de destino proviene de una variedad de fuentes. Puede ser de personas que regresan de un viaje, pero también de esfuerzos comerciales de empresas de turismo, organizaciones, revistas, informes de viajes, televisión y, cada vez más, Internet (Jacobsen y Munar, 2012). Por tanto, en un mundo invadido por estímulos publicitarios, los encargados del marketing de destinos deben saber cómo usar de manera efectiva los medios y saber qué tipos de mensajes tienen el potencial de cambiar las percepciones del turista (McCartney, 2008).

Como se observó antes, la etapa de búsqueda de información es crucial para la elección del destino del turista. Jacobsen y Munar (2012) señalan que la búsqueda de información se puede realizar con fuentes de información internas y externas o una combinación de ambas. Por lo general, las fuentes externas son utilizadas por los turistas que visitan el destino por primera vez, ya que los visitantes frecuentes pueden no querer recolectar más información y confiar más en las experiencias pasadas (Fodness y Murray, 1997). La búsqueda externa se realiza con las fuentes de información tradicionales, como revistas, televisión, radio, pero también con fuentes más imparciales como conocidos, guías, etc.

2.3.1 Tipos de fuentes de información

Como se dijo anteriormente, autores como Gartner (1993) consideran que las fuentes de información son agentes que actúan de manera independiente y el conjunto de todos estos estímulos forman una imagen en la mente del individuo. La imagen de un destino, por tanto, se crea a través de estos agentes, siendo estas fuentes una fuerza que produce resultados específicos en la formación de imágenes. La clasificación se detalla en la Tabla 8.

Tabla 8. Fuentes de información según Gartner (1993)

| Agentes | Definición |
|------------------------|---|
| Inducido abierto I | Formas tradicionales de publicidad tales como televisión, radio, folletos o publicidad impresa. Son fuentes de baja credibilidad y alta penetración |
| Inducido abierto II | Información recibida o solicitada por los operadores turísticos, mayoristas y otros no directamente asociados con el destino, pero con interés en el proceso de decisión de viaje. Por lo general, tienen una gran credibilidad pero una baja penetración en el mercado |
| Inducido encubierto I | Portavoces o celebridades que se usan por su credibilidad para desarrollar una determinada imagen de destino o el respaldo de los clientes. |
| Inducido encubierto II | Artículos, reportajes, informes, historias sobre un lugar, recorridos de familiarización para escritores, etc que son patrocinados por los destinos. Estos son aparentemente fuentes imparciales, por lo que la credibilidad aumenta, pero hay una penetración de mercado menor y un control más bajo sobre lo que está escrito |
| Autónomo | Noticias independientes, documentales, películas y artículos de noticias. Se supone que tienen un mayor impacto en el cambio de imagen debido a su naturaleza imparcial. |
| Orgánica no solicitada | Información recibida de amigos, personas que han estado en el destino o se consideran expertos en el destino. La retención de información depende de la credibilidad de la persona que brinda la información. |
| Orgánica solicitada | Si el destino es parte del “conjunto de consideraciones” y la persona está involucrada en la búsqueda activa de información, estas personas pedirán información a amigos y familiares. |
| Organica | Información orgánica adquirida sobre un destino basado en viajes anteriores a este. |

Fuente: Gartner (1993)

• Fuentes de información online

El incremento en el uso de computadoras, los desarrollos Web y en las TIC han tenido un impacto enorme en varios aspectos de las actividades turísticas. Entre estos aspectos podemos encontrar cambios en el suministro de productos, los procesos de búsqueda de información, los patrones de consumo, las experiencias turísticas y los preparativos previos al viaje (Jacobsen y Munar, 2012, p. 39).

Para algunos autores (por ejemplo, Beerli y Martín, 2004), Internet es una fuente que complementa los canales tradicionales y, para otros, (ej. Llodrà-Riera, et al., 2015) este medio posee características intrínsecas que la diferencian de las fuentes tradicionales. El surgimiento de nuevos medios de comunicación, en particular, las redes sociales han hecho posible que prácticamente cualquier

persona (organizaciones, gobiernos y consumidores) publique detalles sobre un destino disponible para que otros turistas lo consulten (Llodrà-Riera, et al., 2015, p. 320). Pero no solo se utiliza para publicar información, sino también para generar conexiones, interacciones, contenido e intercambios que crean una dinámica totalmente diferente y un nuevo tipo de entorno de comunicación entre consumidores y entre estos y organizaciones (Abubakar e Ilkan, 2015).

En los últimos años, algunos trabajos han explorado la influencia de Internet y las redes sociales en el turismo, pero la mayoría adoptan una naturaleza exploratoria. En particular, los trabajos consultados concluyen que un número cada vez mayor de turistas utiliza ordenadores e Internet, existiendo una tendencia al aumento de ventas directas de servicios turísticos a través de la Red, el uso de reservas online y el comercio electrónico (Jacobsen y Munar, 2012). Este medio suele usarse antes de viajar para planificar el viaje, reservar diferentes servicios y/o pagar productos o paquetes turísticos. También se usa sólo por el placer de planear, buscar servicios y anticiparse a unas vacaciones. A partir de Zarrella (2010, citado por Jacobsen y Munar, 2012), los sitios Web 2.0 difieren según su tamaño, condiciones de uso, actividades y membresía y se pueden agrupar en:

- Wikis (ej. Wikitravel)
- Blogs (ej. Travelblog)
- Microblogs (ej. Twitter)
- Redes sociales (ej. Facebook)
- Sitios de uso compartido de medios (ej. Flickr, YouTube)
- Herramientas de evaluación (ej. TripAdvisor)
- Sitios de votación (ej. Digg)
- Metabuscadores (ej. Kayak)

Partimos de que a los consumidores les gusta compartir sus experiencias con otros y contribuir con consejos, recomendaciones y opiniones (Eissler y Casken, 2013). El advenimiento de Internet y las TIC ha extendido el concepto de WOM a un contexto en línea conocido como boca a boca electrónico (eWOM, en inglés) o contenido generado por el usuario (UGC, en inglés) (Munar, 2011). Para varios investigadores, el eWOM desempeña un papel importante en la adquisición y retención de turistas en la era del comercio electrónico (Litvin, Goldsmith, y Pan, 2008; Reza et al., 2012). Puede definirse como comunicaciones informales o declaraciones hechas por clientes pasados, actuales o potenciales (Ishida, 2011, p.7) a través de Internet (Hennig-Thurau et al., 2004) relacionadas con el uso o características positivas o negativas de determinados bienes y servicios, o de los vendedores de dichos bienes y servicios.

Al igual que con otras fuentes de información, las personas participan en eWOM para liberar la tensión interna causada por los sentimientos positivos y negativos asociados con el consumo de un servicio (Litvin et al., 2008, p.461). El

impacto de eWOM puede ser más efectivo que el WOM tradicional porque los consumidores lo perciben como más accesible, confiable y agradable que la información que puedan obtener de los propios proveedores de servicios (Jeong y Jang, 2011). Es incluso más confiable que el WOM debido a su naturaleza anónima y la ausencia de incentivos (Abubakar e Ilkan, 2015) y podría estar disponible para una multitud de personas e instituciones en un corto período de tiempo (Litvin et al., 2008).

En el contexto del turismo, Abubakar (2016) señala que las críticas y opiniones online tienen una gran influencia en la decisión del turista. Esto se debe a que, como se dijo anteriormente, los productos experienciales, como el turismo, son intangibles y la calidad de estos es desconocida antes del consumo (Reza et al., 2012), por lo que los consumidores tenderán a confiar en la información proporcionada por las evaluaciones online y el WOM. En turismo, hay un elevado nivel de incertidumbre y ambigüedad y esto alienta a los visitantes potenciales a visitar páginas web para leer reseñas, actividades y clasificaciones de servicio de hoteles, proveedores, intermediarios, etc, en un esfuerzo por reducirla. Llodrà-Riera et al. (2015) y Lim, Chung y Weaver (2012) sostienen que la web y las redes sociales influyen en la formación de imágenes de los consumidores de un destino turístico, de forma similar a como lo hacen las fuentes de información offline.

- **Fuentes de información en turismo médico**

Según Yu y Ko (2012), el 49% de los turistas médicos estadounidenses conocieron sobre el turismo médico por medio de Internet y de estos 73% lo utilizó para recopilar información sobre destinos de países y hospitales. Al ser el turismo médico una modalidad de turismo y debido a sus características, es difícil de evaluar antes del consumo y se percibe como una compra de alto riesgo. Esta situación aumenta la necesidad del consumidor de obtener información relevante sobre los servicios contratados, sus posibles consecuencias negativas y las formas de evitarlas (Mason y Wright, 2011), lo que provoca una mayor dependencia de las referencias de sus amigos, familiares y redes sociales.

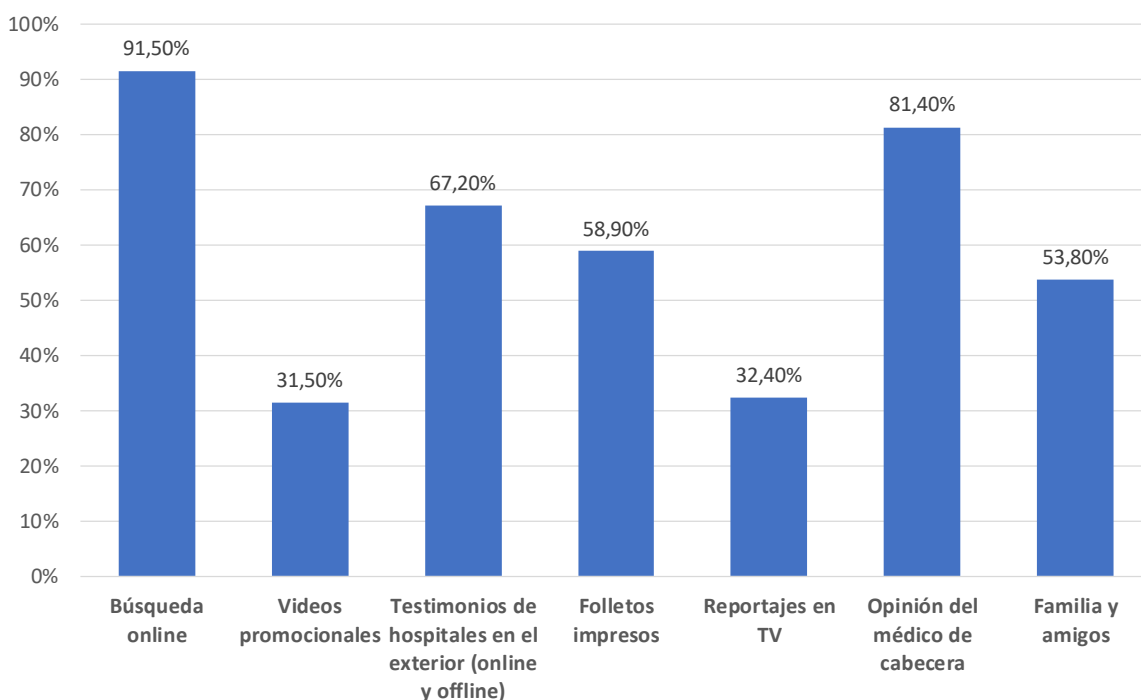
Los proveedores de servicios de salud conocen la importancia de estas fuentes y han comenzado a promoverse de manera agresiva a través de ellas, especialmente Internet. En el contexto del turismo médico, la consulta de información por Internet se considera de vital importancia para tomar una decisión de compra junto con el WOM y el eWOM. Como señaló Cortez (2008), una simple búsqueda en Internet del término “turismo médico” genera cientos de sitios web de hospitales, clínicas, agentes de viajes, corredores de turismo médico y otros sitios que intentan atraer a pacientes extranjeros (p. 85).

En el trabajo de Mason y Wright (2011), se exploró el contenido de varios sitios web de turismo médico para examinar cómo estos sitios comunican información

sobre riesgos, beneficios y credibilidad. Se descubrió que características como el coste, menos tiempo de espera o calidad excelente fueron enfatizadas en todos los sitios, pero rara vez se presentó alguna información relacionada con el riesgo. En cuanto al tema de la credibilidad, descubrieron que un gran porcentaje resalta la experiencia del médico o cirujano y su formación académica, el cumplimiento de normas y certificaciones internacionales y los refuerzos de marca como, por ejemplo, mostrar el logotipo de la organización y testimonios de antiguos pacientes. A pesar de la gran importancia de los riesgos y complicaciones médicas al tomar una decisión, existe información limitada sobre estos en los sitios web. Adicionalmente, dependiendo del tipo de organización y ubicación, se pone un mayor énfasis en temas como viajes exóticos o actividades de ocio.

Singh (2013) encuentra que turistas médicos potenciales consultarían múltiples fuentes de información al momento de elegir un destino (Ver Figura 10) siendo la búsqueda online (91,5%), la opinión del médico de cabecera (81,4%) y los testimonios dados en hospitales en el exterior (67,20%) las tres más frecuentes. Esta situación indica que los turistas recurren a múltiples fuentes por lo que los destinos deberían promocionarse utilizando diferentes métodos y hacerlo de manera creativa.

Figura 10. Tipos de fuentes de información que utilizarían turistas médicos potenciales



Fuente: Singh (2013)

2.4 Elección de un destino e intención de visita

En el contexto de turismo, la elección de un destino se considera como una función de la interacción entre restricciones pragmáticas (por ejemplo, tiempo, dinero y habilidades), imágenes de destino y variables psicológicas (por ejemplo,

actitudes, motivación, autoestima o autoconcepto) (Ahn, Ekinci, y Li, 2013). Es un cálculo racional de los costes y beneficios de un conjunto de destinos alternativos (Abubakar e Ilkan, 2015).

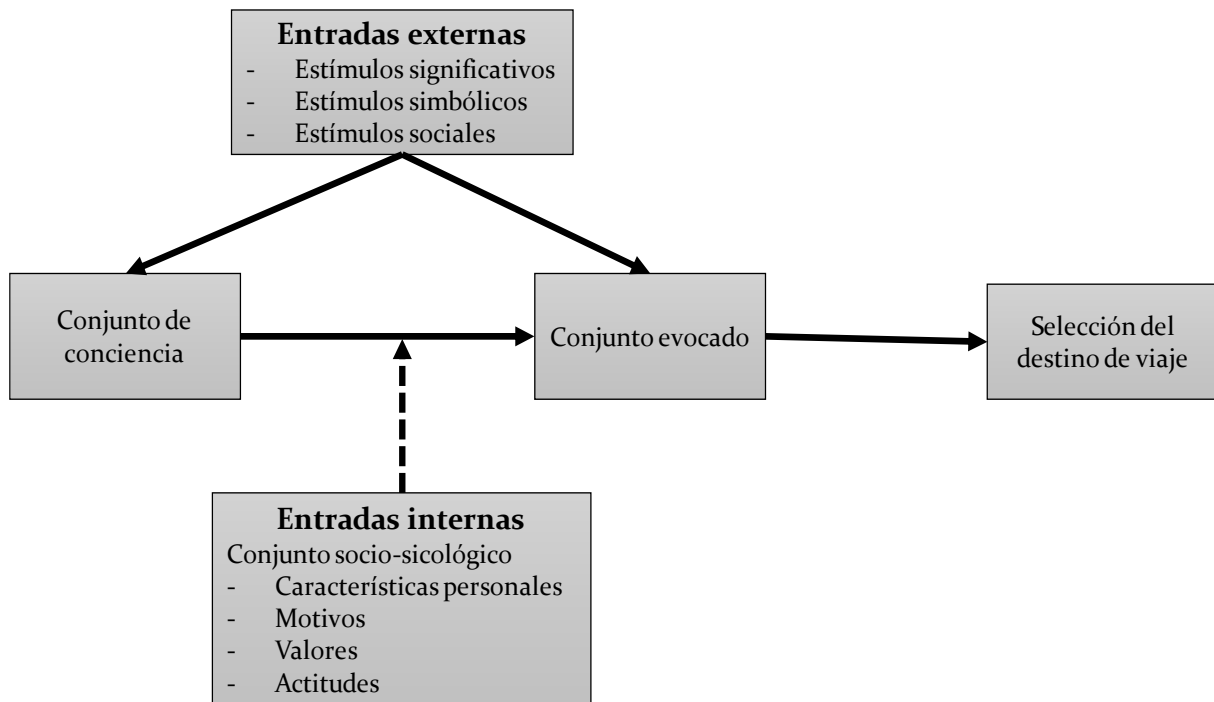
Um y Crompton (1990) conceptualizaron un modelo cognitivo de elección de destino de un viaje de placer, haciendo un análisis especial de las imágenes y actitudes hacia esos destinos. En su modelo se identificaron cinco conjuntos de procesos cognitivos que conducen a esta elección:

1. La formación de creencias subjetivas sobre los atributos de destino en el “conjunto de conciencia”, a través de la recopilación pasiva de información o el aprendizaje incidental.
2. La decisión de emprender un viaje de placer (inicio de un proceso de elección de destino) que incluye la consideración de restricciones situacionales.
3. La evolución de un “conjunto de conciencia” a un “conjunto evocado”.
4. La formación de creencias subjetivas sobre los atributos de destino de cada alternativa en el conjunto evocado de destinos, a través de la solicitud activa de información.
5. Y la selección de un destino (o destinos) de viaje.

El marco teórico desarrollado también identifica tres constructos que evolucionan a partir de estos cinco procesos que son el “conjunto de conciencia”, el “conjunto evocado” y “selección de destino” de viaje. Las entradas externas en este modelo se pueden ver como la suma de las interacciones sociales y las comunicaciones de marketing a las que está expuesto un posible viajero de placer. Se pueden clasificar en estímulos significativos, estímulos simbólicos y estímulos sociales. Los estímulos significativos son aquellos que emanan de visitar realmente el destino (es decir, de estar físicamente en él). Los estímulos simbólicos son palabras, oraciones e imágenes difundidas como material de promoción a través de los medios por organizaciones de marketing. Los estímulos sociales emanan de otras personas en interacciones cara a cara e incluyen a otras personas que comunican sus experiencias de viaje directas o indirectas. Los insumos internos se derivan del conjunto sociopsicológico de un viajero potencial que incluye características personales (sociodemográficas).

Las creencias sobre los atributos de un destino se forman al exponerse a la visualización de estímulos externos, pero la naturaleza de esas creencias variará de acuerdo a las características sociopsicológicas del viajero. Los constructos cognitivos representan una integración de las entradas internas y externas dentro del “conjunto de conciencia” y el “conjunto evocado”. El conjunto de conciencia incluye todos los lugares de viaje que las personas podrían considerar como posibles destinos antes de que se haya iniciado cualquier proceso de decisión sobre su viaje. Es decir, se refiere a “todos los destinos preferidos”.

Figura 11. Proceso de selección de un destino de Um y Crompton (1990)



2.4.1 El proceso de decisión del turista médico

El comportamiento de búsqueda de servicios de salud es un concepto dinámico que ayuda a comprender las características y el proceso de toma de decisiones de los turistas médicos. Según Harris y Guten (1979) y Eissler y Casken (2013) se puede definir como cualquier comportamiento realizado por una persona independientemente de su estado de salud real o percibido, con el fin de proteger, promover o mantener su salud. Basándose en el trabajo de Runnels y Carrera (2012) y el estudio exploratorio de Eissler y Casken (2013), se ilustra el proceso secuencial que desencadena la decisión de realizar turismo médico (Figura 12).

En la etapa previa al viaje, el primer paso es la identificación de la necesidad que obliga al paciente a tomar la decisión de qué tratamiento buscar y dónde. Una vez que se identifica la necesidad, el individuo se involucra en la recopilación de información sobre las modalidades de tratamiento, los costes y los proveedores. Esta primera búsqueda de información es vital para decidir si buscan tratamiento en el lugar de origen o en el extranjero, por lo que necesitan información clara y apropiada. Por lo general, proviene de terceros con experiencia, familiares, amigos y, cada vez más, a través de Internet.

A continuación, el paciente evalúa la información y las alternativas más interesantes como comentamos en el epígrafe 2.1.2. Las motivaciones también son clave para decidir viajar, especialmente cuando hay una necesidad de atención médica no satisfecha en el hogar (Eissler y Casken, 2013). Los pacientes sopesan alternativas teniendo en cuenta el aspecto financiero, es decir, los

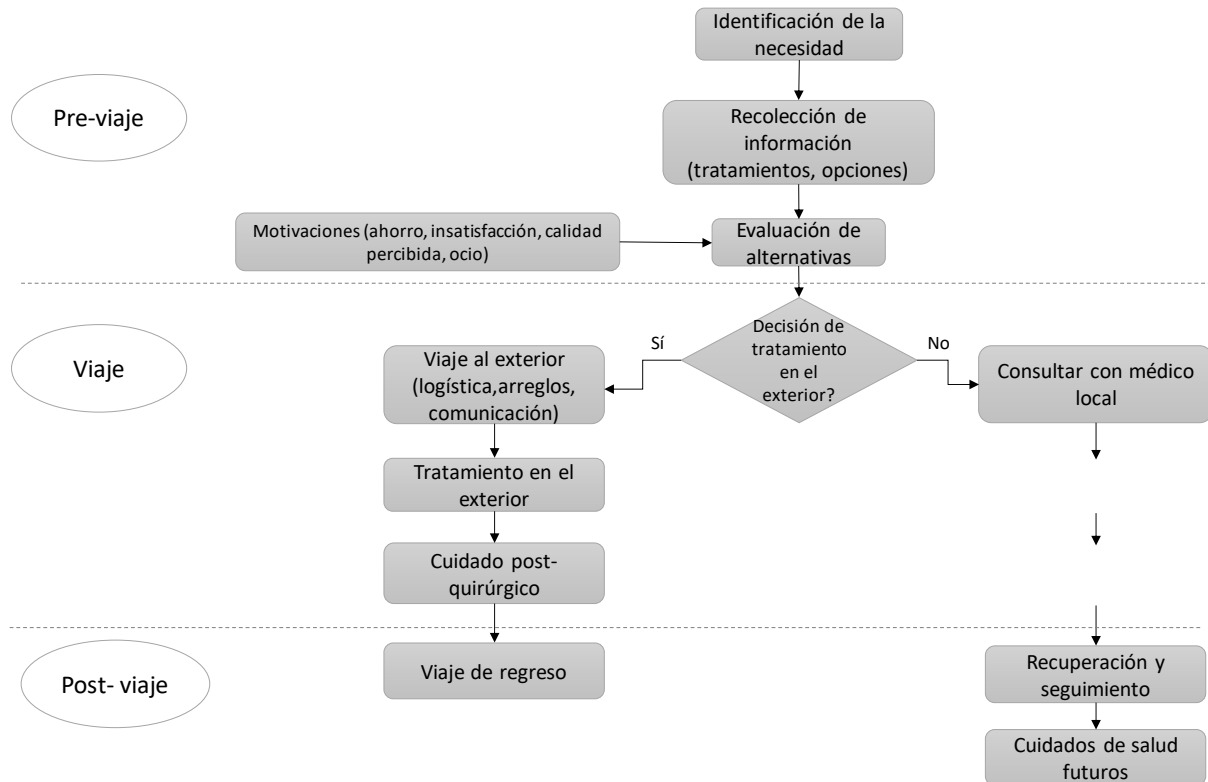
costes directos/indirectos junto con la calidad y el posible ahorro si se convierten en turistas médicos. Otras motivaciones que podrían surgir son la insatisfacción con el sistema de salud o la posibilidad de combinarlo con un viaje de placer.

Si los aspectos negativos potenciales superan los positivos, los pacientes deciden buscar un tratamiento local o, por el contrario, decidirán viajar al extranjero. En este segundo caso, los pacientes deben lidiar con la logística, la comunicación con proveedores extranjeros, así como la burocracia y trámite en un sistema de salud diferente. En Eissler y Casken (2013), los participantes del estudio consideraron especialmente importante la comunicación con el equipo de atención médica y quedaron impresionados con la tecnología médica que encontraron.

Pero el proceso no termina con la provisión de atención médica en el extranjero. Una vez que el paciente regresa a casa, generalmente continúa el contacto y la comunicación con médicos extranjeros y recurre a proveedores locales de atención médica para recibir atención de seguimiento. Los pacientes suelen compartir sus experiencias con turistas médicos potenciales y planean regresar a estos destinos para seguir recibiendo atención médica, incorporando este tipo de atención en su comportamiento futuro.

Según Eissler y Casken (2013) para una persona que decide viajar para recibir atención médica, hay un cierto sentido de aventura en su viaje al igual que una urgencia para resolver una necesidad no satisfecha. En todo el proceso sienten temor por las posibles consecuencias desconocidas que pueden aliviarse con interacción y comunicación positivas con el equipo de atención médica en el lugar de destino. Esto nos permite inferir que una relación positiva paciente-médico es esencial en la percepción consecuente de servicios de alta calidad en el exterior.

Figura 12. Proceso de toma de decisiones en turismo médico



Fuente: Basado en Runnels y Carrera (2012), Eissler y Casken (2013)

2.5 Autocongruencia

Los estudios sobre el comportamiento del consumidor han demostrado que la imagen de destino, la elección y la intención de visitar un destino también están influenciadas por fuerzas internas, y entre ellas podemos encontrar la autocongruencia que viene ligada a la noción de autoconcepto del individuo.

Díaz, Moreno y Beerli (2004) definen el autoconcepto como la "suma total de lo que un hombre piensa de sí mismo, incluyendo su cuerpo e intelecto, así como sus pertenencias, familia, reputación y trabajo" (p. 296). Tiene su origen en la filosofía griega clásica y varios autores lo consideran un constructo multidimensional, variado y multifacético (por ejemplo, Sirgy y Su, 2000).

La literatura de comportamiento del consumidor establece que las personas consumen productos/marcas/servicios basados en el valor funcional y los significados simbólicos (Hosany y Martin, 2012), idea que se puede aplicar también a los servicios turísticos. Por ejemplo Beerli, Meneses y Gil (2007) encontraron evidencia de estereotipos de consumo en turismo así como la tendencia de los turistas de hacer un *match* o comparación entre su autoimagen y la imagen de destino, así como compararse con la imagen que tienen de otras personas que visitan ese destino. En esa línea Chon (1992) y Sirgy y Su (2000) también afirman que las personas tienden a estereotipar a otras en función del

destino que ha visitado o se ven a sí mismas como con las mismas características que las personas que visitan esos lugares. Ahn, Ekinci, y Li (2013) presentan el ejemplo de la percepción de que los turistas que toman un crucero en el Caribe son de clase alta o ricos o que ciertos destinos pueden ser percibidos como orientados a la familia, románticos o aventureros.

Según Díaz et al. (2004), en el campo del marketing, tradicionalmente se han utilizado cuatro dimensiones del autoconcepto para explicar y predecir el comportamiento del consumidor: (1) el "autoconcepto real", que se refiere a lo que los consumidores perciben de ellos mismos, (2) el "autoconcepto social", que se relaciona con lo que los individuos piensan que otros perciben de ellos, (3) el "autoconcepto ideal" que está vinculado a cómo los individuos quisieran verse a sí mismos y (4) el "autoconcepto socio-ideal", que es cómo los individuos quisieran ser percibidos por otros (p. 297).

En su trabajo, también explican que esta noción se basa en varias teorías: la "teoría de la autoevaluación", que establece que el individuo modela su autoimagen de acuerdo con lo que considera socialmente aceptable o inaceptable; la "teoría de la evaluación refleja", que muestra que las evaluaciones que el individuo recibe de otros influye en su autopercepción y la "teoría de la comparación social", que establece que nuestros autoconceptos dependen de cómo nos vemos a nosotros mismos en relación con los demás (p. 297).

Además, el ajuste/desajuste entre la imagen que tiene un individuo (autoconcepto) y la imagen percibida de un producto/marca/destino se denomina autocongruencia (Beerli, Meneses y Gil, 2007). Por tanto, la autocongruencia se basa en la autoimagen del individuo y está respaldada por la teoría del interaccionismo simbólico. La teoría afirma que los individuos perciben los objetos personales como elementos simbólicos llenos de significado, que transmiten información acerca de quienes los adquieren y los utilizan. De esta forma, los individuos tienen imágenes de sí mismos cuya congruencia con la imagen de sus objetos personales satisface las necesidades de desarrollo psicológico e interacción social (Sirgy, 1982).

Se ha encontrado que la autocongruencia tiene un papel importante en la predicción de varios aspectos importantes en el comportamiento del consumidor como la efectividad de la publicidad, actitudes hacia los productos, preferencias de marcas o satisfacción. A través del mecanismo de congruencia de imagen de producto/autoconcepto, relacionan simbólicamente sus pertenencias de tal manera que, en el análisis, se puede deducir la importancia de sus aspiraciones de éxito, aceptación social, ostentación o prestigio" (Beerli, Meneses y Gil, 2007, p. 573).

Hay otro tipo de congruencia relacionada con los atributos utilitarios de un destino. Ahn, Ekinci y Li (2013) señalan que esta congruencia funcional "se

refiere a la coincidencia/discordancia entre el rendimiento percibido de los atributos funcionales del destino y el desempeño ideal o deseado del turista de estos (...) y su objetivo es satisfacer las necesidades más esenciales para el turista, como la relajación, la comodidad, la seguridad o la accesibilidad” (p. 719). Este tipo de congruencia se relaciona con la evaluación posterior al consumo del producto/servicio y determina directamente otras variables como la calidad percibida o la satisfacción.

Por último, la revisión de la literatura académica muestra que aún no existen suficientes estudios centrados en el papel de la autoimagen o la autocongruencia en el turismo. Si bien es cierto que, el trabajo de Sirgy (1982) sentó las bases desde las cuales otros trabajos posteriores comenzaron a explorar el tema. En particular se ha encontrado que la autocongruencia influye en la elección del destino porque el turista necesita consistencia en sus decisiones. Si una persona piensa que un destino es coherente con la imagen real de sí mismo, estaría más motivado para visitarlo (Ahn, Ekinci y Li, 2013).

2.6 Cultura

Una de las principales variables que define a los individuos es la cultura. San Martín y Rodríguez (2010) afirman que los valores, costumbres y creencias influyen fuertemente en sus comportamientos de manera general y específicamente en su comportamiento de consumo y ocio. Las percepciones sobre los servicios turísticos varían mucho entre los grupos culturales (Hirschman y Holbrook, 1982) y afectan a la toma de decisiones del consumidor desde la etapa de reconocimiento de la necesidad hasta el comportamiento posterior a la compra (Yacout y Hefny, 2014).

La cultura puede definirse como "un sistema históricamente creado de diseños explícitos e implícitos para vivir, que tiende a ser compartido por todos o específicamente por miembros de un grupo en un punto específico en el tiempo" (Ritchie y Zins, 1978, p. 254). También como una "programación colectiva de la mente, un alma colectiva o un tipo de 'pegamento social' que distingue a una sociedad de otra (Hofstede, 1984, 2001; McCartney, 2008). En un contexto turístico, Reisinger y Turner (2002) lo definen como "diferencias y similitudes en los valores, las reglas de comportamiento y las percepciones, que influyen en el contacto interpersonal entre turistas internacionales y sus anfitriones, y la satisfacción entre ellos" (p.347).

Si bien hay varias definiciones de este término, todas enfatizan la existencia de patrones de comportamiento o un sistema organizado de conocimiento y creencias (Richardson y Crompton, 1988), así como el uso de símbolos, costumbres, rituales, ceremonias y percepciones. Todos se aprenden a temprana edad y son evidentes aun cuando se viaja al extranjero (Crotts y Erdmann, 2000), afectando el comportamiento del turista de diferentes maneras. Como

resultado, las diferencias y antecedentes culturales son muy útiles en la promoción y el posicionamiento turístico (Tasci y Gartner, 2007).

La investigación sobre turismo y específicamente sobre turismo médico, demuestra la importancia del impacto de la cultura en las percepciones, la intención y la satisfacción. Los turistas generalmente eligen destinos que presentan un grado mínimo de choque cultural en un intento por evitar entornos desconocidos (Liu y Chen, 2013). Por ejemplo, los pacientes potenciales pueden pensar que el idioma hará que sea difícil comunicarse y recibir un servicio de calidad adecuado (Gill y Singh, 2011).

En investigaciones anteriores sobre turismo, la cultura se ha definido en función del origen geográfico del turista, infiriendo que las diferentes variables se ven afectadas en función del país de origen, es decir, de la cultura (por ej. el trabajo de Beerli y Martín, 2004). Otras investigaciones (por ej. San Martín y Rodríguez, 2010) exploran la relación entre los valores culturales y otras variables en términos de "distancia cultural", que es la similitud entre los valores del turista y la cultura en el lugar de destino. A medida que disminuye la distancia cultural, el turista tiene una percepción de menor riesgo, mayor familiaridad y atractivo, y se siente más identificado con el destino (Kastenholz, 2010).

En numerosos trabajos en turismo se aplican las dimensiones culturales de Hofstede. Hofstede (1984, 2001) identificó cinco dimensiones culturales: individualismo/ colectivismo, feminidad/masculinidad, distancia al poder alta/baja, evasión de la incertidumbre baja/alta y orientación a largo/corto plazo. Para efectos de la presente investigación, nos centraremos en analizar el posible efecto de la dimensión de aversión al riesgo.

Hofstede (2001) definió la evasión al riesgo o incertidumbre como el grado de comodidad que sienten los miembros de una cultura frente a situaciones desconocidas o no estructuradas y el grado en que una sociedad trata de controlar lo incontrolable. Las culturas que evitan la incertidumbre se sienten amenazadas por lo desconocido y lo ambiguo. Por otro lado, las culturas de bajo nivel de incertidumbre se encuentran más dispuestas a aceptar riesgos.

Cuestiones como la percepción de seguridad y protección son factores clave a la hora de decidir un lugar como destino de viaje futuro. Según Khan, Chelliah y Haron (2016) el riesgo percibido se define como "la percepción del consumidor sobre la probabilidad que existe de que una acción pueda exponerlo al peligro. Esta percepción puede influir en la decisión de viajar si el peligro percibido está por encima de un nivel aceptable" (p. 134).

Existe una gran cantidad de incertidumbre en torno a los viajes por turismo médico, en parte por la presencia de factores imposibles de predecir como la calidad de la atención médica o la credibilidad y experiencia del médico. En estas circunstancias, se asume que los turistas abordan esta alternativa de

atención médica con un alto nivel de riesgo percibido" (Mason y Wright, 2011). Esta es la razón por la cual las personas participan activamente en búsquedas exhaustivas de información antes del viaje y en el proceso de toma de decisiones. Por tanto, la reducción de riesgos se considera particularmente importante en esta industria (Jacobsen y Munar, 2012).

Los estudios de Roehl y Fesenmaier (1992) examinaron las dimensiones de los riesgos percibidos y concluyeron que existe por lo menos seis tipos de riesgos percibidos: financieros (por ej. pérdida de dinero), psicológicos (por ej. que dañe la autoestima), físicos (por ejemplo, daño físico), sociales (por ejemplo, destino que no está de moda), el tiempo (por ej. perder tiempo en un viaje que no ha gustado) y la satisfacción (por ejemplo, no cumplir con las expectativas). Estos factores de riesgo son los que se asocian más frecuentemente con los viajes de placer (Jacobsen y Munar, 2012; Litvin, Crofts, y Hefner, 2004). Específicamente en turismo médico, los riesgos pueden estar relacionados con los servicios médicos ofrecidos en destino, pero también con otros riesgos como desastres naturales, riesgos políticos o climáticos. Crooks et al. (2010) clasificaron el riesgo percibido en el turismo médico como riesgos para la salud, riesgos de viaje y riesgos pre y posoperatorios. Khan, Chelliah y Haron (2016) ejemplifican los riesgos tales como posibles infecciones después de la operación, riesgos desconocidos si el procedimiento es ilegal en el país de origen, el coste derivado de una baja calidad puede ser más de lo esperado o la posibilidad de malestar emocional y psicológico mientras se recupera, entre otros.

Cortez (2008) argumenta que existe un amplio horizonte de posibles escenarios y riesgos que un turista médico puede enfrentar con respecto a la calidad de los servicios. Según el autor, los pacientes pueden no recibir una adecuada evaluación previa a la operación porque los profesionales de la salud no están en el mismo país. "Los médicos pueden revisar los historiales médicos, los resultados de las pruebas e incluso comunicarse con los pacientes, pero no pueden examinarle físicamente hasta que él o ella llegue, lo que puede ocurrir días antes de la cirugía" (p. 103). La atención postoperatoria también es un problema para los pacientes que desean permanecer menos tiempo para recuperarse o hay otros que tienen dificultades para acceder a un servicio de seguimiento adecuado. Las aseguradoras pueden no cubrir estos cuidados y es posible que los pacientes no puedan pagarlos y de esta forma los pacientes extranjeros quedan desprotegidos contra posibles negligencias. En el estudio de Fuchs y Reichel (2011), encontraron que los turistas de salud tienden a ser más reacios a asumir riesgos que otros turistas (los que se someten a cirugías complicadas) y buscan entornos más seguros. Estos riesgos percibidos desaniman a los pacientes a viajar y, por lo tanto, deben contemplarse en el proceso de toma de decisiones.

2.7 Experiencia previa

Un último aspecto a tener en cuenta en esta industria es que los turistas médicos usualmente eligen destinos familiares que ya han visitado o que se encuentran cerca de su país de residencia. Es importante analizar entonces si de alguna manera esta familiaridad con el destino formada por la experiencia previa, puede influir en el proceso de formación de la imagen y de toma de decisiones.

Según Baloglu y McCleary (1999) el estudio de la imagen de destino revela que la familiaridad (experiencia previa) con el destino es un aspecto clave que se debe tener en cuenta desde un punto de vista práctico, metodológico y conceptual. Cuando el turista visita el destino, se dice que ya ha obtenido una experiencia positiva o negativa, por lo tanto, se forma una imagen global que se puede apreciar como más realista y compleja. Adicionalmente una imagen compleja positiva resulta de la alta satisfacción de los turistas con los atributos de destino y la experiencia que tuvieron en este.

La experiencia es uno de los medios más efectivos para formar imágenes de destino es la experiencia in situ de los turistas, siendo incluso más influyentes que las fuentes externas (Fakeye y Crompton, 1991) Es por eso que el tiempo que un turista pasa en el destino puede ser la mejor oportunidad para que los responsables de gestionar el destino creen una imagen favorable. Cuanto más favorables sean estas experiencias, más favorable será la imagen y mayor será la probabilidad de elegir el destino entre alternativas similares en el futuro.

Según Rodríguez, Frías-Jamilena y Castañeda-García (2012) estas personas más experimentadas desarrollarán una base más sólida para formar sus actitudes. Por lo tanto, la experiencia puede moderar la influencia relativa de diferentes tipos de antecedentes sobre las actitudes o la imagen y la influencia de la imagen y la satisfacción en el comportamiento del turista.

Con respecto al uso de fuentes de información Özdemir y Şimşek (2015) encuentran que tras una experiencia con el destino, los turistas no se involucran demasiado en recolectar información a menos que necesiten actualizar sus conocimientos sobre dicho destino. Adicionalmente, estos turistas no se impresionan fácilmente con la imagen inducida que les pueda llegar por parte de los encargados de promoverlo. Por lo tanto, un turista que tiene una imagen orgánica y/o inducida en su mente está sujeto a cambiarla según la experiencia que tenga.

En este sentido, en cualquier medición de la imagen se debe entonces tener en cuenta tanto los visitantes actuales como los potenciales o por lo menos controlar la experiencia previa con el destino, con el fin de evaluar todas estas posibles implicaciones. En este sentido, varios trabajos previos han realizado estudios multitudinales comparando la imagen antes y después de visitar el

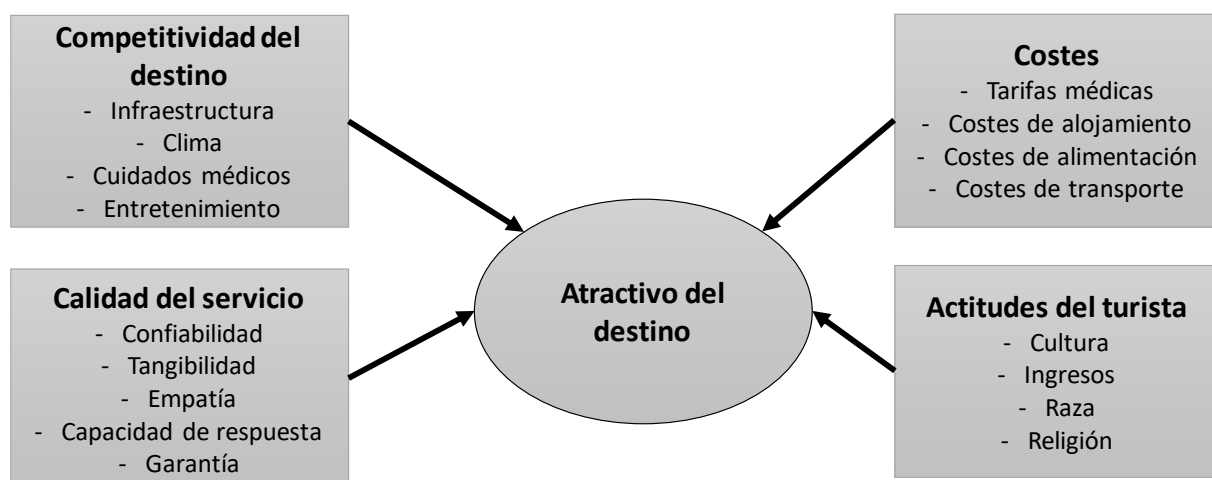
destino (por ej. Pearce, 1982) mientras que otros han examinado las posibles diferencias entre visitantes y no visitantes (por ej. Fakeye y Crompton, 1991; Hu y Ritchie, 1993; Milman y Pizam, 1995). Estos estudios concuerdan en que la visita previa o experiencia directa con el destino es probable que modifique la imagen de este y que existen diferencias importantes entre los visitantes y no visitantes de ese destino.

2.8 Modelos de elección de turismo médico

La revisión de la literatura descubre escasa investigación académica sobre turismo médico, ya que sigue siendo un nicho de mercado emergente. Como nuestro objetivo es desarrollar un modelo aplicado al turista médico, primero analizamos los modelos existentes en la literatura. Existen por ejemplo, algunos trabajos que intentan explicar los factores que afectan el turismo médico desde el punto de vista de la oferta o la demanda.

Sultana et al. (2014) desarrollaron un modelo para analizar el atractivo de un destino (Figura 13). En particular analizaron variables como el coste, la competitividad del destino, la calidad del servicio y la actitud del turista y descubrieron que todas las relaciones son significativas. Entre las variables analizadas, la calidad y el coste del servicio son los más críticos al construir la competitividad de los destinos de turismo médico (en este caso, India). En el aspecto de la calidad del servicio, los autores aconsejan a los países involucrados en esta industria que inviertan en el desarrollo de los recursos humanos centrándose en la educación especializada, la formación de los estudiantes y la orientación ética y cultural. El coste también debe ser controlado. Todos estos esfuerzos harán que los destinos sean atractivos y competitivos en la industria del turismo médico.

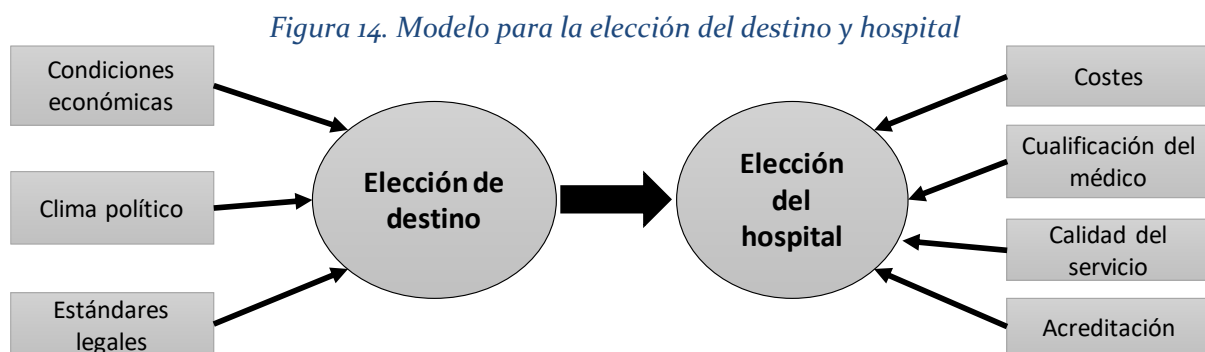
Figura 13. Modelo sobre el atractivo de un destino de turismo médico



Fuente: Sultana et al. (2014)

El modelo conceptual desarrollado por Smith y Forgione (2007) (Figura 14) evalúa los factores que influyen en la decisión del paciente estadounidense en la elección de un destino y hospital determinado en función de sus conductas. Según el modelo, en la primera etapa centrada en recopilar información y analizar diferentes opciones, las características específicas de cada país, como las condiciones económicas, el clima político y las normas regulatorias, son los principales factores que se tienen en cuenta. El clima económico y la estabilidad tanto en la instalación como en el destino atraen a los pacientes extranjeros y es por eso que las ciudades y los países se anuncian como destinos con un alto potencial de crecimiento. Con respecto al clima político, los pacientes realmente valoran la seguridad a nivel de hospital y de país. Prefieren viajar a lugares donde no hay riesgo de revoluciones y donde existe una cultura política estable que garantice su seguridad personal. Según los autores, los pacientes también valoran los destinos con un entorno legal y normativo claro y bien establecido donde pueden sentirse protegidos en caso de una negligencia médica.

Después de que un paciente decide el destino, elige el hospital. Los factores que influyen en la selección del hospital serán el coste, la calidad, la acreditación y la capacitación de médicos. Todos los factores son cruciales en esta selección final.



Fuente: Smith y Forgione (2007)

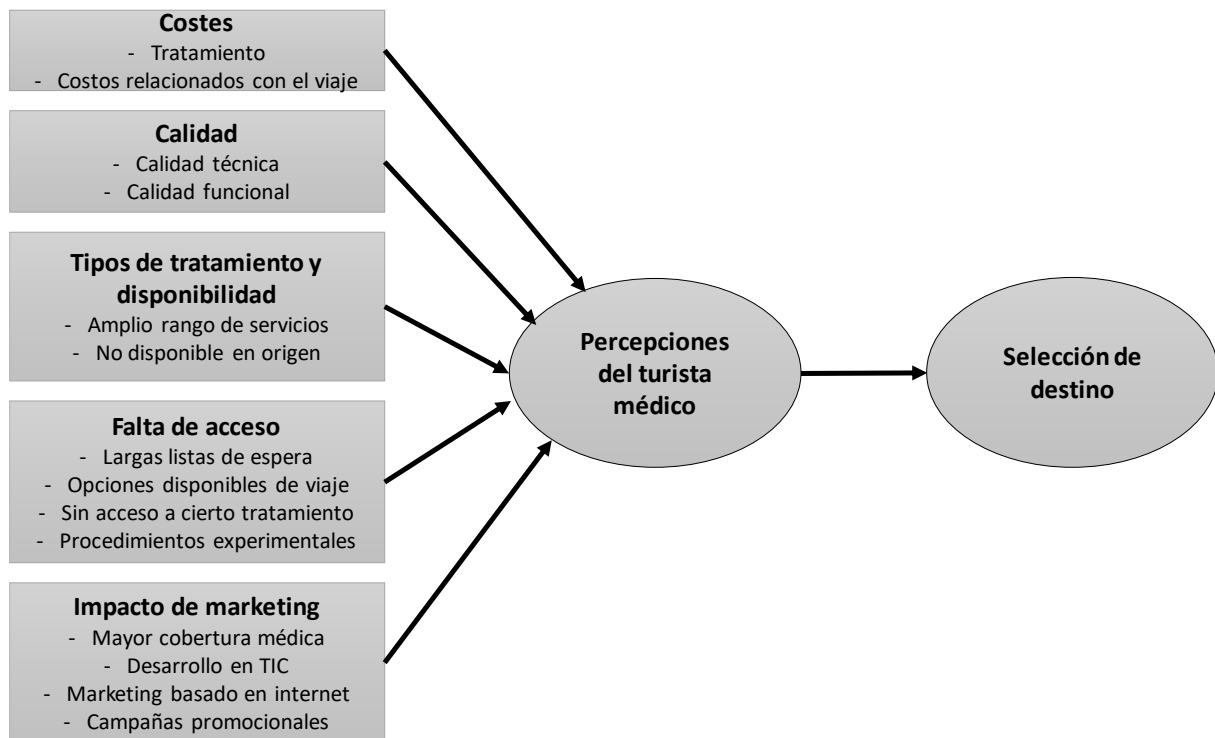
Sarwar, Manaf, y Omar (2012) también plantean un modelo teórico que explica la elección de un destino de turismo médico (Figura 15). Estos autores a través de información secundaria agrupan los principales factores que afecta la percepción de un turista médico y su posterior elección de un destino. Se encuentran cinco grupos de factores distintos:

- “Costes”, que es el principal factor motivador para la mayoría de turistas médicos. Este incluye costes relacionados con el tratamiento y con el viaje en sí.
- “Calidad”, dividiéndola en calidad técnica (equipos técnicos, sistemas de diagnóstico) y calidad funcional (relacionada con el servicio ofrecido por el grupo de profesionales). La percepción de una baja calidad puede ser una barrera importante para decidir visitar un destino.

- “Tipos y disponibilidad de tratamientos existentes en el destino”, que pueden ir desde tratamientos esenciales hasta tratamientos alternativos.
- “Falta de acceso” a determinado tratamiento por largas listas de espera, falta de la tecnología adecuada o imposibilidad de pagarlo, entre otros factores.
- Por último, el “impacto de estrategias de marketing” realizadas por destinos, cobertura de historias en medios masivos de comunicación, campañas de marketing realizadas por intermediarios, entre otros han hecho que aumente la confianza entre pacientes extranjeros.

Todos estos factores externos influyen en las percepciones formadas por los turistas médicos que finalmente determinan la selección de un destino.

Figura 15. Modelo sobre la elección de un destino en turismo médico



Fuente: Sarwar, Manaf, y Omar (2012)

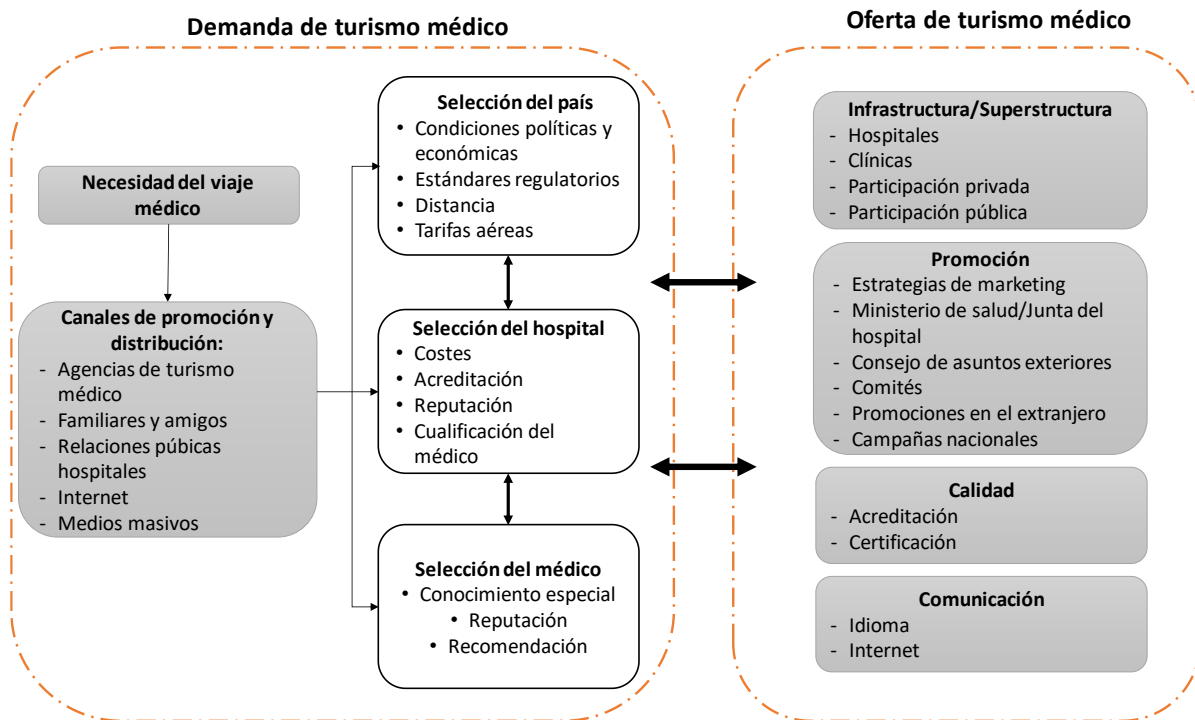
Según Heung, Kucukusta y Song (2010), aunque el modelo de Smith y Forgione (2007) ilustra algunos factores importantes a la hora de decidir un destino de turismo médico y una instalación de atención de la salud, también presenta una serie de deficiencias. En primer lugar, estos autores afirman que los factores expuestos por el modelo que influyen en la elección del destino no son suficientes para explicar la elección del paciente. En esta línea defiende que factores adicionales como la distancia geográfica, el apoyo del gobierno, la infraestructura, el personal médico capacitado también son importantes en la decisión (Heung et al., 2010, p.242). Con respecto a la elección del hospital,

factores como la reputación del mismo o sus médicos, y su ubicación también pueden afectar la decisión. Como ya se ha comentado anteriormente, los pacientes primero deciden el destino y luego seleccionan el hospital, pero este orden no siempre se cumple ya que la orden puede cambiar de acuerdo a las necesidades del cliente. Es posible que prefieran un médico u hospital específico y, basándose en eso, seleccionen el destino a posteriori.

En base a modelos anteriores y tratando de superar sus limitaciones, Heung et al. (2010) propusieron un modelo teórico integrador de los factores que afectan a la demanda y la oferta de turismo médico en términos del proceso de decisión individual (Figura 16). El modelo se basa en la teoría de la motivación en la que el concepto de necesidad explica por qué las personas viajan y la importancia dada a cada uno de los factores dentro de cada dimensión. En el lado de la "demanda" se encuentran los canales de publicidad y distribución que influyen en selección del país, de hospitales y de médicos. Esta parte del modelo se basa en el trabajo de Smith y Forgione (2007) y se refiere a los factores que afectan las decisiones de los turistas (las características del destino, el hospital y las opciones del médico). Los turistas potenciales identifican una necesidad. Esas necesidades son los factores de motivación previamente identificados, como la calidad de la atención, los costes más bajos, las largas listas de espera, la falta de disponibilidad o la prohibición de ciertos procedimientos en su país de origen. Para tomar la mejor decisión, confían en los canales de distribución (que son esencialmente fuentes de información). Heung et al. (2010) también afirma que la clasificación de los factores y el proceso de decisión cambian según las necesidades del paciente. Además, los procedimientos complejos implican factores y riesgos específicos, por lo tanto, el proceso de toma de decisiones de esos turistas será diferente.

El lado de "oferta" agrupa todos los factores involucrados en la industria del turismo médico: infraestructura/superestructura, calidad y servicios de las instalaciones médicas. Además, se incluyen las instalaciones de comunicación suministradas por los sectores público y privado. Finalmente, la promoción de la industria por parte de las entidades y autoridades gubernamentales a través de la reducción de impuestos, apoyo financiero o inversiones. Según los autores, "la oferta de turismo médico en el modelo se centra en la forma en que los requisitos de un turista médico individual interactúan con las actividades de los sectores privado, público y gubernamental de los destinos durante el procedimiento de selección" (Heung et al., 2010, p. 246). Por último, El lado de la oferta y la demanda interactúa y ambos afectan las opciones de este turista potencial. Dado que es un modelo genérico, podría explicar el comportamiento de diferentes tipos de turistas médicos (tratamientos de belleza versus tratamientos complejos).

Figura 16. Modelo de la oferta y demanda de turismo médico

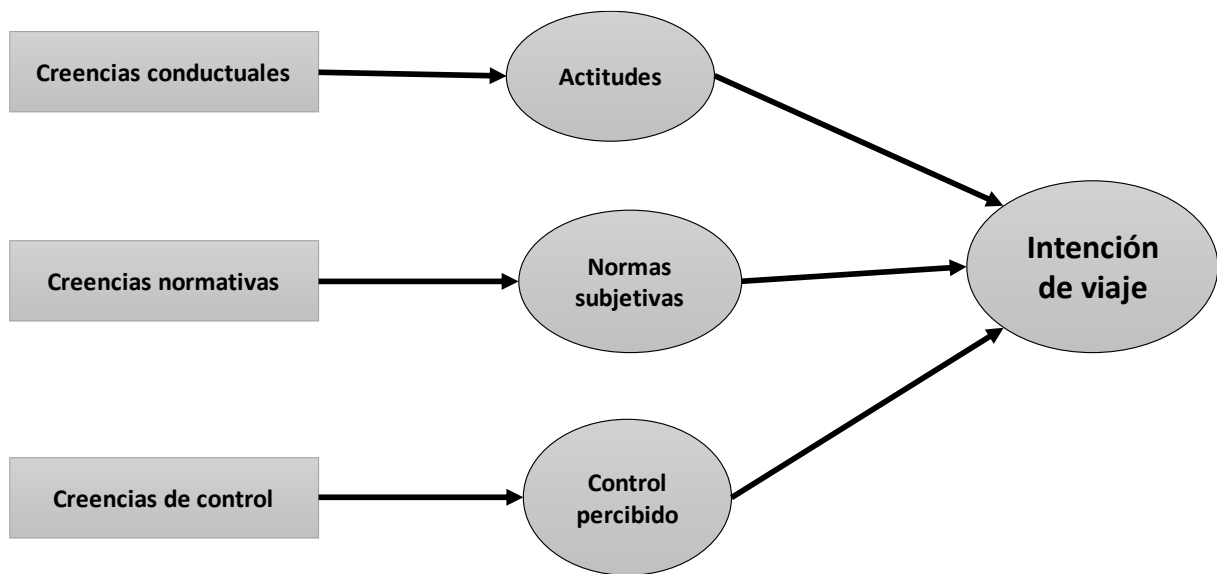


Fuente: Heung et al. (2010)

Basado en modelos anteriores de Heung et al. (2010), Smith y Forgione (2007), Lee, Han y Lockyer (2012) desarrollaron un modelo que dividía a los pacientes en tratamientos de salud versus tratamientos de belleza (Figura 17). Su trabajo se basó en la teoría del comportamiento planeado (TPB) que establece que la "actitud", las "normas subjetivas" y el "control percibido" son los antecedentes de la intención.

Las normas subjetivas se refieren a la opinión de otros que se consideran importantes para el individuo e influyen en su decisión. Por lo tanto, de acuerdo con este modelo, las opiniones de los demás pueden influir en el turista japonés que viaja a Corea para tratamientos de salud o de estética. Las normas subjetivas pueden medirse como el resultado de dos factores: creencias normativas (Ajzen, 1991) y la motivación para cumplir con ellas. El control percibido se refiere a el grado de facilidad para acceder al destino y las restricciones externas, como dinero o tiempo. Estas percepciones son factores críticos para determinar la intención de viajar a un destino de turismo médico.

Figura 17. Modelo de intención de viaje en turismo médico



Fuente: Lee, Han y Lockyer (2012)

Parte II

HIPÓTESIS, MODELO TEÓRICO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 3.

Objetivos y planteamiento de hipótesis de investigación

3. Objetivos del estudio

Tras la revisión bibliográfica realizada en los capítulos anteriores, se presentan los objetivos de esta investigación basándose en los siguientes pilares: (1) la imagen del destino como herramienta de percepción, (2) las motivaciones, (3) las fuentes de información, (4) la autocongruencia, (5) la intención de visita así como (6) la experiencia previa y la aversión al riesgo como moderadora de las relaciones existentes entre los constructos anteriores. En primer lugar, debido a que no existen suficientes estudios en torno al comportamiento del turista que busca servicios médicos es necesario identificar qué características son comunes a un potencial viajero médico.

En segundo lugar, se ha identificado que las fuentes de información así como factores internos del turista son claves para la formación de la imagen de un destino. Sin embargo, el estudio de su influencia no ha sido abordado suficientemente en el campo del turismo médico. Tampoco se han estudiado otras posibles variables que pueden influir en la intención de realizar y visitar un destino especializado en ofrecer estos servicios. Adicionalmente en la revisión de la literatura efectuada se evidencia la ausencia de estudios que investiguen cómo es el proceso de formación de la imagen en este campo, un aspecto que resulta importante debido al incremento de la inversión y las apuestas de diversos países por este sector.

Por lo tanto, los objetivos del presente estudio pueden concentrarse en los siguientes puntos:

1. Establecer un marco teórico sólido y útil para la investigación sobre turismo médico.
2. Descubrir los efectos que factores externos como las fuentes de información e internos como la autocongruencia y las motivaciones tienen sobre la imagen y el propósito de visitar este tipo de destinos.
3. Obtener un modelo de toma de decisiones que explique la formación de la imagen y la intención de visita.
4. Analizar el efecto moderador de la experiencia previa y la dimensión cultural de aversión al riesgo sobre las diferentes relaciones propuestas.

3.1 Hipótesis de investigación

En este apartado se plantean las hipótesis de investigación a ser contrastadas en la fase de análisis de datos y que permitirán alcanzar los objetivos propuestos. Principalmente, se han utilizado como referencia los fundamentos teóricos y resultados empíricos de estudios previos sobre la imagen de destinos turísticos en general (ej. Echtner y Ritchie, 1991; Gartner, 1993; Baloglu y Mc Clearly, 1999a, 1999b; Beerli y Martín, 2004a; Byon y Zhang, 2010) y algunos trabajos aplicados al caso del turismo médico como los de Saiprasert (2011) o Yu y Ko

(2012). Sin embargo, se han encontrado dificultades a la hora de plantear algunas hipótesis debido a la escasez de trabajos relacionados con el tema, en cuyo caso se han adaptado los principios que sustentan las relaciones entre variables procedentes de otros ámbitos de estudio.

Para plantear el modelo de comportamiento, se explicarán primero los factores experimentales empleados en la investigación y, en segundo lugar, la interacción entre ellos. En concreto, la estructura que se seguirá es la siguiente:

- Hipótesis y proposiciones relacionadas con la imagen.
- Hipótesis y proposiciones relacionadas con la intención.
- Justificación del papel moderador de la experiencia previa y la aversión al riesgo sobre las relaciones anteriores.

3.1.1 Hipótesis relacionadas con la imagen

El estudio de la imagen de un destino tiene sus antecedentes en la psicología ambiental y, en este campo, existe un consenso entre los investigadores acerca de que este proceso perceptual se compone de dos evaluaciones (ej. Stern y Krakover, 1993; Baloglu y Brinberg, 1997; Lin, Morais, Kerstetter y Hou, 2007; San Martín y Rodríguez, 2008; Kim y Chen, 2015): la afectiva y la cognitiva. Son dos componentes distintos pero que se encuentran relacionados jerárquicamente, pues las respuestas afectivas se forman en función de las cognitivas (Russel y Pratt, 1980; Stern y Krakover, 1993; Gartner, 1993; Baloglu y McCleary, 1999a; Baloglu y Mangaloglu, 2000) ya que el turista primero procesa la información proveniente de un destino en particular para emitir una evaluación afectiva. En otras palabras, primero se forman las creencias y opiniones y después las valoraciones afectivas. Esta relación entre la evaluación cognitiva y la afectiva es unidireccional porque se requiere de unos conocimientos mínimos para activar asociaciones afectivas con respecto a un destino específico.

También es de consenso general que la combinación de estos dos factores produce la imagen general o global que hace referencia a la valoración positiva o negativa que se pueda tener del destino (Stern y Krakover, 1993; Baloglu y McCleary, 1999a, 1999b; Pike, 2002) Partiendo de esta base conceptual de la bidimensionalidad en la escala de medida, en el presente trabajo se evalúa la imagen a través de sus componentes, el cognitivo y el afectivo, además del global.

H1: La imagen cognitiva influye positivamente en la imagen afectiva de un destino de turismo médico.

H2: La imagen cognitiva influye positivamente en la imagen global de un destino de turismo médico.

H3: La imagen afectiva influye positivamente en la imagen global de un destino de turismo médico.

Tal como se ha descrito anteriormente, la imagen de un destino es un concepto subjetivo, instaurado en la mente del turista, por lo que es necesario explorar el papel que pueden tener tanto las características del individuo como los factores externos en la formación de esa imagen. Tomando como referencia el marco conceptual de Baloglu y McCleary (1999a), se proponen dos grupos de factores o características que influyen en la imagen percibida del destino: factores personales o internos (por ej. las motivaciones) y factores estímulo (por ej. las fuentes de información o la familiaridad).

Entre los factores internos, siguiendo a Chon (1990), Lee (2009), Moreno, Beerli y Ledesma (2012) o Nicoletta y Servidio (2012) se encuentran las motivaciones y las variables sociodemográficas. La influencia de las variables sociodemográficas será explicada más adelante. Con respecto a las motivaciones, en el campo de turismo médico, existen estudios que asocian las motivaciones con la imagen y la predisposición a viajar, pero la mayoría de ellos son exploratorios y no proveen una base empírica suficiente para establecer relaciones entre variables.

Uno de los pocos trabajos empíricos es el de Saiprasert y Qu (2011) quienes encuentran tres grupos de turistas diferenciados según diferentes factores de motivación. Estos factores son la atracción, la oportunidad y el beneficio, y además encuentran una relación significativa entre la motivación de los turistas médicos donde los factores *push* y *pull* motivacionales ejercen una influencia en la imagen de destino.

Sin embargo, en la literatura de turismo en general, sí se encuentra evidencia empírica del papel de las motivaciones en la formación de la imagen. Por ejemplo, encontramos el trabajo de Baloglu y McCleary (1999a) quienes analizan la formación de la imagen de cuatro destinos turísticos (Turquía, Grecia, Italia y Egipto) y descubren que su imagen está muy relacionada con los beneficios buscados (motivaciones) por el turista. Se convierte de esta forma en un concepto central a la hora de entender el comportamiento del consumidor y el proceso de selección de un destino.

Adicionalmente, la importancia de cada atributo en la percepción holística del destino varía en función de las motivaciones de los turistas (Hu y Ritchie, 1993) y estas influyen principalmente en el componente afectivo de la imagen (Baloglu y McCleary, 1999a; Beerli y Martín, 2004; San Martín y Rodríguez, 2010). Las motivaciones determinan lo que deseamos obtener de un objeto, afectando de esta manera a las evaluaciones afectivas (Gartner, 1993). Por ejemplo, si consideramos Colombia como un país exótico, con grandes atractivos naturales, fauna y flora diferente y en nuestras motivaciones de viaje priman los escenarios naturales, entonces vamos a preferir Colombia sobre otro país con un paisaje

similar al nuestro. Si, por el contrario, consideramos Colombia como un país inseguro y valoramos fuertemente la seguridad en un destino, entonces no querremos viajar a este país. De esta manera, podemos concluir que cuando hay congruencia entre las motivaciones de los turistas y la naturaleza del destino, la imagen afectiva es influida positivamente. En otras palabras, que los individuos tendrán una imagen más positiva para aquellos atributos de destino que coincidan con sus motivaciones (San Martín y Rodríguez, 2010).

Teniendo en cuenta los hallazgos de anteriores trabajos se plantea la siguiente hipótesis de investigación:

H4: Las motivaciones influyen positivamente en la imagen afectiva de un destino de turismo médico.

Otro factor interno a considerar es el autoconcepto que como se ha descrito en el epígrafe 2.5 del capítulo anterior, es la suma total de lo que un individuo considera de sí mismo incluyendo su cuerpo e intelecto, así como sus pertenencias, familia, reputación y trabajo (Díaz et al. 2004). Por otro lado, la autocongruencia viene ligada a este concepto sustentando que los individuos perciben los objetos personales como elementos simbólicos cargados de significado, los cuales transmiten información acerca de quienes los adquieren y los usan (Sirgy, 1986). Sirgy (1986) propone que el comportamiento del consumidor está determinado por la congruencia que se deriva de una comparación psicológica que incluye la imagen que el consumidor tiene de un producto/servicio/destino y el autoconcepto de sí mismo y que los consumidores tienden a preferir o comprar productos que sean consistentes con sus conceptos real e ideal. Los turistas entonces, evalúan la imagen de destino basándose en su imagen actual e ideal (autocongruencia) así como en atributos más utilitarios como el precio, los atractivos turísticos, etc.

Una autocongruencia alta aparece cuando el usuario percibe que la imagen del producto/destino coincide con su propio autoconcepto y baja cuando ocurre lo contrario. Esta teoría sugiere que una mayor congruencia entre el autoconcepto del consumidor y la imagen del producto/marca/destino, hace más probable que el consumidor tenga una actitud favorable hacia el producto/marca o destino (Carillo, 2014). Esta relación ha sido encontrada en trabajos como los de Chon (1992) al estudiar el nivel de satisfacción de un turista hacia un destino relacionando la congruencia del autoconcepto con la imagen de destino. En este trabajo se encuentra evidencia de la relación existente entre autoimagen o autoconcepto del individuo e imagen.

En el trabajo de Sirgy y Su (2000) se propone que la autocongruencia sea el constructo que conecta las necesidades de los turistas y las percepciones de la “personalidad del destino” con su imagen global. Los turistas comparan sus necesidades y aspiraciones a las características de personalidad que ellos creen

que el destino les puede ofrecer. Cuanto mayor sea la coincidencia entre la imagen de destino y el autoconcepto del turista, mayor será la probabilidad de que se genere en él una actitud favorable hacia el destino (y por tanto mayor probabilidad de visita). Este proceso de correspondencia se denomina autocongruencia (Sirgy y Su, 2000). Finalmente, en el trabajo de Díaz et al. (2004) llevan a cabo una regresión logística considerando el deseo de visitar tres destinos (Kenia, París o República Dominicana) como variable dependiente, y la congruencia entre la imagen de los visitantes de estos destinos y el autoconcepto real como covariable. Los resultados descubren una relación de causalidad entre los autoconceptos real e ideal de los individuos y la imagen a través de la congruencia. Así mismo, cuanto mayor congruencia exista entre el autoconcepto real e ideal del turista y la imagen, mayor probabilidad habrá de visitar el destino turístico.

Ahn, Ekinci, y Li (2013) también desarrollan un modelo de elección de un destino afirmando que los turistas evalúan su imagen basándose en su autoconcepto actual e ideal. El turismo de salud dado que hace hincapié en la percepción subjetiva de la salud y la visión positiva de sí mismo, estaría en línea con estos hallazgos (Ryan y Deci, 2000). Se presenta entonces la siguiente hipótesis de investigación:

H5: La autocongruencia influye positivamente en la imagen global de un destino de turismo médico.

Por otro lado, uno de los factores externos con más influencia en la imagen y que consideraremos en el presente trabajo son las fuentes de información. Tasci y Gartner (2007) al realizar una definición de imagen concluyen que ésta se construye en base a la información emitida por agentes de formación de la imagen seleccionados por una persona. Estos agentes pueden cambiar la imagen rápidamente si la información recibida se considera creíble y difiere sustancialmente de las imágenes anteriores o si la información es menos abrumadora, pero se recibe constantemente durante un período de tiempo.

Gunn (1988) por ejemplo identifica varias fases de formación de la imagen de destino. En una primera fase la imagen es orgánica, formada principalmente por fuentes no comerciales como revistas, películas así como opiniones de familia o amigos. Posteriormente al acceder a fuentes adicionales de información como folletos de viajes o guías turísticas la imagen orgánica se altera dando lugar a una imagen inducida. Por tanto, la imagen se va formando y modificando en el tiempo como resultado acumulativo de todos los mensajes recibidos por el individuo; ya sea de forma directa, a través de la experiencia o de la comunicación corporativa, ya de manera indirecta, a través de las comunicaciones no controladas (Reza et al., 2012; Martínez, 2014).

Los trabajos existentes demuestran la relación entre las fuentes de información y el componente cognitivo de la imagen. El trabajo de Um y Crompton (1990) sobre los determinantes en la elección de un destino turístico halló que las evaluaciones perceptuales o cognitivas de los atributos se forman a partir de factores externos que incluyen varias fuentes como los medios de comunicación, la familia o el boca-oído. Echtner (1991) también coincide en que este constructo mental se forma por las impresiones recogidas de una avalancha de información que puede provenir de muchas fuentes como los “impresos de promoción (folletos de viajes o carteles), las opiniones de los demás (familia / amigos o agencias de viajes) y los medios de comunicación en general (periódicos, revistas, televisión, libros o películas)” (p. 38). Gartner (1993), Baloglu y McCleary (1999a), Yacout y Hefny (2014) obtienen resultados similares, afirmando que el desarrollo del componente cognitivo de la imagen es una función de la cantidad y tipos de fuentes de información al que el turista ha sido expuesto anteriormente.

Si nos enfocamos en el boca-oído (WOM), se ha demostrado también su importancia en la formación de imágenes de destino (Saiprasert, 2011, Abubakar e Ilkan, 2015). Beerli y Martín (2004) la considerada como la fuente más creíble y confiable, así mismo otros estudios como los de Echtner y Ritchie (1991) y Tasci y Gartner (2007) han indicado que el WOM puede afectar a la formación de imagen ya que actúa como efecto “halo” y punto de referencia para otros destinos. Esta influencia es especialmente importante en el sector de la hostelería y el turismo donde los productos intangibles son más difíciles de evaluar antes de su consumo (Litvin, Goldsmith y Pan, 2008).

Otros estudios también se han centrado en el papel de Internet en la formación de la imagen. Por ejemplo, Frías, Rodríguez y Castañeda (2008) encuentran que la imagen de destino es peor si el turista usa agencia de viajes e Internet que si sólo usa la agencia de viajes. Adicionalmente, varias plataformas web tienen una influencia similar en la formación de la imagen que la que podrían tener las fuentes de información offline tradicionales. Años más tarde, Llodrà-Riera et al. (2015) afirman que los turistas influyen activamente la formación de la imagen de destino a través de Internet contando sus experiencias personales, emociones surgidas y compartiendo fotos y textos sobre él. Al mismo tiempo los usuarios que reciben esta información la perciben como más confiable que las emitidas por las organizaciones turísticas y por lo tanto estos contenidos generados por el usuario (del inglés *user generated contents*-UGC-) influyen considerablemente la imagen.

Se dice que la versión online del WOM o eWOM tiene el poder de llegar a 30 veces más consumidores que los canales tradicionales (Trusov, Bucklin, y Pauwells, 2009). Vermeulen y Seegers (2009) llevó a cabo un estudio experimental con 168 participantes para determinar el impacto de los comentarios online sobre las actitudes de los viajeros hacia los hoteles. Los

resultados del estudio muestran que la exposición a estos comentarios en línea incrementó la conciencia sobre el hotel y que los comentarios positivos mejoraron las actitudes hacia los hoteles. La influencia del eWOM en turismo médico apenas ha sido objeto de estudio. Recientemente, el estudio de Abubakar e Ilkan (2015), encontró que el eWOM puede reducir el riesgo y la incertidumbre, convirtiéndose así en un antecedente importante de la imagen de destino en esta industria.

Derivado de todo lo anterior, se incluye en las fuentes de información tanto medios online como offline y se plantea la siguiente hipótesis de investigación:

H6: Las fuentes de información influyen en la formación de la imagen cognitiva de un destino de turismo médico

3.1.2 Hipótesis relacionadas con la intención de visita

El comportamiento de un turista se espera que esté parcialmente condicionado por la imagen que tenga de un destino. La influencia de este constructo comienza desde el proceso de selección (Woodside y Lysonsky, 1989; Um y Crompton, 1992), pues la imagen permite desarrollar conciencia sobre un destino y hace que éste se incluya en la lista de opciones potenciales (Khan et al., 2016). Destinos con imágenes más positivas tendrán una mayor probabilidad de ser seleccionados y elegidos como destino final. Adicionalmente, la imagen no sólo influye en el proceso de selección del destino y en las percepciones subjetivas del turista sino también en la evaluación posterior al viaje y en sus intenciones futuras (Reza et al., 2012). Es por esta razón que juega un papel tan importante en la predicción de este comportamiento.

Además, las dimensiones de imagen y actitud son incluso más críticas para viajeros potenciales dado que ellos no han estado antes en el destino. En ese sentido, las imágenes que se tienen sobre un destino pueden resultar más importantes que las posibles ofertas que se realizan para atraer turistas. No solamente diferentes tipos de imagen, sino diferentes componentes y dimensiones de la imagen de destino tienen niveles diferentes de influencia en el proceso de toma de decisiones del consumidor. De esta manera, sólo cuando la imagen positiva excede a la negativa, el turista potencial tomará la decisión de elegir el destino (Moreno et al., 2012).

Su influencia ha sido considerada en diferentes modelos de decisión por la literatura previa. Así, por ejemplo, Bigné et al. (2001) investigaron las relaciones entre la imagen de destino, la calidad percibida, satisfacción, intención de regresar y de recomendar a otros un complejo turístico; y encontraron que la imagen de destino tenía un efecto directo en la intención de volver a visitarlo y en la probabilidad de recomendarlo a otros. Bigné, Sánchez y Sanz (2009) también encuentran que la imagen de destino influye positivamente en las intenciones comportamentales hacia un complejo de vacaciones. Otros estudios

también han respaldado esta relación (por ej. Fakeye y Crompton, 1991; Baloglu y McCleary, 1999a; Beerli y Martín, 2004; Byon y Zhang, 2010). Adicionalmente Bigné et al. (2009) encuentran que el componente funcional de la imagen cognitiva afecta significativamente y específicamente a la intención de volver a visitar el destino.

De esta manera se plantea la siguiente hipótesis:

H7: La imagen global influye en la intención de visitar un destino de turismo médico.

H8: La imagen cognitiva influye en la intención de visitar un destino de turismo médico.

En muchos estudios de turismo se reconocen las motivaciones como punto de partida para comprender las conductas turísticas, pues son estas fuerzas internas las que impulsan al individuo a actuar y por lo tanto están conectadas a las razones por las que las personas deciden realizar diversas actividades. Las motivaciones, por tanto, contribuyen a responder una pregunta fundamental y es por qué las personas viajan.

Jang et al. (2009) afirman que la conexión entre motivación e intención se explica gracias a la teoría jerárquica de las necesidades de Maslow (1970) ya comentada antes. Según la teoría motivacional, el comportamiento de un individuo está determinado por necesidades conscientes o inconscientes, que crean la motivación para que se ponga en marcha determinada acción o comportamiento.

Estudios como los de Baloglu (2001), Yoon y Uysal (2005) o Moreno et al. (2012) han encontrado resultados en la misma línea, donde las motivaciones de los turistas influyen en forma crítica en el proceso de toma de decisión y son determinantes en la selección del destino por parte del turista. Específicamente, la motivación tiene un efecto positivo en la intención de usar algún producto o servicio en particular (Jang y Feng, 2007; Alegre y Cladera, 2009). En el área de turismo de bienestar, Konu y Laukkanen (2009) encuentran que factores motivacionales como el desarrollo personal, la salud y actividad física o la relajación y escape influyen de manera significativa en la intención de realizar un viaje que incluya actividades de bienestar.

Con respecto a la selección de destino, Jang et al. (2009) afirma que esta selección se relaciona con la motivación porque los factores *pull* se activan cuando los turistas potenciales piensan en ciertos destinos y/o actividades que ofrecen los destinos. Adaptando entonces los principios teórico-prácticos procedentes de otros campos de estudio, se establece la siguiente hipótesis de investigación:

H9: Las motivaciones influyen en la intención de visita de un destino de turismo médico.

Literatura científica existente relacionada con el comportamiento del consumidor también coincide en que este comportamiento ocurre después de la evaluación general de un producto, servicio o marca por parte del consumidor. Dicho de otra manera, el comportamiento de consumo futuro se ve moldeado por la evaluación que realiza el consumidor de un producto o servicio en conjunto con factores estímulo externos, entre los que se encuentran las fuentes de información (Abubakar, 2016, p. 600).

McCartney (2008), en su trabajo al realizar una tabulación cruzada de la importancia de las fuentes de información para turistas provenientes de Hong Kong, Pekín, Taiwan y Shanghai en la toma de decisiones de viaje a Macao, sugiere que existen diferencias significativas entre las fuentes de información, las percepciones del destino y la intención de visitarlo concluyendo la posibilidad de que las fuentes de información puedan tener impactos diferentes en las percepciones (entre éstas, la percepción del riesgo) y, por ende, el comportamiento de viaje. En general, la incertidumbre y el riesgo asociado a un viaje son percibidos como altos por los turistas médicos. Una forma de reducir estas barreras consiste en buscar información adicional, principalmente de otros turistas que ya hayan vivido la experiencia o de individuos expertos en este tema (Abubakar e Ilkan, 2015).

Tal como se explicó antes, el WOM y las fuentes de información online se consideran muy importantes para este tipo de turistas. En su estudio Lee et al. (2012) encontraron que el WOM positivo les ha permitido a los proveedores de servicios médicos de Corea del Sur formular una estrategia de marketing sostenible y asegurar su supervivencia. Así mismo, una gran cantidad de investigaciones sostienen que el eWOM tiene un impacto significativo en la elección de un destino (Reza y Samiei, 2012; Reza et al., 2012). En el ámbito de servicios médicos, Abubakar e Ilkan (2015) encuentran evidencia empírica que sustenta esta afirmación concluyendo que las fuentes de información tanto online como offline son un antecedente importante en la intención de viajar entre los turistas médicos.

H10: Las fuentes de información influyen en la intención de visita de un destino de turismo médico

3.1.3 El papel de la experiencia previa y la cultura. Proposiciones de investigación

Según Gursoy y McCleary (2004), los turistas pueden obtener conocimiento sobre el destino no solo mediante estímulos externos como las fuentes de

información sino también a través de sus experiencias previas. En esta línea, Tasci y Gartner (2007) defienden que los agentes inducido, autónomo y orgánico (ver epígrafe 2.3. del capítulo 2), no son las únicas fuentes que contribuyen a la formación de la imagen de destinos de viaje. Así, otro conjunto de determinantes de la imagen procede de los propios consumidores (perceptores) quienes filtran la información de estas fuentes y forman las imágenes sobre los destinos. Dichos factores personales se refieren a las características del individuo (dentro de estas se encuentran los valores culturales y la experiencia previa) así como a las de naturaleza psicológica (como las motivaciones, valores o personalidad) (Um y Crompton, 1990). Estas características afectan a la organización cognitiva del individuo o las evaluaciones de los estímulos, es decir, a la imagen resultante (Baloglu y McCleary, 1999a) y, por tanto, en su comportamiento.

Este argumento se basa en que el proceso de formación de percepciones es “personal y subjetivo” y por tanto las distintas características ejercen una influencia en cada una de sus etapas como por ejemplo en la exposición, la atención y la interpretación de los estímulos (San Martín y Rodríguez, 2010, p. 8). De esta forma, los individuos construyen su propia imagen mental o percibida de un destino turístico.

Enfocándonos en el papel de la experiencia previa en todo este proceso, encontramos que los individuos almacenan y procesan la información obtenida en la memoria formando su conocimiento sobre el destino (Gursoy y McCleary, 2004). Cuando surge la necesidad de evaluar un destino, los turistas primero intentan recuperar información de su memoria a largo plazo relacionada con los atributos y atracciones con el fin de evaluar el atractivo (Vogt y Fesenmaier, 1998). Adicionalmente, cuando existe experiencia previa con el destino o actividad específica, la información almacenada es más exacta y está disponible fácilmente. Por consiguiente, esta variable ayuda en el proceso de toma de decisiones.

En este sentido, algunos investigadores han sugerido que la imagen de un destino es más positiva, si el turista considera que el destino le es más familiar. Por ejemplo, Baloglu (2001) demuestra que los atributos de un destino (las atracciones, la calidad de la experiencia y los recursos locales), la imagen afectiva y la imagen general son más positivos, cuanto mayor es la familiaridad con ese destino. Esto debido a que la importancia que se le da a cada uno de los atributos del destino va a ser diferente dependiendo del nivel de experiencia directa que tenga el turista con ese destino. Por consiguiente, el proceso de formación de la imagen cognitiva será diferente (Rodríguez et al., 2012).

A su vez, los turistas pueden cambiar la imagen de un destino antes y después de viajar a éste. Antes de viajar, las imágenes se forman a través de las fuentes de información como las opiniones de las personas, noticias, documentales, etc.

Después de la visita, las imágenes pueden cambiar y se vuelven más complejas (Mechinda y Serirat, 2010; Shahijan et al., 2015). Es por esta razón que diferentes trabajos sobre este tema encuentran diferencias entre los componentes cognitivo y afectivo de la imagen entre visitantes y no visitantes. Por ejemplo, Phillips y Jang (2010) encuentran diferencias significativas en las puntuaciones medias de la imagen cognitiva entre los turistas que han visitado Nueva York previamente y los que no. En general los visitantes mantienen una imagen más positiva con respecto a los atributos tangibles y los sentimientos generados por este destino; de esta forma se puede afirmar que la imagen del destino puede cambiar tras la visita en una dirección positiva o incluso confirmar y reforzar aquellas que son negativas, dependiendo de la experiencia vivida.

Según Um, Chon y Ro (2006) la intención de las personas que visitan un destino por primera vez se ve afectada principalmente por la imagen formada de ese destino, mientras que la intención de los viajeros que regresan puede verse afectada por los esfuerzos promocionales para hacerles recordar sus impresiones positivas y por información recibida sobre nuevas atracciones existentes. En la misma línea Shahijan et al. (2015) evalúan la intención de re-visita a un destino y concluyen que la experiencia previa junto con otros antecedentes como la satisfacción o la familiaridad, influyen en esta intención de volver al destino.

Adicionalmente, los estudios indican que en turismo médico la mayoría de los viajeros realizarán varias visitas ya sea antes de la atención médica o después de ésta y lo harán con al menos un acompañante (Whittaker, 2008) por lo que resulta interesante conocer el efecto moderador que podría ejercer la experiencia previa en este tipo de turismo sobre las relaciones anteriormente propuestas. De esta forma establecemos la siguiente proposición de investigación:

P2: La experiencia previa juega un papel moderador en las relaciones entre los determinantes de la imagen y de la intención de visita.

Si bien existe una escasez de investigaciones relacionadas con la cultura e imagen, autores como Tasci y Gartner (2007) reconocen que la imagen de un destino debe estar relacionada con la cultura. Los mismos estímulos medioambientales van a tener connotaciones diferentes entre las culturas y el resultado son múltiples interpretaciones y significados que afectarán las percepciones de un destino, sus motivaciones y el proceso de búsqueda de información y la selección de determinadas fuentes.

Moreno, Beerli y Ledesma (2012) en su trabajo analizan si el país de procedencia influye en la imagen cognitiva y afectiva del destino y encuentran que esta variable tiene un elevado poder discriminante en varios de los atributos analizados, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre turistas de diferentes nacionalidades. Martín y Rodríguez (2010) también

argumentan que cuanto menos distancia cultural exista entre el individuo y el destino, más positiva será la imagen global de ese destino. Esto es debido a que, si se percibe la cultura como más próxima o similar a la del turista, se tendrá una percepción de menor riesgo, mayor familiaridad y atractivo, y se sentirá más identificado con el destino.

Con respecto a las motivaciones, McCartney (2008) sugiere que el proceso de toma de decisiones de los turistas difiere significativamente dependiendo del lugar de origen y la afiliación cultural. En su estudio sobre turistas en Macao por medio de una tabulación cruzada se hallan que existen diferencias significativas para las motivaciones de viaje entre los cuatro grupos de turistas estudiados según procedencia. El estudio concluye también que las motivaciones pueden influenciar la percepción de la imagen pues los viajeros provenientes de Hong Kong le daban más importancia a relajarse física y mentalmente mientras que los de Pekín a experimentar una nueva cultura. En el ámbito de turismo médico, Daechun (2013) encuentra que los pacientes de diferentes culturas otorgan mayor importancia a distintos factores motivaciones porque sus patrones de percepción y comportamiento se ven influidos por los valores culturales compartidos.

Por otro lado, existe un consenso general de que el enfoque de Hofstede (2001) es el más adecuado para identificar diferencias culturales principalmente porque es un modelo cultural ampliamente reconocido y el que ha sido aplicado y validado de manera más extensa en una variedad de contextos culturales, dentro del campo de la economía, el marketing y específicamente en turismo (ej. Money y Crotts, 2003; Liu, Furrer, y Sudharshan, 2007; Gholipour y Tajaddini, 2014).

Varios trabajos que se han enfocado en examinar las diferencias en las estrategias de búsqueda de información basándose en las nacionalidades o en las dimensiones culturales de Hofstede (ej. Uysal, McDonald y Reid, 1990; Chen y Gursoy, 2000) encuentran que entre las dimensiones con más influencia en el proceso de toma de decisiones del turista se encuentra la aversión al riesgo o aversión a la incertidumbre.

En general, Yacout y Hefny (2014) afirman que la aversión al riesgo es el valor cultural que está más ligado al proceso de adquisición de información debido a que las actividades turísticas crean situaciones de gran incertidumbre para los viajeros, que les lleva a desear detalles específicos sobre los productos o servicios que contratan. Por ejemplo, Dawar, Parker y Price (1996) en su estudio descubren que la aversión al riesgo puede influir en el comportamiento de búsqueda de información externa. En esa misma línea, Frías et al. (2012) hallaron que la formación de la imagen se basa en las fuentes de información que los turistas usan y se ve moderada por el nivel de aversión al riesgo existente en su cultura.

El trabajo de Litvin et al. (2004) revela que los individuos de culturas con alta aversión al riesgo consideran la información procedente de familia y amigos como la fuente más importante. Sin embargo, Money y Crofts (2003) al estudiar el comportamiento de turistas de EEUU, Alemania y Japón, encuentran que en estas culturas con alta aversión al riesgo se usan fuentes de información más relacionadas con intermediarios o miembros del canal (como agentes de viajes o touroperadores) que fuentes personales o medios masivos de comunicación. Adicionalmente tienen comportamientos conducentes a disminuir la sensación de riesgo como viajar con un tour pre-pagado, hacerlo en grupos grandes y permanecer períodos cortos de tiempo en el destino. Yacout y Hefny (2014) encuentra evidencia consistente con estos hallazgos, donde los turistas de países con una aversión al riesgo de moderada a alta es menos probable que usen amigos como fuente de información.

Por tanto, la percepción de riesgo o amenaza es otro factor que afecta al proceso de formación de la imagen de un destino y aunque la literatura relacionada con la imagen muestra varios estudios que integran factores relacionados con la seguridad y riesgo en el componente cognitivo; hasta la fecha no hay una relación específica entre el constructo riesgo y la imagen en el campo del turismo médico (Khan, Chelliah, & Haron, 2016).

Por ello, dada la diversa multiculturalidad en los pacientes que llegan a los destinos médicos y a los pocos estudios existentes que incluyan este constructo en sus modelos de comportamiento, consideramos que es importante la inclusión del factor cultural, en su dimensión de aversión al riesgo, con el fin de ganar un mejor entendimiento del proceso de toma de decisiones de estos turistas. De acuerdo a Sönmez & Graefe (1998) entender el efecto de la percepción de los riesgos permitirá a las entidades de marketing corregir las percepciones negativas y diseminar asociaciones positivas. Por tanto, considerando que la dimensión de aversión al riesgo puede afectar a las percepciones de imagen y al proceso de elección de un viaje con fines médicos se formula la siguiente proposición de investigación:

P3: La dimensión cultural aversión al riesgo juega un papel moderador en las relaciones entre los determinantes de la imagen y de la intención de visita.

3.2 Descripción del modelo de relaciones causales

Uno de los objetivos de la presente investigación es conocer la influencia de variables como las fuentes de información, autocongruencia y motivaciones en la imagen e intención en el ámbito de turismo médico. Además se tratará de comprender el papel moderador de factores como la experiencia previa y la dimensión aversión al riesgo, revelados por la literatura como fundamentales en el proceso de toma de decisiones de un turista.

Con estos objetivos, se desarrolló un modelo de comportamiento que recoge las distintas variables y relaciones propuestas anteriormente. En las Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11 se encuentra el resumen de estas relaciones y su sustentación bibliográfica básica.

Tabla 9. Relaciones del modelo propuesto relativas a la imagen

| Relaciones (sentido) | Planteamiento | Referencias |
|----------------------|---|--|
| H1(+) | Efecto positivo de la imagen cognitiva sobre la imagen afectiva de un destino de turismo médico | Russel y Pratt (1980), Stern y Krakover (1993), Gartner, (1993), Baloglu y McCleary (1999a,1999b) |
| H2(+) | Efecto positivo de la imagen cognitiva sobre la imagen global de un destino de turismo médico | Stern y Krakover (1993), Baloglu y Brinberg, (1997), Baloglu y McCleary (1999a), (1999b), Lin et al. (2007), San Martín y Rodríguez (2008) |
| H3(+) | Efecto positivo de la imagen afectiva sobre la imagen global de un destino de turismo médico | Stern y Krakover (1993), Baloglu y Brinberg, (1997), Baloglu y McCleary (1999a), (1999b), Lin et al. (2007), San Martín y Rodríguez (2008) |
| H4 (+) | Efecto positivo de las motivaciones y sobre la imagen afectiva de un destino de turismo médico | Chon (1990), Um y Crompton (1990), Hu y Ritchie (1993), Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004), San Martín y Rodríguez (2010), Saiprasert (2011), y Moreno et al. (2012) |
| H5 (+) | Efecto positivo de la autocongruencia en la imagen global de un destino de turismo médico | Sirgy (1986), Chon (1992), Sirgy y Su (2000), Ryan y Deci, (2000), Díaz et al. (2004), Carillo (2014), |
| H6 (+) | Efecto positivo de las fuentes de información sobre la imagen cognitiva de un destino de turismo médico | Um y Crompton (1990), Echtner (1991), Gartner (1993), Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004), Vermeulen y Seegers (2009), Saiprasert (2011), Martínez, (2014), Reza et al. (2012), Yacout y Hefny (2014), Abubakar e Ilkan, 2015), Llodrà-Riera, et al. (2015), Abubakar (2016). |

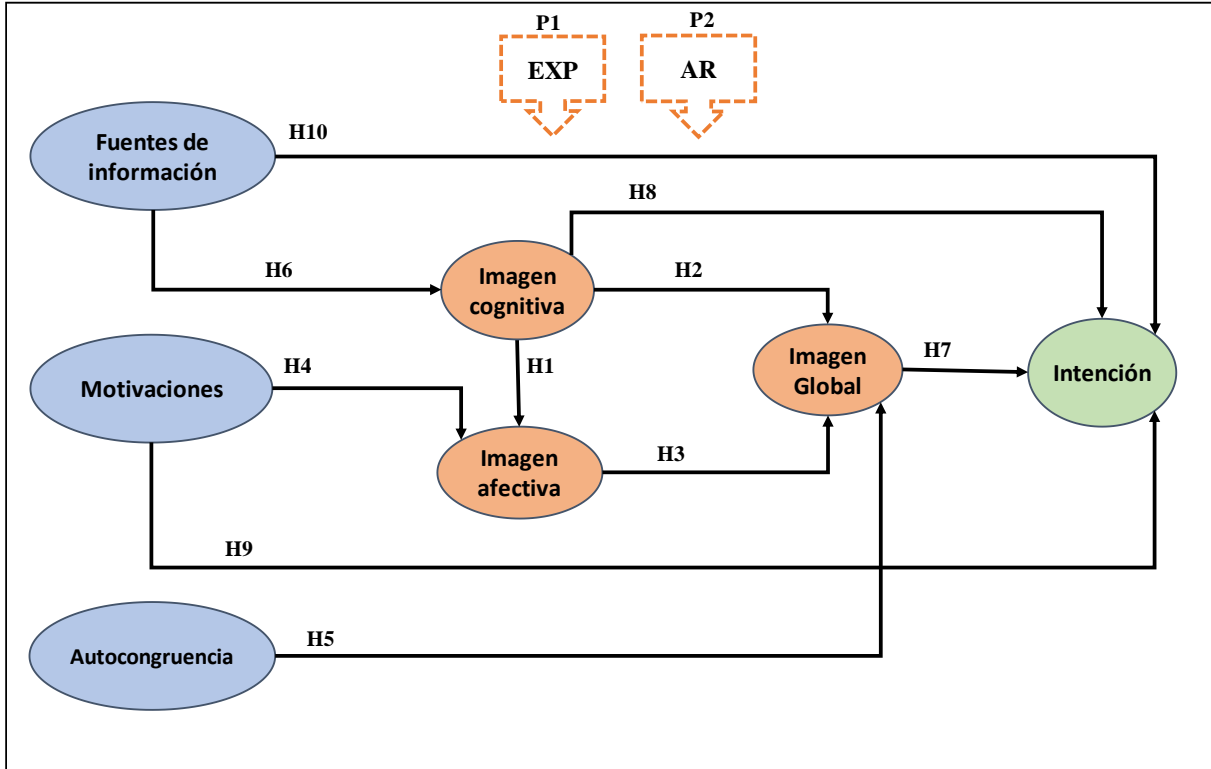
Tabla 10. Relaciones del modelo propuesto relativas a la intención de visita

| Relaciones (sentido) | Planteamiento | Referencias |
|----------------------|--|---|
| H7 (+) | Efecto positivo de la imagen global sobre la intención de visita de un destino de turismo médico | Fakeye y Crompton (1991), Baloglu y McCleary (1999a, 1999b), Bigné et al. (2001), Beerli y Martín (2004), Bigné et al. (2009), Byon y Zhang (2010), Reza et al. (2012), Moreno et al. (2012), Khan et al. (2016). |
| H8 (+) | Efecto positivo de la imagen cognitiva sobre la intención de visita de un destino de turismo médico | Bigné et al. (2009), Byon y Zhang (2010) |
| H9 (+) | Efecto positivo de las motivaciones sobre la intención de visita de destino de turismo médico | Baloglu (2001), Yoon y Uysal (2005), Jang y Feng (2007), Alegre y Cladera (2009), Moreno et al. (2012) |
| H10 (+) | Efecto positivo de las fuentes de información sobre la intención de visita de un destino de turismo médico | McCartney (2008), Lee et al. (2012), Reza y Samiei, (2012), Reza et al. (2012), Abubakar e Ilkan (2015), Abubakar (2016). |

Tabla 11. Proposición relacionada con experiencia previa y cultura

| Relaciones | Planteamiento | Referencias |
|------------|---|--|
| P1 | La experiencia previa juega un papel moderador en las relaciones entre los determinantes de la imagen y de la intención de visita | Baloglu y McCleary (1999a) |
| P2 | La dimensión cultural aversión al riesgo juega un papel moderador en las relaciones entre los determinantes de la imagen y de la intención de visita. | Dawar, Parker y Price (1996); Litvin et al. (2004); Yacout y Hefny (2014). |

Figura 18. Modelo de relaciones causales propuesto



Capítulo 4.

Metodología de investigación

4. Diseño de la investigación

Este capítulo resume los principales aspectos metodológicos aplicados con motivo del estudio empírico realizado, centrándose en la descripción de la población objeto de estudio, el método de recogida de datos y la selección previa de países. A continuación, se describirán la estructura del cuestionario y escalas de medida utilizadas en el cuestionario, diferenciando entre variables independientes y dependientes.

Un diseño experimental específico ha sido propuesto con el fin de poder alcanzar los objetivos planteados en el presente trabajo y se describen las decisiones tomadas en cada fase del proceso del trabajo empírico. La metodología a emplear persigue cubrir el objetivo general de la investigación: analizar el proceso de formación de la imagen y de la intención de visita. En la modelización de ecuaciones estructurales (SEM) aplicada las variables independientes son la autocongruencia, las fuentes de información, las motivaciones y el posible efecto moderador de la experiencia previa y de la dimensión cultural de aversión al riesgo. Las variables dependientes o endógenas son la imagen cognitiva, afectiva, global y la intención de viajar. El paquete estadístico utilizado para este análisis fue AMOS v18.

Esta modelización fue completada con otros análisis complementarios como análisis de correspondencias, cluster y de diferencia de medias. El software utilizado para estos análisis ha sido respectivamente Statistica v9 e IBM SPSS Statistics v20.

4.1 Selección de países a comparar

Uno de los objetivos de esta investigación es analizar si existen diferencias cross-culturales² en la formación de percepciones sobre la imagen y la elección de destinos de turismo médico, a partir de determinantes como fuentes de información, motivaciones y autocongruencia. Específicamente el análisis se enfocará en la aversión al riesgo como dimensión cultural.

En primer lugar, el estudio se centró en consumidores provenientes del continente europeo y americano. La elección se basa en que hasta la fecha la mayoría de estudios sobre turismo médico se han centrado en los países asiáticos, ya sea como destino de referencia o como emisores de turistas. Sin embargo, hay evidencia de que turistas provenientes de diferentes países europeos y americanos están empezando a participar activamente en esta industria, aunque usualmente no se han considerado mercados especialmente grandes según las estadísticas disponibles. Además, no sólo son los turistas, sino

² Utilizaremos indistintamente términos como cross-cultural, transcultural o intercultural.

que estos destinos han empezado a promocionarse activamente a nivel internacional y por lo tanto se espera que ocupen un lugar más importante en este sector durante los próximos años. Por ejemplo, en el trabajo de Singh (2013) pacientes estadounidenses que manifestaron intención de recibir servicios médicos en el extranjero escogieron una variedad de destinos como primera opción que no aparecen usualmente en la literatura sobre el tema. Estos son, por ejemplo, México (15%), Israel (8,3%), Argentina (3,8%), Dubai (2,9) o Colombia (2,4%).

En un análisis cluster o de grupos inicial con el fin de seleccionar los destinos a estudiar, se inspeccionó la existencia de agrupaciones de países en estos dos continentes atendiendo a sus puntuaciones culturales. Se utilizó como base la matriz de datos suministrados por Hofstede³ actualizada y presentada en el trabajo *Culture and Organizations* de Hofstede, Hofstede y Minkov (2010). Estableciendo un punto de corte del 25% con respecto a la distancia máxima de unión en el dendrograma obtenido con el método de Ward (Luque, 2012) (Ver Anexo II) se evidenciaron tres grupos de países en cada continente.

La composición de los cluster en Europa es similar a los encontrados en el trabajo de Kale (1995), quien agrupó a los euroconsumidores en tres clúster diferentes basándose en estas dimensiones de Hofstede permitiendo diseñar estrategias de marketing y comunicación más apropiadas.

Tabla 12. Agrupaciones de países por puntuaciones de Hofstede en América

| CLUSTER 1 | CLUSTER 2 | CLUSTER 3 |
|---|-----------------------|--|
| Argentina Chile Costa Rica El Salvador Perú Uruguay Brasil | Canadá EEUU | Colombia Ecuador Guatemala México Panamá Venezuela |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Agrupaciones de países por puntuaciones de Hofstede en Europa

| CLUSTER 1 | CLUSTER 2 | CLUSTER 3 |
|---|---|--|
| Austria Alemania Hungría Italia Suiza Gran Bretaña Irlanda | Dinamarca Finlandia Países Bajos Suecia Noruega. | Bélgica Bulgaria Croacia República Checa Estonia Francia Grecia |

³ Disponible en: <https://geerthofstede.com/research-and-vsm/dimension-data-matrix>

| CLUSTER 1 | CLUSTER 2 | CLUSTER 3 |
|-----------|-----------|---|
| | | Polonia Portugal Rumania Eslovaquia Eslovenia España Turquía Malta |

Fuente: Elaboración propia

Este análisis nos permitirá la elección de países culturalmente diferentes en la medida en que pertenezcan a los distintos grupos. Por tanto, el siguiente paso consistió en seleccionar un país de cada uno de estos grupos identificados tras evaluar sus características en base a las puntuaciones originales de Hofstede para la dimensión de aversión al riesgo que será objeto del estudio empírico (Tabla 14 y Tabla 15).

En concreto, la mayoría de los países americanos presentan una alta aversión al riesgo con una puntuación promedio de 80. Dentro del grupo por debajo de la media y que podríamos denominar de “baja aversión al riesgo” encontramos a Canadá y a Estados Unidos, países que también conforman el clúster 2. Adicionalmente, EEUU presenta el índice más bajo (46) y además es uno de los principales emisores y receptores de turismo médico.

Por su parte, Perú (87) perteneciente al clúster 1 presenta una puntuación muy por encima de la media y, por otro lado, la valoración de Ecuador (67) perteneciente al clúster 3 se encontraría entre la de los dos países mencionados anteriormente. Tanto Ecuador como Perú han sido tradicionalmente emisores de turistas pues sus sistemas de salud tienen muchas deficiencias y por lo tanto las personas de clase media-alta prefieren viajar a otros destinos cercanos como Chile, Colombia o Argentina (Glinos et al. 2010). Además, en estos países se encuentran varias oficinas internacionales de información de los principales grupos médicos facilitando la captación de pacientes latinoamericanos (Auren & Fundación EOI, 2013).

Siguiendo el mismo criterio, en el continente europeo (media = 71; Tabla 15) se escoge a Suecia perteneciente al clúster 2 con un valor medio muy bajo en la dimensión (29), a Suiza con una valor intermedia (58), incluido en el clúster 1, y Francia con una puntuación superior (86), integrado en el clúster 3. Así mismo estos países tienen sistemas de salud bastante completos y actualmente ofrecen amplios servicios de turismo médico. Por ejemplo, Suecia es un destino conocido por la práctica de reproducción asistida y Suiza por brindar cuidados a pacientes terminales. Sin embargo, el coste de acceso a procedimientos menores es bastante alto, lo que hace que las personas interesadas en estos procedimientos prefieran viajar al exterior y pagar menos (Shenfield et al., 2010)

Tabla 14. Puntuaciones de aversión al riesgo en países de América

| País | Aversión al riesgo | País | Aversión al riesgo |
|------------|--------------------|--------------|--------------------|
| Argentina | 86 | El Salvador | 94 |
| Canadá | 48 | Guatemala | 98 |
| Chile | 86 | México | 82 |
| Colombia | 80 | Panamá | 86 |
| Costa Rica | 86 | Perú | 87 |
| Ecuador | 67 | EEUU | 46 |
| Uruguay | 98 | Venezuela | 76 |
| | | MEDIA | 80 |

Fuente: Hofstede (2001)

Tabla 15. Puntuaciones de aversión al riesgo e individualismo en países de Europa

| País | Aversión al riesgo | País | Aversión al riesgo |
|-----------------|--------------------|--------------|--------------------|
| Austria | 70 | Polonia | 93 |
| Bélgica | 94 | Portugal | 99 |
| Alemania | 65 | Romania | 90 |
| Hungría | 82 | Eslovaquia | 51 |
| Italia | 75 | Eslovenia | 88 |
| Malta | 96 | España | 86 |
| Dinamarca | 23 | Turquía | 85 |
| Finlandia | 59 | Gran Bretaña | 35 |
| Países Bajos | 53 | Irlanda | 35 |
| Suecia | 29 | Noruega | 50 |
| Bulgaria | 85 | Suiza | 58 |
| Croacia | 80 | Francia | 86 |
| República Checa | 74 | Grecia | 100 |
| Estonia | 60 | MEDIA | 71 |

Fuente: Hofstede (2001)

4.2 Selección de la muestra y organización del trabajo de campo

Para la recolección de los datos se utilizó un panel de internautas que tuviera presencia en los países seleccionados (Suiza, Suecia, Francia, EEUU, Perú y Ecuador). La población objetivo incluyó clientes médicos tanto actuales como potenciales que han formado cierto interés en realizar turismo médico y en visitar un destino en especial. Por lo tanto, el marco muestral se delimitó a aquellos que tenían una imagen inducida por fuentes de información en el caso de los turistas potenciales o una imagen más completa y compleja moldeada por la experiencia directa con el destino para el caso de los turistas actuales.

El tamaño muestral planificado fue de 480 individuos (240 por cada continente), siendo la mitad del continente americano y la otra del continente europeo. El cuestionario fue traducido al español, inglés, francés y sueco para su distribución.

4.2.1 Población objetivo

Como se comentó en la sección 1.3.1, el perfil de los pacientes de turismo médico aún no ha sido claramente definido en la literatura existente. Existen diferentes razones por las que pacientes de altos y menores ingresos deciden viajar a otros destinos, pero se sabe relativamente poco de su perfil socio-demográfico, edad, género o condiciones de salud existentes.

Según Smith y Puczko (2009) la mayoría de las personas que deciden ir a centros médicos en el exterior son personas mayores de 30 años. Las personas más jóvenes tienen relativamente pocos problemas de salud, así como menor poder adquisitivo. En la misma línea Guy, Henson y Dotson (2015) afirman que la edad varía. Para algunos destinos (ej. Emiratos Árabes) la edad de la mayoría de turistas giraba entre 36 y 45 años, mientras que para otros destinos como India, China o Jordania la edad promedio es de 46 años o más. Así mismo, sostienen que las personas con ingresos más bajos estarán menos dispuestas a buscar cuidados médicos en el exterior, frente a aquellos con ingresos medios o altos. Igualmente, aquellos con menor nivel educativo serán más sensibles a factores como la seguridad o la facilidad de comunicación al viajar, lo que los haría menos propensos a viajar. Otra investigación realizada por Henson, Guy y Dotson (2015) encontró que más del 80% de los turistas médicos entrevistados tenían estudios universitarios o de posgrado.

Con respecto al género, la investigación adelantada por Connell (2008) para Deloitte, encuentra que los hombres son más propensos a realizar turismo médico, así como que el porcentaje de los que tenían seguro médico y los que no lo tenían se dividía en el 40% y 60%, respectivamente. Anvekar (2012) encuentra resultados similares para turistas médicos que viajaban a la India con un 68% de hombres, siendo un 72% pertenecientes al grupo de edad de entre 20 y 40 años, y un 67% presentan estudios universitarios. Se sabe también que el turista médico es un visitante tradicional del destino y que la mayoría de países que elige son cercanos a su país de origen.

Debido a que no existen datos unificados con respecto al tamaño y características de la población y dada la dificultad para encontrar un listado de personas que hubieran realizado procedimientos médicos en otros países, no se pudieron emplear técnicas de muestreo probabilístico. No obstante, para conseguir una muestra representativa de la población de la que se extrae, se le pidió al panel que al menos la mitad fueran turistas médicos actuales, mayores de 18 años, que se mantuviera la proporción entre hombres y mujeres en los países de origen y una mayor presencia de participantes con más de 50.000\$.

4.2.2 Proceso seguido en el trabajo de campo

En un primer estudio de tipo cualitativo con cuestionario semiestructurado se entrevistaron a un total de cinco profesionales vinculados a la industria médica. La muestra objetivo estuvo compuesta por dos médicos españoles, un profesional médico de Medellín, Colombia (director del Cluster *Medellín Health City*), una persona encargada de coordinar la oficina de pacientes internacionales en *Harkany Psoriasis Center* y el director de *Davinci Clinic*, una clínica privada, ambos en Hungría.

Este estudio piloto permitió: 1) aproximarnos a las motivaciones comunes a la hora de realizar este tipo de turismo, 2) los países más frecuentemente visitados con fines médicos según continentes, 3) confeccionar una batería de atributos más valorados a la hora de visitar estos destinos, 4) identificar las fuentes de información más consultadas. Los resultados de las entrevistas ayudaron a evaluar la adecuación del cuestionario a los objetivos de investigación, completar y adaptar las escalas de medida extraídas de la literatura científica revisada, así como identificar posibles errores en el planteamiento de los ítems del cuestionario final. El cuestionario fue de tipo autoadministrado, y programado con la herramienta Qualtrics Insight Platform (<https://www.qualtrics.com/es/>).

Para la recogida de datos, debido a la ausencia de información veraz al momento del estudio se optó por realizar un muestreo por conveniencia. En particular, se contrató el panel de navegantes Toluna (<http://es.toluna.com/>). Toluna es una compañía de investigación de mercados que se encarga de reclutar individuos interesados y comprometidos en formar parte de esta comunidad de panelistas online. La información relevante sobre los miembros se actualiza de forma regular a través de recompensas por lo que las empresas acceden a información actualizada sobre el perfil de los usuarios de su interés. Adicionalmente la empresa se preocupa por la calidad de las respuestas cumpliendo con los requisitos exigidos en la Unión Europea en cuanto al acceso a paneles para investigaciones de mercados.

La compañía distribuyó el cuestionario vía correo electrónico a los usuarios del panel. Una vez que los usuarios accedían a participar en la encuesta, el propio cuestionario web los sometía a un filtro para determinar si eran turistas médicos actuales o potenciales y provenían de los países seleccionados. Tras estas preguntas filtro, los usuarios accedían a la página de presentación donde se les explicaba el propósito de la investigación y procedían a cumplimentar la encuesta. En la Tabla 16 se muestra información sobre el tamaño muestral por país que originalmente se estipuló para poder realizar la investigación con ciertas posibilidades de generalización, compuesta por un mínimo de 480 individuos.

Tabla 16. Muestra planificada

| Países | Tamaño muestral deseado | Tamaño muestral efectivo |
|----------------|-------------------------|--------------------------|
| Suiza | 80 | 85 |
| Suecia | 80 | 82 |
| Francia | 80 | 100 |
| Estados Unidos | 80 | 101 |
| Perú | 80 | 71 |
| Ecuador | 80 | 75 |
| TOTAL | 480 | 534* |

*Se añadieron a este total 20 residentes en estos países aunque son originarios de otros.

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de noviembre de 2016 a enero de 2018. En una primera oleada se obtuvieron 330 encuestas completas y otra segunda oleada a finales de 2017 permitió superar el tamaño muestral objetivo. Respecto al proceso de depuración de la muestra de los 598 cuestionarios obtenidos, 64 fueron eliminados. En particular, se suprimieron aquellos cuestionarios con preguntas incompletas, que presentaron patrones de respuesta de conveniencia o que mostraron casos atípicos (*outliers*). Una vez realizado el proceso de depuración, el tamaño muestral efectivo fue de 534 sujetos correspondiente a un error muestral de 4,2% en la estimación de una proporción. En la Tabla 17 se encuentra información sobre la ficha técnica del estudio.

Tabla 17. Ficha técnica del estudio

| Ficha técnica del estudio | |
|--|---|
| Naturaleza metodológica | Cuantitativa |
| Población | Turistas médicos actuales y potenciales provenientes de los países seleccionados. |
| Estación del tamaño de la población | 14.000.000 ^a |
| Marco muestral | Concreción de una submuestra del panel Toluna Spain. Muestra representativa de las características de la población objeto de estudio. |
| Tipo de muestreo | No probabilístico, a partir del listado de navegantes ofrecido por la empresa del panel Toluna Spain. |
| Instrumento de recogida | Cuestionario web auto-administrado. |
| Forma de contacto con elementos muestrales | Email |
| Duración media de la entrevista | 17 minutos |
| Muestra válida | 534 |
| Error muestral^b | 4,2% |
| Período de realización del trabajo de campo | Noviembre de 2016 – enero de 2018 |

b. Estimación según el estudio “Mapping the Future of Global Travel and Tourism” de VISA y Oxford Economics del 2014.

a. Error muestral para la estimación de una proporción, suponiendo muestreo aleatorio simple, población infinita, $p=q=0,5$ y para un nivel de confianza del 95%.

4.3 Estructura del cuestionario utilizado

4.3.1 Preguntas filtro.

El cuestionario web se distribuyó en español, inglés, francés y sueco con la ayuda de traductores profesionales al ser estos los idiomas principales o secundarios de los países bajo estudio. Como se mencionó antes, se aplicaron dos filtros (Tabla 18 y Anexo 1) para garantizar que las personas cumplieran con las características buscadas.

Tabla 18. Filtros empleados en el cuestionario utilizado

| Primer filtro |
|--|
| <p>¿Ha viajado alguna vez a otro país para acceder a servicios médicos u odontológicos?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>FILTRO: Si el panelista marcaba “Sí” era redirigido al cuestionario. Si marcaban “No” era redirigido a la segunda pregunta filtro:</p> |
| Segundo filtro |
| <p>Que usted decida viajar a otro país para acceder a cuidados médicos en los próximos 5 años es:</p> <p>Muy probable (1) Probable (2) Improbable (3) Muy improbable (4)</p> <p>FILTRO: Si el panelista marcaba “Muy probable” o “Probable” era redirigido al cuestionario. Si marcaba “Improbable” o “Muy improbable” finalizaba la encuesta.</p> |

Tras la aplicación de estos filtros y la presentación del propósito de investigación, (véase Anexo I) para un análisis del “*Top of mind*”, se plantearon preguntas abiertas en forma de respuesta múltiple con tres opciones para las asociaciones de palabras y de países cuando pensaban en turismo médico.

A los usuarios que habían contestado que sí habían viajado para recibir servicios médicos también se les preguntó por el país al que había viajado, la frecuencia de este tipo de viaje durante los últimos 5 años y el tipo de operación realizada: cirugía cosmética, odontología, cardiovascular, ortopedia, tratamientos contra el cáncer, reproductiva, pérdida de peso, chequeos médicos o segundas opiniones y otros.

En la segunda parte se agruparon todos los ítems de los constructos bajo estudio (fuentes de información, motivaciones, autocongruencia, imagen e intención de visita). En la tercera parte, se agruparon las preguntas sobre las características sociodemográficas edad, sexo, nivel de estudios, ingresos y estado civil.

4.3.2 Escalas de medida empleadas

- **Autocongruencia**

Varios trabajos en el ámbito del comportamiento del consumidor como los de Sirgy (1986), Malhotra (1988) y Sirgy y Su (2000) consideran que el autoconcepto está conformado por: a) el autoconcepto real o como las personas se ven a ellos mismos, b) el autoconcepto social o como ellos piensan que los otros le ven, c) el autoconcepto ideal o cómo les gustaría verse a ellos mismos y d) el autoconcepto social ideal o como les gustaría que otros lo vieran. Se sostiene también que todos estos aspectos son relevantes para explicar y predecir el comportamiento de compra del consumidor (Sirgy, 1982; Díaz et al., 2004). En dichos trabajos se han intentado explicar variables como la satisfacción, la lealtad, la implicación y la motivación sobre la base de las diversas perspectivas que comprende el autoconcepto.

La autocongruencia, como se ha expuesto, es el ajuste/desajuste entre la imagen que tiene un individuo (autoconcepto) y la imagen percibida de un producto/marca/destino. Su medición se realiza de dos maneras. El método tradicional está enfocado en medir las percepciones sobre un destino de los participantes y las percepciones de su autoconcepto en relación con la imagen de ese destino. A continuación, se computa matemáticamente la discrepancia en las puntuaciones entre el autoconcepto y la imagen. Este tipo de medida es utilizada, por ejemplo, en el trabajo de Beerli et al. (2007), que para medir la imagen de los turistas que visitan Kenya, París y la República Dominicana utilizaron una escala de diferencial semántico de 7 puntos. Estos ítems, que son una versión adaptada de la escala de Malhotra de 1981, fueron: joven/viejo, conservador/liberal, moderno/tradicional, no-conformista/conformista, le gustan los riesgos/le gusta la seguridad, le gustan las emociones fuertes/no le gustan las emociones fuertes. Para cada uno de los ítems, los encuestados debían evaluar su autoconcepto real al contestar la pregunta: “Usando la siguiente lista de adjetivos, ¿cómo se ve a sí mismo? Y su autoconcepto ideal se medía al preguntar: “¿Cómo le gustaría verse a sí mismo? Al mismo tiempo y utilizando los mismos ítems mencionados anteriormente, debían evaluar la representación mental que tenían de los turistas que habían visitado estos países al contestar: “De las siguientes características, ¿cuál es la imagen que tiene de los turistas que visitan [cada destino]?”

A pesar de la relevancia de este método, Sirgy et al. (1997) identificó problemas metodológicos inherentes a la medición de la discrepancia de la autocongruencia y que obligaba a los participantes a ceñirse a una categoría de imagen o dimensión específica. Por eso, en su trabajo desarrolla un nuevo método que guía a los participantes a indicar su percepción global acerca del grado de ajuste o desajuste entre cómo se ven ellos mismos y su propia imagen del destino. Este método capta la autocongruencia directa y globalmente y

además se encontraron que tiene mayor poder predictivo en varias áreas del comportamiento del consumidor.

Siguiendo este nuevo método, la escala de autocongruencia utilizada en este trabajo se extrae del trabajo de Sirgy et al. (1997) y Sirgy y Su (2000) usado también posteriormente en el estudio de Ahn et al. (2013). Esta medida incluye las cuatro facetas de autoconcepto: el autoconcepto real, el autoconcepto ideal, el autoconcepto social y el autoconcepto social ideal.

Tabla 19. Escala utilizada para medir la autocongruencia

| ÍTEM | TIPO DE ESCALA | FUENTE |
|--|--|---|
| <p>Piense en el típico turista que viaja a [destino seleccionado]. Imagine las características que tienen las personas que viajan a este destino (por ej. Yo imagino que el típico turista que viaja a (destino seleccionado) es una persona elegante o vulgar, joven o vieja, etc). Una vez hecho esto, indique su grado de acuerdo o desacuerdo, según las siguientes afirmaciones de 1 a 7 (donde 1= Totalmente en desacuerdo; 7= Totalmente de acuerdo). [destino seleccionado] es coherente con:</p> | <p>Likert de 7 posiciones</p> | <p>Sirgy et al. (1997), Sirgy y Su (2000), Ahn et al.(2013)</p> |
| <p>1.</p> | <p>Cómo me veo a mí mismo</p> | |
| <p>2.</p> | <p>Cómo me gustaría verme a mí mismo</p> | |
| <p>3.</p> | <p>Cómo creo que los otros me ven</p> | |
| <p>4.</p> | <p>Cómo me gustaría que los otros me vieran.</p> | |

- **Motivaciones**

Según Moreno et al. (2012), la motivación se puede definir como una fuerza antecesora del comportamiento que permite una mejor comprensión de las expectativas reales de los turistas, sus necesidades y percepciones. Fodness en su trabajo de 1994 expone que la teoría de la motivación básica describe un proceso dinámico de factores psicológicos internos (necesidades, deseos y objetivos) que generan un nivel inconfortable de tensión dentro de la mente y el cuerpo del individuo y que lo impulsan a actuar.

En general en la literatura se considera que esta escala es multidimensional. Siguiendo a Fodness (1994), en el trabajo de Baloglu y McCleary (1999a) se identifican cuatro factores motivacionales que son “Relajación/Escape”, “Emoción/Aventura”, “Conocimiento”, “Social”, y “Prestigio”. No obstante, dado el propósito central de viajar por procedimientos médicos a otro país, los ítems de motivaciones encontrados en trabajos relacionados con turismo en general, no se ajustan adecuadamente a las pretensiones de esta investigación. La

revisión de la literatura sobre este tema revela que no existe una escala establecida y aceptada para medir las motivaciones de los turistas médicos. Sin embargo, es de consenso general que mientras que para muchos turistas viajar significa escapar de la rutina diaria, relajarse o pasar tiempo de calidad con su familia; para los turistas médicos, viajar significa ir en busca de tratamiento médico y después dedicarse a estas actividades propias del turismo tradicional si es posible.

Se puede decir por tanto que las motivaciones de los turistas estén relacionadas con los beneficios económicos (Abubakar e Ilkan, 2015), la no disponibilidad de un determinado tratamiento, los altos costes en los países de origen o la calidad (Lunt y Carrera, 2010). El deseo de tener privacidad y de combinar atracciones turísticas tradicionales, hoteles, clima, comida y visitas culturales con procedimientos médicos también son considerados como factores motivaciones por diversos autores. Con el fin de identificar las motivaciones comunes al turismo médico que impulsen a los individuos a visitar un determinado destino, se compiló la siguiente escala de medida a partir de una serie de trabajos que se detallan a continuación.

Tabla 20. Escala utilizada para medir las motivaciones

| Indique su grado de acuerdo o desacuerdo, según las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1= Totalmente en desacuerdo; 7= Totalmente de acuerdo. En lo que se refiere a servicios médicos, viajé/viajaría a [destino seleccionado] porque me ofrece: | Fuente |
|---|--|
| ...tratamientos médicos menos costosos que en mi país | Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009), Lunt y Carrera (2010), Saiprasert (2011), Anvekar (2012), Johnston, Crooks y Snyder (2012), EOI-Auren (2013), Daechun (2013) |
| ... una cantidad significativa de ahorro | Lunt y Carrera (2010), Saiprasert (2011) |
| ... calidad comparable de los servicios médicos | Horowitz y Rosensweig (2007), Lunt y Carrera (2010), Anvekar (2012), EOI-Auren (2013) |
| acceso a la tecnología más avanzada | Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009) |
| ... la oportunidad de combinar servicios médicos con vacaciones | Lunt y Carrera (2010), Saiprasert (2011) |
| ... una variedad de atractivos turísticos para pacientes en recuperación | Saiprasert (2011) |
| ... oferta turística complementaria para mi acompañante | Saiprasert (2011) |
| combinar servicios médicos con la visita a amigos o familiares | Elaboración propia |

| <p>Indique su grado de acuerdo o desacuerdo, según las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1= Totalmente en desacuerdo; 7= Totalmente de acuerdo. En lo que se refiere a servicios médicos, viajé/viajaría a [destino seleccionado] porque me ofrece:</p> | <p>Fuente</p> |
|---|---|
| <p>...menor tiempo de espera para servicios médicos que en mi país</p> | <p>Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009), Lunt y Carrera (2010), Saiprasert (2011), Johnston, Crooks y Snyder (2012), EOI-Auren (2013)</p> |
| <p>... conocer nuevos destinos y culturas</p> | <p>Elaboración propia</p> |
| <p>... el acceso a tratamientos médicos que no están permitidos en mi país</p> | <p>Lunt y Carrera (2010), Saiprasert (2011)</p> |
| <p>... tratamientos médicos que no están cubiertos por mi aseguradora</p> | <p>Saiprasert (2011), Anvekar (2012), Daechun (2013)</p> |
| <p>... disponibilidad y variedad de servicios médicos</p> | <p>Lunt y Carrera (2010), Saiprasert (2011), Johnston, Crooks y Snyder (2012), EOI-Auren (2013)</p> |
| <p>.. privacidad y confidencialidad</p> | <p>Lunt y Carrera (2010), Saiprasert (2011)</p> |

- **Imagen de destino**

La definición propuesta de imagen de destino (ver epígrafe 2.1) sugiere que una operacionalización apropiada implica medir tanto atributos como impresiones holísticas. Es decir, que deben medirse tanto las características funcionales como las psicológicas. Además, en el proceso de medición de imagen de destino, se deben considerar no sólo los rasgos comunes a todos los destinos, sino también capturar las características únicas que distinguen a un destino en particular (Echtner, 1991). Milman y Pizam (1995) por ejemplo considera que la imagen de un destino debería estar compuesta por: el producto (variedad y calidad de las atracciones, el precio, los usuarios, etc.), el comportamiento y actitud de los ciudadanos, los empleados que entran en contacto con el turista y el ambiente (clima, atractivos naturales o seguridad).

Tal como se mencionó anteriormente, la imagen de destino se considera un constructo multidimensional formado por las evaluaciones cognitivas y afectivas y éstas a su vez forman la imagen global. Adicionalmente la imagen evoluciona en el tiempo de orgánica a inducida y finalmente a compleja una vez que se ha visitado el destino (Gunn, 1988; Fakeye y Crompton, 1991; Byon y Zhang, 2010). Teniendo en cuenta estas consideraciones, los ítems evaluados fueron seleccionados sobre la base de una revisión de la literatura que ha estudiado este constructo, seleccionando específicamente estudios que hablaran de la imagen en el contexto de turismo médico.

- Imagen cognitiva

La imagen cognitiva se considera un constructo multidimensional. Sin embargo, al evaluar los ítems para su medición, se encuentra una falta de homogeneidad entre los atributos que definen estas evaluaciones cognitivas de los turistas. La revisión realizada mostró la inexistencia de una escala válida y ampliamente aceptada para esta variable, por lo que la mayoría de los autores intentan incorporar todos los aspectos posibles de un destino que son susceptibles de medir en la imagen percibida de un lugar.

Por ejemplo, Baloglu y McCleary (1999a) identificaron tres factores cognitivos: calidad de la experiencia, atracciones y valor/entretenimiento. Por otro lado, Chalip, Green y Hill (2003) al medir la imagen de Australia entre estadounidenses y neozelandeses, desarrollaron una imagen de destino con 40 ítems agrupados en nueve factores: ambiente desarrollado, ambiente natural, valor, oportunidades de turismo, riesgo, novedad, clima, conveniencia y ambiente familiar.

Siguiendo a Beerli y Martín (2004) la elección de los diferentes atributos usados al diseñar un instrumento para medir la imagen percibida de un destino debe partir de las atracciones que un lugar tiene a su disposición, su posicionamiento como destino turístico y el propósito del investigador al evaluar la imagen percibida. En concreto, el aspecto cognitivo es evaluado en base a una lista de todos los atributos que corresponden con los recursos o atracciones que el destino puede ofrecer y que pueden influir en la imagen (Moreno et al., 2012). En el contexto del turismo, esas atracciones son los elementos clave de un destino que atraen a los turistas, tales como el paisaje, las actividades para participar y las experiencias que recordar.

Beerli y Martín (2004) finalmente identifica nueve dimensiones y atributos que determinan la imagen percibida de un turista: “Recursos naturales”, “Infraestructura General”, “Infraestructura Turística”, “Recreación y Ocio”, “Cultura, historia y arte”, “Factores económicos y políticos”, “Entorno natural”, “Entorno social” y “Atmósfera del lugar”. El trabajo de Saiprasert (2011), enfocado directamente en la imagen de un destino de turismo médico, realiza un compendio de los ítems destinados a medir la imagen de destino en general, que incluyen la oferta cultural del país, naturaleza, etc., así como los ítems característicos de un destino médico.

Siguiendo la clasificación de Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004) y Saiprasert (2011) se realiza un esfuerzo particular para asegurar que los ítems utilizados fueran relevantes y representativos de las características generales de un destino de turismo médico. Estos elementos se muestran en la Tabla 21 y han sido clasificados según se correspondan con la imagen general o específica de este tipo de destino.

Tabla 21. Escala utilizada para medir la imagen cognitiva

| Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1=Totalmente en desacuerdo; 7=Totalmente de acuerdo. Como destino, [destino seleccionado] es/tiene: | Fuente | Tipo de imagen |
|--|---|----------------|
| infraestructura de calidad (carreteras, aeropuerto, transporte, etc.) | Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004), Byon y Zhang (2010), Moreno et al. (2012) | General |
| infraestructura hotelera suficiente | Beerli y Martín (2004), Byon y Zhang (2010), Moreno et al. (2012) | General |
| cuenta con un clima agradable | Baloglu y McCleary (1999a), Byon y Zhang (2010), Beerli y Martín (2004), Moreno et al. (2012) | General |
| paisajes hermosos/attractivos naturales como playas, bosques, montañas, etc. | Baloglu y McCleary (1999a), Byon y Zhang (2010), Beerli y Martín (2004), Moreno et al. (2012) | General |
| lugares de interés histórico o cultural | Baloglu y McCleary (1999a), Byon y Zhang (2010), Beerli y Martín (2004), Moreno et al. (2012) | General |
| cuenta con una buena red de información turística | Beerli y Martín (2004), Byon y Zhang (2010) | General |
| ... ofrece facilidad en el trámite del visado e inmigración | Saiprasert (2011) | General |
| ... es de fácil acceso desde mi país (numerosos vuelos, conexiones, etc.) | Saiprasert (2011), Moreno et al. (2012) | General |
| ... tiene una buena reputación como destino turístico | Beerli y Martín (2004) Saiprasert (2011), Moreno et al. (2012), Abubakar e Ilkan (2015) | General |
| ... tiene cultura/religión similar a la mía | Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009) | General |
| es un destino seguro (pocos robos, disturbios, etc.) | Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004), Byon y Zhang (2010), Moreno et al. (2012) | General |
| ... ofrece facilidad para planificar el viaje y los tratamientos desde mi país | Saiprasert (2011) | General |
| ... sigue estándares internacionales de higiene y limpieza | Baloglu y McCleary (1999a) Byon y Zhang (2010) | General |
| referenciado en portales de asociaciones e intermediarios de turismo médico | EOI-Auren (2013) | Médico |
| cuenta con hospitales y clínicas con | Saiprasert (2011), EOI-Auren | Médico |

| Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1=Totalmente en desacuerdo; 7=Totalmente de acuerdo. Como destino, [destino seleccionado] es/tiene: | Fuente | Tipo de imagen |
|---|---|----------------|
| acreditación internacional | (2013) | |
| ... tiene hospitales con buena reputación y reconocimiento | Saiprasert (2011), Abubakar e Ilkan (2015) | Médico |
| cuenta con una infraestructura hospitalaria suficiente y de estándares mundiales | Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009), Saiprasert (2011) | Médico |
| ... desarrolla tratamientos pioneros | Saiprasert (2011) | Médico |
| ... médicos cualificados/expertos en el área de interés | Saiprasert y Qu (2011) | Médico |
| hospitales/clínicas con personal que habla mi idioma | McCartney (2008), Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009), Saiprasert (2011) | Médico |
| cuenta con fácil asistencia de las autoridades locales en caso de algún problema médico | Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009) | Médico |

- **Imagen afectiva**

El modelo teórico desarrollado por Russell y Pratt (1980) para medir la dimensión afectiva de la imagen de un destino turístico vislumbra otro conjunto de aspectos representados en cuatro escalas bipolares: estimulante-aburrido, agradable- desagradable, alegre-triste, y relajante-estresante. Esta escala se ha utilizado en una gran variedad de áreas de marketing turístico al analizar la imagen afectiva junto con las fuentes de información, la cultura o las motivaciones (Russell y Pratt, 1980; Byon y Zhang, 2010; Rodríguez et al., 2012; Yacout y Hefny, 2014; Nicoletta y Servidio, 2012).

Por ejemplo, Baloglu y Brinberg (1997) estudió la aplicabilidad de la escala desarrollada por Russel a entornos de gran escala como los países. Baloglu y McCleary (1999a) lo utilizaron también en su estudio sobre modelización de la imagen de Turquía, así como Moreno et al. (2012) al analizar la imagen de las Islas de Gran Canaria como destino turístico desde un enfoque multidimensional. Se trata por tanto de una escala de diferencial semántico con buenas propiedades sicométricas y que fue adaptada ligeramente a la presente investigación.

Tabla 22. Escala utilizada para medir la imagen afectiva

| Por favor, marque un valor en cada línea para mostrar sus sentimientos sobre [destino seleccionado] como un destino de turismo médico | Fuente |
|---|--|
| Desagradable/Agradable Aburrido/Estimulante Triste/Alegre Estresante/Relajante Arriesgado/Seguro | Russell y Pratt (1980), Davis (1989), Baloglu y Brinberg (1997), Baloglu y McCleary (1999a), Byon y Zhang (2010), Moreno et al. (2012), Rodríguez et al. (2012), Nicoletta y Servidio (2012), Yacout y Hefny (2014). |

- **Imagen global**

Para medir la imagen global se toma como referencia el trabajo de Beerli y Martín (2004) quienes miden la imagen de Turquía sobre la base de una escala diferencial semántico cuyos adjetivos extremos son muy positivo/muy negativo. También usada en el trabajo de Moreno et al. (2012). Adicionalmente se incluye un ítem cuyos valores extremos son muy buena/muy mala utilizado en el trabajo de Frías et al. (2008) para medir la influencia que tiene Internet versus las agencias de viajes en la formación de la imagen antes de la visita.

Tabla 23. Escala utilizada para medir la imagen global

| Evalúe la siguiente afirmación en un grado de 1 a 5, donde 1= Muy negativa; 5= Muy positiva | Fuente |
|---|--|
| La imagen que tengo de [destino seleccionado] es... | Beerli y Martín (2004) Moreno et al. (2012) |
| Evalúe la siguiente afirmación en un grado de 1 a 5, donde 1= Muy buena; 5= Muy mala. | Fuente |
| La imagen que tengo de [destino seleccionado] es.... | Davis (1989), Frías et al. (2008) |

- **Fuentes de información**

La formación de la imagen puede darse a través de la experiencia personal, configurarse sólo a través de fuentes de información o incluso en ausencia de cualquier medio comercial (Crompton, 1979; Hu y Ritchie, 1993; Gartner, 1993; Baloglu y Brinberg, 1997; MacKay y Fesenmaier, 1997; Baloglu y McCleary, 1999a). Según el estudio realizado por EOI-Auren en el 2013, en los últimos años, la principal vía de búsqueda de información sobre turismo de salud es Internet, pues lo más habitual es que el turista de manera individual realice búsquedas del tratamiento que quiere recibir. También identifican que el facilitador de este turismo o las “agencias de turismo médico” son, uno de los medios comerciales más importante para canalizar la oferta de turismo de salud a nivel internacional. Se estima que las redes sociales serán también una fuente importante en el futuro porque, en los servicios relacionados con la salud, la reputación puede ser un elemento de venta esencial.

Adicionalmente, Tasci y Gartner (2007) argumentan que, debido a la naturaleza intangible de los productos turísticos, los materiales publicitarios con mensajes verbales y visuales, se vuelven especialmente importantes dado que representan al destino en consideración hasta que se realiza la visita. Cotten y Gupta (2004) en su trabajo más enfocado a la búsqueda de información relacionada con la salud en EEUU, incluye también las fuentes como periódicos, revistas de interés general y de salud, doctores o enfermeras, familiares o amigos, televisión o radio e Internet. En el ámbito online, Jacobsen y Munar (2012) categoriza las fuentes como wikis (ej. wikitravel), blogs (ej. Travelblog), microblogs (ej. Twitter), redes sociales (ej. Facebook), sitios de contenidos multimedia (ej. Flickr, Youtube) y sitios de reseñas o comunidades de viajeros (ej. Trip Advisor).

Las fuentes de información se han considerado en diferentes trabajos como un constructo multidimensional. En el trabajo de Baloglu y McCleary (1999a) se utilizaron cuatro tipos de fuentes de información para medir su importancia en la formación de impresiones acerca de los destinos seleccionados. Las cuatro categorías incluían el consejo profesional (operadores turísticos, agentes de viajes y aerolíneas), el boca-oído (amigos, familiares y clubes sociales), la publicidad (medios impresos o de difusión) y los libros, las películas y las noticias. En el trabajo de Llodrà-Riera et al. (2015) se aplica un análisis factorial a un listado exhaustivo de fuentes online y offline descubriendo cinco factores diferenciados: “fuentes de información inducida” (información de marketing, revistas etc.), “fuentes de información autónoma” (documentales o guías turísticas), “líderes de opinión”, “páginas web de destino, intermediarios y medios masivos” y “páginas web con CGU (contenidos generados por el usuario)”.

Para el presente trabajo se han extraído las fuentes de información de estos y otros autores (ver Tabla 24), tratando de incluir su carácter multidimensional así como aquellas fuentes relevantes para la actividad turística en general y para el turismo médico en particular. La escala utilizada también se trata de una escala Likert de 7 puntos.

Tabla 24. Escala utilizada para medir las fuentes de información

| Valore qué tan importante son las siguientes fuentes de información en la formación de sus impresiones sobre Colombia/España como un destino de turismo médico, donde 1= Nada Importante; 7= Muy importante. | Fuente |
|--|--|
| Consejo profesional de un doctor en mi país | EOI-Auren (2013) |
| Recomendación de amigos o familiares | Baloglu y McCleary (1999a), Hanlan y Kelly (2005), McCartney (2008), Johnston et al. (2012), EOI-Auren (2013), Yacout y Hefny (2014) |
| Testimonios de pacientes que se han practicado | Johnston et al. (2012) |

| Valore qué tan importante son las siguientes fuentes de información en la formación de sus impresiones sobre Colombia/España como un destino de turismo médico, donde 1= Nada Importante; 7= Muy importante. | Fuente |
|--|--|
| cirugías en el exterior | |
| Páginas web no comerciales (foros online, blogs, asociaciones profesionales) | Johnston et al. (2012) |
| Página web comerciales (agencias de turismo médico, clínicas, hospitales) | Johnston et al. (2012), EOI-Auren (2013) |
| Información a través de redes sociales | Johnston et al. (2012), EOI-Auren (2013), Llodrà-Riera et al. (2015) |
| Información ofrecida por mi aseguradora | EOI-Auren (2013) |
| Información ofrecida por representantes de agencias de viajes relacionadas con turismo médico | Baloglu y McCleary (1999a), Gursoy y Terry (2004), Frías et al. (2008), EOI-Auren (2013) |
| Publicidad impresa sobre el destino (folletos, revistas, catálogos) | Baloglu y McCleary (1999a), Tasci y Gartner (2007), Llodrà-Riera et al. (2015) |
| Documentales y noticias medios masivos de comunicación (radio, periódicos, TV) | Baloglu y McCleary (1999), Gursoy y Terry (2004), McCartney (2008), Johnston et al. (2012), Llodrà-Riera et al. (2015) |
| Exhibiciones, ferias sobre turismo médico | McCartney (2008) |

- **Aversión al riesgo asociado a viajar por cuestiones médicas**

La decisión de realizar turismo médico es una decisión compleja por todas las consecuencias e implicaciones que tiene el realizarlo. Estudios recientes han encontrado una serie de factores de riesgo que afectan a las percepciones sobre turismo médico y sobre los destinos que lo ofrecen. Daechun (2013) agrupa estos riesgos como “riesgos relacionados con la salud”, “riesgos relacionados con el viaje” y “riesgos post-operatorios”. Khan, Chelliah y Haron (2016) exploran este aspecto a más profundidad y los clasifica en: a) “riesgos funcionales” relacionados con que la intervención no salga como se esperaba, b) “riesgos financieros” relacionados con que el costo aumente más de lo previsto, c) “riesgos sobre la salud” relacionados con el posible empeoramiento de la salud del turista como consecuencia del viaje, d) “riesgo físico” relacionado con daños físicos por algún accidente y e) “inestabilidad política” en el país de origen.

Siguiendo este enfoque el enfoque de estos dos trabajos se elabora la escala de aversión al riesgo enfocada a la industria de turismo médico y medida en una escala Likert de 7 puntos.

Tabla 25. Escala utilizada para medir la aversión al riesgo

| Por favor indique la probabilidad que existe para usted de que se presenten las siguientes situaciones al viajar a (destino seleccionado) para acceder a servicios médicos, donde 1= Extremadamente improbable, 7= Extremadamente probable. | FUENTE |
|---|---|
| ... que el tratamiento médico deseado no salga como esperaba | Daechun (2013) (Khan, Chelliah, & Haron, 2016) |
| ... que los costos totales (tratamiento y otros gastos) no representen grandes ahorros | |
| ... que mi condición de salud se empeore como resultado de viajar a (destino seleccionado) | |
| ... la posibilidad de daño físico o lesión debido a un accidente | |
| ... la posibilidad de verme envuelto en algún tipo de agitación política durante mi estancia en este país. | |

- **Intenciones comportamentales**

Se utilizaron cinco ítems para medir las intenciones comportamentales que fueron adoptados de estudios previos (ej. Byon y Zhang, 2010; Castro, Martín y Martín, 2007; Chen y Tsai, 2007). Los ítems representan tres áreas conceptuales relacionadas que incluyen la intención de realizar turismo médico, de visitar el destino (como destino de turismo médico) y de recomendarlo a terceras personas. También se utiliza como referencia el estudio de Abubakar e Ilkan (2015) y Abubakar (2016) específicamente sobre la intención de viajar a un destino de turismo médico como Turquía. Adicionalmente el de Reza et al. (2012) sobre la intención de viajar a Irán.

La escala de medida final para la intención de predisposición hacia un destino de turismo médico aparece recogida en la Tabla 26.

Tabla 26. Escala utilizada para medir la intención

| Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1= totalmente en desacuerdo y 7=totalmente de acuerdo | Fuente |
|---|---|
| Visitaría [destino seleccionado] en lugar de cualquier otro destino médico | Castro et al. (2007), Chen y Tsai (2007), Byon y Zhang (2010), Reza et al. (2012), Abubakar e Ilkan (2015), Abubakar (2016) |
| Si en el futuro necesito un procedimiento/intervención quirúrgica visitaré hospitales de este destino | |
| Recomendaré [destino seleccionado] como destino médico a aquellos que quieran consejos de viaje | |
| Hablaré a otros positivamente sobre este lugar como destino médico | |

- **Variables de clasificación**

Al final del cuestionario se incluyeron las características sociodemográficas de los usuarios, tales como género, edad, nivel de estudios, país de origen, estado civil y nivel de ingresos (Tabla 27).

Tabla 27. Variables de clasificación

| Variables | Respuestas | |
|--|---|--|
| Indique su género | Femenino Masculino | |
| Rango de edad en el que se encuentra | 18-20 31-40 41-50 | 51-60 61-70 71 ó más |
| Indique su país de origen | _____ | |
| Indique su país de residencia | _____ | |
| Situación familiar actual | Soltero Casado Divorciado/Separado | Viviendo con la pareja Viudo Otro |
| Número de hijos | 0 1 | 2-3 4 ó más |
| Nivel aproximado de ingresos anuales en su hogar | Menos de 8.000 EUR 8.000 EUR - 25.000 EUR Más de 25.000 EUR | |
| Situación laboral actual | Estudiante Inactivo | Empleado/trabajador por cuenta ajena Trabajador por cuenta propia |
| Nivel de estudios alcanzado | Sin estudios/primarios Estudios secundarios | Estudios universitarios/posgrado Otro |

4.4 Estandarización de las respuestas en muestras cross-culturales: Análisis de la invarianza

Dado que se trabaja con muestras procedentes de diferentes culturas, podría suceder por ejemplo que individuos de Francia y Ecuador estén de acuerdo con alguna afirmación, pero que sus puntuaciones difieran dentro de la escala. Por esta razón resulta de extrema importancia analizar si hay equivalencia de constructos.

“Los resultados sólo pueden ser comparados si existe justificación empírica de que existe equivalencia formal y sustantiva, pues no tiene sentido comparar puntuaciones de personas pertenecientes a dos grupos culturales en un constructo que no tiene el mismo significado para las dos culturas. Tampoco sería correcto interpretar unívocamente los resultados de un test

si su aplicación en dos contextos se asocia con errores de medida diferentes”
(Elosua, 2005, p. 356).

Una de las maneras en que los investigadores pueden comprobar si existen estas diferencias es por medio de la invarianza. De acuerdo con Steenkamp y Baumgartner (1998) la medición de la invarianza permite conocer si las diferencias interculturales en los valores medios y correlaciones entre las escalas se deben a diferencias reales entre países/regiones, o por el contrario es debido a sesgos sistemáticos en la forma en que estas personas con diferente procedencia responden a ciertos elementos. La invarianza o equivalencia de un modelo factorial de medida entre diferentes grupos (también conocido como invarianza multigrupo o invarianza factorial) permite conocer si las cargas de los factores de los ítems de un factor latente son invariantes en todos los grupos culturales (Welkenhuysen-Gybels y Van de Vijver, 2001, p. 1). Si esto se cumple entonces el constructo es equivalente/invariante a través de los grupos. Si no es invariante se debe recurrir a la normalización para corregir el sesgo de respuesta. El principal objetivo de la normalización es la eliminación de estas diferencias en la respuesta que no se deben a las variables de estudio sino a la forma de responder de cada cultura (Welkenhuysen- Gybels y Van de Vijver, 2001).

Para examinar si existía sesgo de respuesta en nuestros datos se realizó un análisis de invarianza factorial. Siguiendo el modelo de Cheung y Rensvold (2000) analizaremos la igualdad de los parámetros estimados dentro de los diferentes grupos y a continuación se evaluará el ajuste de un modelo multigrupo base (baja aversión al riesgo versus alta aversión al riesgo) libre (H_{free}), donde no se impone ninguna restricción y donde los coeficientes y varianzas de los errores son diferentes entre grupos culturales. Se han escogido esta variable porque, como se ha hipotetizado en el subepígrafe 3.1.3., hay evidencia de que estas variables ejercen un papel moderador en el comportamiento de turistas y específicamente en turismo médico que pueden afectar la imagen y la intención de realizarlo (Daechun, 2013). Este modelo base se comparará con un segundo modelo donde se restringen las cargas factoriales (H_{λ}) y un tercer modelo donde además se restringen las varianzas de los errores ($H_{\lambda,\phi}$).

Para realizar comparaciones entre modelos anidados se ha utilizado el test del *ratio* de máxima verosimilitud (también conocido como el test de la diferencia en la Chi-cuadrado [χ^2]). Si el p-valor resultante de la diferencia es estadísticamente significativo, significa que los dos modelos no son equivalentes entre los grupos (Barrera-Barrera, Navarro-García, y Peris-Ortiz, 2015, p. 20). Si por el contrario el p-valor es no significativo, se considera que todas las restricciones se sostienen, y por tanto no existen diferencias significativas entre culturas. Tal como se observa en la Tabla 28, los resultados indican que existen diferencias significativas entre H_{free} y H_{λ} ; H_{free} y $H_{\lambda,\phi}$ y entre H_{λ} vs $H_{\lambda,\phi}$. Estos resultados nos permiten concluir que existe un sesgo de respuesta entre

culturas. En la presente investigación, dado que se realizará un análisis de ecuaciones estructurales para estimar el modelo propuesto (SEM), se aplicará el método de estandarización entre culturas.

Tabla 28. Análisis de la invarianza: Resultados

| Modelos | χ^2 | g.l. |
|--------------------|----------|------|
| H_{free} | 6557,18 | 2926 |
| H_{λ} | 6637,97 | 2980 |
| $H_{\lambda,\phi}$ | 6921,13 | 2993 |

Tabla 29. Análisis de la invarianza: Comparación de modelos

| Comparaciones | $\Delta\chi^2$ | $\Delta g.l.$ | p-valor |
|--------------------------------------|----------------|---------------|-------------|
| H_{free} vs. H_{λ} | 80,78 | 54 | $p = 0,011$ |
| H_{free} vs. $H_{\lambda,\phi}$ | 363,94 | 67 | $p = 0,000$ |
| H_{λ} vs. $H_{\lambda,\phi}$ | 283,15 | 13 | $p = 0,000$ |

Parte III

ANÁLISIS DE DATOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 5: Análisis de datos y resultados

CAPÍTULO 6: Conclusiones, recomendaciones, limitaciones y futuras líneas de investigación

Capítulo 5.

Análisis de datos y resultados

Introducción: Estructura del análisis de datos

El presente capítulo contiene diferentes análisis preliminares así como los que permiten conseguir los objetivos de investigación planteados. En primer lugar, se realiza una caracterización de la muestra final obtenida en base a las variables sociodemográficas empleadas. Tras esta caracterización se realiza un análisis del conjunto evocado de términos y países asociados al concepto de turismo médico así como la identificación de grupos de turistas. A continuación, se muestra el análisis de validez y fiabilidad de cada una de las escalas de medida empleadas. Posteriormente se procede a la estimación del modelo propuesto permitiendo con ello el cumplimiento o no de las relaciones hipotetizadas.

En particular, los análisis aplicados para estos contrastes fueron el análisis factorial de correspondencias, análisis cluster o de conglomerados, el análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) para la validación de las escalas y el análisis de ecuaciones estructurales (AEE) para la estimación del modelo bajo un enfoque multigrupo (test de invarianza factorial y test de diferencia de pesos).

5.1 Análisis preliminares

5.1.1 Características de la muestra final

En la Tabla 30 se describen las características sociodemográficas de la muestra bajo estudio. Algo más de la mitad de la muestra son mujeres (50,5%) mientras que la otra mitad son hombres (49,5%). La división de los encuestados por países es la siguiente: Francia (18,7%), Ecuador (14,0%), Perú (13,3%), Suiza (15,9%), Suecia (15,4%), EEUU (18,9%) y otros países (3,7%). El 3,7% restante corresponde a “otros” encuestados que viven en los países seleccionados bajo estudio, pero son originarios de otros países.

Tal como se ha comentado antes, debido a la dificultad para identificar el perfil de los turistas médicos y la escasez de trabajos sobre el tema en la comunidad científica, resulta imposible comprobar si las características de la muestra se ajustan o no a las características de turistas médicos actuales y potenciales y, por tanto, a la realidad social y económica de este fenómeno en cada uno de los países.

Los estudios de Smith y Puczko (2009), Karuppan y Karuppan (2010) y Saiprasert (2011) indican que el perfil típico de este turista presenta una edad superior a 45 años y unos ingresos relativamente altos. En nuestro caso, se cumplen estas características, en particular, la categoría modal fue el intervalo

de más de 41 años (57,9%) y de más de 25.000 euros de ingresos netos mensuales (59,4%).

En lo que respecta al nivel de estudios, la muestra presenta en su mayoría estudios universitarios/posgrado (68,3%), la ocupación más frecuente es el de empleado/trabajador por cuenta ajena con más de la mitad (55,9%) de la muestra, seguido de los inactivos (25%) que comprenden a los jubilados y las personas encargadas de las labores de su hogar. Con respecto al estado civil un gran porcentaje está casado (64,4%), además el 41% tienen entre 2 y 3 hijos en el núcleo familiar.

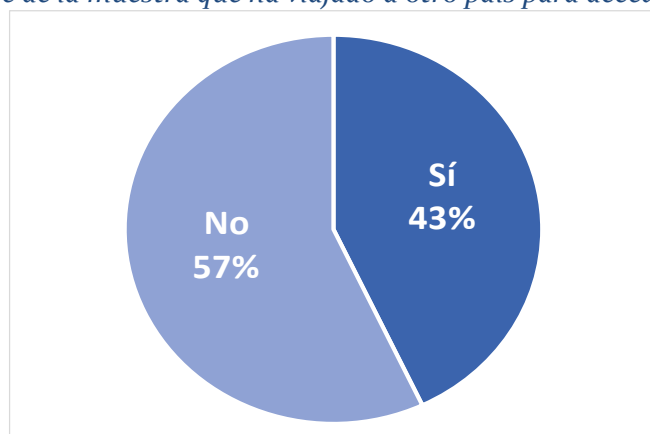
Tabla 30. Perfil sociodemográfico de la muestra

| Variable sociodemográfica/ categoría | Ecuador (N=75) | Perú (N=71) | EEUU (N=101) | Suiza (N=85) | Suecia (N=82) | Francia (N=100) | Otros (N=20) | Total (N=534) |
|---|-------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|------------------|
| Sexo | | | | | | | | |
| Hombre | 44,4% | 52,2% | 47,0% | 45,2% | 58,8% | 52,0% | 60,0% | 49,5% |
| Mujer | 55,6% | 47,8% | 53,0% | 54,8% | 41,2% | 48,0% | 40,0% | 50,5% |
| Edad | | | | | | | | |
| 18-30 | 41,6% | 24,6% | 7,0% | 17,8% | 8,7% | 20,0% | 25,0% | 19,2% |
| 31-40 | 29,2% | 15,9% | 32,0% | 17,9% | 27,5% | 16,0% | 15,0% | 22,9% |
| 41 ó más | 29,2% | 59,5% | 61,0% | 64,3% | 63,8% | 64,0% | 60,0% | 57,9% |
| Nivel de estudios | | | | | | | | |
| Sin estudios/primarios | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 2,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,4% |
| Estudios secundarios (FP/BUP/Ciclos formativos) | 18,1% | 15,9% | 19,0% | 37,2% | 33,7% | 33,3% | 30,0% | 26,8% |
| Estudios universitarios/posgrado | 72,2% | 72,5% | 80,0% | 53,0% | 65,0% | 66,7% | 65,0% | 68,3% |
| Otros estudios | 9,7% | 11,6% | 1,0% | 7,2% | 1,3% | 0,0% | 5,0% | 4,5% |
| Ocupación actual | | | | | | | | |
| Estudiante | 11,7% | 7,0% | 3,4% | 9,4% | 9,8% | 6,0% | 10,0% | 7,5% |
| Inactivo | 17,0% | 15,1% | 23,9% | 27,8% | 29,6% | 29,0% | 30,0% | 25,0% |
| Empleado/trabajador por cuenta ajena | 45,0% | 61,6% | 58,8% | 52,9% | 55,9% | 62,0% | 40,0% | 55,9% |
| Dueño de negocio | 26,3% | 16,3% | 13,9% | 9,9% | 4,7% | 3,0% | 20,0% | 11,6% |

| Variable sociodemográfica/ categoría | Ecuador (N=75) | Perú (N=71) | EEUU (N=101) | Suiza (N=85) | Suecia (N=82) | Francia (N=100) | Otros (N=20) | Total (N=534) |
|--------------------------------------|----------------|-------------|--------------|--------------|---------------|-----------------|--------------|---------------|
| Ingresos anuales | | | | | | | | |
| 8.000 EUR o menos | 41,6% | 36,2% | 3,0% | 13,1% | 8,7% | 15,0% | 15,8% | 17,9% |
| 8.001EUR-25.000EUR | 40,3% | 24,6% | 7,0% | 14,3% | 31,3% | 27,0% | 10,5% | 22,7% |
| Más de 25.00EUR | 18,1% | 39,2% | 90,0% | 72,6% | 60,0% | 58,0% | 73,7% | 59,4% |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Solo | 36,1% | 18,8% | 13,0% | 27,4% | 26,3% | 26,0% | 25,0% | 24,2% |
| Casado/en pareja | 54,2% | 71,0% | 73,0% | 58,3% | 62,5% | 65,0% | 65,0% | 64,4% |
| Otras situaciones | 9,7% | 10,2% | 14,0% | 14,3% | 11,2% | 9,0% | 10,0% | 11,4% |
| Número de hijos | | | | | | | | |
| 0 | 31,9% | 20,3% | 24,0% | 51,2% | 45,5% | 36,4% | 55,0% | 35,8% |
| 1 | 25,0% | 20,3% | 22,0% | 14,3% | 16,5% | 18,2% | 20,0% | 19,3% |
| 2 – 3 | 43,1% | 58,0% | 46,0% | 32,1% | 34,2% | 43,4% | 20,0% | 41,7% |
| 4 ó más | 0,0% | 1,4% | 8,0% | 2,4% | 3,8% | 2,0% | 5,0% | 3,2% |

Con el fin de caracterizar mejor a la muestra, se les preguntó si habían realizado turismo médico anteriormente, con qué frecuencia y los países a los que habían preferido viajar. Los resultados muestran que el 43% de los encuestados han viajado a otro país para acceder a servicios médicos y odontológicos (Ver Figura 19), constituyendo casi la mitad de la muestra.

Figura 19 . Porcentaje de la muestra que ha viajado a otro país para acceder a servicios médicos



El 57% que no había viajado, manifestó una alta probabilidad de viajar en un futuro próximo para acceder a servicios médicos. Esta será una variable que se utilizará para analizar el efecto moderador de la experiencia con el destino visitado. Adicionalmente, los resultados muestran que un 58,26% de los turistas médicos actuales de la muestra habían viajado dos o más veces en los últimos 5 años (Ver Figura 20), seguido de un 33,04% que había viajado una sola vez y finalmente, un 8,7% que había viajado hace más de 5 años. Los destinos más comunes fueron EEUU (11,0%), España (9,2%), Francia (7,3%), Hungría (6,9%), Alemania (6,9%), Colombia (6,0%), México (3,7%) y Cuba (3,2%), entre otros.

Figura 20. Frecuencia de viaje de los turistas médicos de la muestra - últimos 5 años

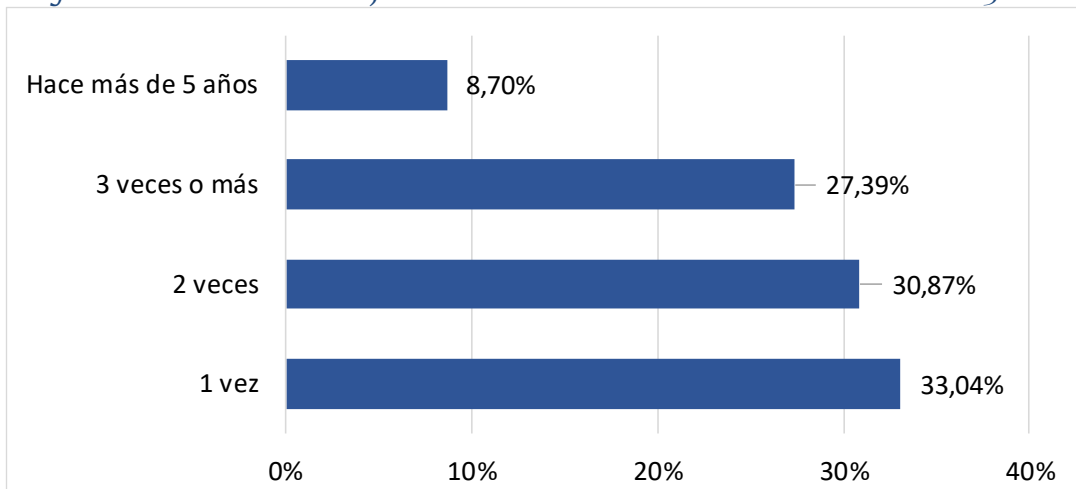
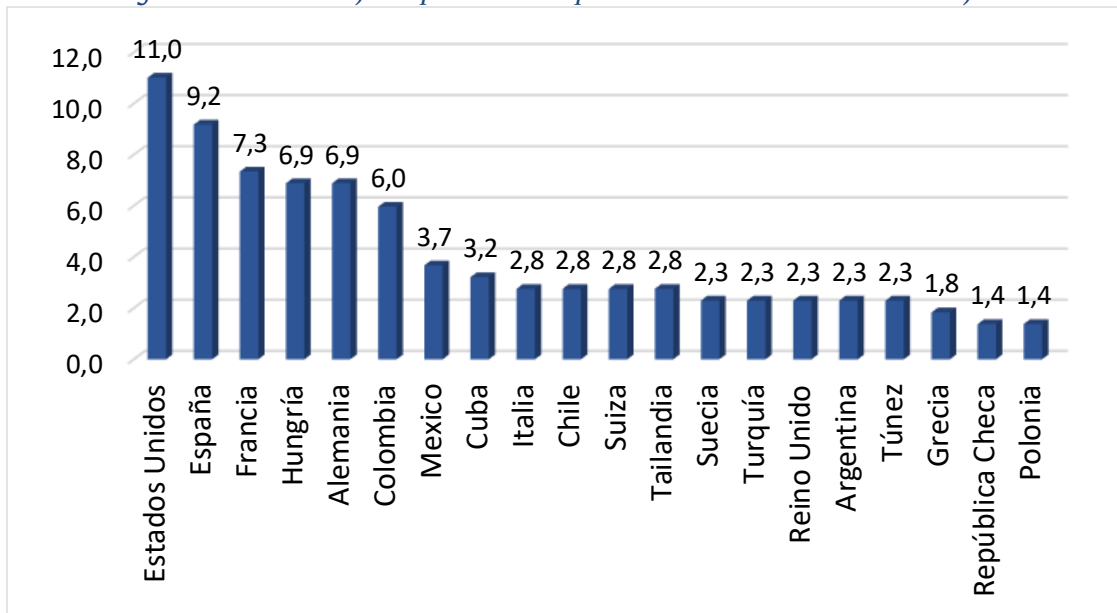


Figura 21. Porcentaje de países a los que los turistas médicos han viajado



Con respecto a los servicios médicos o tratamientos que la muestra ha preferido realizarse en otro país (Tabla 31) encontramos que los más comunes han sido los tratamientos odontológicos practicados por un 31,0%, seguido de los escáneres, exámenes y chequeos, así como segundas opiniones con un 19,9% de los casos, y las cirugías cosméticas con un 17,0%. En menor medida, los participantes han viajado para realizarse intervenciones ortopédicas (8,1%), reducciones de peso (6,2%), tratamientos contra el cáncer (4,5%), de fertilidad (4,4%) y cardiovasculares (4,2%). La categoría de “otras intervenciones” incluye cirugías de la vista, oftalmología, cirugía del túnel carpiano, tratamiento del lupus o tuberculosis, con un 4,7% del total.

Esto evidencia que un mayor porcentaje de las personas que deciden ir a otro país para acceder a estos servicios lo hace para someterse a procedimientos simples y que no impliquen un riesgo elevado. Cabe aclarar que los escáneres, exámenes y chequeos son altamente demandados en parte debido a que los turistas deben someterse primero a este tipo de revisiones antes de poder optar por un procedimiento más complejo. Este resultado también nos permite concluir que el término turista médico sí aplicaría a la mayoría de las personas de la muestra ya que las intervenciones realizadas son poco complejas y permiten la realización de actividades de ocio.

Tabla 31. Tipo de intervención que se ha realizado/planea realizarse

| Tipo de intervención | Frecuencia | % |
|---|------------|---------------|
| Odontología (general, restaurativa, cosmética) | 184 | 31,0% |
| Scáners, exámenes y chequeos, segundas opiniones | 118 | 19,9% |
| Cirugía cosmética | 101 | 17,0% |
| Ortopedia (articulaciones, columna vertebral, medicina deportiva,...) | 48 | 8,1% |
| Pérdida de peso (Banda, bypass gástrico,...) | 37 | 6,2% |
| Otras intervenciones | 28 | 4,7% |
| Tratamientos contra el cáncer | 27 | 4,5% |
| Reproductiva (fertilidad, fecundación <i>in vitro</i> ,...) | 26 | 4,4% |
| Cardiovascular (angioplastia, transplantes,...) | 25 | 4,2% |
| TOTAL | 594 | 100,0% |

5.1.2 Características del grupo de turistas visitantes vs. grupo de turistas no visitantes

Tal como se mencionó anteriormente, la muestra final quedó compuesta por 534 individuos. Una parte de estos manifestó haber realizado previamente turismo médico en el pasado mientras que otro grupo aún no lo había realizado, pero mostraba una alta intención de realizarlo en un futuro próximo (valor superior a 3 sobre 5).

En las figuras siguientes se muestra la distribución por género (Figura 22), intervalo de edad (Figura 23), situación laboral (Figura 24), situación familiar (Figura 26), número de hijos (Figura 26), nivel de ingresos (Figura 27), ocupación (Figura 28) y nivel de estudios (

Figura 29) de estos dos grupos diferenciando a los turistas con experiencia previa en turismo médico y visita a este tipo de destinos (denominado con exp) versus los turistas que nunca han realizado turismo médico o visitado destinos para tal fin (denominados sin exp).

Se puede ver que las características sociodemográficas de los turistas con y sin experiencia previa presentan diferencias en algunas variables. Por ejemplo, entre los experimentados hay ligeramente mayor número de hombres, viven en pareja y con nacionalidad estadounidense, suiza o sueca. Adicionalmente una mayor proporción -en comparación con los turistas sin experiencia- tienen más de dos hijos, registran ingresos de más de 25.000EUR anuales y son trabajadores.

Figura 22. Género: turistas con exp vs. sin exp

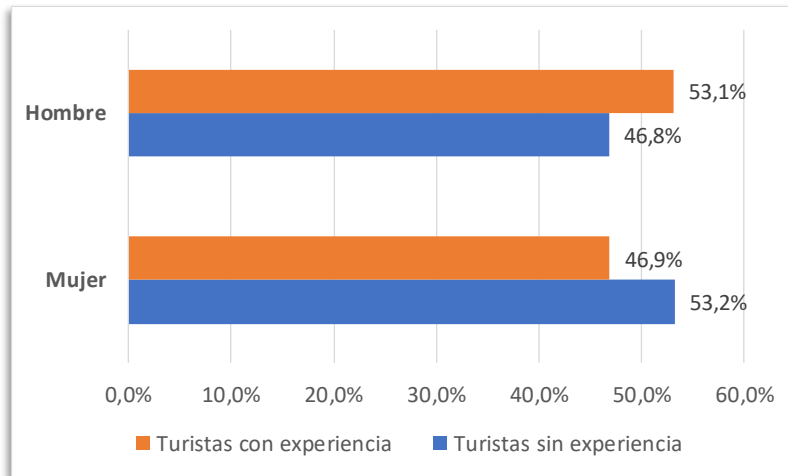


Figura 23. Edad: turistas con exp vs. sin exp

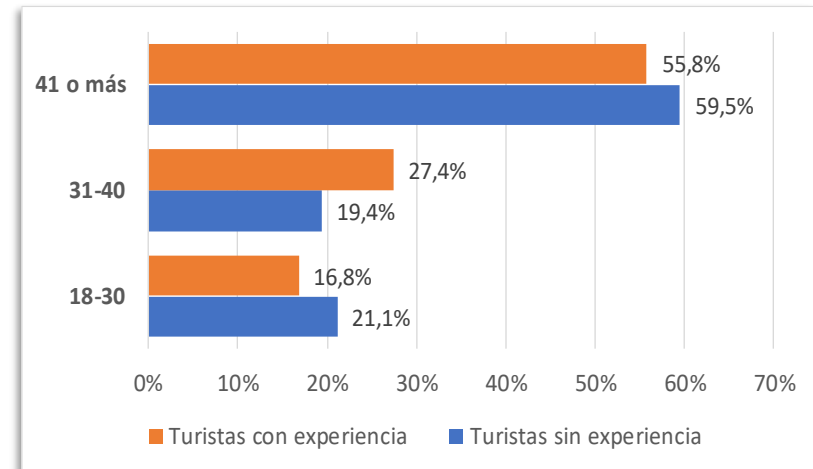


Figura 24. País de origen: turistas con exp vs. sin exp

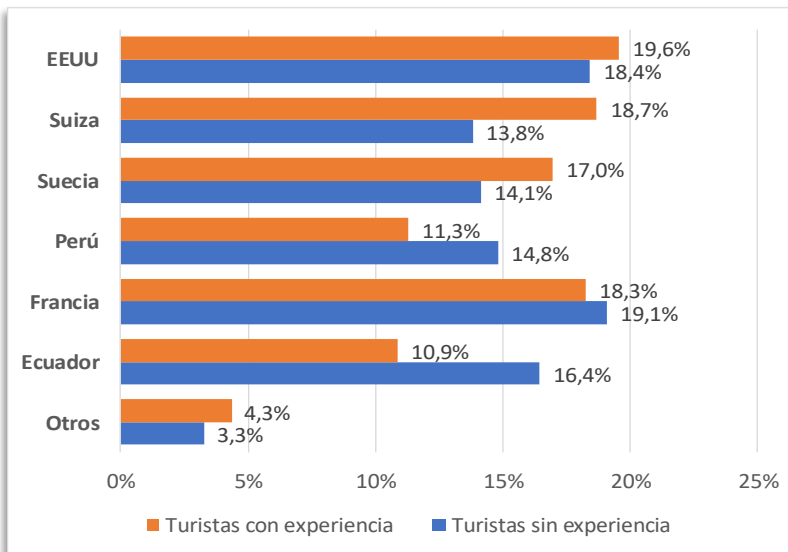


Figura 25. Situación familiar: turistas con exp vs. sin exp

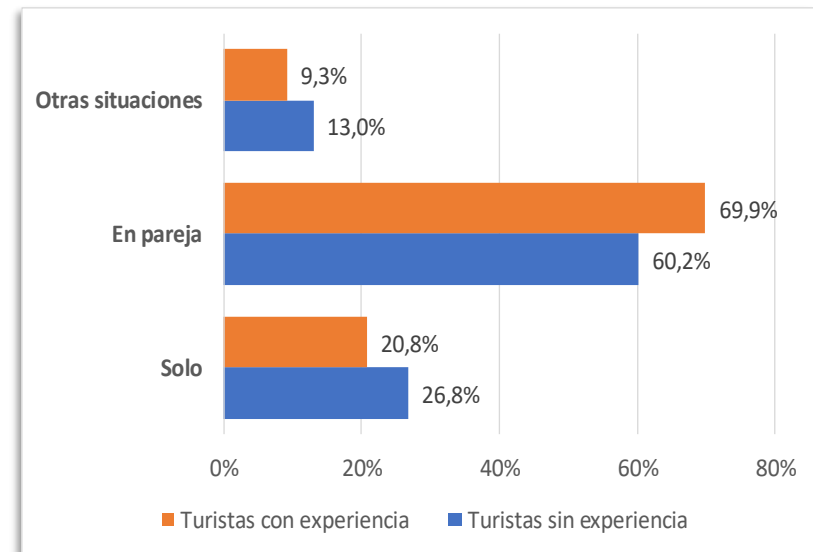


Figura 26. Número de hijos: turistas con exp vs. sin exp

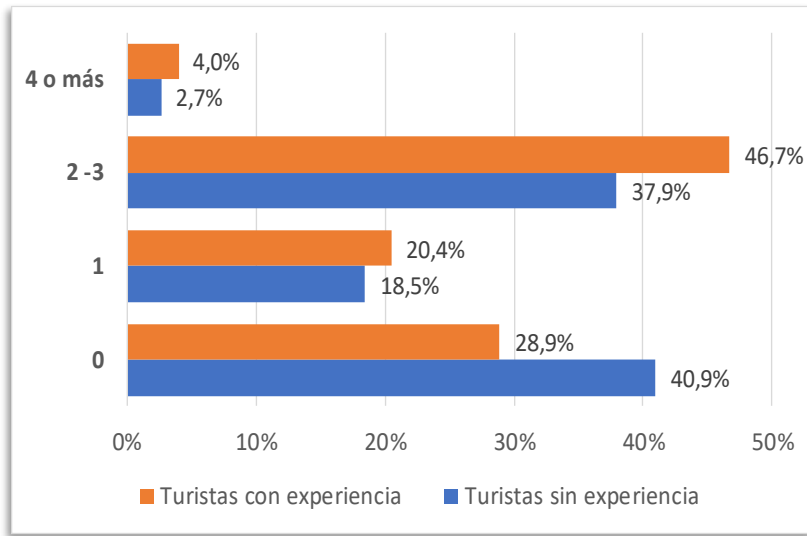


Figura 27. Ingresos anuales: turistas con exp vs. sin exp

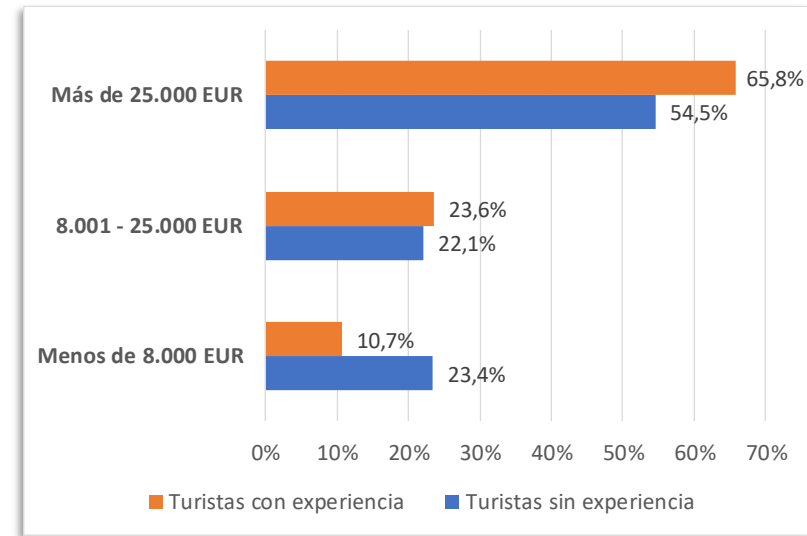


Figura 28. Ocupación: turistas con exp vs. sin exp

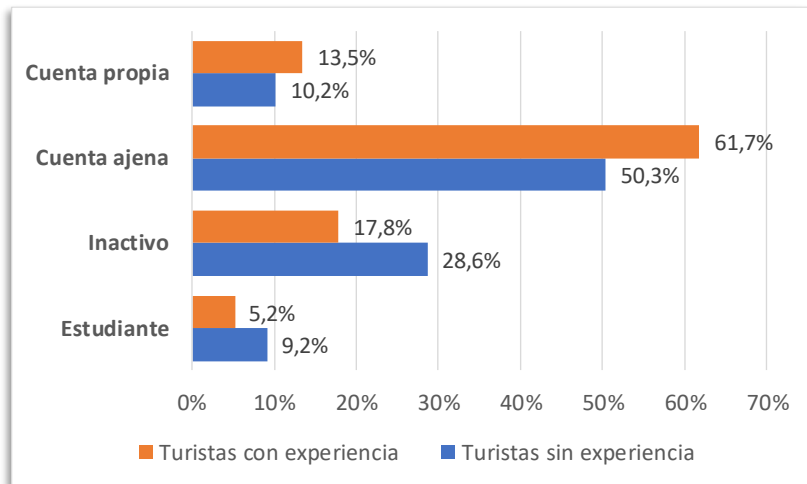
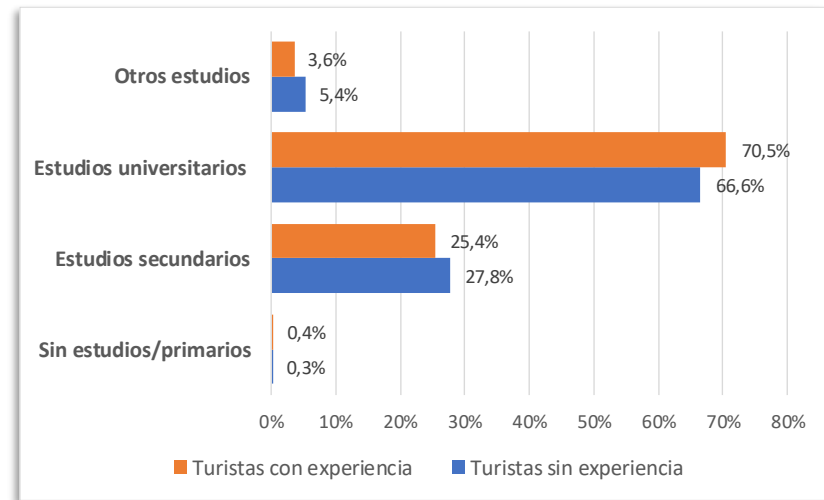


Figura 29. Nivel de estudios: turistas con exp vs. sin exp



5.2 Análisis de asociaciones con el concepto turismo médico

5.2.1 Análisis de frecuencias

Con el fin de conocer las asociaciones que hacen los participantes cuando piensan en turismo médico, se les pidió que de manera espontánea escribieran las tres primeras palabras y países al pensar en este concepto. Tras la codificación de las respuestas, los resultados muestran que los participantes relacionan en primer lugar turismo médico con “tratamientos, operaciones o cirugía” (115 ocurrencias). Dentro de este conjunto, algunos de ellos lo vinculan específicamente con tratamientos médicos especializados o consultas, exámenes y chequeos que complementan estas intervenciones y son parte del procedimiento pre-operatorio. Esta primera asociación también suele estar relacionada con otro grupo de cuestiones como son los “procedimientos específicos” (21) dentro de los que se incluyen específicamente términos como cirugía estética, trasplantes, implantes u otras intervenciones (ej. bypass o cirugía de derivación gástrica). También se relaciona con “médicos, especialistas, profesionales” (38), que son los encargados de realizar estos procedimientos y a continuación con “medicina” (22).

La segunda asociación más común hace referencia a que en otros países estos servicios son percibidos como más baratos o económicos (91) que en su propio país. Se observa que el aspecto económico está bastante ligado al concepto de turismo médico, pues aparecen otros grupos de asociaciones como precio (45 ocurrencias), ahorro (19 ocurrencias), coste (18 ocurrencias). Esta es una prueba de la solidez del hecho de que la búsqueda de menores costes es una de las principales motivaciones para viajar, así como la fuerte percepción de la competitividad y/o diferenciación basada en precios que ostentan estos países destino. En tercer lugar, se relaciona con procedimientos dentales/dentistas u odontología (54), lo que demuestra que este tipo de procedimientos se encuentran entre los más buscados junto con los chequeos.

Es de resaltar que en cuarto lugar encontramos términos como “viajar”, “visitar” o “conocer” (50 ocurrencias), que está igualmente ligado al grupo de “turismo”, “vacaciones” o “descanso” en general (22). Estas palabras explican el hecho de que el turismo médico sea visto como una forma híbrida de turismo donde los cuidados médicos se combinan con descanso y actividades de ocio.

En quinto lugar, se evidencia que para un buen número de personas es una actividad “buena, genial o fantástica” (32), con expresiones como buenos médicos, buena atención o buenos resultados, indicando que tanto las

personas que ya lo han realizado como los turistas potenciales tienen asociaciones positivas. Otro grupo de términos relacionados con percepciones positivas son “accesible/disponible” (33) y “seguridad/confianza” (30). Estas valoraciones positivas podrían indicar que este mercado seguirá creciendo en el futuro.

A continuación turismo médico es asociado con “salud” (47 ocurrencias), ligado a dos grupos que son “cuidados/atención” (42) y “sanación, recuperación y mejora” (36), que va en concordancia con la propia naturaleza del concepto, referido a la búsqueda de cuidados médicos con el fin de mejorar dicho estado de salud.

En la lista, también se encuentran palabras relacionadas con “calidad” (43), vinculado al grupo de “innovación, moderno o novedoso” (30) y a “tecnología” (20), mostrando que para algunos turistas la razón que hay detrás de un tratamiento en el exterior es la posibilidad de obtener medicinas y tratamientos a la vanguardia y con tecnología puntera.

Adicionalmente el turismo médico en sí es percibido como una salida a una situación problemática en los países de origen. Algunos turistas, al no poseer un seguro o no tener acceso al tratamiento, recurren a él buscando otra “oportunidad”, “alternativa” o “solución” (39) así como “rapidez” (15), que son otras de las principales motivaciones ya identificadas en la literatura científica consultada.

Por último, para algunos de los encuestados el turismo médico está asociado a percepciones negativas. Concretamente, encontramos que en 26 ocasiones se asocia con “riesgo”, “peligro” o “inseguridad” y 17 veces con que es algo “costoso”. Se aprecia por tanto que esta práctica es vista como arriesgada por algunos, y puede existir la posibilidad de que resulten complicaciones y que se ponga en peligro la vida de la persona, entre otras vicisitudes.

Tabla 32. Frecuencia de las palabras mencionadas por encuestados con 15 o más ocurrencias

| Posición | Palabra | Frecuencia |
|----------|----------------------------------|------------|
| 1 | Tratamientos/operaciones/cirugía | 115 |
| 2 | Barato/más barato/económico | 91 |
| 3 | Dental, odontología/dentista | 54 |
| 4 | Viajar/visitar/conocer | 50 |
| 5 | Bueno/genial/fantástico | 49 |
| 6 | Salud | 47 |
| 7 | Precio | 45 |
| 8 | Calidad | 43 |
| 9 | Cuidados/atención | 42 |

| Posición | Palabra | Frecuencia |
|----------|--|------------|
| 10 | Ayuda/solución/Oportunidad | 39 |
| 11 | Médicos, especialistas, profesionales | 38 |
| 12 | Sanación/recuperación/mejora | 36 |
| 13 | Accesible/disponible | 33 |
| 14 | Seguridad/confianza | 30 |
| 15 | Innovación/moderno/novedoso | 30 |
| 16 | Riesgo/peligroso/inseguridad | 26 |
| 17 | Medicina | 22 |
| 18 | Turismo/vacaciones/descanso | 22 |
| 19 | Procedimientos específicos (transplantes, implantes, oftalmología, bypass gástrico, lipoescultura láser,...) | 21 |
| 20 | Tecnología | 20 |
| 21 | Ahorro | 19 |
| 22 | coste | 18 |
| 23 | Costoso | 17 |
| 24 | Rapidez | 15 |

Con respecto a los países con los que se asocia turismo médico se observa que el primer lugar con 196 ocurrencias lo ocupa EEUU, país con un posicionamiento más fuerte en la mente de los individuos. Efectivamente EEUU es uno de los países referentes en esta industria siendo uno de los principales receptores y emisores de turistas, respectivamente, por la tecnología avanzada y calidad y por los altos costes de los servicios médicos de su sistema de salud. En segunda posición se encuentra Alemania (125) seguido por España (101). Los servicios sanitarios alemanes se consideran de los más avanzados y eficientes y obtienen una posición privilegiada en este sector por la colaboración que existe entre la industria, ciencia y medicina. Adicionalmente, Alemania ofrece a sus pacientes grandes avances en tratamientos contra el cáncer, enfermedades del sistema cardiovascular, trasplantes o infertilidad, entre otros. España por su parte es uno de los países con mejor sistema de salud de la Unión Europea; y muchos de los turistas lo prefieren por la combinación de calidad, menores costes y clima agradable (Rincón, 2013). En cuarto lugar, se encuentra Francia (92) que es reconocida al igual que Alemania por tratamientos avanzados y por una propuesta cultural e histórica diversa. Le sigue en frecuencia Cuba (76), un país que goza de un excelente clima durante todo el año y es uno de los países que, gracias a la educación proporcionada por el gobierno, registra una de las plantillas más numerosas en lo que a profesionales cualificados se refiere.

En las siguientes posiciones y agrupados por continentes vemos que se tienen como referentes de destino médico en el continente americano a Canadá (52),

México (40), Brasil (29) y Colombia (25). En Europa encontramos a Hungría (49), Suiza (35), Inglaterra (31), Italia (36), Reino Unido (29) y Polonia (27). En África, a Túnez (30) y Marruecos (23), y en Asia, a Tailandia (24) y Japón (23).

Tabla 33. Frecuencia de países mencionados por los encuestados con más de 20 ocurrencias

| Posición | País | Frecuencia opción 1 | Frecuencia opción 2 | Frecuencia opción 3 | Frecuencia total |
|----------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| 1 | Estados Unidos | 92 | 65 | 39 | 196 |
| 2 | Alemania | 32 | 46 | 47 | 125 |
| 3 | España | 30 | 32 | 39 | 101 |
| 4 | Francia | 34 | 27 | 31 | 92 |
| 5 | Cuba | 43 | 17 | 16 | 76 |
| 6 | Canadá | 16 | 15 | 21 | 52 |
| 7 | Hungría | 27 | 13 | 9 | 49 |
| 8 | México | 22 | 10 | 8 | 40 |
| 9 | Suiza | 11 | 10 | 14 | 35 |
| 10 | Inglaterra | 7 | 12 | 12 | 31 |
| 11 | Italia | 5 | 16 | 15 | 36 |
| 12 | Túnez | 10 | 9 | 11 | 30 |
| 13 | Brasil | 5 | 10 | 14 | 29 |
| 14 | Reino unido | 7 | 8 | 14 | 29 |
| 15 | Polonia | 8 | 11 | 8 | 27 |
| 16 | Colombia | 10 | 8 | 7 | 25 |
| 17 | Tailandia | 11 | 7 | 6 | 24 |
| 18 | Japón | 4 | 9 | 10 | 23 |
| 19 | Marruecos | 11 | 8 | 4 | 23 |

5.2.2 Análisis de correspondencias

Tras este análisis de frecuencias básico, se procedió a una recodificación de las palabras y países asociados al concepto de turismo médico. Este proceso permitió la obtención de un conjunto más homogéneo de asociaciones y regiones geográficas más amplias, permitiendo así un análisis conjunto a través de sendos análisis de correspondencias; relacionándolo a su vez con las variables de clasificación de los participantes.

Las palabras fueron categorizadas en ocho grupos: relativas a costes, relativas a los procedimientos, percepciones de la actividad, componente turístico, cuidados de salud, calidad, tecnología y otros. Los países por su parte se clasificaron en Asia, Europa del Este, Europa Occidental, América del Norte, América del Sur, África y Oceanía.

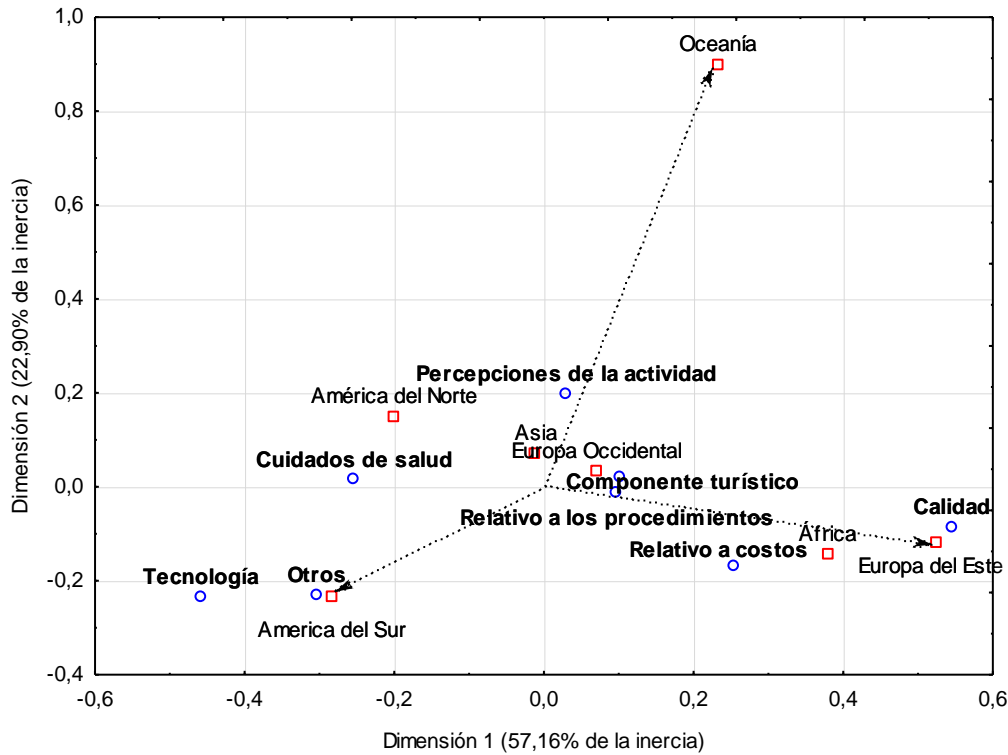
- **Palabras vs. continentes**

Al analizar conjuntamente el *top of mind* de las palabras y continentes que se asocian con la actividad turística médica, los resultados de posicionamiento muestran tres ejes o vectores que se vinculan a diferentes conjuntos evocados en términos de distancia angular (Figura 30).

De esta forma, Asia y Europa Occidental se asocian al componente turístico y los procedimientos, es decir, todo lo relacionado con turismo, vacaciones, descanso, el hecho de viajar y conocer, así como los procedimientos odontológicos, tratamientos específicos, así como consultas, exámenes y chequeos. Estas regiones, junto con Oceanía en menor grado, también se relacionan con la percepción de que la actividad en sí es una buena, moderna y representa una oportunidad para aquellas necesidades insatisfechas en sus países de origen.

Por otro lado, Europa del Este y África están relacionados con la categoría de costes y con calidad, respectivamente. Es decir, en estos países el turismo médico es percibido como una actividad que combina ahorro y bajos precios con buena calidad. América del Sur, aparece más desvinculada del resto de regiones geográficas (al igual que Oceanía), y se relaciona con tecnología puntera, procedimientos nuevos y otras cuestiones. América del Norte por su parte se asocia a cuidados de la salud, curación, así como profesionalismo y experiencia de los doctores.

Figura 30. A.C.S. Gráfico 2D de las coordenadas filas (palabra) y columnas (región)



Valores propios: 0,0501, 0,0201, 0,0097, 0,0049, 0,0021, 0,0007
 $\chi^2=108,272$, g.l.=42, p=0,000

- **Análisis de palabras vs. variables de clasificación**

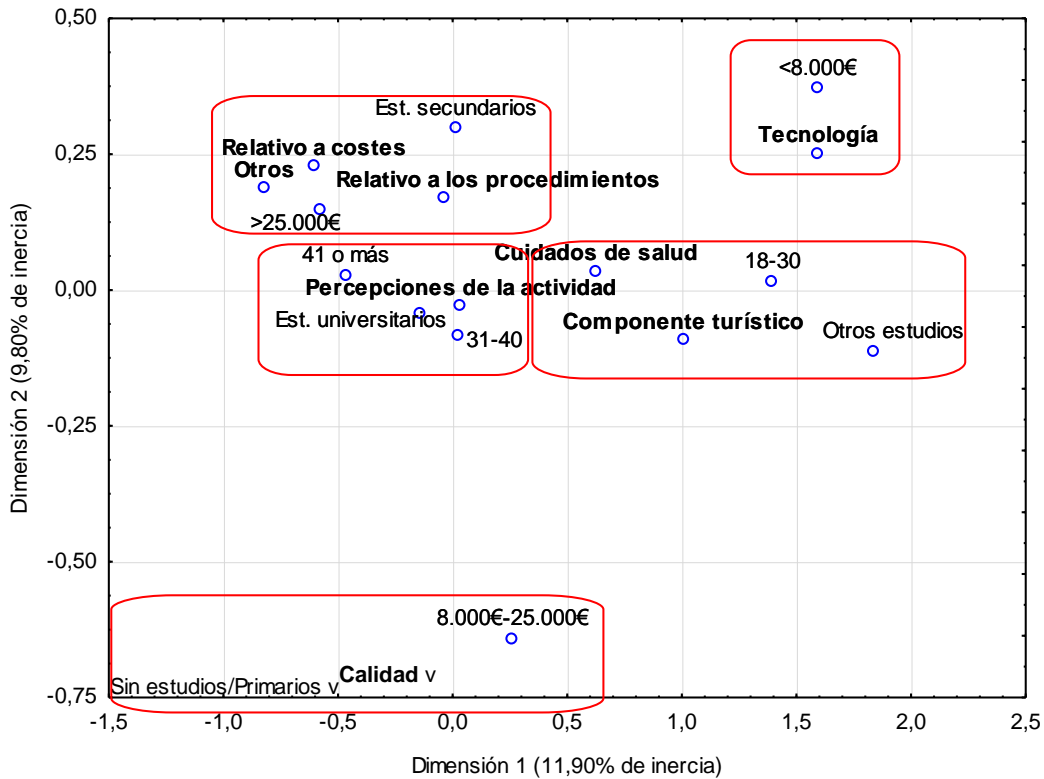
Bajo un enfoque exploratorio se llevó a cabo nuevamente un análisis de correspondencias de tipo múltiple (A.C.M.). Previo a su aplicación se comprobó la existencia de asociación entre las palabras y cada una de las variables de clasificación del individuo (recodificadas en base a los percentiles 33 y 66 y a la homogeneidad de sus categorías). En particular, se encontraron patrones de asociación entre los términos mencionados y edad ($\chi^2=26,88$, g.l.=14, p=0,0200), nivel de ingresos ($\chi^2=39,84$, g.l.=14, p=0,0003) y el nivel de estudios ($\chi^2=60,33$, g.l.=21, p=0,000); pero no para el caso del género ($\chi^2=6,22$, g.l.=7, p=0,5148), estado civil ($\chi^2=15,57$, g.l.=14, p=0,3402), número de hijos ($\chi^2=24,10$, g.l.=21, p=0,2886) ni situación laboral ($\chi^2=34,40$, g.l.=28, p=0,1882).

El A.C.M entre estos términos y estas variables de clasificación para los que se descubrió algún tipo de asociación se muestra en la Figura 31. Se evidencia que los sujetos que manifestaban tener estudios secundarios y/o ingresos mayores a 25.000€ al año relacionaban turismo médico con las ventajas en coste y el ahorro que se podría generar, así como a los procedimientos específicos como operaciones, tratamientos dentales o cirugías. Llama la atención que los

sujetos con ingresos menores a 8.000€ relacionan más esta actividad con la tecnología que con el ahorro en costes.

Adicionalmente, los sujetos con estudios universitarios, con edades mayores a 30 años perciben el turismo médico como una solución o una nueva oportunidad que les brinda esperanza, es accesible y que consideran como buena, e incluso fantástica. Así mismo los sujetos con edades comprendidas entre 18 y 30 años y con otro tipo de estudios lo relacionan directamente con salud, cuidados y atención, aunque también con el componente turístico del mismo. No es de extrañar por tanto que en trabajos anteriores enfocados en turismo de bienestar (ej. Smith y Puczkó, 2009; De la Hoz-Correa, 2012), este grupo de turistas se enfocaban más en el componente turístico pues no sufrían tanto de enfermedades en comparación con los grupos de mayor edad. Finalmente, los sujetos con ingresos entre 8.001 y 25.000€ y sin estudios/primarios relacionan turismo médico con una mayor calidad.

Figura 31. A.C.M. Gráfico 2D de las coordenadas filas (palabra) y columnas (edad, nivel de ingresos y de estudios)



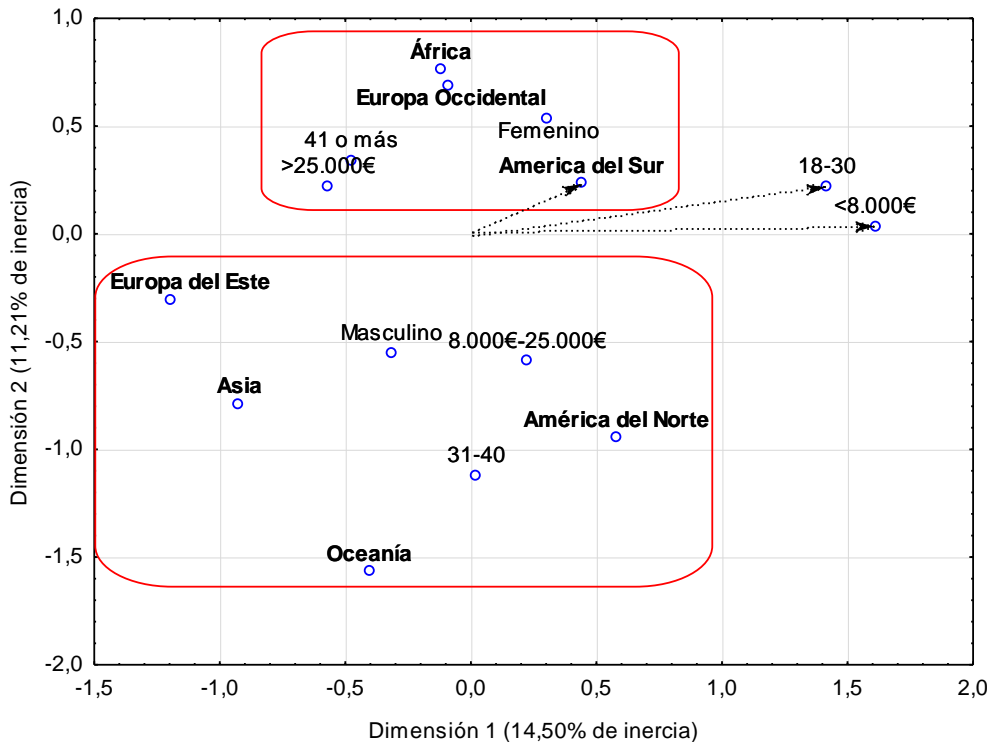
Valores propios: 0,4164, 0,3429, 0,3090, 0,2672, 0,2573, 0,2562, 0,2500, 0,2489, 0,2384, ...
 $\chi^2=6.787,48$, g.l.=289, $p=0,000$

• Análisis de regiones vs. variables de clasificación

Antes de aplicar el A.C.M., se comprobó la existencia de cierta asociación entre las regiones geográficas y las diferentes variables de clasificación. Se encontraron patrones de asociación entre dichas áreas y género ($\chi^2=12,27$, g.l.=6, $p=0,0563$), edad ($\chi^2=19,47$, g.l.=12, $p=0,0778$) y nivel de ingresos ($\chi^2=44,04$, g.l.=12, $p=0,0000$), pero no con estado civil ($\chi^2=11,82$, g.l.=12, $p=0,4603$), número de hijos ($\chi^2=23,44$, g.l.=18, $p=0,1744$), situación laboral ($\chi^2=22,45$, g.l.=24, $p=0,5525$) ni nivel de estudios ($\chi^2=23,46$, g.l.=18, $p=0,1735$).

En términos de distancia euclídea se identifican claramente dos grupos de países e individuos. El superior incluye a mujeres, con más de 41 años y más de 25.000€. Estos individuos perciben a África, Europa Occidental y América del Sur como regiones receptoras de turistas médicos. En el grupo inferior se incluyen individuos de género masculino y niveles intermedios de ingresos y edad para los que este tipo de turismo les evoca países de América del Norte, Asia, Oceanía y Europa del Este. Los grupos de individuos con una edad comprendida entre 18 y 30 años con menor nivel de ingresos recuerdan en cierta medida a América del Sur, en términos de distancia angular entre estos puntos.

Figura 32. A.C.M. Gráfico 2D de las coordenadas filas (regiones) y columnas (género, edad y nivel de ingresos)



Valores propios: 0,3988, 0,3082, 0,2718, 0,2686, 0,2526, 0,2500, 0,2330, 0,2198, 0,2153, ...
 $\chi^2=5404,67$, g.l.=196, $p=0,000$

5.3 Análisis de grupos de turistas en base a las principales variables

Con el fin de conocer si existían diferentes perfiles característicos de los turistas considerando las variables de este estudio (motivaciones, imagen, fuentes de información e intención), se realizó un análisis clúster. Como se comprobará a continuación, todas las medidas de consistencia interna (alpha de Cronbach $-\alpha-$ o fiabilidad compuesta) fueron mayores que el valor utilizado como referencia (0,70) en la literatura (ej. Venkatesh et al., 2003; Ranganathan y Ganapathy, 2002). Además, niveles altos de fiabilidad (en torno a 0,90) permiten que en el análisis de datos puedan obtenerse variables resumen o promedio que recogen la variabilidad de los datos y son considerados buenos indicadores de los constructos. Dado que los valores de fiabilidad se encuentran por encima o próximos a este valor, será posible la formación de niveles generales de los constructos (Rifon et al., 2005) para este análisis.

Para identificar el número apropiado de grupos primero se procedió a realizar un procedimiento jerárquico bajo el método de Ward y la medida de la distancia euclídea. Utilizando el dendrograma y como criterio de selección el 25% de la distancia máxima de unión (Luque, 2012) se optó por elegir tres grupos. Además, se eligió esta primera decisión como la más factible en términos de matización y facilidad en la interpretación de los grupos resultantes.

A continuación se procedió a describir los grupos a partir de las puntuaciones medias obtenidas en cada variable (Ver Figura 33 y Tabla 34) y de los resultados de la tabulación cruzada entre los grupos y las características socio-demográficas y de viajes realizados por los participantes. Sólo las diferencias que resultaron ser estadísticamente significativas a un nivel del 5% se utilizaron para completar esta descripción de los grupos, que se presenta a continuación:

Grupo 1: Viajeros americanos entusiastas y predispuestos. El primer clúster representa el 41,9% de la muestra (224 integrantes). Sus integrantes otorgaron puntuaciones por encima de la media a todas las variables analizadas, especialmente a la imagen afectiva. Son personas que en general mantienen percepciones positivas de los destinos médicos considerándolos lugares agradables, interesantes o seguros. Es el clúster que agrupa el mayor porcentaje de personas del continente americano de los tres: Estados Unidos (29,9%), Ecuador (17,4%) y Perú (16,5%). Adicionalmente, reúne a una mayoría que manifiestan sí haber viajado alguna vez a otro destino para

someterse a tratamientos médicos (51,3%). De estos, una gran parte son empleados (61,6%), están casados o viven en pareja, y tienen de 2 a 3 hijos.

Grupo 2: Viajeros más reticentes empleados e inactivos. Este grupo representa solo el 16,1% de la muestra (86 integrantes). Al contrario del grupo anterior otorgan en promedio las puntuaciones más bajas de todas. La variable mejor valorada es imagen cognitiva que supera el punto medio de la escala (4,05) y la peor, imagen global (promedio: 3,16). La mayoría de los integrantes provienen de Suecia (27,9%) y Suiza (25,6%), siendo el segundo grupo con más integrantes de estos dos países. En su mayoría no han viajado anteriormente (59,3%) con fines médicos. Sin embargo es el tercer grupo el que destaca según estas dos variables (país de procedencia y viaje médico anterior). La mayoría de las personas de este grupo también son empleados (40,7%) seguido de pensionados y amas de casa (31,4%). Con respecto a la situación familiar hay un porcentaje muy parecido de personas dentro del grupo que tienen pareja (45,8%) o que están solteras (39,8%). Adicionalmente la mayoría no tiene hijos (53,0%) y en menor medida han decidido tener entre dos o tres (27,7%).

Grupo 3: Viajeros europeos aquiescentes con escasa experiencia. Este grupo muestra una valoración más cercana la media de la muestra en todos los ítems. Al igual que el clúster 2, la variable mejor evaluada es la imagen cognitiva y la menos valorada, la imagen global. Agrupa a la mayor cantidad de personas provenientes de los países europeos analizados, Francia (22,8%), Suiza (19,2%) y Suecia (16,5%). Este grupo también se caracteriza por aglutinar a la mayor proporción de participantes que no han practicado turismo médico anteriormente (64,3%). Con respecto a su situación laboral, la mayor parte son empleados (54,5%) seguido por las amas de casa y los jubilados (25,4%). Siguen también la misma proporción en cuanto a la situación familiar con los otros clústeres, siendo mayor las personas que están casadas o viviendo con su pareja seguido de las personas que son solteras. Adicionalmente, estas personas han decidido tener entre 2 y 3 hijos o no tener ninguno.

Figura 33. Puntuación media de las principales variables en cada clúster

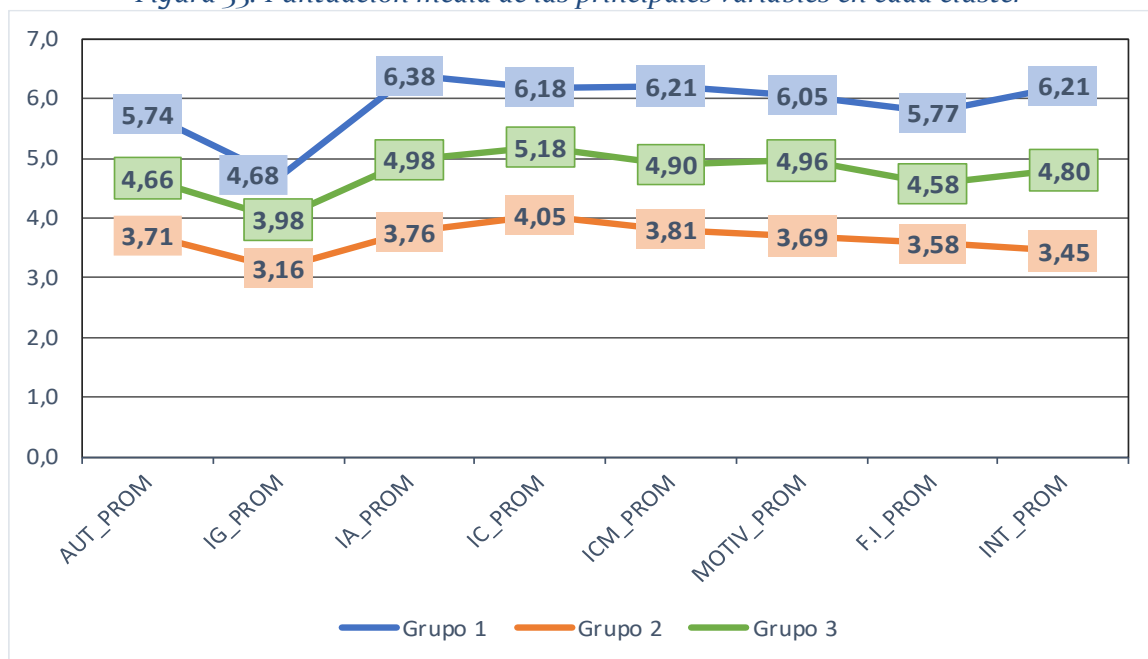


Tabla 34. Características sociodemográficas de los clúster

| Categorías | | Grupo 1 | | Grupo 2 | | Grupo 3 | |
|--------------------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| País de origen | Ecuador | 39 | 17,4% | 4 | 4,7% | 32 | 14,3% |
| | Francia | 34 | 15,2% | 15 | 17,4% | 51 | 22,8% |
| | Peru | 37 | 16,5% | 4 | 4,7% | 30 | 13,4% |
| | Suecia | 21 | 9,4% | 24 | 27,9% | 37 | 16,5% |
| | Suiza | 20 | 8,9% | 22 | 25,6% | 43 | 19,2% |
| | EEUU | 67 | 29,9% | 14 | 16,3% | 20 | 8,9% |
| | Otros | 6 | 2,7% | 3 | 3,5% | 11 | 4,9% |
| | TOTAL | 224 | 100,0% | 86 | 100,0% | 224 | 100,0% |
| ¿Ha viajado antes? | No | 109 | 48,7% | 51 | 59,3% | 144 | 64,3% |
| | Sí | 115 | 51,3% | 35 | 40,7% | 80 | 35,7% |
| | TOTAL | 224 | 100,0% | 86 | 100,0% | 224 | 100,0% |

| Categorías | | Grupo 1 | | Grupo 2 | | Grupo 3 | |
|--------------------|-------------------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| Situación laboral | Estudiante | 7 | 3,1% | 15 | 17,4% | 18 | 8,0% |
| | Inactivo | 44 | 19,6% | 27 | 31,4% | 57 | 25,4% |
| | Cuenta ajena | 138 | 61,6% | 35 | 40,7% | 122 | 54,5% |
| | Cuenta propia | 33 | 14,7% | 6 | 7,0% | 23 | 10,3% |
| | NS/NC | 2 | ,9% | 3 | 3,5% | 4 | 1,8% |
| | TOTAL | 224 | 100,0% | 86 | 100,0% | 224 | 100,0% |
| Situación familiar | Solo | 43 | 19,4% | 33 | 39,8% | 51 | 23,2% |
| | En pareja | 156 | 70,3% | 38 | 45,8% | 144 | 65,5% |
| | Otras situaciones | 23 | 10,4% | 12 | 14,5% | 25 | 11,4% |
| | TOTAL | 222 | 100,0% | 83 | 100,0% | 220 | 100,0% |
| Número de hijos | 0 | 69 | 31,1% | 44 | 53,0% | 74 | 33,9% |
| | 1 | 45 | 20,3% | 12 | 14,5% | 44 | 20,2% |
| | 2 -3 | 101 | 45,5% | 23 | 27,7% | 94 | 43,1% |
| | 4 o más | 7 | 3,2% | 4 | 4,8% | 6 | 2,8% |
| | TOTAL | 222 | 100,0% | 83 | 100,0% | 218 | 100,0% |

5.4 Evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas de medida

5.4.1 Validez, fiabilidad y medidas de ajuste

Previo a la estimación del modelo propuesto se evaluó la validez y fiabilidad de las escalas de medida que lo componen, a través de una serie de dimensiones.

En primer lugar, se cuidó que el instrumento de medida recogiera las características esenciales de las escalas con el fin de garantizar la **validez de contenido**. Para ello se seleccionaron una serie de ítems basándonos en la literatura previa existente.

Adicionalmente para evaluar la **validez de constructo**, se llevaron a cabo diferentes análisis factoriales exploratorios (AFE), así como confirmatorios (AFC) por medio de ecuaciones estructurales (Del Barrio y Luque, 2012). En primer caso, el AFE es una técnica comúnmente utilizada que nos permitirá

explorar el conjunto de variables latentes o factores comunes y comprobar el carácter uni- o multi-dimensional de las escalas de medida. En particular, se comprobará los resultados del test de esfericidad de Bartlett, los valores del índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), las medidas de adecuación muestral (MSA_i) y la comunalidad o varianza común de cada ítem así como el porcentaje de varianza explicada por la solución factorial.

La validez de constructo se puede evidenciar a través de la validez convergente y discriminante. La **validez convergente** se presenta cuando los indicadores covarían altamente entre ellos y la **validez discriminante** se determina demostrando que los indicadores de una medida no presentan una covariación alta con los indicadores de otra medida de la cual deberían diferir (Peter, 1981).

En el presente trabajo, siguiendo los principios de Fornell y Larcker (1981) se comprobará la validez convergente a través de la estimación de la varianza extraída (VE). Si todas las estimaciones de la VE están por encima del valor de referencia (0,5), indicará que las escalas de medida tienen validez convergente. La validez discriminante entre los constructos se evaluará a partir de la raíz cuadrada de la VE para cada constructo y se compara con las correlaciones para cada par de constructos. Si el resultado del primer cálculo es mayor que las correlaciones inter-constructos, entonces existe validez discriminante.

Tomando como base el esquema de Del Barrio y Luque (2012) se siguieron los siguientes pasos para comprobar todos estos supuestos:

1. *Especificar el modelo factorial.* Especificar un modelo de medida que recoja las relaciones entre los diversos indicadores y el concepto o variable latente a medir.
2. *Identificar el modelo factorial.* Se analiza la matriz de entrada de las variables observadas para saber si ésta permite estimaciones únicas de los parámetros no conocidos. Un modelo está identificado si dicha matriz es generada por uno, y sólo un conjunto de parámetros. Hoy en día, esta labor de identificación la realiza directamente el *software* empleado.
3. *Comprobación de normalidad multivariante.* Comprobar si los ítems que componen el modelo siguen una distribución normal multivariante para así determinar qué método de estimación del modelo factorial será más adecuado.

4. *Estimación del modelo factorial.* Dependiendo del método de estimación, los resultados van a variar. Los métodos empleados por la mayoría de programas de análisis de datos se muestran en la

Tabla 35. En nuestro caso, debido a problemas con la normalidad de los datos, se aplicará el método de máxima verosimilitud con remuestreo (*bootstrapping*).

Tabla 35. Métodos de estimación en análisis de ecuaciones estructurales

| Método | Características | Supuestos |
|--|--|--|
| Estimación por máxima verosimilitud ML | Ofrece una estimación no sesgada de los coeficientes. Para muestras lo suficientemente grandes, esta estimación proporciona estimadores eficientes y consistentes. | Las variables no están estandarizadas. La distribución poblacional de las variables sigue una normal multivariante. |
| ML Robusto | Método alternativo cuando los datos no son normales y los tamaños muestrales son pequeños. | Desviaciones moderadas respecto a la distribución normal. |
| ML Robusto con <i>bootstrapping</i> (método de remuestreo) | A aplicar cuando existen desviaciones importantes respecto a la distribución normal y con tamaños muestrales pequeños (<200). | <i>Bootstrapping</i> trabaja mejor cuando se tienen tamaños muestrales amplios. |
| Método de estimación por mínimos cuadrados ponderados (WLS) | El tamaño muestral debe ser lo suficientemente amplio (n > 500 para modelos simples; n > 1000 para modelos no muy completos; y n > 2000 ó 5000 para modelos algo más complejos) | Realiza asunciones mínimas sobre la distribución muestral de las variables observadas. Se puede utilizar para variables continuas y ordinales. |
| WLS robusto | Es una buena solución ante tamaños muestrales no muy amplios. En el caso de que existan más de 3 categorías (escala Likert) otra opción válida sería emplear el método ML Robusto para corregir las desviaciones de la normalidad. | El tamaño muestral no es muy amplio, y los datos se distribuyen como una normal |
| ML = Maximun Likelihood – Máxima Verosimilitud ML Robusto = Máxima Versosimilitud Robusta WLS = Weighted Least Squares – Mínimos cuadrados ponderados WLS Robusto = Weighted Least Squares Robusted | | |

Fuente: Del Barrio y Luque (2012)

5. *Evaluación del modelo de medida y modelo factorial.* Este proceso consta de dos etapas. En la primera se evalúa el ajuste global del modelo de medida, si la matriz de los indicadores de medida se corresponde con la matriz reproducida

por el modelo factorial propuesto. Es decir, se considera conjuntamente el modelo de medida y el modelo estructural por medio de una serie de indicadores de bondad de ajuste que se detallan en la Tabla 36.

En la segunda etapa se evalúa el grado de ajuste del modelo de medida analizando la significación estadística de cada carga obtenida entre el indicador y la variable latente así como la fuerza de los parámetros estimados. El nivel de significación debe ser mayor a $t=1,96$ (y p -valor inferior a $0,05$).

A continuación se comprueba la fiabilidad de cada uno de los indicadores, así como la fiabilidad compuesta del constructo. Cada uno de los indicadores debe tener al menos un 50% de su varianza en común con la variable latente, requisito que se identificará a través de las comunalidades que resultan del análisis factorial y del α de Cronbach. Diferentes estudios previos establecen niveles α entre $0,70$ y $0,95$ (Nunnally y Bernstein, 1994; DeVellis, 2003). Un valor bajo podría ser debido a un bajo número de items, items pobremente interrelacionados entre sí o constructos heterogéneos. Un valor α demasiado alto sugiere que algunos ítems son redundantes, es decir, pueden estar probando la misma cuestión de manera diferente. Por tanto, un nivel máximo de $0,90$ es recomendado.

Adicionalmente, el indicador debe tener una alta consistencia interna, es decir que se considere una medida fiable del constructo, en otras palabras, que presente un bajo error aleatorio. Esta consistencia se mide a través de la fiabilidad compuesta (FC) que se interpreta como el α de Cronbach pero tiene en cuenta las interrelaciones de los constructos extraídos. Viene dada por la siguiente fórmula:

$$\text{Fiabilidad compuesta} = \frac{(\sum \text{Cargas estandarizadas})^2}{(\sum \text{Cargas estandarizadas})^2 + (\sum \text{Errores de medida})}$$

Por tanto, se considera como fiable (fiabilidad individual $-\alpha$ -) aquella escala que alcance un valor mínimo de referencia del $0,5$ y se considera que tiene alta consistencia interna cuando la fiabilidad compuesta sea superior a $0,6$, ó mejor aún $0,7$ bajo un criterio más estricto (Malhotra, 1997).

Así mismo se suele analizar la Varianza Extraída (VE), que muestra la relación entre la varianza que es capturada por un factor j en relación a la varianza total debida al error de medida de ese factor. Si este valor es superior a $0,50$, se considera que los indicadores miden adecuadamente dicha variable latente. La expresión matemática de la fórmula aparece a continuación:

$$\text{Varianza extraída} = \frac{\sum \text{Cargas estandarizadas}^2}{\sum \text{Cargas estandarizadas}^2 + \sum \text{Errores de medida}}$$

Hecho esto, se evalúa el modelo estructural mediante el análisis de la significación estadística de los coeficientes estimados. Los coeficientes deben ser estadísticamente diferentes de cero, es decir, el valor t ha de alcanzar como mínimo el valor 1,96 y el p-valor debe ser inferior a 0,05. Los parámetros no significativos indicarán que la relación o efecto propuesto no es sustancial y que debe ser eliminado. Se debe examinar también que los coeficientes de fiabilidad de las ecuaciones estructurales (R^2) estén próximos a la unidad y que las correlaciones existentes entre las variables latentes no superen el 0,80.

Tabla 36. Medidas de ajuste de bondad del modelo

| | Método | Características | Valores recomendados |
|-----------------------------|--|--|-------------------------------------|
| Medidas absolutas de ajuste | Estadístico Chi-cuadrado | Mide la distancia existente entre la matriz de datos inicial y la matriz estimada por el modelo. | Valores bajos; p-valor >0,05 ó 0,10 |
| | Chi-cuadrado normada | Divide la χ^2 entre los grados de libertad para solucionar el problema de la influencia del tamaño muestral en el método anterior. | Inferior a 5 se considera aceptable |
| | Goodness of Fit Index (GFI) | Índice de la variabilidad explicada por el modelo. Está afectado por el tamaño de la muestra y por el número de indicadores. | Valores superiores a 0,90 |
| | Relative Goodness of Fit Index (RGFI) | Viene dado por el cociente entre el GFI estimado por el modelo y el GFI esperado en función del tamaño muestral y del número de indicadores. Adecuado para muestras pequeñas y con un alto número de indicadores | Valores superiores a 0,90 |
| | Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) | Describe la diferencia de las matrices por grado de libertad, es decir, la bondad de ajuste que debería ser esperada si el modelo fuera estimado en la población y no en la muestra. | Valores inferiores a 0,08 |

| | Método | Características | Valores recomendados |
|---------------------------------|--|--|---------------------------|
| Medidas incrementales de ajuste | Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) | Es el indicador GFI ajustado por los grados de libertad del modelo propuesto y del modelo nulo. También se encuentra afectado por el tamaño muestral y el número de indicadores. | Valores superiores a 0,90 |
| | Relative adjusted Goodness of Fit Index (RAGFI) | Elimina el efecto del tamaño muestral y del número de indicadores dando una bondad de ajuste del modelo más adecuada. | Valores superiores a 0,80 |
| | Normed Fit Index (NFI) | Mide la reducción proporcional en la función de ajuste cuando pasamos del modelo nulo al propuesto. | Valores superiores a 0,90 |
| | Relative Fit Index (RFI) | Compara el ajuste por grado de libertad del modelo propuesto y nulo. | Valores próximos a 1 |
| | Incremental Fit Index (IFI) | Elimina los inconvenientes del NFI en cuanto al tamaño muestral al introducir los grados de libertad del modelo propuesto en el cálculo. | Valores próximos a 1 |
| | Comparative Fit Index (CFI) | Es una medida incremental que se basa directamente en la medida de no centralidad similar a las medidas de ajuste anteriores. | Valores próximos a 1 |

Fuente: Del Barrio y Luque (2012)

5.4.2 Validación de las escalas de medida

- Validación de la escala de autocongruencia

Para la evaluación de la variable de autocongruencia se utilizó una escala Likert de 1 a 7, extraída del trabajo de Sirgy et al. (1997) y Sirgy y Su (2000). Los ítems empleados en ésta y las escalas siguientes pueden verse en el Anexo I, así como en el capítulo de metodología.

Como se puede apreciar en la Tabla 37, los test que contrastan la normalidad de los ítems propuestos resultaron ser significativos, es decir, la distribución de sus valores presenta una forma distinta a la de la distribución de contraste (normal). Esto implicó realizar un análisis de la asimetría y curtosis de forma conjunta como se ve en la Tabla 38. Los resultados indican que los ítems de esta escala no siguen una distribución normal multivariantes pues el ratio crítico (CR) se encuentra fuera del intervalo de ± 1.96 (Coeficiente de Mardia=18,93; c.r.=31,24). Se trata de un supuesto básico a considerar a la hora de seleccionar el método de estimación del modelo de medida (y estructural).

Tabla 37. Asimetría y curtosis de los ítems de autocongruencia

| Variable | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | | Prueba de Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|----------|-----|-------|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|---|-------|
| | | | | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico | Estadístico | Sign. |
| AUTO1 | 534 | 5,01 | 1,45 | -0,61 | 0,10 | 0,08 | 0,21 | 0,16 | 0,00 |
| AUTO2 | 534 | 5,04 | 1,46 | -0,64 | 0,10 | 0,14 | 0,21 | 0,16 | 0,00 |
| AUTO3 | 534 | 4,78 | 1,47 | -0,46 | 0,10 | -0,14 | 0,21 | 0,14 | 0,00 |
| AUTO4 | 534 | 5,02 | 1,50 | -0,69 | 0,10 | 0,10 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |

Tabla 38. Análisis de normalidad multivariante. Autocongruencia

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R. |
|---------------|--------|--------|-----------|-------|----------|-------|
| AUTO1 | -3,42 | 1,82 | -0,73 | -6,81 | 0,48 | 2,23 |
| AUTO2 | -3,26 | 1,89 | -0,50 | -4,68 | 0,14 | 0,67 |
| AUTO3 | -3,85 | 1,70 | -0,63 | -5,88 | 0,39 | 1,82 |
| AUTO4 | -3,69 | 1,64 | -0,59 | -5,55 | 0,25 | 1,18 |
| Multivariante | | | | | 18,93 | 31,24 |

Adicionalmente se realizó un AFE que comprueba la unidimensionalidad de la escala. El test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ofreció un valor aceptable (0,74), así como, un test de esfericidad de Barlett significativo (sign.=0,000) para poder aplicar este análisis. Las Medidas de Adecuación Muestral (MSA_i) para cada ítem se encontraban por encima de 0,5. El test de Kaiser para un porcentaje de varianza explicada superior al 70% (72,63%), sugirió que el número óptimo de factores era uno.

Tabla 39. Pruebas del AFE: KMO, test de esfericidad y varianza explicada para la escala de autocongruencia

| KMO y prueba de Bartlett | | |
|--|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | 0,48 | |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 1123,422 |
| | g.l. | 6 |
| | Sign. | 0,000 |
| Matriz de componentes ^a | | |
| Variable | Extracción | |
| AUTO1 | 0,69 | |
| AUTO2 | 0,78 | |
| AUTO3 | 0,72 | |
| AUTO4 | 0,73 | |

| Varianza total explicada | | | | |
|--------------------------|---|--|------------------|-------------|
| Componente | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
| | | Total | % de la varianza | % acumulado |
| Dimensión | 1 | 2,905 | 72,631 | 72,631 |

^a Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Los resultados revelaron una adecuada consistencia interna, fiabilidad compuesta y varianza extraída para esta escala (

Tabla 40). Además, las cargas individuales y su significación sugerían la presencia de validez convergente en la escala. Por último, los valores R^2 se encontraban por encima del valor de referencia (0,5) en todos los casos (Nunnally, 1978; Hair et al., 1999).

Tabla 40. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala "Autocongruencia"

| Indicador | | Valor |
|--|---------------------------------|---|
| Fiabilidad compuesta | | 0,87 |
| Varianza extraída | | 0,64 |
| α de Cronbach | | 0,874 |
| Item | Fiabilidad individual (R^2) | Coefficiente estandarizado (λ) |
| AUTO1* | 0,55 | 0,74 |
| AUTO2 | 0,73 | 0,86 |
| AUTO3 | 0,61 | 0,78 |
| AUTO4 | 0,66 | 0,81 |
| <i>* Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente</i> | | |
| Indicadores | Valor | Límites aceptables |
| Chi-Cuadrado de Satorra- Bentler | 25,70; g.l.:3; p-valor: 0,000 | ---- |
| Chi-cuadrado normada | 8,5 | Valores entre 2 - 5 |
| RMSEA | 0,120 (0,080-0,16) | Valores <0,08; el intervalo no debe contener al 1 |
| NFI | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| CFI | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| IFI | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| GFI | 0,93 | Valores próximos a 1 |
| AGFI | 0,67 | Valores próximos a 1 |

A la luz de los resultados anteriores, la escala de medida de autcongruencia, cumple con la mayoría de los indicadores por lo que podemos decir que funcionó correctamente desde el punto de vista analítico pudiéndose emplear en la presente investigación.

- Validación de la escala de motivaciones

Al evaluar la escala motivaciones, en casi todos los casos se encuentra que todos los valores de asimetría y seis valores de curtosis se encuentran fuera del intervalo [-0,5; 0,5] (Tabla 41). Si se analiza la normalidad multivariante de los ítems en su conjunto vemos que tampoco se puede asumir este supuesto básico en los ítems que componen esta escala (Coeficiente de Mardia=136,47; c.r.= 73,73) (Tabla 42).

Tabla 41. Asimetría y curtosis de los ítems de motivaciones

| Variables | N | Media | Dev. típ. | Asimetría | | Curtosis | | Prueba de Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|-----------|-----|-------|-----------|-------------|--------------|-------------|--------------|---|-------|
| | | | | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico | Estadístico | Sign. |
| MOT1 | 534 | 5,14 | 1,67 | -0,69 | 0,11 | -0,30 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| MOT2 | 534 | 4,97 | 1,59 | -0,61 | 0,11 | -0,11 | 0,21 | 0,15 | 0,00 |
| MOT3 | 534 | 5,34 | 1,39 | -0,82 | 0,11 | 0,53 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| MOT4 | 534 | 5,38 | 1,35 | -0,76 | 0,11 | 0,31 | 0,21 | 0,20 | 0,00 |
| MOT5 | 534 | 5,49 | 1,41 | -0,98 | 0,11 | 0,87 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| MOT6 | 534 | 5,37 | 1,38 | -0,85 | 0,11 | 0,66 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| MOT7 | 534 | 5,22 | 1,41 | -0,74 | 0,11 | 0,41 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| MOT8 | 534 | 4,97 | 1,68 | -0,71 | 0,11 | -0,16 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| MOT9 | 534 | 5,30 | 1,48 | -0,78 | 0,11 | 0,16 | 0,21 | 0,20 | 0,00 |
| MOT10 | 534 | 5,38 | 1,41 | -0,81 | 0,11 | 0,45 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| MOT11 | 534 | 4,63 | 1,85 | -0,56 | 0,11 | -0,67 | 0,21 | 0,16 | 0,00 |
| MOT12 | 534 | 5,19 | 1,58 | -0,86 | 0,11 | 0,33 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| MOT13 | 534 | 5,25 | 1,45 | -0,85 | 0,11 | 0,52 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| MOT14 | 534 | 5,41 | 1,41 | -0,94 | 0,11 | 0,66 | 0,21 | 0,21 | 0,00 |

Tabla 42. Análisis de normalidad multivariante: Escala de motivaciones

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R |
|-----------|--------|--------|-----------|-------|----------|-------|
| MOT1 | -3,20 | 1,48 | -0,70 | -6,54 | -0,06 | -0,29 |
| MOT2 | -3,61 | 1,63 | -0,64 | -6,01 | 0,27 | 1,24 |
| MOT3 | -3,77 | 1,57 | -0,82 | -7,66 | 0,59 | 2,75 |
| MOT4 | -3,96 | 1,63 | -0,75 | -7,00 | 0,44 | 2,05 |
| MOT5 | -3,44 | 1,28 | -0,99 | -9,23 | 0,97 | 4,54 |
| MOT6 | -3,79 | 1,49 | -0,84 | -7,83 | 0,66 | 3,08 |
| MOT7 | -3,43 | 1,59 | -0,79 | -7,35 | 0,58 | 2,69 |

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R |
|--------------|--------|--------|-----------|-------|----------|-------|
| MOT8 | -3,27 | 1,49 | -0,69 | -6,40 | 0,03 | 0,13 |
| MOT9 | -3,78 | 1,57 | -0,76 | -7,10 | 0,35 | 1,64 |
| MOT10 | -3,55 | 1,53 | -0,82 | -7,62 | 0,49 | 2,29 |
| MOT11 | -2,91 | 1,97 | -0,62 | -5,74 | -0,25 | -1,18 |
| MOT12 | -3,64 | 1,42 | -0,85 | -7,97 | 0,49 | 2,31 |
| MOT13 | -3,90 | 1,52 | -0,82 | -7,66 | 0,54 | 2,53 |
| MOT14 | -4,22 | 1,44 | -0,93 | -8,70 | 0,84 | 3,90 |
| Multivariate | | | | | 136,47 | 73,73 |

Como se describe en el capítulo cuarto, la variable motivación es considerada en la literatura como un constructo multidimensional formado por factores como relajación/escape, emoción/aventura, conocimiento, social o prestigio (Baloglu y McCleary, 1999a), a las que se debe añadir las motivaciones propias de los turistas médicos. Se asume entonces que estos factores de orden inferior son dimensiones de un factor superior que no fue medido con ningún otro indicador, sino a través de los aquellos factores de primer orden previamente analizados (Luque, 2000, pág. 571).

El AFE confirmó el carácter multidimensional de esta escala observándose la existencia de tres factores latentes que pueden interpretarse a través de los componentes obtenidos con la rotación Varimax. El resultado concuerda con el hallado por Saiprasert (2011) quien evaluando las motivaciones en turismo médico encuentra tres factores motivacionales subyacentes a los que denominó “atracciones”, “oportunidad” y “valor”.

Para este análisis, la medida KMO ofreció un valor muy bueno ($KMO = 0,938$), superior al 0,8 recomendado y un test de esfericidad de Barlett significativo ($sign. = 0,000$). La comunalidad para cada ítem se encontró por encima de 0,5, excepto para el ítem MOT11 aunque próxima a este valor. Así mismo la prueba de Kaiser arrojó una varianza explicada cercana al 70%, (Tabla 43).

Tabla 43. Pruebas del AFE: KMO, test de esfericidad y varianza explicada para la escala motivaciones

| KMO y prueba de Bartlett | | |
|--|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | 0,938 | |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 4727,549 |
| | g.l. | 91 |
| | Sign. | 0,000 |

| KMO y prueba de Bartlett | | | | |
|------------------------------------|---|--|------------------|-------------|
| Matriz de componentes ^a | | | | |
| Comunalidades | | | | |
| Variable | | Extracción | | |
| MOT1 | | | | 0,86 |
| MOT2 | | | | 0,83 |
| MOT3 | | | | 0,69 |
| MOT4 | | | | 0,73 |
| MOT5 | | | | 0,72 |
| MOT6 | | | | 0,76 |
| MOT7 | | | | 0,73 |
| MOT8 | | | | 0,61 |
| MOT9 | | | | 0,59 |
| MOT10 | | | | 0,64 |
| MOT11 | | | | 0,48 |
| MOT12 | | | | 0,54 |
| MOT13 | | | | 0,77 |
| MOT14 | | | | 0,77 |
| Varianza total explicada | | | | |
| Componente | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
| | | Total | % de la varianza | % acumulado |
| Dimensiones | 1 | 7,64 | 54,61 | 54,61 |
| | 2 | 1,19 | 8,49 | 63,11 |
| | 3 | 0,87 | 6,23 | 69,34 |

^a Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Los resultados revelaron una adecuada consistencia interna, fiabilidad compuesta y varianza extraída para esta escala (Tabla 44). Los valores R^2 se encontraban por encima del valor de referencia salvo en el caso de los ítems MOT8, MOT11 y MOT12. Al realizar un análisis de estos ítems vemos que el MSA_i de MOT11 fue de 0,48 y el R^2 0,298, encontrándose muy por debajo del mínimo propuesto en la literatura; por tanto se decidió eliminar el ítem de dicha escala. Con respecto a los ítems MOT8 y MOT12 el R^2 se encontraba también por debajo de 0,5 no obstante, por su valor y para no perder los matices que recogen, se decidió no eliminarlos del estudio en esta fase inicial.

De esta forma, el constructo de segundo orden formado, cumplirá con todos los requisitos establecidos de identificación, fiabilidad y validez, por lo que consideramos útil su constitución e interesantes los resultados que pueden derivarse de su utilización (Tabla 44).

Tabla 44. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala "Motivaciones"

| Variable | | Indicador | Valor |
|---|---------------------------------|---|-------|
| BENEFICIOS MÉDICOS (BEN_MED) | | Fiabilidad compuesta | 0,90 |
| | | Varianza extraída | 0,61 |
| | | α de Cronbach | 0,90 |
| BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS (BEN_COMPLE) | | Fiabilidad compuesta | 0,89 |
| | | Varianza extraída | 0,61 |
| | | α de Cronbach | 0,88 |
| BENEFICIOS ECONÓMICOS (BEN_ECON) | | Fiabilidad compuesta | 0,88 |
| | | Varianza extraída | 0,78 |
| | | α de Cronbach | 0,88 |
| MOTIVACIONES | | α de Cronbach | 0,94 |
| ITEM | Fiabilidad individual (R^2) | Coeficiente estandarizado (λ) | |
| MOTIV1 | 0,80 | 0,90 | |
| MOTIV2* | 0,76 | 0,87 | |
| ITEM | Fiabilidad individual (R^2) | Coeficiente estandarizado (λ) | |
| MOTIV3* | 0,60 | 0,77 | |
| MOTIV4 | 0,66 | 0,81 | |
| MOTIV5* | 0,66 | 0,81 | |
| MOTIV6 | 0,75 | 0,86 | |
| MOTIV7 | 0,60 | 0,78 | |
| MOTIV8 | 0,43 | 0,66 | |
| MOTIV9* | 0,53 | 0,72 | |
| MOTIV10 | 0,60 | 0,77 | |
| MOTIV12 | 0,44 | 0,66 | |
| MOTIV13 | 0,69 | 0,83 | |
| MOTIV14 | 0,73 | 0,85 | |
| * Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente | | | |
| Indicadores | Valor | Límites aceptables | |
| Chi-cuadrado de Satorra-Bentler | 149,79; g.l.:62; p-valor: 0,000 | --- | |
| Chi-cuadrado normada | 2,41 | Valores entre 2 - 5 | |
| RMSEA | 0,052 (0,041;0,063) | Valores <0,08; El intervalo no debe contener al 1 | |
| NFI | 0,99 | Valores próximos a 1 | |
| CFI | 0,99 | Valores próximos a 1 | |
| IFI | 0,99 | Valores próximos a 1 | |
| GFI | 0,93 | Valores próximos a 1 | |
| AGFI | 0,90 | Valores próximos a 1 | |

- Validación de la escala de imagen

Se procede a evaluar la escala de la imagen que está compuesta, tal como sugiere la literatura previa, por la imagen cognitiva e imagen afectiva, constructos que en su conjunto, forman la imagen global.

Imagen cognitiva

Para la imagen cognitiva (IC) se pone de manifiesto nuevamente la distribución no normal de los datos que componían la escala. Las pruebas tanto de asimetría como de curtosis resultaron ser significativas ($t=1,96$) (Coeficiente de Mardia=227,03; c.r.=79,89) (Ver Tabla 45 y Tabla 46).

Tabla 45. Asimetría y curtosis de los ítems de Imagen cognitiva

| Variable | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | | Prueba de Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|----------|-----|-------|------------|-------------|-------------------------|-------------|------------------------|---|-------|
| | | | | Estadístico | Error típ. de asimetría | Estadístico | Error típ. de curtosis | Estadístico | Sign. |
| IC1 | 534 | 5,31 | 1,40 | -0,66 | 0,11 | -0,16 | 0,21 | 0,20 | 0,00 |
| IC2 | 534 | 5,51 | 1,31 | -0,91 | 0,11 | 0,69 | 0,21 | 0,22 | 0,00 |
| IC3 | 534 | 5,46 | 1,31 | -0,88 | 0,11 | 0,74 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| IC4 | 534 | 5,68 | 1,31 | -0,97 | 0,11 | 0,68 | 0,21 | 0,22 | 0,00 |
| IC5 | 534 | 5,66 | 1,26 | -0,92 | 0,11 | 0,83 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| IC6 | 534 | 5,49 | 1,29 | -0,84 | 0,11 | 0,51 | 0,21 | 0,21 | 0,00 |
| IC7 | 534 | 5,25 | 1,43 | -0,68 | 0,11 | 0,07 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| IC8 | 534 | 5,64 | 1,35 | -0,88 | 0,11 | 0,32 | 0,21 | 0,20 | 0,00 |
| IC9 | 534 | 5,54 | 1,28 | -0,85 | 0,11 | 0,57 | 0,21 | 0,20 | 0,00 |
| IC10 | 534 | 5,22 | 1,49 | -0,68 | 0,11 | -0,06 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| IC11 | 534 | 5,22 | 1,43 | -0,76 | 0,11 | 0,25 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| IC12 | 534 | 5,07 | 1,44 | -0,58 | 0,11 | 0,01 | 0,21 | 0,15 | 0,00 |
| IC13 | 534 | 5,22 | 1,33 | -0,39 | 0,11 | -0,34 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| IC14 | 534 | 5,04 | 1,25 | -0,26 | 0,11 | -0,04 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| IC15 | 534 | 5,26 | 1,29 | -0,36 | 0,11 | -0,32 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| IC16 | 534 | 5,36 | 1,28 | -0,52 | 0,11 | -0,03 | 0,21 | 0,20 | 0,00 |
| IC17 | 534 | 5,30 | 1,28 | -0,40 | 0,11 | -0,23 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| IC18 | 534 | 5,37 | 1,25 | -0,38 | 0,11 | -0,28 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| IC19 | 534 | 5,29 | 1,30 | -0,29 | 0,11 | -0,45 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| IC20 | 534 | 5,47 | 1,29 | -0,48 | 0,11 | -0,42 | 0,21 | 0,20 | 0,00 |
| IC21 | 534 | 5,26 | 1,48 | -0,61 | 0,11 | 0,03 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| IC22 | 534 | 5,14 | 1,34 | -0,33 | 0,11 | -0,19 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |

Tabla 46. Análisis de normalidad multivariante. Imagen cognitiva

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R. |
|---------------|--------|--------|-----------|-------|----------|-------|
| IC1 | -3,40 | 1,59 | -0,65 | -6,03 | -0,12 | -0,55 |
| IC2 | -3,74 | 1,44 | -0,87 | -8,11 | 0,64 | 2,98 |
| IC3 | -3,26 | 1,37 | -0,77 | -7,17 | 0,33 | 1,53 |
| IC4 | -3,42 | 1,23 | -0,90 | -8,36 | 0,43 | 2,02 |
| IC5 | -4,15 | 1,39 | -0,84 | -7,84 | 0,56 | 2,61 |
| IC6 | -3,87 | 1,41 | -0,82 | -7,66 | 0,58 | 2,69 |
| IC7 | -3,51 | 1,38 | -0,61 | -5,69 | 0,08 | 0,37 |
| IC8 | -3,53 | 1,23 | -0,78 | -7,31 | -0,01 | -0,05 |
| IC9 | -3,30 | 1,39 | -0,75 | -6,96 | 0,17 | 0,78 |
| IC10 | -3,28 | 1,39 | -0,68 | -6,37 | -0,06 | -0,28 |
| IC11 | -3,60 | 1,45 | -0,75 | -7,04 | 0,40 | 1,85 |
| IC12 | -2,90 | 1,56 | -0,50 | -4,63 | -0,14 | -0,65 |
| IC13 | -3,39 | 1,73 | -0,41 | -3,83 | -0,28 | -1,31 |
| IC14 | -3,40 | 2,17 | -0,29 | -2,72 | 0,11 | 0,52 |
| IC15 | -3,65 | 1,77 | -0,38 | -3,55 | -0,19 | -0,87 |
| IC16 | -3,72 | 1,64 | -0,48 | -4,44 | -0,15 | -0,71 |
| IC17 | -3,65 | 1,80 | -0,36 | -3,31 | -0,35 | -1,62 |
| IC18 | -3,74 | 1,72 | -0,35 | -3,30 | -0,30 | -1,41 |
| IC19 | -3,35 | 1,82 | -0,30 | -2,80 | -0,42 | -1,96 |
| IC20 | -3,53 | 1,55 | -0,46 | -4,31 | -0,40 | -1,87 |
| IC21 | -3,43 | 1,63 | -0,47 | -4,39 | -0,39 | -1,80 |
| IC22 | -3,50 | 1,78 | -0,34 | -3,12 | -0,16 | -0,77 |
| Multivariante | | | | | 227,03 | 79,89 |

Existe una base de investigaciones previas realizadas sobre la imagen de destino que han encontrado que se trata de un constructo multidimensional, aunque el número de factores difiere: desde tres hasta once dependiendo del número a medir y las características únicas del destino. Los ítems utilizados en el presente estudio se basaron en el trabajo de Baloglu y McCleary (1999a) y Beerli y Martín (2004) seleccionando principalmente aquellos que pudieran ser característicos de un destino de turismo médico, junto con el trabajo de Saiprasert (2011) quien identifica un factor exclusivo con los atributos relacionados con la prestación del servicio médico.

Con esta información como base se realiza un análisis factorial que confirma el carácter multidimensional de la escala, observándose inicialmente la existencia de cuatro factores latentes. Para este análisis, la medida KMO ofreció un valor muy bueno ($KMO = 0,963$), superior al 0,8 recomendado y un

test de esfericidad de Barlett significativo (sign. = 0,000). Así mismo el test de Kaiser arrojó una varianza explicada cercana al 74% (Tabla 47).

Tabla 47. Pruebas del AFE: KMO, test de esfericidad y varianza explicada para escala imagen cognitiva

| KMO y prueba de Bartlett | | |
|--|-------------------------|-----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | 0,963 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 10058,922 |
| | g.l. | 231 |
| | Sign. | 0,000 |
| Matriz de componentes ^a | | |
| Comunalidades | | |
| Variable | Extracción | |
| IC1 | 0,796 | |
| IC2 | 0,797 | |
| IC3 | 0,669 | |
| IC4 | 0,827 | |
| IC5 | 0,751 | |
| IC6 | 0,793 | |
| IC7 | 0,634 | |
| IC8 | 0,697 | |
| IC9 | 0,702 | |
| IC10 | 0,667 | |
| IC11 | 0,695 | |
| IC12 | 0,646 | |
| IC13 | 0,723 | |
| IC14 | 0,731 | |
| IC15 | 0,809 | |
| IC16 | 0,830 | |
| IC17 | 0,818 | |
| IC18 | 0,827 | |
| IC19 | 0,739 | |
| IC20 | 0,798 | |
| IC21 | 0,590 | |
| IC22 | 0,716 | |

| KMO y prueba de Bartlett | | | | |
|--------------------------|---|--|------------------|-------------|
| Varianza total explicada | | | | |
| Componente | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
| | | Total | % de la varianza | % acumulado |
| Dimensiones | 1 | 12,606 | 57,299 | 57,299 |
| | 2 | 1,847 | 8,395 | 65,694 |
| | 3 | 1,047 | 4,759 | 70,453 |
| | 4 | 0,757 | 3,439 | 73,892 |

^a Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

El ítem IC₁₂ obtuvo un MSA_i de 0,646 en el análisis inicial realizado. Sin embargo, al realizar el AFC en el paquete AMOS, presenta un R² muy por debajo de 0,5 (específicamente 0,342) por lo que se decidió sacarlo de la escala. Con la intención de analizar si las variables previamente identificadas afectaban específicamente a la dimensión cognitiva referente a los atributos médicos, se extrajo para el análisis un constructo diferente conformado únicamente con las impresiones sobre los atributos médicos del destino.

En particular se incluyen los aspectos relacionados con la acreditación, reconocimiento, infraestructura de los hospitales y el cumplimiento de estándares internacionales (ICM₃, ICM₄, ICM₅, ICM₆) así como el desarrollo de tratamientos pioneros, cualificación de los médicos o bilingüismo del personal (ICM₇, ICM₈, ICM₉) entre otros. A esta dimensión diferenciada la denominamos imagen cognitiva médica (ICM).

Una vez separado el constructo, se analizó si tanto el constructo de segundo orden de IC como el nuevo constructo de ICM cumplían con todos los requisitos establecidos de identificación, fiabilidad y validez. Encontramos que los valores R² se encontraban por encima del valor de referencia (0,5) excepto para IC₁₀, IC₁₁ e ICM₉; no obstante, por su valor no excesivamente bajo y para no perder la información contenida en él, se decidió no eliminar ningún ítem del estudio en esta fase inicial. Se comprobó por tanto que los dos constructos contaban con una razonable consistencia interna, fiabilidad compuesta y varianza extraída como se puede ver en la Tabla 48 y Tabla 49. Así mismo, los índices de bondad de ajuste se encontraron en los límites recomendados por la literatura.

Tabla 48. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala “Imagen cognitiva”

| Variable | Indicador | Valor |
|---|---------------------------------|---|
| Infraestructura (INFR) | Fiabilidad compuesta | 0,91 |
| | Varianza extraída | 0,66 |
| | α de Cronbach | 0,91 |
| Atractivos turísticos (ATTRACT_TUR) | Fiabilidad compuesta | 0,87 |
| | Varianza extraída | 0,68 |
| | α de Cronbach | 0,86 |
| Accesibilidad (ACCES) | Fiabilidad compuesta | 0,80 |
| | Varianza extraída | 0,58 |
| | α de Cronbach | 0,80 |
| IMAGEN COGNITIVA | α de Cronbach | 0,94 |
| ITEM | Fiabilidad individual (R^2) | Coefficiente estandarizado (λ) |
| IC1 | 0,65 | 0,81 |
| IC2 | 0,78 | 0,88 |
| IC3* | 0,58 | 0,76 |
| IC4 | 0,78 | 0,88 |
| IC5 | 0,70 | 0,83 |
| IC6 | 0,77 | 0,88 |
| IC7* | 0,63 | 0,79 |
| ITEM | Fiabilidad individual (R^2) | Coefficiente estandarizado (λ) |
| IC8 | 0,68 | 0,82 |
| IC9* | 0,63 | 0,80 |
| IC10 | 0,43 | 0,66 |
| IC11* | 0,49 | 0,69 |
| * Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente | | |
| Indicadores | Valor | Límites aceptables |
| Chi-Cuadrado Satorra-Bentler | 170,11; g.l.:41; p-valor: 0,000 | Test significativo |
| Chi-cuadrado normada | 4,14 | Valores entre 2 - 5 |
| RMSEA | 0,078 (0,066; 0,090) | Valores <0,08; El intervalo no debe contener al 1 |
| NFI | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| CFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| IFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| GFI | 0,92 | Valores próximos a 1 |
| AGFI | 0,87 | Valores próximos a 1 |

Tabla 49. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala “Imagen cognitiva médica”

| Indicador | | Valor |
|---|---------------------------------|--|
| Fiabilidad compuesta | | 0,96 |
| Varianza extraída | | 0,70 |
| α de Cronbach | | 0,95 |
| Item | Fiabilidad individual (R^2) | Coefficiente estandarizado (λ) |
| ICM1 | 0,61 | 0,78 |
| ICM2* | 0,64 | 0,80 |
| ICM3 | 0,80 | 0,89 |
| ICM4 | 0,82 | 0,91 |
| ICM5 | 0,79 | 0,88 |
| ICM6 | 0,80 | 0,90 |
| ICM7 | 0,69 | 0,83 |
| ICM8 | 0,75 | 0,86 |
| ICM9 | 0,45 | 0,67 |
| ICM10 | 0,66 | 0,80 |
| * Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente | | |
| Indicadores | Valor | Límites aceptables |
| Chi-Cuadrado Satorra -Bentler | 160,24; g.l.:35; p-valor: 0,000 | Test significativo |
| Chi-cuadrado normada | 4,57 | Valores entre 2 - 5 |
| RMSEA | 0,080 (0,110; 0,135) | Valores <0,08 |
| NFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| CFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| IFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| GFI | 0,89 | Valores próximos a 1 |
| AGFI | 0,83 | Valores próximos a 1 |

A raíz de los descubrimientos anteriores, y en el sentido de las relaciones relativas a la imagen cognitiva hipotetizadas, se plantearon cuatro proposiciones adicionales de investigación que se añadirán al modelo inicialmente establecido con el fin de analizar una posible influencia de las variables motivación, fuentes de información e imagen cognitiva sobre este constructo denominado imagen cognitiva médica. Así mismo también se plantea una posible influencia de este constructo sobre la imagen global e intención.

Tabla 50. Proposiciones adicionales planteadas para la variable “Imagen Cognitiva Médica”

| | |
|----|---|
| P3 | La imagen cognitiva tiene una influencia significativa sobre la imagen cognitiva médica |
| P4 | Las fuentes de información tienen una influencia significativa sobre la imagen cognitiva médica |
| P5 | La imagen cognitiva médica tiene una influencia significativa sobre la imagen global |
| P6 | La imagen cognitiva médica tiene una influencia significativa sobre intención de visita |

Imagen afectiva

Nuevamente, los ítems registrados esta vez para la imagen afectiva no se distribuyeron como una normal multivariante tal como se evidencia en el análisis de asimetría y curtosis y en el análisis de normalidad multivariante (coeficiente de Mardia=26,34; c.r.=36,00) (Ver Tabla 51 y Tabla 52).

Tabla 51. Asimetría y curtosis de los ítems de imagen afectiva

| Variable | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | | Prueba de Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|----------|-----|-------|------------|-------------|-------------------------|-------------|------------------------|---|-------|
| | | | | Estadístico | Error típ. de asimetría | Estadístico | Error típ. de curtosis | Estadístico | Sign. |
| IA1 | 534 | 5,56 | 1,38 | -0,97 | 0,11 | 0,49 | 0,21 | 0,23 | 0,00 |
| IA2 | 534 | 5,37 | 1,42 | -0,80 | 0,11 | 0,38 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| IA3 | 534 | 5,37 | 1,40 | -0,77 | 0,11 | 0,35 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| IA4 | 534 | 5,27 | 1,52 | -0,64 | 0,11 | -0,33 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| IA5 | 534 | 5,30 | 1,55 | -0,72 | 0,11 | -0,20 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |

Tabla 52. Análisis de normalidad multivariante. Imagen Afectiva

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R |
|--------------|--------|--------|-----------|-------|----------|-------|
| IA5 | -3,39 | 1,31 | -0,69 | -6,45 | -0,20 | -0,93 |
| IA4 | -3,43 | 1,62 | -0,67 | -6,25 | -0,12 | -0,57 |
| IA3 | -3,11 | 1,69 | -0,74 | -6,90 | 0,45 | 2,08 |
| IA2 | -3,42 | 1,52 | -0,83 | -7,75 | 0,56 | 2,63 |
| IA1 | -3,80 | 1,45 | -0,94 | -8,81 | 0,50 | 2,34 |
| Multivariate | | | | | 26,34 | 36,00 |

El AFE apoyó la uni-dimensionalidad de la escala imagen afectiva hacia la red. La MSA de KMO ofreció un valor adecuado (0,878) y un test de esfericidad de Barlett significativo (sign.= 0,000), para poder seguir con el análisis factorial

exploratorio. Igualmente, las MSA_i para cada ítem se encontraban por encima de 0,5 y el test de Kaiser para un porcentaje de varianza del 72,85%, sugirieron que el número óptimo de factores era uno.

Tabla 53. Pruebas del AFE: KMO, test de esfericidad y varianza explicada para la escala imagen afectiva

| KMO y prueba de Bartlett | | | |
|--|-------------------------|--|------------------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | 0,878 | |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | | 1635,717 |
| | g.l. | | 10 |
| | Sign. | | 0,000 |
| Matriz de componentes ^a | | | |
| Variable | | Extracción | |
| IA1 | | 0,70 | |
| IA2 | | 0,74 | |
| IA3 | | 0,76 | |
| IA4 | | 0,76 | |
| IA5 | | 0,68 | |
| Varianza total explicada | | | |
| Componente | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | |
| | | Total | % de la varianza |
| Dimensión | 1 | 3,642 | 72,85 |

^a Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Los resultados del AFC revelaron una adecuada consistencia interna, fiabilidad compuesta y varianza extraída. Además, las elevadas cargas individuales y su significación sugerían la presencia de validez convergente en la escala. Los valores R^2 se encontraban por encima del valor de referencia (0,5) en todos los casos, lo que indica que se debían conservar todos los ítems inicialmente planteados. Adicionalmente los índices de bondad de ajuste para la escala se encontraron dentro de los recomendados por la literatura (Ver Tabla 54).

Tabla 54. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala "Imagen afectiva"

| Indicador | Valor |
|----------------------|-------|
| Fiabilidad compuesta | 0,91 |
| Varianza extraída | 0,66 |
| α de Cronbach | 0,91 |

| Indicador | | Valor |
|---|---------------------------------|--|
| Item | Fiabilidad individual (R^2) | Coefficiente estandarizado (λ) |
| IA1* | 0,56 | 0,75 |
| IA2 | 0,69 | 0,83 |
| IA3 | 0,71 | 0,84 |
| IA4 | 0,69 | 0,83 |
| IA5 | 0,56 | 0,75 |
| * Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente | | |
| Indicadores | Valor | Límites aceptables |
| Chi-cuadrado de Satorra-Bentler | 24,55; g.l.:6; p-valor: 0,000 | ---- |
| Chi-cuadrado normada | 4,09 | Valores entre 2 - 5 |
| RMSEA | 0,077 (0,047;0,11) | Valores <0,08 |
| NFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| CFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| IFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| GFI | 0,97 | Valores próximos a 1 |
| AGFI | 0,91 | Valores próximos a 1 |

Imagen global

La escala de diferencial semántico utilizada para medir la imagen global fue adaptada del trabajo de Beerli y Martín (2004) y de Frías et al. (2008) y estuvo compuesta sólo por dos ítems siendo la evaluación ligeramente diferente.

Debido al escaso número de ítems, la aplicación de un AFC no resulta apropiada por problemas de identificación del modelo (Hair et al., 1999). Siguiendo los planteamientos de Hulin, Netemeyer y Cudeck (2001) se debe recurrir a la fiabilidad por mitades y al valor del coeficiente de Spearman Brown que consiste en dividir la muestra de ítems aleatoriamente en dos mitades. Si la escala suma es fiable, se espera que las dos muestras estén altamente correlacionadas (es decir sign. $\approx 0,000$).

Los resultados apoyan la adecuación de esta escala para medir el constructo de imagen global.

Tabla 55. Evaluación de fiabilidad por mitades para la escala “Imagen global”

| Estadísticos de fiabilidad | | | |
|--|----------------------|----------------|------------------|
| Alfa de Cronbach | Parte 1 | Valor | 1,000 |
| | | N de elementos | 1 ^a |
| | Parte 2 | Valor | 1,000 |
| | | N de elementos | 1 ^b |
| | N total de elementos | | |
| Correlación entre las dos mitades (ρ de Pearson) | | | 0,750 p=0,000 |
| Coeficiente de Spearman-Brown | | | 0,860 |
| Dos mitades de Guttman | | | 0,859 |

1. Los elementos son IG1
2. Los elementos son IG2

- Validación de la escala de fuentes de información

Como se describe en el capítulo cuarto, las fuentes de información son consideradas en la literatura un constructo de carácter multidimensional formada por al menos tres factores (Llodrà-Riera et al., 2015). Estos factores varían dependiendo de los ítems medidos y la finalidad del estudio, aunque en estudios recientes se ha enfatizado en diferenciar las fuentes online de las offline (Cotten y Gupta, 2004; Ho, Lin y Chen, 2012).

Asumimos por tanto que, al igual que en el caso de las motivaciones y la imagen cognitiva, los factores de orden inferior son dimensiones de un factor superior o de segundo orden que no puede ser medido directamente. A continuación se describen las escalas empleadas para su medición así como la confirmación de la multidimensionalidad de la escala propuesta.

En primer lugar se comprobó nuevamente que los datos recogidos no se distribuían como una normal multivariante (coeficiente de Mardia =60,35; c.r.=40,81) (Tabla 56, Tabla 57), aspecto que se tuvo en cuenta a la hora de seleccionar el método de estimación factorial.

Tabla 56. Asimetría y curtosis de los ítems de fuentes de información

| Variable | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | | Prueba de Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|----------|-----|-------|------------|-------------|-------------------------|-------------|------------------------|---|-------|
| | | | | Estadístico | Error típ. de asimetría | Estadístico | Error típ. de curtosis | Estadístico | Sign. |
| FI1 | 534 | 5,26 | 1,61 | -0,84 | 0,11 | 0,20 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| FI2 | 534 | 5,41 | 1,42 | -0,79 | 0,11 | 0,60 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |
| FI3 | 534 | 5,43 | 1,44 | -0,91 | 0,11 | 0,51 | 0,21 | 0,21 | 0,00 |
| FI4 | 534 | 4,81 | 1,53 | -0,49 | 0,11 | -0,25 | 0,21 | 0,14 | 0,00 |
| FI5 | 534 | 4,75 | 1,55 | -0,46 | 0,11 | -0,24 | 0,21 | 0,14 | 0,00 |
| FI6 | 534 | 4,56 | 1,64 | -0,45 | 0,11 | -0,41 | 0,21 | 0,15 | 0,00 |
| FI7 | 534 | 4,87 | 1,65 | -0,62 | 0,11 | -0,23 | 0,21 | 0,16 | 0,00 |
| FI8 | 534 | 4,67 | 1,58 | -0,43 | 0,11 | -0,31 | 0,21 | 0,14 | 0,00 |
| FI9 | 534 | 4,58 | 1,62 | -0,35 | 0,11 | -0,47 | 0,21 | 0,14 | 0,00 |
| FI10 | 534 | 4,99 | 1,56 | -0,61 | 0,11 | -0,21 | 0,21 | 0,16 | 0,00 |
| FI11 | 534 | 4,77 | 1,65 | -0,51 | 0,11 | -0,36 | 0,21 | 0,14 | 0,00 |

Tabla 57. Análisis de normalidad multivariante. Fuentes información

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R |
|--------------|--------|--------|-----------|-------|----------|-------|
| FI1 | -3,13 | 2,15 | -0,80 | -7,55 | 0,16 | 0,75 |
| FI2 | -3,44 | 3,05 | -0,66 | -6,23 | 0,15 | 0,73 |
| FI3 | -3,60 | 1,25 | -0,82 | -7,66 | 0,24 | 1,13 |
| FI4 | -2,98 | 1,77 | -0,42 | -3,92 | -0,42 | -1,96 |
| FI5 | -3,07 | 1,81 | -0,45 | -4,22 | -0,06 | -0,29 |
| FI6 | -2,83 | 1,98 | -0,44 | -4,13 | -0,27 | -1,29 |
| FI7 | -2,98 | 1,50 | -0,60 | -5,64 | -0,14 | -0,65 |
| FI8 | -3,02 | 1,94 | -0,45 | -4,19 | -0,20 | -0,95 |
| FI9 | -2,92 | 1,91 | -0,33 | -3,15 | -0,48 | -2,25 |
| FI10 | -3,33 | 1,64 | -0,57 | -5,34 | -0,09 | -0,44 |
| FI11 | -3,01 | 1,88 | -0,44 | -4,15 | -0,33 | -1,58 |
| Multivariate | | | | | 60,35 | 40,81 |

El análisis factorial apoyó el enfoque multidimensional de la escala propuesta, observándose la existencia de tres factores latentes, que pueden interpretarse a través de los componentes rotados a través del método Varimax. La medida KMO ofreció un valor muy bueno (0,911), superior al 0,8 recomendado y un test de esfericidad de Barlett significativo (sign. = 0.000).

Tabla 58. Pruebas del AFE: KMO, test de esfericidad y varianza explicada para fuentes de información

| KMO y prueba de Bartlett | | | | |
|--|---|--|------------------|-------------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | | 0,911 | |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | | Chi-cuadrado aproximado | | 3350,929 |
| | | g.l. | | 55 |
| | | Sign. | | 0,000 |
| Matriz de componentes ^a | | | | |
| Comunalidades | | | | |
| Variable | | | Extracción | |
| FI1 | | | 0,758 | |
| FI2 | | | 0,741 | |
| FI3 | | | 0,758 | |
| FI4 | | | 0,715 | |
| FI5 | | | 0,719 | |
| FI6 | | | 0,683 | |
| FI7 | | | 0,703 | |
| FI8 | | | 0,705 | |
| FI9 | | | 0,734 | |
| FI10 | | | 0,681 | |
| FI11 | | | 0,721 | |
| Varianza total explicada | | | | |
| Componente | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
| | | Total | % de la varianza | % acumulado |
| Dimensiones | 1 | 6,066 | 55,147 | 55,147 |
| | 2 | 1,078 | 9,800 | 64,949 |
| | 3 | 0,774 | 7,034 | 71,982 |

^a Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

La medida MSA_i individual se encontró por encima de 0,5. Sin embargo, al realizar el análisis confirmatorio el R^2 del ítem FI1 estuvo muy por debajo del umbral de 0,5 (0,352) que la literatura previa establece; por lo tanto, se decidió sacarla del análisis. En general, los resultados revelaron una adecuada consistencia interna, fiabilidad compuesta y varianza extraída. Además, las elevadas cargas individuales y su significación sugirieron la presencia de validez convergente en la escala. Por tanto, podemos concluir que el constructo de segundo orden formado, cumplía con todos los requisitos establecidos de identificación, fiabilidad y validez.

Tabla 59. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala fuentes de información

| Variable | | Indicador | Valor |
|---|---------------------------------|---|---|
| FUENTES ONLINE Y MEDIOS MASIVOS (FTES_ON) | | Fiabilidad compuesta | 0,88 |
| | | Varianza extraída | 0,60 |
| | | α de Cronbach | 0,87 |
| FUENTES OFFLINE (FTES_OFF) | | Fiabilidad compuesta | 0,81 |
| | | Varianza extraída | 0,59 |
| | | α de Cronbach | 0,82 |
| PRESCRIPTORES (PRESC) | | Fiabilidad compuesta | 0,77 |
| | | Varianza extraída | 0,62 |
| | | α de Cronbach | 0,76 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | | α de Cronbach | 0,92 |
| ITEM | Fiabilidad individual (R^2) | Coeficiente estandarizado (λ) | |
| FI2* | 0,50 | 0,70 | |
| FI3 | 0,75 | 0,87 | |
| FI4 | 0,58 | 0,76 | |
| FI5 | 0,63 | 0,79 | |
| FI6 | 0,51 | 0,71 | |
| FI7* | 0,47 | 0,69 | |
| FI8 | 0,67 | 0,82 | |
| FI9* | 0,67 | 0,82 | |
| FI10 | 0,63 | 0,79 | |
| FI11 | 0,64 | 0,80 | |
| * Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente | | | |
| Indicadores | | Valor | Límites aceptables |
| Chi-cuadrado de Satorra-Bentler | | 162,55; g.l.:36; p-valor: 0,000 | --- |
| Chi-cuadrado normada | | 4,51 | Valores entre 2 - 5 |
| RMSEA | | 0,088 (0,075; 0,010) | Valores <0,08; el intervalo no debe contener al 1 |
| NFI | | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| CFI | | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| IFI | | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| GFI | | 0,91 | Valores próximos a 1 |
| AGFI | | 0,84 | Valores próximos a 1 |

- Validación de la escala aversión al riesgo

Para la escala de aversión al riesgo, comprobamos nuevamente que los ítems no se distribuyeron como una normal multivariante tal como se evidencia en el análisis de asimetría y curtosis y en el análisis de normalidad multivariante (coeficiente de Mardia=12,515; c.r.=17,104) (Ver Tabla 60 y Tabla 61).

Tabla 60. Asimetría y curtosis de los ítems de aversión al riesgo

| Variable | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | | Prueba de Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|----------|-----|-------|------------|-------------|-------------------------|-------------|------------------------|---|-------|
| | | | | Estadístico | Error típ. de asimetría | Estadístico | Error típ. de curtosis | Estadístico | Sign. |
| R1 | 534 | 3,99 | 1,77 | 0,02 | 0,11 | -0,91 | 0,21 | 0,12 | 0,00 |
| R2 | 534 | 4,24 | 1,73 | -0,16 | 0,11 | -0,90 | 0,21 | 0,13 | 0,00 |
| R3 | 534 | 3,72 | 1,85 | 0,13 | 0,11 | -1,03 | 0,21 | 0,13 | 0,00 |
| R4 | 534 | 3,78 | 1,83 | 0,14 | 0,11 | -1,00 | 0,21 | 0,13 | 0,00 |
| R5 | 534 | 3,58 | 1,98 | 0,17 | 0,11 | -1,21 | 0,21 | 0,16 | 0,00 |

Tabla 61. Análisis de normalidad multivariante. Aversión al riesgo

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R |
|--------------|--------|--------|-----------|--------|----------|--------|
| R1 | -2,021 | 2,373 | -0,042 | -0,389 | -0,806 | -3,763 |
| R2 | -2,198 | 1,954 | -0,197 | -1,841 | -0,754 | -3,522 |
| R3 | -1,857 | 2,314 | 0,065 | 0,603 | -0,957 | -4,467 |
| R4 | -1,932 | 2,533 | 0,107 | 0,996 | -0,904 | -4,221 |
| R5 | -1,85 | 2,22 | 0,155 | 1,45 | -1,101 | -5,138 |
| Multivariate | | | | | 12,515 | 17,104 |

El AFE muestra la uni-dimensionalidad de la escala de aversión al riesgo. Así mismo el índice Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) ofreció un valor correcto (0,861), y un test de esfericidad de Barlett significativo (sign.=0.000). Al analizar las MSA_i para cada ítem encontramos que todas están por encima de 0,5.

Tabla 62. Pruebas del AFE: KMO, test de esfericidad y varianza explicada para aversión al riesgo

| KMO y prueba de Bartlett | | |
|--|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | 0,861 | |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 1592,719 |
| | gl | 10 |
| | Sig. | 0,000 |

| KMO y prueba de Bartlett | | | | |
|---|---|--|------------------|-------------|
| Matriz de componentes ^a | | | | |
| Variable | | Extracción | | |
| R1 | | 0,704 | | |
| R2 | | 0,551 | | |
| R3 | | 0,797 | | |
| R4 | | 0,791 | | |
| R5 | | 0,688 | | |
| Varianza total explicada | | | | |
| Componente | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
| | | Total | % de la varianza | % acumulado |
| Dimensión | 1 | 3,531 | 70,622 | 70,622 |
| ^a Método de extracción: Análisis de Componentes principales. | | | | |

Al realizar el AFC vemos que el R^2 del ítem R2 (0,41) está por debajo del valor recomendado de 0,5, por lo que se decide eliminar de la escala. Luego de esta eliminación se analiza la fiabilidad compuesta y varianza extraída, observando buenas propiedades psicométricas, con niveles de fiabilidad y validez aceptables. Por esta razón, se puede emplear como constructo resumen. Esta escala no se incluye en el modelo propuesto, sino que será utilizada para dividir la muestra en grupos con el fin de analizar el efecto moderador de la aversión al riesgo.

Tabla 63. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala "Aversión al riesgo"

| Indicador | | Valor |
|---|---------------------------------|--|
| Fiabilidad compuesta | | 0,90 |
| Varianza extraída | | 0,69 |
| α de Cronbach | | 0,90 |
| Item | Fiabilidad individual (R^2) | Coefficiente estandarizado (λ) |
| R1* | 0,55 | 0,744 |
| R3 | 0,78 | 0,88 |
| R4 | 0,80 | 0,90 |
| R5 | 0,64 | 0,80 |
| * Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente | | |

| Indicador | | Valor | Valor |
|---------------------------------|----------------------------|-------|----------------------|
| Indicadores | Valor | | Límites aceptables |
| Chi-Cuadrado de Satorra-Bentler | 7,40; gl:2; p-valor: 0,025 | | --- |
| Chi-cuadrado normada | 2,35 | | Valores entre 2 - 5 |
| Indicadores | Valor | | Límites aceptables |
| RMSEA | 0,072 (0,022;0,13) | | Valores <0,08 |
| NFI | 1,00 | | Valores próximos a 1 |
| CFI | 1,00 | | Valores próximos a 1 |
| IFI | 1,00 | | Valores próximos a 1 |
| GFI | 0,99 | | Valores próximos a 1 |
| AGFI | 0,95 | | Valores próximos a 1 |

- Validación de la escala de intención de visita

Por último, los ítems de intención de visita de un destino de turismo médico no se distribuyeron como una normal multivariante (coeficiente de Mardia= 14,182; c.r.=23,407) (Tabla 64 y Tabla 65).

Tabla 64. Asimetría y curtosis de los ítems de intención

| Variable | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | | Prueba de Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|----------|-----|-------|------------|-------------|-------------------------|-------------|------------------------|---|-------|
| | | | | Estadístico | Error típ. de asimetría | Estadístico | Error típ. de curtosis | Estadístico | Sign. |
| INT1 | 534 | 5,04 | 1,48 | -0,46 | 0,11 | -0,29 | 0,21 | 0,15 | 0,00 |
| INT2 | 534 | 5,14 | 1,40 | -0,51 | 0,11 | -0,16 | 0,21 | 0,17 | 0,00 |
| INT3 | 534 | 5,19 | 1,46 | -0,70 | 0,11 | 0,17 | 0,21 | 0,18 | 0,00 |
| INT4 | 534 | 5,33 | 1,40 | -0,76 | 0,11 | 0,34 | 0,21 | 0,19 | 0,00 |

Tabla 65. Análisis de normalidad multivariante. Intención

| Variables | Mínimo | Máximo | Asimetría | C.R. | Curtosis | C.R |
|--------------|--------|--------|-----------|--------|----------|--------|
| INT4 | -2,843 | 1,666 | -0,575 | -5,372 | -0,314 | -1,468 |
| INT3 | -3,042 | 1,728 | -0,623 | -5,818 | -0,106 | -0,494 |
| INT2 | -2,79 | 1,795 | -0,463 | -4,319 | -0,32 | -1,494 |
| INT1 | -2,728 | 1,69 | -0,396 | -3,7 | -0,522 | -2,435 |
| Multivariate | | | | | 14,182 | 23,407 |

El AFE apoyó la naturaleza uni-dimensional de la escala “intención de visita”. El índice Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) ofreció un valor correcto (0,811), y un test de esfericidad de Barlett significativo (sign.=0.000), para poder aplicar un

AFE. Las MSA_i para cada ítem se encontraron muy por encima de 0,5, manteniendo así todos los ítems de la escala. Se observaron además buenas propiedades psicométricas en la escala, con niveles de fiabilidad y validez aceptables; además el test de Kaiser y el gráfico de sedimentación para un porcentaje de varianza explicada superior al 76%, sugerían que el número óptimo de factores era nuevamente uno.

Tabla 66. Pruebas del AFE: KMO, test de esfericidad y varianza explicada para intención de visita

| KMO y prueba de Bartlett | | | |
|--|--|------------------|-------------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | 0,811 | |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | | 1376,013 |
| | g.l. | | 6 |
| | Sign. | | 0,000 |
| Matriz de componentes ^a | | | |
| Variable | | Extracción | |
| INT1 | | 0,99 | |
| INT2 | | 0,99 | |
| INT3 | | 0,92 | |
| INT4 | | 0,92 | |
| Varianza total explicada | | | |
| Componente | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
| | Total | % de la varianza | % acumulado |
| Dimensión | 1 | 3,068 | 76,705 |

^a Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Los resultados del AFC revelaron una adecuada consistencia interna, FC así como VE (véase Tabla 67) y los valores R^2 se encontraron por encima del valor de referencia (0,5) en todos los casos. Así mismo, los índices de bondad de ajuste se encontraron dentro de los límites recomendados por la literatura.

Tabla 67. Evaluación del modelo de medida, fiabilidad de la escala y bondad de ajuste de la escala "Intención"

| Indicador | Valor |
|----------------------|-------|
| Fiabilidad compuesta | 0,90 |
| Varianza extraída | 0,69 |
| α de Cronbach | 0,90 |

| Indicador | | Valor |
|---|---|--|
| Item | Fiabilidad individual (R ²) | Coefficiente estandarizado (λ) |
| INT1* | 0,51 | 0,72 |
| INT2 | 0,59 | 0,77 |
| INT3 | 0,85 | 0,92 |
| INT4 | 0,83 | 0,91 |
| * Parámetro establecido a 1 para fijar la escala de medida de la variable latente | | |
| Indicadores | Valor | Límites aceptables |
| Chi-Cuadrado Satorra-Bentler | 8,62; g.l.:2; p-valor: 0,013 | -- |
| Chi-cuadrado normada | 4,3 | Valores entre 2 - 5 |
| RMSEA | 0,080 (0,031;0,14) | Valores <0,08 |
| NFI | 0,99 | Valores próximos a 1 |
| CFI | 1,00 | Valores próximos a 1 |
| IFI | 1,00 | Valores próximos a 1 |
| GFI | 0,98 | Valores próximos a 1 |
| AGFI | 0,91 | Valores próximos a 1 |

A modo de resumen, en la Tabla 68 se recogen los indicadores de fiabilidad y validez de las escalas propuestas, comprobando que los valores de las escalas uni y multidimensionales funcionan de forma correcta y pueden emplearse en la investigación.

Tabla 68. Fiabilidad y validez de las escalas propuestas.

| Variables | | Nº de ítems | α | FC | VE |
|--------------------------------|--------------------|-------------|----------|------|------|
| Autocongruencia | | 4 | 0,87 | 0,87 | 0,64 |
| Motivaciones | BEN_MED | 6 | 0,90 | 0,90 | 0,61 |
| | BEN_COMPLE | 5 | 0,88 | 0,89 | 0,61 |
| | BEN_ECON | 2 | 0,88 | 0,88 | 0,78 |
| Imagen cognitiva | ATTRACT_TUR | 3 | 0,86 | 0,87 | 0,68 |
| | INFR | 5 | 0,91 | 0,91 | 0,66 |
| | ACCES | 3 | 0,80 | 0,80 | 0,58 |
| Imagen cognitiva médica | | 10 | 0,95 | 0,96 | 0,70 |
| Imagen afectiva | | 5 | 0,91 | 0,91 | 0,66 |
| Imagen global | | 2 | 0,857 | -- | -- |

| Variables | | Nº de ítems | α | FC | VE |
|------------------------|----------|-------------|------------------|------|------|
| | | | (Spearman-Brown) | | |
| Fuentes de información | FTES_ON | 5 | 0,87 | 0,88 | 0,60 |
| | FTES_OFF | 3 | 0,82 | 0,81 | 0,59 |
| | PRESC | 2 | 0,76 | 0,77 | 0,62 |
| Aversión al riesgo | | 4 | 0,90 | 0,90 | 0,69 |
| Intención | | 4 | 0,90 | 0,90 | 0,69 |
| Total: 15 constructos | | 67 | | -- | |

5.4.3 Evaluación de validez discriminante de todos los constructos latentes

A continuación, se procedió a analizar si existía validez discriminante entre los constructos planteados. Para ello, se verificó que la correlación que existe entre las medidas de cada constructo es mayor que la que existe con respecto a las medidas propuestas para todos los otros constructos. Se evaluaron entonces conjuntamente todos los constructos latentes por medio de un AFC con todas las escalas de medida para observar la varianza extraída y las correlaciones entre constructos.

En la Tabla 69 se observa que las correlaciones entre los constructos son inferiores a la diagonal principal que contiene la raíz de la varianza extraída de cada constructo; además, que la correlación entre cada par de escalas no es superior a 0,9 (Hair et al., 1999; Del Barrio y Luque, 2012). Así mismo se constató que la FC de cada constructo del modelo en su conjunto y la VE se encontraban por encima de los mínimos recomendados de 0,7 y 0,5 establecido por la literatura (Tabla 69). Lo anterior, nos permite concluir que globalmente existía validez discriminante entre los distintos constructos latentes considerados.

También se analizó la validez convergente de las escalas propuestas. En el epígrafe anterior (5.4) se analizó la consistencia interna de cada una de las escalas, adicionalmente se comprueba que los coeficientes entre las variables latentes y observadas eran diferentes de cero y que estaban cerca o por encima a 0,7. Por lo tanto, se puede afirmar que existe tanto validez convergente como discriminante en el modelo planteado.

Tabla 69. Matriz de correlaciones entre constructos, en la diagonal principal se encuentra la raíz cuadrada de la varianza extraída.

| Constructos | Autocongruencia | Motivaciones | Imagen Cognitiva | Imagen Cognitiva médica | Imagen Afectiva | Imagen Total | Fuentes información | Intención |
|--------------------------------|-----------------|--------------|------------------|-------------------------|-----------------|--------------|---------------------|-------------|
| Autocongruencia | 0,80 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Motivaciones | 0,53 | 0,84 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Imagen cognitiva | 0,56 | 0,72 | 0,92 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Imagen cognitiva médica | 0,55 | 0,81 | 0,79 | 0,84 | -- | -- | -- | -- |
| Imagen afectiva | 0,49 | 0,68 | 0,69 | 0,69 | 0,81 | -- | -- | -- |
| Imagen global | 0,49 | 0,54 | 0,68 | 0,58 | 0,66 | 0,87 | -- | -- |
| Fuentes de información | 0,46 | 0,63 | 0,49 | 0,54 | 0,53 | 0,44 | 0,91 | -- |
| Intención | 0,51 | 0,80 | 0,67 | 0,76 | 0,70 | 0,59 | 0,64 | 0,84 |

Tabla 70. Fiabilidad y validez de las variables del modelo en su conjunto

| Variables | FC | VE | Máxima varianza compartida al cuadrado - MSV | Cuadrado del promedio de la varianza compartida - ASV |
|--------------------------------|------|------|--|---|
| Autocongruencia | 0,88 | 0,64 | 0,31 | 0,264 |
| Motivaciones | 0,88 | 0,71 | 0,65 | 0,461 |
| Imagen cognitiva | 0,94 | 0,84 | 0,63 | 0,443 |
| Imagen cognitiva médica | 0,96 | 0,70 | 0,65 | 0,467 |
| Imagen afectiva | 0,91 | 0,66 | 0,48 | 0,407 |
| Imagen global | 0,86 | 0,75 | 0,46 | 0,329 |
| Fuentes de información | 0,93 | 0,82 | 0,41 | 0,288 |
| Intención | 0,90 | 0,70 | 0,64 | 0,453 |

Confianza: FC > 0.7; Validez Convergente: FC > VE o VE > 0.5; Validez discriminante: MSV < VE o ASV < VE (Hair et al., 2010)

5.5 Estimación del modelo integrador propuesto

A continuación, se realiza la estimación, evaluación e interpretación del modelo teórico propuesto que recoge las relaciones causales establecidas hipotéticamente. El modelo se estimará de forma general y posteriormente se realizará un análisis multigrupo para las dimensiones culturales individualismo y aversión al riesgo; analizándose las diferencias existentes entre aquellos usuarios de países con bajos en estas dimensiones frente a los que presentan una mayor puntuación.

La especificación final y completa del modelo quedará recogida mediante el modelo de medida con los indicadores o variables observadas y el modelo estructural que representa las relaciones causales entre los conceptos teóricos considerados.

5.5.1 Análisis del modelo propuesto

Antes de realizar la estimación del modelo, se procede a elaborar un *path diagram* donde se asume que todas las relaciones causales son lineales (Del Barrio y Luque, 2012). Adicionalmente se debe evaluar la identificación del modelo, es decir, “evaluar si la matriz de entrada (varianzas-covarianzas) de las variables observadas permite estimaciones únicas de los parámetros no conocidos” (p. 541) así como la normalidad multivariante de los datos a nivel global.

En nuestro caso, el modelo fue recursivo y en consecuencia se encontraba identificado. Con respecto a la normalidad multivariante de los datos, se realizó el análisis de asimetría y curtosis (Ver Anexo II) encontrando que las variables no cumplían esta condición. En relación a los valores de la muestra relacionados con la asimetría y la curtosis, la mayoría de variables presentaron problemas en ambos aspectos, por lo que se concluyó que la muestra no siguió en su conjunto una distribución normal multivariante, según ofrece el valor del coeficiente de Mardia y su estadístico de contraste (coef. de Mardia=1068,145; c.r.= 143,961).

A la luz de estos resultados, se procede a utilizar el método de Máxima Verosimilitud por remuestreo o *bootstrapping*, pues tal como se explica en el epígrafe 5.3 es el método adecuado a aplicar cuando existen desviaciones importantes respecto a la distribución normal así como tamaños muestrales pequeños en relación al número de relaciones. En particular, se utilizó el p-valor corregido de Bollen-Stine, así como la corrección de los errores estándar de los constructos con un nivel de confianza al 95%.

A continuación, se estimó el modelo propuesto de forma general para toda la muestra y posteriormente para los diferentes subgrupos, procediendo a su evaluación e interpretación en base a la revisión teórica que ha sustentado fundamentalmente el planteamiento de las hipótesis de investigación.

5.5.2 Ajuste global del modelo

A continuación, se contrastan los valores obtenidos en el modelo de formación de imagen-intención propuesto de forma general con los principales indicadores de ajuste explicados en el epígrafe 5.3.

Se aprecia que los indicadores de ajuste se encuentran próximos a los valores de aceptación (Tabla 71). Siguiendo a Del Barrio y Luque (2012) se utilizan los indicadores RGFI y RAGFI como medidas más adecuadas para evaluar el modelo en situaciones con un alto número de relaciones propuestas y tamaño de la muestra relativamente pequeño. Estos índices también resultan estar muy próximos al valor recomendado. Así mismo, al analizar el resto de indicadores (RMSEA, IFI, TLI o CFI) podemos concluir que el modelo propuesto se ajusta razonablemente bien.

Tabla 71. Principales indicadores de ajuste del modelo propuesto

| Índices absolutos de ajuste | Valores recomendados | Valores obtenidos |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Chi-cuadrado (valor p) | -- | 4362,263 |
| | | p=0,000 |
| Chi-cuadrado normada | Valores entre 2 - 5 | 2,68 |
| RGFI | Valores superiores a 0,90 | 0,86 |
| RAGFI | Valores superiores a 0,80 | 0,84 |
| RMSEA | Valores inferiores a 0,08 | 0,06 |
| Índices incrementales de ajuste | Valores recomendados | Valores obtenidos |
| IFI | Valores próximos a 1 | 0,89 |
| RFI | Valores próximos a 1 | 0,83 |
| TLI | Valores próximos a 1 | 0,89 |
| CFI | Valores próximos a 1 | 0,89 |

A continuación, se evalúa el modelo de medida, específicamente, la significación estadística de las cargas entre cada indicador y su variable. Estos valores deben ser estadísticamente distintos de cero. En la Tabla 72, se muestran los parámetros estimados y el valor p. Al evaluar los parámetros, observamos que todas las cargas son significativas, por tanto podemos concluir que los indicadores utilizados ayudan a explicar los constructos correspondientes.

Tabla 72. Cargas estandarizadas y pvalor de las variables exógenas - endógenas para el modelo imagen-intención

| Constructo | Ítem | Cargas estandarizadas | p-valor ^a |
|--|-------|-----------------------|----------------------|
| Autocongruencia (AUTO) | AUTO1 | 0,74 | *** |
| | AUTO2 | 0,85 | *** |
| | AUTO3 | 0,79 | *** |
| | AUTO4 | 0,81 | *** |
| Fuentes online y medios masivos (FTES_ON) | FI4 | 0,78 | *** |
| | FI5 | 0,82 | *** |
| | FI6 | 0,72 | *** |
| | FI9 | 0,79 | *** |
| | FI10 | 0,78 | *** |
| Ftes offline (FTES_OFF) | FI7 | 0,71 | *** |
| | FI8 | 0,81 | *** |
| | FI11 | 0,79 | *** |
| Prescriptores (PRESC) | FI2 | 0,72 | *** |
| | FI3 | 0,85 | *** |
| Imagen afectiva (IA) | IA1 | 0,79 | *** |
| | IA2 | 0,81 | *** |
| | IA3 | 0,82 | *** |
| | IA4 | 0,82 | *** |
| | IA5 | 0,77 | *** |
| Imagen cognitiva- (ATTRACT_TUR) | IC3 | 0,76 | *** |
| | IC4 | 0,89 | *** |
| | IC5 | 0,84 | *** |
| Imagen cognitiva- Accesibilidad (ACCES) | IC7 | 0,80 | *** |
| | IC8 | 0,81 | *** |
| | IC10 | 0,67 | *** |

| Constructo | Ítem | Cargas estandarizadas | p-valor ^a |
|--|-------|-----------------------|----------------------|
| Imagen cognitiva- Infraestructura (INFR) | IC1 | 0,81 | *** |
| | IC2 | 0,88 | *** |
| | IC6 | 0,87 | *** |
| | IC9 | 0,80 | *** |
| | IC11 | 0,71 | *** |
| Imagen cognitiva médica (ICM) | ICM1 | 0,79 | *** |
| | ICM2 | 0,80 | *** |
| | ICM3 | 0,89 | *** |
| | ICM4 | 0,90 | *** |
| | ICM5 | 0,89 | *** |
| | ICM6 | 0,89 | *** |
| | ICM7 | 0,83 | *** |
| | ICM8 | 0,86 | *** |
| | ICM9 | 0,68 | *** |
| | ICM10 | 0,81 | *** |
| Intención (INT) | INT1 | 0,71 | *** |
| | INT2 | 0,76 | *** |
| | INT3 | 0,91 | *** |
| | INT4 | 0,90 | *** |
| Imagen global (IG) | IG1 | 0,90 | *** |
| | IG2 | 0,83 | *** |
| Motivaciones Beneficios económicos (BEN_ECON) | MOT1 | 0,89 | *** |
| | MOT2 | 0,88 | *** |
| Motivaciones- Beneficios médicos (BEN_MED) | MOT3 | 0,78 | *** |
| | MOT4 | 0,81 | *** |
| | MOT9 | 0,72 | *** |
| | MOT12 | 0,66 | *** |
| | MOT13 | 0,83 | *** |
| | MOT14 | 0,85 | *** |
| Motivaciones- Beneficios complementarios (BEN_COMPLE) | MOT5 | 0,81 | *** |
| | MOT6 | 0,86 | *** |
| | MOT7 | 0,78 | *** |
| | MOT8 | 0,67 | *** |
| | MOT10 | 0,78 | *** |

a. ***: $p < 0,001$

A continuación, se examinó la fiabilidad individual (R^2) de cada uno de los indicadores. En la Tabla 73, se observa que la mayoría de las variables presentaron valores en torno o por encima del valor recomendado (0,5). Si bien los valores R^2 de IC10, ICM9, MOT12 y MOT8 se encuentran por debajo, se decidió dejarlos al estar próximos a este umbral.

Tabla 73. Fiabilidad de los indicadores del modelo

| Constructo | Ítem | Fiabilidad R^2 | Constructo | Ítem | Fiabilidad R^2 |
|--|--------|------------------|---|-------|------------------|
| Autocongruencia (AUTOC) | AUTOC1 | 0,55 | Imagen cognitiva médica (IMC) | ICM1 | 0,62 |
| | AUTOC2 | 0,72 | | ICM2 | 0,64 |
| | AUTOC3 | 0,62 | | ICM3 | 0,80 |
| | AUTOC4 | 0,66 | | ICM4 | 0,82 |
| Fuentes online y medios masivos (FTES_ON) | FI4 | 0,61 | | ICM5 | 0,79 |
| | FI5 | 0,66 | | ICM6 | 0,80 |
| | FI6 | 0,51 | | ICM7 | 0,69 |
| | FI9 | 0,63 | | ICM8 | 0,75 |
| | FI10 | 0,61 | | ICM9 | 0,46 |
| Ftes offline (FTES_OFF) | FI7 | 0,51 | | ICM10 | 0,66 |
| | FI8 | 0,66 | Intención (INT) | INT1 | 0,51 |
| | FI11 | 0,62 | | INT2 | 0,58 |
| Prescriptores (PRESC) | FI2 | 0,52 | | INT3 | 0,82 |
| | FI3 | 0,72 | | INT4 | 0,81 |
| Imagen afectiva (IA) | IA1 | 0,62 | Imagen global (IG) | IG1 | 0,81 |
| | IA2 | 0,66 | | IG2 | 0,68 |
| | IA3 | 0,68 | Motivaciones Beneficios económicos (BEN_ECON) | MOT1 | 0,80 |
| | IA4 | 0,67 | | MOT2 | 0,77 |
| | IA5 | 0,59 | Motivaciones-Beneficios médicos (BEN_MED) | MOT3 | 0,60 |
| Imagen cognitiva- (TRACT_TUR) | IC3 | 0,57 | | MOT4 | 0,65 |
| | IC4 | 0,78 | | MOT9 | 0,52 |
| | IC5 | 0,70 | | MOT12 | 0,44 |
| Imagen cognitiva- Accesibilidad (ACCES) | IC7 | 0,64 | | MOT13 | 0,69 |
| | IC8 | 0,66 | MOT14 | 0,73 | |
| | IC10 | 0,45 | MOT5 | 0,66 | |
| Imagen cognitiva- Infraestructura (INFR) | IC1 | 0,66 | Motivaciones-Beneficios complementarios (BEN_COMPLE) | MOT6 | 0,74 |
| | IC2 | 0,77 | | MOT7 | 0,61 |
| | IC6 | 0,76 | | MOT8 | 0,44 |
| | IC9 | 0,64 | | MOT10 | 0,60 |
| | IC11 | 0,50 | | | |

A continuación se analizó la FC y VE de cada uno de los constructos latentes para comprobar su consistencia interna. En la Tabla 74 aparece el valor de dichos indicadores y se aprecia que todos los constructos cumplen con los valores mínimos recomendados por Hair et al. (1999) y Del Barrio y Luque (2012) (0,7 para FC y 0,5 para VE); en este sentido podemos afirmar que el modelo se ajustó bien a los datos muestrales y que los indicadores son medidas adecuadas y fiables de los constructos latentes utilizados en el modelo teórico propuesto.

Tabla 74. *Fiabilidad compuesta y varianza extraída de las escalas multi-ítems del modelo general*

| Constructo | FC | VE |
|---|------|------|
| Autocongruencia (AUTO) | 0,88 | 0,64 |
| Beneficios médicos (BEN_MED) | 0,90 | 0,61 |
| Beneficios complementarios (BEN_COMPLE) | 0,89 | 0,61 |
| Beneficios económicos (BEN_ECON) | 0,88 | 0,78 |
| Infraestructura (INFR) | 0,91 | 0,66 |
| Atractivos turísticos (TRACT_TUR) | 0,87 | 0,68 |
| Accesibilidad (ACCES) | 0,80 | 0,58 |
| Imagen cognitiva médica (ICM) | 0,96 | 0,70 |
| Imagen afectiva (IA) | 0,90 | 0,64 |
| Imagen global (IG) | 0,85 | 0,74 |
| Fuentes online y medios masivos (FTES_OFF) | 0,82 | 0,60 |
| Fuentes offline (FTES_ON) | 0,88 | 0,61 |
| Prescriptores (PRESC) | 0,76 | 0,62 |
| Intención (INT) | 0,89 | 0,68 |

En la Tabla 75 se recogen los pesos estandarizados para cada una de las relaciones planteadas. Adicionalmente en la Tabla 76 se muestran los parámetros estructurales estimados, su significación y la capacidad explicativa de cada ecuación (R^2).

El modelo estimado mostró que la mayoría de relaciones causales fueron significativas ($p \leq 0,05$) salvo la que vincula la imagen cognitiva médica con imagen global del destino (ICM \rightarrow IG; $t=-0,66$) y la imagen cognitiva con intención de visita (IC \rightarrow INT; $t=-0,42$). Como se puede comprobar en los R^2 de las variables endógenas, tanto las variables relacionadas con la imagen

como la intención, presentaron una adecuada capacidad explicativa. En particular, la intención es el constructo que queda mejor explicado con un R² del 70%, le sigue la imagen cognitiva médica con un 67%, la imagen afectiva con un 54%, la imagen global con un 51% y la imagen cognitiva con un 35%.

Tabla 75. Pesos de regresión, T-Student y significación estadística

| Relaciones entre variables | Valor estimado (B) | S.E. | C.R. | p-valor ^a | β estandarizado |
|----------------------------|--------------------|------|-------|----------------------|-----------------|
| H1. IC → IA | 0,53 | 0,06 | 9,63 | *** | 0,47 |
| H2. IC → IG | 0,56 | 0,11 | 5,30 | *** | 0,43 |
| H3. IA → IG | 0,37 | 0,06 | 5,91 | *** | 0,33 |
| H4. MOT → IA | 0,41 | 0,05 | 8,61 | *** | 0,40 |
| H5. AUTO → IG | 0,16 | 0,05 | 3,20 | *** | 0,14 |
| H6. FI → IC | 0,55 | 0,05 | 10,85 | *** | 0,60 |
| H7. IG → INT | 0,12 | 0,04 | 3,26 | *** | 0,15 |
| H8. IC → INT | -0,03 | 0,07 | -0,42 | 0,676 | -0,03 |
| H9. MOT → INT | 0,35 | 0,05 | 6,80 | *** | 0,38 |
| H10. FI → INT | 0,19 | 0,06 | 3,31 | *** | 0,20 |
| P3. IC → ICM | 0,76 | 0,06 | 12,07 | *** | 0,65 |
| P4. FI → ICM | 0,27 | 0,05 | 6,01 | *** | 0,25 |
| P5. ICM → IG | -0,05 | 0,08 | -0,66 | 0,509 | -0,05 |
| P6. ICM → INT | 0,28 | 0,05 | 5,37 | *** | 0,32 |

a. ***: $p < 0,001$; nivel de confianza al 95%; p-valor no significativo $> 0,05$ (pesos no distintos de cero)

Así mismo, en la Tabla 77 y Tabla 78, se presentan los efectos directos y totales estandarizados respectivamente. Observando los resultados obtenidos, podemos afirmar que se ha demostrado la relación significativa de la mayoría de relaciones propuestas en el modelo de formación de la imagen de destino e intención en el contexto de turismo médico.

Tabla 76. Modelo estructural para el modelo general - pesos no estandarizados

| Ecuaciones estructurales | R ² |
|--|----------------|
| Imagen afectiva = 0,41*Motivaciones + 0,53*Imagen cognitiva (8,61) (9,63) | 0,54 |
| Imagen cognitiva = 0,55*Fuentes Información (10,846) | 0,35 |
| Imagen cognitiva médica = 0,27*Fuentes Información + 0,75*Imagen Cognitiva (6,01) (12,06) | 0,67 |
| Imagen global = 0,37*Imagen Afectiva + 0,55*Imagen cognitiva + 0,16*Autocongruencia - 0,051*Imagen cognitiva médica (5,91) (5,30) (3,20) (0,66) | 0,51 |
| Intención = 0,11*Imagen Global + 0,35*Motivaciones + 0,19*Fuentes Información -0,02 *Imagen Cognitiva + 0,28 *Imagen Cogmed (3,26) (6,79) (-3,30) (-0,41) (5,37) | 0,70 |
| Nota: Entre paréntesis los valores (t). En negrita los parámetros no significativos (valores t inferiores a 1,96). | |

Tabla 77. Efectos directos estandarizados del modelo

| VARIABLES | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-----------|------|------|-------|-------|------|------|------|-----|
| ICM | -- | 0,25 | -- | 0,65 | -- | -- | -- | -- |
| IC | -- | 0,60 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| IA | -- | -- | -- | 0,47 | 0,40 | -- | -- | -- |
| IG | 0,14 | -- | -0,05 | 0,43 | -- | 0,33 | -- | -- |
| INT | -- | 0,20 | 0,32 | -0,03 | 0,38 | -- | 0,15 | -- |

Nota: La tabla refleja el efecto de las variables situadas en la fila superior sobre las variables situadas en la columna de la izquierda.

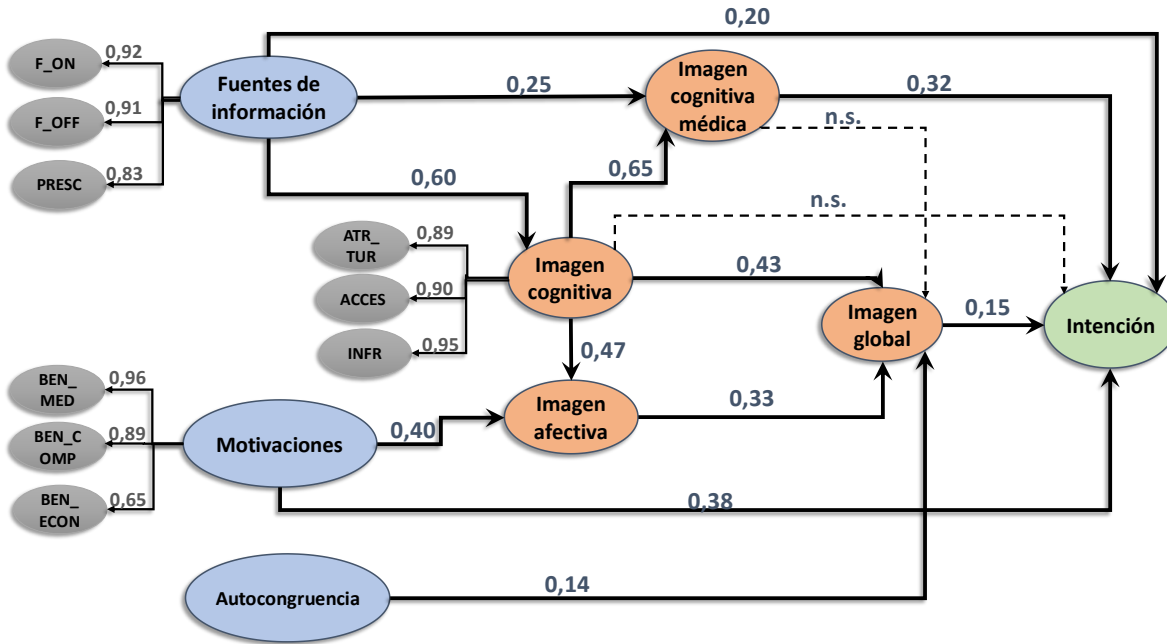
Tabla 78. Efectos totales estandarizados del modelo

| VARIABLES | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-----------|------|------|--------|-------|------|------|------|-----|
| ICM | -- | 0,64 | -- | 0,648 | -- | -- | -- | -- |
| IC | -- | 0,60 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| IA | -- | 0,28 | -- | 0,47 | 0,40 | -- | -- | -- |
| IG | 0,14 | 0,32 | -0,046 | 0,55 | 0,13 | 0,33 | -- | -- |
| INT | 0,02 | 0,44 | 0,311 | 0,26 | 0,39 | 0,05 | 0,15 | -- |

Nota: La tabla refleja el efecto de las variables situadas en la fila superior sobre las variables situadas en la columna de la izquierda.

Una vez verificada la bondad del ajuste, se muestra gráficamente el resultado final para el modelo de imagen e intención de un turista médico a partir de los coeficientes estandarizados (ver Figura 34), donde cada relación que resultó significativa en el análisis (líneas continuas) aparece con su correspondiente coeficiente estandarizado.

Figura 34. Modelo estructural (coeficientes estandarizados)



5.5.3 Discusión de los resultados derivados del modelo propuesto

Tal como se explicó en el capítulo 3 la imagen se forma como resultado de una serie de estímulos externos en conjunto con características internas o psicológicas del receptor de esos estímulos. Para nuestro caso se evaluaron diversas variables establecidas en un modelo que analizó la formación de la imagen y la variable comportamental intención de visitar y de recomendar la visita de un destino de turismo médico. En concreto este modelo se basa en la existencia de unos estímulos externos como las fuentes de información (offline y online) y unos estímulos internos como las motivaciones, y la congruencia entre el autoconcepto y la imagen de destino tal y como proponen varios modelos de formación de la imagen.

Los resultados alcanzados han hallado que tanto la imagen afectiva como la imagen cognitiva presentaron una relación causal significativa sobre la imagen global. Adicionalmente, el efecto de la imagen cognitiva sobre la imagen afectiva resulta ser significativa dando apoyo a las relaciones propuestas para el modelo planteadas en la hipótesis **H₁** ($\beta=0,53$, $p<0,01$). Estos hallazgos se encuentran en línea con el trabajo de Russell (1980), Baloglu y McCleary (1999a), San Martín y Rodríguez (2008) o Yacout y Hefny (2014) reforzando la idea de que la información del ambiente se interpreta primero y a

continuación se usa para categorizar los estados emocionales del individuo. Esto explicaría la secuencia cognitivo-afectiva de la imagen de destino.

Las hipótesis **H₂** y **H₃** también resultaron significativas ($\beta=0,56$; $\beta=0,37$, $p<0,01$) sustentando la estructura cognitivo-afectiva del constructo imagen planteada, así como la influencia de éstas en la impresión global; hallazgo que permite corroborar los obtenidos en numerosos trabajos previos como el de Crompton (1979), Stern y Krakover (1993), Baloglu y Bringerg (1997), Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004), Moreno, Beerli y Ledesma (2012) o Khan, Chelliah y Haron, (2016) sobre el tema.

El siguiente paso en el modelo de formación de la imagen consistía en la evaluación tanto de los factores internos como externos que podrían incidir en cada uno de sus constructos. Se encuentra que la autocongruencia ejerce un efecto sobre la imagen global ($\beta=0,16$; $p<0,01$). Este hallazgo permite expandir la base de conocimiento sobre esta variable y complementar los resultados alcanzados en trabajos como los de Díaz et al. (2004) o Beerli, Meneses y Gil (2007) aportando evidencia empírica para esta hipótesis **H₅** en la dirección establecida (y el análisis no recomienda otro sentido distinto), concluyendo que esta variable es una fuerza interna adicional que influye en las percepciones de un lugar. Específicamente podemos concluir que el desajuste que haya entre la imagen que tienen los turistas de sí mismos frente a la de los turistas que visitan ese destino influirá en la imagen global de ese destino.

Adicionalmente, se descubre una relación causal entre las motivaciones del individuo y la imagen afectiva ($\beta=0,41$; $p<0,01$), y entre las fuentes de información y la imagen cognitiva ($\beta=0,55$; $p<0,01$). En consecuencia, los resultados anteriores nos permitieron confirmar la existencia de la influencia positiva de estos factores en la imagen de destino. Estos resultados son consistentes con otros estudios que promueven que las diferentes fuentes de información influyen en las percepciones cognitivas que se tienen sobre el destino (Gartner, 1993) y que los deseos intrínsecos del turista afectan a las percepciones emocionales del lugar (San Martín y Rodríguez, 2008). Por tanto, las hipótesis **H₄** y **H₆** recibieron apoyo empírico.

Con respecto a otras preguntas de investigación planteadas relacionadas con la imagen, se encuentra que la imagen cognitiva y las fuentes de información ejercen una influencia positiva sobre la imagen cognitiva médica ($\beta=0,76$; $p<0,01$ y $\beta=0,27$; $p<0,01$, respectivamente). No obstante, la influencia de esta específica imagen cognitiva médica sobre la imagen global resultó ser no significativa; por tanto las proposiciones de investigación **P₃** y **P₄** encuentran

apoyo empírico, sin embargo la **P5** no puede ser confirmada. Esto parece indicar que las percepciones sobre los atributos médicos de un destino dependen de estímulos externos (en este caso, las fuentes de información) y de las impresiones que se tenga sobre los atributos generales del mismo.

El siguiente paso en el planteamiento de hipótesis y la lógica del procesamiento de la información en el comportamiento de adopción de un destino de este tipo consistió en las relaciones establecidas entre las variables anteriores y la predisposición hacia el destino. En primer lugar, se estableció una relación directa entre la imagen global e intención que quedó contrastada favorablemente ($\beta=0,12$; $p<0,01$), tal como sugieren algunos de los modelos de formación más contrastados por la literatura (ej. Baloglu y Mc Cleary, 1999a; Beerli y Martín, 2004; Bigné et al., 2001; Bigné et al., 2009), quedando confirmada la hipótesis **H7**. También se evaluó el efecto de la imagen cognitiva sobre la intención de visitar y recomendar el destino, pero en este caso la relación resultó ser no significativa, por lo que la **H8** es rechazada.

En línea con trabajos anteriores, se evaluó la existencia de una relación entre las motivaciones de los individuos y la intención. Basándonos en los resultados alcanzados, la hipótesis relacional **H9** ($\beta=0,35$; $p<0,01$) recibió suficiente apoyo empírico para ser confirmada. Esta conclusión se encuentra en la misma línea que la aportada por estudios precedentes que vinculan de forma directa las motivaciones con la intención de visita a un destino turístico (ej. Lee, 2009; Konu y Laukkanen, 2009).

En relación con lo anterior, se propuso una relación directa entre el uso de fuentes de información e intención de visita que quedó exitosamente contrastada ($\beta=0,19$; $p<0,01$), quedando así confirmado lo establecido por la hipótesis **H10**. Este resultado fue coherente con la literatura previa que establece una relación positiva entre la exposición a la información de viaje y las percepciones / intenciones de las turistas relacionadas con un destino (Jeong, 2009; Reza y Samiei, 2012). Finalmente se propuso una relación directa y positiva entre la imagen cognitiva médica y la intención que resultó ser significativa ($\beta=0,28$; $p<0,01$); por tanto esta propuesta de investigación **P6** encontró también evidencia empírica.

Los resultados obtenidos parecen indicar que la predisposición de un turista médico por visitar un destino concreto, está determinada por una combinación de evaluaciones perceptivas/cognitivas y afectivas, fuentes de información consultadas y motivaciones de viaje. Se observa que cuanto más fuerte sean los factores motivacionales, cuanto más positiva sea la imagen de destino, y cuanto más importante sean las fuentes de información para el

turista, mayor va a ser la intención de visitar un destino de turismo médico. Pero esta predisposición estará explicada no solo por la imagen que tenga el individuo de ese destino de manera general sino también por las percepciones que tenga acerca de los servicios médicos que puede recibir en él en términos de infraestructuras, acreditación de los hospitales o cualificación y bilingüismo de los médicos, entre otros (ICM).

Tabla 79. Resumen de resultados de las hipótesis de investigación

| Hip. | Enunciado | Referencias | Resultado |
|------|---|--|---------------------------|
| H1 | La imagen cognitiva influye positivamente en la imagen afectiva. | Russel y Pratt (1980), Gartner (1993). | Obtiene apoyo empírico |
| H2 | La imagen cognitiva influye positivamente en la imagen global. | Baloglu y Brinberg, (1997), Baloglu y McCleary (1999a). | Obtiene apoyo empírico |
| H3 | La imagen afectiva influye positivamente en la imagen global. | Lin, Morais, Kerstetter y Hou (2007), San Martín y Rodríguez (2008). | Obtiene apoyo empírico |
| H4 | Las motivaciones influyen positivamente en la imagen afectiva. | Um y Crompton (1990), Hu y Ritchie (1993). | Obtiene apoyo empírico |
| H5 | La autocongruencia influye positivamente en la imagen global. | Sirgy (1986), Chon (1992), Sirgy y Su (2000). | Obtiene apoyo empírico |
| H6 | Las fuentes de información influyen positivamente en la formación de la imagen cognitiva. | Um y Crompton (1990), Echtner (1991), Gartner (1993) | Obtiene apoyo empírico |
| H7 | La imagen global influye en la intención de visita. | Fakeye y Crompton (1991), Baloglu y McCleary (1999a), Beerli y Martín (2004) | Obtiene apoyo empírico |
| H8 | La imagen cognitiva influye en la intención de visita. | Fakeye y Crompton (1991) | No obtiene apoyo empírico |
| H9 | Las motivaciones influyen en la intención de visita. | Baloglu (2000), Yoon y Uysal (2005), Moreno, Beerli y Ledesma (2012). | Obtiene apoyo empírico |
| H10 | Las fuentes de información influyen en la intención de visita. | Reza y Samiei, (2012), Jalilvand, et al. (2012), Chen et al. (2014). | Obtiene apoyo empírico |
| P3 | La imagen cognitiva influye en la imagen cognitiva médica. | -- | Obtiene apoyo empírico |
| P4 | Las fuentes de información influyen en la imagen cognitiva médica. | -- | Obtiene apoyo empírico |
| P5 | La imagen cognitiva médica influye en la imagen global. | -- | No obtiene apoyo empírico |
| P6 | La imagen cognitiva médica influye | -- | Obtiene apoyo |

| Hip. | Enunciado | Referencias | Resultado |
|------|------------------|-------------|-----------|
| | en la intención. | | empírico |

5.6 Análisis del efecto moderador de la experiencia previa y la aversión al riesgo

En esta segunda parte se analiza el efecto moderador de la experiencia previa con un destino de este tipo y de la dimensión de aversión al riesgo, bajo un enfoque SEM-multigrupo.

5.6.1 Experimentados vs. no experimentados con el destino

A continuación, se muestran las medidas de bondad de ajuste más significativas resultantes del análisis correspondiente a la experiencia con el destino. Como se muestra en la Tabla 80, los índices de ajuste se encuentran muy próximos a los valores de aceptación, por lo que podemos considerar que el modelo se ajusta razonablemente bien. En estos casos tampoco se cumplió la normalidad multivariante (ver anexo I).

Tabla 80. Principales indicadores de ajuste del modelo propuesto según la experiencia

| Índices absolutos de ajuste | Valores recomendados | Valores obtenidos |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Chi-cuadrado normada | Valores entre 2-5 | 2,11 |
| RGFI | Valores superiores a 0,90 | 0,94 |
| RAGFI | Valores superiores a 0,80 | 0,84 |
| RMSEA | Valores inferiores a 0,08 | 0,05 |
| Índices incrementales de ajuste | Valores recomendados | Valores obtenidos |
| RFI | Valores próximos a 1 | 0,75 |
| TLI | Valores próximos a 1 | 0,85 |
| CFI | Valores próximos a 1 | 0,86 |

A continuación se evaluó el modelo de medida en el análisis multigrupo, examinando si las cargas entre cada indicador y su variable latente eran estadísticamente distintas de cero. En general los parámetros resultaron significativos para los dos grupos; indicando así que los indicadores utilizados contribuyeron a explicar de forma significativa los constructos latentes.

La Tabla 81 y Tabla 82 se recogen los parámetros estructurales estimados, su significación y los valores R^2 , en cada ecuación de los dos grupos analizados. El modelo estimado mostró que la mayoría de parámetros eran significativos ($p \leq 0,05$), excepto para el efecto de la autocongruencia sobre la imagen para el

caso del grupo sin experiencia. Para el grupo con experiencia en turismo médico el efecto de la imagen global, las fuentes de la información y la imagen cognitiva médica sobre la intención de visita tampoco resultaron significativas ($p > 0,1$). Para este caso, se considera que existen diferencias entre ambos grupos en la formación de la imagen del destino presuponiendo así un papel moderador de esta variable que será contrastado más adelante.

En cuanto a la capacidad explicativa de los constructos, algunas variables endógenas del modelo presentan una explicación moderada y alta por parte de sus determinantes. Para el grupo sin experiencia (**SINEXP**) los constructos que están mejor explicados son la intención con un R^2 igual al 64%, seguido de la imagen cognitiva médica con el 54%, la imagen afectiva con el 47%, la imagen global con el 43% y, por último, la imagen cognitiva con el 22%. Para el grupo con experiencia (**CONEXP**) los constructos que están mejor explicados son la imagen cognitiva médica con un R^2 igual al 85%, seguido de la intención con el 78%, la imagen global con el 63%, la imagen cognitiva con el 62% y por último la imagen afectiva con el 61%.

Tabla 81. Modelo estructural para el grupo sin experiencia - pesos no estandarizados.

| Ecuaciones estructurales | R ² |
|--|----------------|
| Imagen Afectiva = 0,39*Motivaciones + 0,52*Imagen cognitiva (6,03) (7,24) | 0,47 |
| Imagen Cognitiva = 0,41*Fuentes información (6,83) | 0,22 |
| Imagen Cognitiva Médica = 0,18*Fuentes Información + 0,68*Imagen Cognitiva (3,44) (8,67) | 0,54 |
| Imagen Global = 0,51*Imagen Afectiva + 0,35*Imagen Cognitiva + 0,11*Autoconcepto (5,60) (3,72) (1,55) | 0,43 |
| Intención = 0,14*Imagen Global + 0,31*Motivación + 0,21*Fuentes Información+ 0,28*Imagen Cogmed (3,54) (5,22) (3,83) (5,71) | 0,64 |
| Nota: El ratio crítico entre paréntesis. En negrita los parámetros no significativos | |

Tabla 82. Modelo estructural para el grupo con experiencia - pesos no estandarizados.

| Ecuaciones estructurales | R ² |
|--|----------------|
| Imagen Afectiva = 0,45*Motivaciones + 0,50*Imagen Cognitiva (5,09) (4,77) | 0,61 |
| Imagen Cognitiva = 0,86*Fuentes Información (7,97) | 0,62 |
| Imagen Cognitiva Médica = 0,61*Fuentes Información + 0,65*Imagen Cognitiva (5,85) (6,92) | 0,85 |
| Imagen Global = 0,20*Imagen Afectiva + 0,74*Imagen Cognitiva + 0,15*Autoconcepto (2,35) (6,15) (2,11) | 0,63 |
| Intención = 0,062*Imagen Global + 0,43*Motivación + 0,29*Fuentes Información+ 0,15*Imagen Cogmed (1,17) (1,94) (0,83) (1,53) | 0,78 |
| Nota: El ratio crítico entre paréntesis. En negrita los parámetros no significativos | |

La Tabla 83 y Tabla 84 recogen los resultados principales del modelo estructural estimado para cada grupo cultural, incluyendo los parámetros estandarizados y sin estandarizar.

Tabla 83. Pesos de regresión y significación estadística de los mismos para turistas sin experiencia

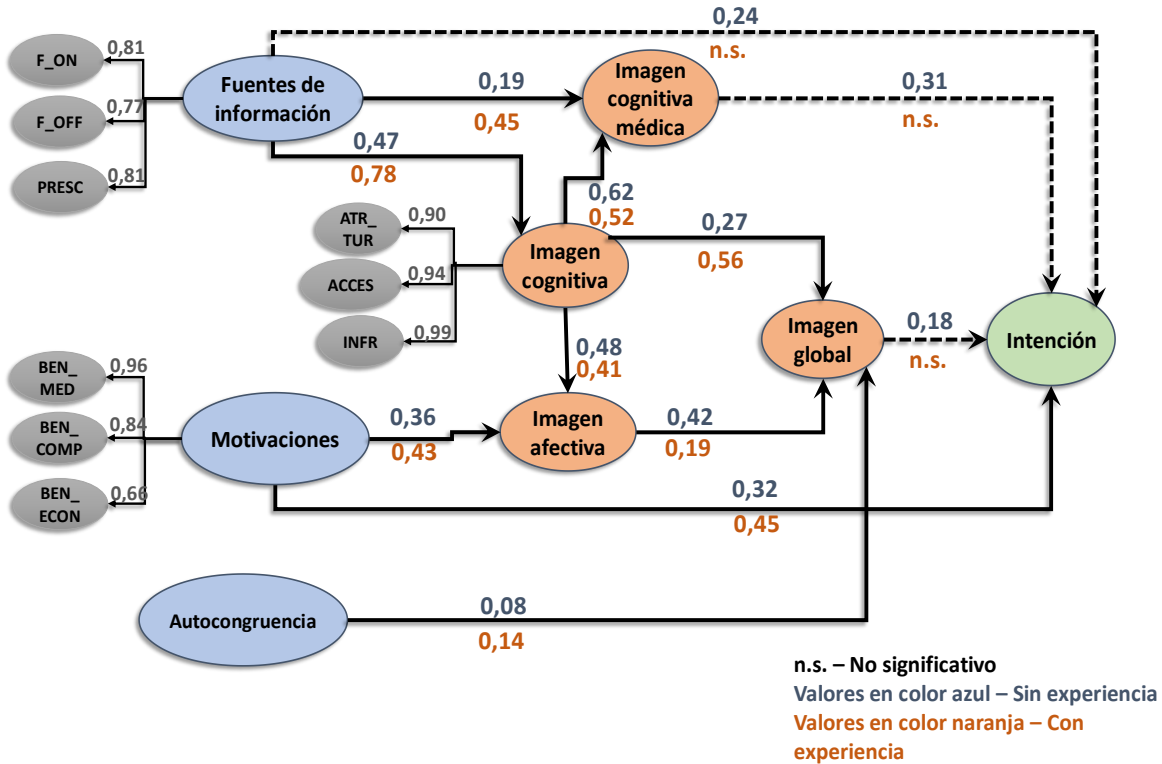
| Relaciones entre variables | Valor estimado | S.E. | C.R. | p-valor ^a | β estandarizado |
|---|----------------|-------|-------|----------------------|-----------------|
| IC → IA | 0,517 | 0,071 | 7,248 | *** | 0,48 |
| MOT → IA | 0,386 | 0,064 | 6,027 | *** | 0,37 |
| IC → IG | 0,346 | 0,093 | 3,721 | *** | 0,27 |
| IA → IG | 0,505 | 0,09 | 5,608 | *** | 0,43 |
| AUTO → IG | 0,114 | 0,073 | 1,55 | 0,121 | 0,09 |
| FI → IC | 0,41 | 0,06 | 6,837 | *** | 0,47 |
| FI → ICM | 0,176 | 0,051 | 3,449 | *** | 0,19 |
| IC → ICM | 0,681 | 0,079 | 8,672 | *** | 0,63 |
| IG → INT | 0,144 | 0,041 | 3,545 | *** | 0,19 |
| MOT → INT | 0,311 | 0,06 | 5,223 | *** | 0,32 |
| FI → INT | 0,207 | 0,054 | 3,827 | *** | 0,24 |
| ICM → INT | 0,289 | 0,051 | 5,715 | *** | 0,32 |
| <i>a. ***: p<0,001; nivel de confianza al 95%; p-valor no significativo > 0,05 (pesos no distintos de cero)</i> | | | | | |

Tabla 84. Pesos de regresión y significación estadística de los mismos para turistas con experiencia

| Relaciones entre variables | Valor estimado | S.E. | C.R. | p-valor | β estandarizado |
|---|----------------|-------|-------|---------|-----------------|
| IC → IA | 0,499 | 0,105 | 4,772 | *** | 0,41 |
| MOT → IA | 0,452 | 0,089 | 5,094 | *** | 0,43 |
| IC → IG | 0,743 | 0,121 | 6,146 | *** | 0,56 |
| IA → IG | 0,204 | 0,087 | 2,354 | 0,019 | 0,19 |
| AUTO → IG | 0,152 | 0,072 | 2,116 | 0,034 | 0,14 |
| FI → IC | 0,869 | 0,109 | 7,973 | *** | 0,78 |
| FI → ICM | 0,611 | 0,104 | 5,855 | *** | 0,45 |
| IC → ICM | 0,646 | 0,093 | 6,924 | *** | 0,53 |
| IG → INT | 0,062 | 0,053 | 1,171 | 0,242 | 0,07 |
| MOT → INT | 0,432 | 0,222 | 1,947 | 0,052 | 0,46 |
| FI → INT | 0,294 | 0,354 | 0,83 | 0,407 | 0,24 |
| ICM → INT | 0,151 | 0,098 | 1,538 | 0,124 | 0,17 |
| <i>a. ***: p<0,001; nivel de confianza al 95%; p-valor no significativo > 0,05 (pesos no distintos de cero)</i> | | | | | |

Adicionalmente, se muestra gráficamente el resultado final para ambos grupos a partir de los coeficientes estandarizados (ver Figura 35). En dicha figura, se ha representado en líneas continuas aquellas relaciones que resultaron significativas en ambos grupos y en líneas discontinuas las no significativas en algún grupo.

Figura 35. Modelo estructural para la experiencia (coeficientes estandarizados)



Con el objetivo de verificar la existencia de diferencias significativas a nivel global en función de la experiencia de la muestra, se realizó una prueba de invariancia (equivalencia de medida) entre grupos para el modelo anterior. En esta prueba se realiza una comparación de los valores de la Chi-cuadrado (y sus grados de libertad) para el modelo general y para el modelo restringido (Del Barrio y Luque, 2012).

Se comprueba que ambos modelos no son invariantes ($p \leq 0,001$; Ver Tabla 85) indicando que los sujetos puntúan las escalas de medida de manera diferente. En este caso, las diferencias en la manera de responder pueden afectar a la

estimación de los parámetros y puede dificultar la comparación de los grupos entre sí⁴.

Tabla 85. Análisis de la invariancia en el modelo multigrupo de experiencia

| Modelo | χ^2 | g.l. | Variación χ^2 | Variación g.l. | Sign. (p-valor) | Invariancia |
|--------------------|----------|------|--------------------|----------------|-----------------|-------------|
| General | 6876,381 | 3256 | 100,7 | 59 | 0,001 | NO |
| Restringido | 6977,035 | 3315 | | | | |

En todo caso, para testar estas diferencias entre los modelos de individuos sin experiencia y con experiencia previa, se aplicó una modificación de la prueba t de Student para muestras independientes (a partir de Goodman y Blum, 1996). En particular, para este caso, se aprecia un efecto moderador de la experiencia sobre la relación entre la imagen cognitiva sobre la imagen global ($p=0,004$), las fuentes de información sobre la imagen cognitiva ($p=0,000$), y sobre la imagen cognitiva médica ($p=0,000$), siendo superior el peso en el caso de los individuos con experiencia. Para los individuos sin experiencia es mayor el efecto de la imagen afectiva sobre la imagen global ($p=0,009$).

Se encuentra también un efecto cuasi-significativo en el caso del efecto de la imagen cognitiva médica sobre la intención ($p=0,090$); siendo mayor en el caso de los individuos no experimentados con el destino (Ver Tabla 86).

Tabla 86. Diferencias entre pesos a través del análisis de ratios críticos según la experiencia

| Proposición de investigación | | Sin experiencia (n=299) | | Con experiencia (n=224) | | Comparaciones | |
|------------------------------|---------------|-------------------------|------|-------------------------|------|---------------|--------------|
| | | B | SE | B | SE | t | p-valor |
| P1 | H1. IC → IA | 0,52 | 0,07 | 0,50 | 0,11 | 0,147 | 0,441 |
| | H2. IC → IG | 0,35 | 0,09 | 0,74 | 0,12 | 2,651 | 0,004 |
| | H3. IA → IG | 0,51 | 0,09 | 0,20 | 0,09 | 2,348 | 0,009 |
| | H4. MOT → IA | 0,39 | 0,06 | 0,45 | 0,09 | 0,619 | 0,268 |
| | H5. AUTO → IG | 0,11 | 0,07 | 0,15 | 0,07 | 0,363 | 0,358 |
| | H6. FI → IC | 0,41 | 0,06 | 0,87 | 0,11 | 3,929 | 0,000 |
| | P3. IC → ICM | 0,68 | 0,08 | 0,65 | 0,09 | 0,288 | 0,386 |
| | P4. FI → ICM | 0,18 | 0,05 | 0,61 | 0,10 | 4,052 | 0,000 |

⁴ Este hecho se basa en que no es posible conocer si las diferencias entre grupo se deben al efecto experiencia o a la forma diferente en que se miden los constructos. Se trata por tanto de una limitación a considerar y, por tanto, los resultados deberán ser interpretados con precaución.

| Proposición de investigación | | Sin experiencia (n=299) | | Con experiencia (n=224) | | Comparaciones | |
|------------------------------|---------------|----------------------------|------|----------------------------|------|---------------|--------------|
| | | B | SE | B | SE | t | p-valor |
| | H7. IG → INT | 0,14 | 0,04 | 0,06 | 0,05 | 1,246 | 0,106 |
| | H9. MOT → INT | 0,31 | 0,06 | 0,43 | 0,22 | 0,311 | 0,432 |
| | H10. FI → INT | 0,21 | 0,05 | 0,29 | 0,35 | 0,278 | 0,390 |
| | P6. ICM → INT | 0,29 | 0,05 | 0,15 | 0,10 | 1,339 | <u>0,090</u> |

Nota: En negrita los pesos significativos y en cursiva y subrayado los cuasi-significativos

5.6.2 Baja aversión al riesgo vs. Alta aversión al riesgo

En una primera prueba de la manipulación experimental llevada a cabo con esta variable comprobamos cierta correspondencia entre los países clasificados como de alto y bajo nivel en base al riesgo percibido y la escala de aversión al riesgo de Hofstede (ver Tabla 87). La clasificación utilizando las puntuaciones de Hofstede se cumple excepto para el caso de Estados Unidos que entraría en la categoría de baja aversión al riesgo, pero al medir esta dimensión específicamente para turismo médico hace que el país se ubique dentro del grupo de alta aversión al riesgo. Lo contrario sucede con Perú, que según la clasificación de Hofstede estaría por encima de la media de países en cuanto a aversión al riesgo, pero para esta actividad en particular, registra una puntuación más baja.

En nuestro caso, al tratarse de un riesgo asociado a una actividad turística tan particular se decidió usar esta segunda escala de medida para obtener dos grupos correspondientes a culturas con puntuaciones altas y bajas.

Tabla 87. Comparación de valoraciones individuales y puntuaciones de Hofstede para aversión al riesgo

| País | Riesgo promedio | Puntuación Hofstede | Clasificación en base a riesgo percibido | Clasificación en base a Hofstede |
|---------|-----------------|---------------------|--|----------------------------------|
| EEUU | 4,40 | 46 | Alta | Baja |
| ECUADOR | 3,79 | 67 | Alta | Alta |
| PERU | 3,74 | 87 | Baja | Alta |
| SUIZA | 3,28 | 58 | Baja | Baja |
| SUECIA | 3,59 | 29 | Baja | Baja |
| FRANCIA | 3,91 | 86 | Alta | Alta |
| TOTAL | 3,78 | 62,17 | -- | -- |

A continuación, se procede a realizar el análisis multigrupo para los individuos con baja vs. alta aversión al riesgo hacia un destino de turismo médico. Las medidas de bondad de ajuste se resumen en la Tabla 88. Como se puede observar, para este, los valores también se encuentran cerca de los

aconsejados por la literatura, concluyéndose igualmente que el modelo se ajusta razonablemente bien.

Tabla 88. Resumen de indicadores de ajuste del modelo propuesto para la dimensión de aversión al riesgo

| Índices absolutos de ajuste | Valores recomendados | Valores obtenidos |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Chi-cuadrado normada | Valores entre 2-5 | 2,18 |
| RGFI | Valores superiores a 0,90 | 0,93 |
| RAGFI | Valores superiores a 0,80 | 0,85 |
| RMSEA | Valores inferiores a 0,08 | 0,05 |
| Índices incrementales de ajuste | Valores recomendados | Valores obtenidos |
| RFI | Valores próximos a 1 | 0,75 |
| TLI | Valores próximos a 1 | 0,85 |
| CFI | Valores próximos a 1 | 0,85 |

La Tabla 89 y Tabla 90 recogen los parámetros estructurales estimados, su significación y los valores R^2 de los constructos endógenos en cada grupo analizado. El modelo estimado mostró que los parámetros estimados para los dos grupos eran significativos ($p \leq 0,05$), exceptuando el caso del efecto de la imagen global y las fuentes de información sobre la intención para el grupo de baja aversión al riesgo. En cuanto a la capacidad explicativa de los constructos se evidencia que las variables endógenas del modelo presentan una explicación moderada. Para el grupo de **baja aversión al riesgo (BAR)** los constructos que quedan mejor explicados son la intención con un 69% y la imagen cognitiva médica con un 65%. A continuación, le siguen la imagen afectiva con un 58%, la imagen global con un 53% y la imagen cognitiva con un 33%. Para el grupo de **alta aversión al riesgo (AAR)**, la intención es el constructo mejor explicado con un 75%, la imagen cognitiva médica con un 71%, la imagen global con un 50%, la imagen afectiva con un 50% y, por último, la imagen cognitiva con un 42%.

Tabla 89. Modelo estructural para el grupo BAR - pesos no estandarizados

| Ecuaciones estructurales | R ² |
|--|----------------|
| Imagen Afectiva = 0,43*Motivaciones + 0,57*Imagen Cognitiva (6,23) (6,91) | 0,58 |
| Imagen Cognitiva = 0,58*Fuentes Información (6,66) | 0,33 |
| Imagen Cognitiva Médica = 0,34*Fuentes Información + 0,71*Imagen Cognitiva (4,43) (7,74) | 0,65 |
| Imagen Global = 0,37*Imagen Afectiva + 0,58*Imagen Cognitiva + 0,15*Autoconcepto (3,90) (5,21) (2,08) | 0,53 |
| Intención = 0,07*Imagen Global + 0,53*Motivación + 0,075*Fuentes Información+ 0,26*Imagen Cogmed (1,54) (5,81) (0,7) (4,16) | 0,69 |
| Nota: El ratio crítico entre paréntesis. En negrita los parámetros no significativos | |

Tabla 90. Modelo estructural para el grupo AAR - pesos no estandarizados

| Ecuaciones estructurales | R ² |
|--|----------------|
| Imagen Afectiva = 0,39*Motivaciones + 0,49*Imagen Cognitiva (5,83) (6,57) | 0,50 |
| Imagen Cognitiva = 0,58*Fuentes Información (8,83) | 0,42 |
| Imagen Cognitiva Médica = 0,26*Fuentes Información + 0,76*Imagen Cognitiva (4,40) (8,92) | 0,71 |
| Imagen Global = 0,36*Imagen Afectiva + 0,43*Imagen Cognitiva + 0,18*Autoconcepto (4,29) (4,53) (2,52) | 0,50 |
| Intención = 0,17*Imagen Global + 0,22*Motivación + 0,29*Fuentes Información+ 0,23*Imagen Cogmed (3,68) (3,42) (3,98) (4,39) | 0,75 |
| Nota: El ratio crítico entre paréntesis. En negrita los parámetros no significativos | |

La Tabla 91 y Tabla 92 recoge los principales estadísticos derivados del modelo estructural extraído para ambos grupos culturales.

Tabla 91. Pesos de regresión y significación estadística de los mismos en situación de BAR

| Relaciones entre variables | Valor estimado | S.E. | C.R. | p-valor ^a | β estandarizado |
|----------------------------|----------------|------|------|----------------------|-----------------------|
| IC → IA | 0,57 | 0,08 | 6,92 | *** | 0,49 |
| MOT → IA | 0,43 | 0,07 | 6,24 | *** | 0,41 |
| IC → IG | 0,58 | 0,11 | 5,22 | *** | 0,43 |
| IA → IG | 0,37 | 0,10 | 3,90 | *** | 0,32 |
| AUTO → IG | 0,15 | 0,07 | 2,09 | 0,037 | 0,12 |
| FI → IC | 0,58 | 0,09 | 6,66 | *** | 0,57 |
| FI → ICM | 0,34 | 0,08 | 4,43 | *** | 0,29 |
| IC → ICM | 0,71 | 0,09 | 7,75 | *** | 0,61 |
| IG → INT | 0,07 | 0,05 | 1,54 | 0,123 | 0,09 |
| MOT → INT | 0,53 | 0,09 | 5,82 | *** | 0,54 |
| FI → INT | 0,08 | 0,11 | 0,70 | 0,484 | 0,07 |
| ICM → INT | 0,26 | 0,06 | 4,16 | *** | 0,28 |

a. ***: $p < 0,001$; nivel de confianza al 95%; p-valor no significativo $> 0,05$ (pesos no distintos de cero)

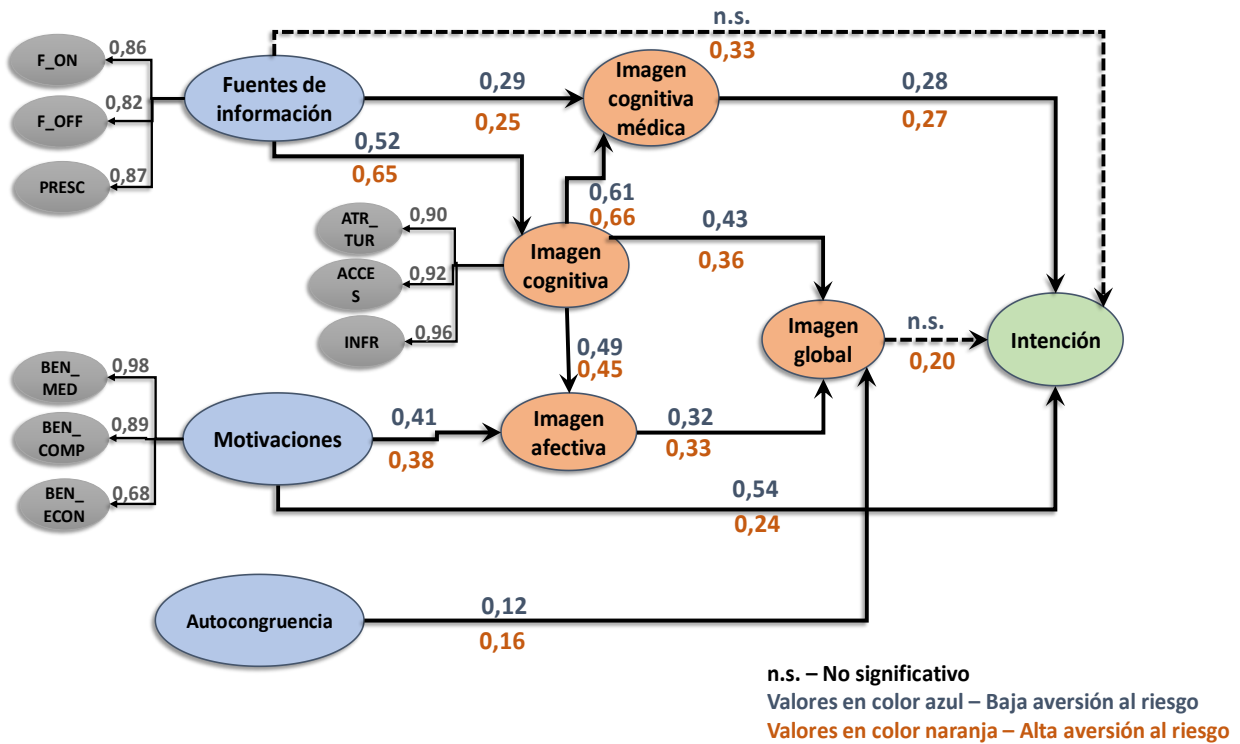
Tabla 92. Pesos de regresión y significación estadística de los mismos en situación de AAR

| Relaciones entre variables | Valor estimado | S.E. | C.R. | p-valor ^a | β estandarizado |
|----------------------------|----------------|------|------|----------------------|-----------------------|
| IC → IA | 0,50 | 0,08 | 6,58 | *** | 0,45 |
| MOT → IA | 0,39 | 0,07 | 5,84 | *** | 0,38 |
| IC → IG | 0,44 | 0,10 | 4,53 | *** | 0,36 |
| IA → IG | 0,36 | 0,08 | 4,30 | *** | 0,33 |
| AUTO → IG | 0,18 | 0,07 | 2,53 | 0,012 | 0,16 |
| FI → IC | 0,58 | 0,07 | 8,83 | *** | 0,65 |
| FI → ICM | 0,26 | 0,06 | 4,41 | *** | 0,25 |
| IC → ICM | 0,76 | 0,09 | 8,92 | *** | 0,66 |
| IG → INT | 0,17 | 0,05 | 3,69 | *** | 0,20 |
| MOT → INT | 0,22 | 0,06 | 3,42 | *** | 0,24 |
| FI → INT | 0,30 | 0,08 | 3,98 | *** | 0,33 |
| ICM → INT | 0,23 | 0,05 | 4,40 | *** | 0,27 |

a. ***: $p < 0,001$; nivel de confianza al 95%; p-valor no significativo $> 0,05$ (pesos no distintos de cero)

A continuación, se muestra gráficamente las relaciones entre constructos del modelo de comportamiento propuesto a partir de los coeficientes estandarizados (ver Figura 36).

Figura 36. Modelo estructural para la dimensión de aversión al riesgo (coeficientes estandarizados)



Se contrastó igualmente si existían diferencias significativas entre los dos grupos culturales por medio de un test de invarianza comparando los valores de la Chi-cuadrado para el modelo general y el restringido (Ver Tabla 93). Para este caso, el resultado mostró que los dos modelos son invariantes en cuanto a la puntuación en la dimensión cultural de aversión al riesgo. Por tanto en este caso la comparación de parámetros tiene sentido permitiendo conocer las diferencias entre los grupos.

Tabla 93. Análisis de la invarianza en el modelo multigrupo Aversión al Riesgo

| Modelo | χ^2 | g.l. | Variación χ^2 | Variación g.l. | Sign. (p-valor) | Invarianza |
|-------------|----------|------|--------------------|----------------|-----------------|------------|
| General | 7089,884 | 3256 | 48,11 | 59 | 0,844 | SI |
| Restringido | 7137,992 | 3315 | | | | |

Con el objeto de identificar estas diferencias significativas entre los dos modelos para el caso de baja y alta aversión al riesgo, se realizó igualmente la prueba t de Student modificada para muestras independientes. En este caso se ha encontrado diferencias entre los pesos de ambos grupos para la relación de motivaciones ($p=0,002$) y las fuentes de información sobre la intención ($p=0,041$) así como diferencias cuasi-significativas entre la imagen global y la intención ($p=0,064$) como se puede ver en la Tabla 94.

Tabla 94. Diferencias entre pesos a través del análisis de ratios críticos para la aversión al riesgo

| Proposición de investigación | | Baja (n=243) | | Alta (n=280) | | Comparaciones | |
|------------------------------|---------------|--------------|------|--------------|------|---------------|--------------|
| | | B | SE | B | SE | t | p-valor |
| P2 | H1. IC → IA | 0,57 | 0,08 | 0,50 | 0,08 | 0,650 | 0,257 |
| | H2. IC → IG | 0,58 | 0,11 | 0,44 | 0,10 | 0,985 | 0,162 |
| | H3. IA → IG | 0,37 | 0,10 | 0,36 | 0,08 | 0,079 | 0,468 |
| | H4. MOT → IA | 0,43 | 0,07 | 0,39 | 0,07 | 0,450 | 0,326 |
| | H5. AUTO → IG | 0,15 | 0,07 | 0,18 | 0,07 | 0,349 | 0,363 |
| | H6. FI → IC | 0,58 | 0,09 | 0,58 | 0,07 | 0,018 | 0,492 |
| | P3. IC → ICM | 0,71 | 0,09 | 0,76 | 0,09 | 0,463 | 0,321 |
| | P4. FI → ICM | 0,34 | 0,08 | 0,26 | 0,06 | 0,789 | 0,210 |
| | H7. IG → INT | 0,07 | 0,05 | 0,17 | 0,05 | 1,152 | <u>0,064</u> |
| | H9. MOT → INT | 0,53 | 0,09 | 0,22 | 0,06 | 2,910 | 0,002 |
| | H10. FI → INT | 0,08 | 0,11 | 0,30 | 0,08 | 1,741 | 0,041 |
| | P6. ICM → INT | 0,26 | 0,06 | 0,23 | 0,05 | 0,408 | 0,341 |

Nota: En negrita los pesos significativos; en cursiva y subrayado, diferencias cuasi-significativas.

En el siguiente apartado se realiza una discusión de los resultados obtenidos en el análisis de ecuaciones estructurales centrado en identificar el posible efecto moderador de la experiencia previa y la dimensión de aversión al riesgo.

5.7 Discusión de resultados

Los resultados obtenidos demostraron el cumplimiento de la mayoría de relaciones propuestas para el modelo de formación de la imagen e intención en función de la experiencia previa con el destino y la aversión al riesgo asociado con la decisión de viajar a un destino por cuestiones médicas. Sin embargo se detectaron algunas diferencias en las relaciones propuestas a partir de la experiencia con este tipo de turismo y las puntuaciones altas o bajas de esta aversión a la incertidumbre que serán abordadas a continuación.

En primer lugar, para el caso de la **experiencia**, la hipótesis **H5** que relaciona autocongruencia e imagen global (AUTO → IG) no fue confirmada para el grupo sin experiencia. Para los individuos con experiencia previa, los efectos de de imagen global (**H7**: IG → INT), fuentes de información (**H10**: FI → INT) e imagen cognitiva medica (**P6**: ICM → INT) sobre intención no fueron confirmados. Así mismo la hipótesis **H9** (MOT → INT) sí fue confirmada, aunque con un valor p cuasi-significativo o débil.

Con respecto a la significación estadística de las hipótesis relacionales para el modelo correspondiente **aversión al riesgo**, se aprecia que, para el grupo de baja aversión al riesgo, todas las hipótesis resultan ser significativas exceptuando la que existe entre imagen global (**H7**: IG → INT) y fuentes de

información (**H10**: FI → INT) con intención. Por su parte, para el grupo de alta aversión al riesgo, todas las relaciones propuestas fueron confirmadas.

Al analizar a la diferencia de pesos en ambos pares grupos, se descubren diferencias significativas en la relación establecida en la hipótesis **H3** (IA → IG; $t=2,34$; sign. $<0,01$) con un peso superior a favor del grupo sin experiencia ($\beta_{sinexp}=0,51$ vs. $\beta_{conexp}=0,20$). Este resultado muestra una mayor contribución de las asociaciones afectivas a la formación de la imagen global en el caso de integrantes sin experiencia en turismo médico. Este resultado se encuentra en línea con el trabajo de Baloglu y McCleary (1999a), quienes encuentran que los no visitantes tienen imágenes inexactas del destino y de lo que este tiene que ofrecer, lo que explicaría que en la formación de percepciones sean más determinantes los sentimientos generados por un destino que el conocimiento que se tenga sobre los atributos físicos que este ofrece.

Adicionalmente, tal como lo explica Phillips y Jang (2010) la visita a un destino mejora la imagen que las personas tenían antes de la visita, pues sirve como confirmación de las creencias de los turistas. En este sentido las percepciones derivadas de la realización de turismo médico y acerca de los destinos que ofrecen estos servicios usualmente serán más fuertes cuando se ha realizado/visitado. En nuestro caso resulta ser cierto ya que las personas que ya habían realizado turismo médico previamente registraron mayores puntuaciones medias con respecto a variables como la imagen global, la imagen afectiva o la imagen cognitiva médica (Ver Tabla 109, Anexo II)

Así mismo se encontraron diferencias significativas debido a esta variable de experiencia en el caso de las hipótesis **H2** (IC → IG; $t=2,65$; sign. $<0,01$; $\beta_{sinexp}=0,35$ vs. $\beta_{conexp}=0,74$), **H6** (FI → IC; $t=3,92$; sign. $<0,01$; $\beta_{sinexp}=0,41$ vs. $\beta_{conexp}=0,87$) y **P4** (FI → ICM; $t=4,05$; sign. $<0,01$; $\beta_{sinexp}=0,18$ vs. $\beta_{conexp}=0,61$); con una diferencia de pesos a favor del grupo con experiencia. Este resultado indica que en los individuos experimentados las percepciones cognitivas ejercen una mayor influencia en la imagen global, y las fuentes de información son más determinantes al momento de formar la imagen cognitiva y la imagen cognitiva médica. Este hallazgo resulta contrario a lo obtenido hasta el momento en otros trabajos como por ejemplo el de Chen y Gursoy (2000) que encuentran que los no-visitantes se apoyan más en las fuentes de información para formar sus percepciones, mientras que los visitantes pueden incorporar la información recogida a través de experiencia directa con el destino. Sin embargo, estos autores también afirman que los viajeros experimentados a veces pueden necesitar realizar una búsqueda externa debido a cambios en las características del destino. Debido a que los destinos especializados en turismo médico deben ofrecer servicios médicos actualizados y que estos servicios cambian constantemente, se puede pensar que en esta industria la búsqueda de información antes del viaje siempre será importante, se tenga experiencia o no con el destino.

Adicionalmente, según los resultados alcanzados, los turistas potenciales o sin experiencia con un destino médico se formarán una imagen general en mayor medida a partir de aspectos afectivos; siendo además la predisposición por estos destinos determinada en cierto grado por el conocimiento específico hacia las cuestiones médicas que en estos se ofrecen (imagen cognitiva médica) en el caso de individuos sin experiencia (**P6**: ICM → INT; $t=-1,33$; $p=0,09$) $\beta_{baja}=0,29$ vs. $\beta_{alta}=0,15$).

Para el grupo de baja vs. alta aversión al riesgo las diferencias resultaron ser significativas en el caso de las hipótesis **H9** y **H10**. En el caso de **H9** ($t=2,91$; sign. $<0,01$) con una diferencia de pesos a favor del grupo de baja aversión al riesgo, indicando que el efecto de las motivaciones en la intención es mayor en culturas con baja aversión al riesgo ($\beta_{baja}=0,53$ vs. $\beta_{alta}=0,21$). Adicionalmente la **H9** resulta ser confirmada con una diferencia de pesos a favor del grupo de alta aversión ($t=1,74$; sign. $<0,05$) sugiriendo que en este tipo de culturas que intentan evitar situaciones desconocidas, la influencia de las fuentes de información va a ser más determinante en la intención ($\beta_{baja}=0,07$ vs. $\beta_{alta}=0,29$).

Adicionalmente, la hipótesis **H7** (IG → INT; $t=1,15$; $p=0,064$) resulta ser cuasi-significativa con una diferencia de pesos a favor del grupo de alta aversión ($\beta_{baja}=0,069$ vs. $\beta_{alta}=0,166$); indicando que, para aquellas culturas con altos índices de evasión de incertidumbre, la imagen global será más influyente en la decisión de visitar un destino de turismo médico o no. Las conclusiones e implicaciones derivadas de estos hallazgos se detallarán en el próximo capítulo.

Estos resultados complementan los alcanzados por trabajos cross-culturales anteriores como los de Bonn, Joseph, y Dai (2005) o McCartney (2008), quienes encuentran diferentes percepciones sobre los destinos, sobre las motivaciones que los impulsan a viajar y sobre la importancia que le otorgan a las diferentes fuentes de información por parte de personas provenientes de culturas diferentes. Los resultados están también en la línea de lo encontrado por Yacout y Hefny (2014) quienes afirman que la dimensión cultural de aversión al riesgo está más relacionada con el proceso de adquisición de información, y dado que el turismo médico involucra altos niveles de incertidumbre, estas personas buscarán y considerarán importante la información detallada sobre los destinos y/o los productos y servicios que se encontrarán allí.

Estos estudios encontrados se centran en la influencia moderadora de la cultura en las fuentes de información o en las motivaciones. Sin embargo, no se encontró ningún trabajo que se halla enfocado en el posible efecto moderador sobre las relaciones entre percepciones del destino y su intención de visitarlo. Por esta razón, no es posible comprobar si los resultados se encuentran en línea con trabajos previos. Se espera que estos resultados sirvan de base para otros estudios futuros sobre el tema.

5.8 Resumen del capítulo

El presente capítulo se ha centrado en analizar y discutir los principales resultados derivados el trabajo empírico. De esta manera, se comienza presentando los resultados de los análisis preliminares con el objeto de mostrar la adecuación de la muestra finalmente obtenida para el estudio examinando sus características generales. Tras estos análisis preliminares se hace un análisis del conjunto evocado de términos y países que los entrevistados asocian al concepto de turismo médico. A continuación, con el análisis cluster aplicado se identificaron tres grupos de turistas en base a los determinantes de la formación de la imagen e intención de vista de un destino de este tipo así como sus características de clasificación. Posteriormente se validaron las escalas de medida empleadas, las cuales presentan adecuadas propiedades sicométricas.

La última parte del análisis de datos se dedicó a la estimación del modelo de ecuaciones estructurales y el examen de su validez y adecuación, en base a los objetivos de investigación propuestos. Más tarde, se contrastaron las hipótesis relacionales propuestas, evaluándose el efecto moderador de la experiencia y la aversión al riesgo. En particular se descubre que algunas relaciones entre constructos se refuerzan o atenúan por el efecto de estas variables.

En la Tabla 95 se muestra un resumen de las hipótesis y cuestiones de investigación que han recibido apoyo empírico de las que podemos concluir que las personas interpretarán de manera diferente los estímulos externos para formar imágenes cognitivas dependiendo de su experiencia previa y su disposición a ser aversas a situaciones que generan incertidumbre.

Tabla 95. Resumen de hipótesis relacionales moderadas por experiencia o aversión al riesgo

| Hip. | Enunciado | Mayor influencia en el caso de: | Apoyo empírico |
|------|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| H2 | La relación imagen cognitiva → imagen global es significativa | Experimentados | <input checked="" type="checkbox"/> |
| H3 | La relación imagen afectiva → imagen global es significativa | No experimentados | <input checked="" type="checkbox"/> |
| H6 | La relación fuentes información → imagen cognitiva es significativa | Experimentados | <input checked="" type="checkbox"/> |
| P4 | La relación fuentes información → imagen cognitiva médica es significativa | Experimentados | <input checked="" type="checkbox"/> |
| H9 | La relación motivaciones → intención | Baja aversión al riesgo | <input checked="" type="checkbox"/> |
| H10 | La relación fuentes de información → intención es significativa | Alta aversión al riesgo | <input checked="" type="checkbox"/> |

Capítulo 6.

Conclusiones,
implicaciones, limitaciones
y futuras líneas de
investigación

6.1. Introducción

En esta sección se detallan las principales conclusiones a las que se ha llegado a partir de la revisión teórica y del estudio empírico realizado. A partir de éstas, se realizarán una serie de recomendaciones e implicaciones para el ámbito empresarial, destacándose a su vez las limitaciones del estudio, así como una proposición de líneas de investigación a seguir en el futuro.

El objetivo fundamental del trabajo realizado ha sido investigar el proceso de formación de la imagen y el propósito de visitar un destino orientado a la industria de turismo médico. El resultado ha permitido discernir si se deben realizar aproximaciones diferentes en las estrategias de promoción de estos destinos y la mejora de su imagen, posibilitando así la atracción de su público objetivo. Así, se ha profundizado en los factores tanto internos como externos que podrían influir en la formación de esta imagen y para ello se han modelizado las relaciones existentes entre variables cognitivas, afectivas y globales de la imagen, así como las intenciones comportamentales. Del mismo modo, se analiza el papel moderador de la experiencia previa y de la dimensión cultural de la aversión al riesgo sobre las relaciones anteriores desde un enfoque transnacional.

En particular el modelo de formación de la imagen e intención estuvo compuesto por aquellas variables más comúnmente utilizadas en la literatura científica general y escasamente abordadas en el contexto del turismo médico. En primer lugar se encuentran las variables relacionadas con los estímulos tanto externos (fuentes de información) como internos (autocongruencia y motivaciones) que determinan la formación de la imagen de un destino turístico y su intención de visita. En segundo lugar, los constructos que conforman dicha imagen: imagen afectiva, imagen cognitiva e imagen global. Así mismo los resultados descubren un nuevo constructo que recoge aspectos específicos de la imagen del destino que se añadieron al modelo de comportamiento final.

A continuación, se plantean las principales conclusiones teóricas procedentes de la revisión de la literatura científica y planteamiento de hipótesis de investigación, para posteriormente exponer aquellas procedentes del estudio empírico.

6.2. Conclusiones teóricas

El turismo médico ha experimentado un notable crecimiento y evolución en los últimos 20 años como industria emergente, así como área de interés académico. Han sido diversos los factores que han propiciado su desarrollo en los últimos años. Por un lado, el neoliberalismo que ha acelerado la integración regional y la privatización de los servicios de salud. Por otro, el envejecimiento de la población *baby boom* sumado a los problemas de salud en muchos países. Y, por último, Internet y las TIC han jugado un papel muy importante para los

individuos al acercar las agencias y los prestadores de estos servicios médicos en los países de origen.

Aunque está cada vez más aceptado que turismo médico, turismo de salud y turismo de bienestar no son términos mutuamente excluyentes, siguen existiendo confusiones terminológicas entre ellos. A grosso modo se diferencian en la motivación por parte de estos turistas de acceder en el exterior a servicios médicos específicos en el primer caso o a tratamientos de embellecimiento en el segundo.

Por su parte, el turismo médico es, en esencia, una forma híbrida de turismo, al asociar el acto de viajar al extranjero para acceder a estos servicios médicos y la búsqueda de actividades de ocio en el destino. Sin embargo, la importancia del componente turístico continúa siendo muy debatida y dependerá entre otros factores, de la complejidad del tratamiento, así como de las características del destino y las necesidades del individuo. Siguiendo a Veerasoontorn y Beise-Zee (2010), el término viaje médico será el término más apropiado cuando el componente médico es la motivación principal.

En los últimos años, la investigación en esta área ha seguido una tendencia al alza, publicada en numerosos documentos y revistas lo que contribuye al desarrollo del conocimiento sobre el tema, así como a la formación de una base científica sólida. Si bien han sido pocos los trabajos que han adoptado un enfoque crosscultural. Este es un aspecto importante, pues al ser un término complejo, se hace difícil también delimitar el perfil del público objetivo o el tamaño de la industria, lo que tiene consecuencias prácticas para las empresas y países involucrados en el sector.

Es evidente que no existe un perfil único para este tipo de turistas, aunque las investigaciones realizadas hasta el momento, han encontrado, que en general estas personas en promedio son mayores de 40 años, con medios económicos suficientes para viajar y un interés específico en mejorar su salud o apariencia. En definitiva, son personas que tienen la necesidad de una intervención médica, y el deseo de curarse o recuperarse en un destino que presenta ciertas características que lo diferencian de su país de origen (por ej. playas, atractivos culturales o clima agradable). Adicionalmente el mercado de turistas médicos incluye a las personas que no están aseguradas o que tienen coberturas insuficientes, pero disponen de los medios necesarios para contratar el desplazamiento, el alojamiento y los tratamientos médicos en otros países. Con respecto a la industria, se han identificado también diversos participantes como las compañías de seguros, asociaciones de turismo médico, proveedores de servicios médicos, intermediarios y *brokers* así como sus propios sitios web o de terceras instituciones que ofrecen información sobre ellos.

En la literatura científica revisada existe un consenso en considerar la imagen como un constructo multidimensional y dinámico en el que influyen múltiples factores. La imagen a su vez se convierte en precursora de otras variables relacionadas con el comportamiento del individuo, como la intención de visitar un destino o de recomendarlo. Esta imagen está compuesta por evaluaciones cognitivas relacionadas con atributos físicos de un destino y evaluaciones afectivas compuestas por experiencias emocionales. Existen así mismo diferentes categorías de imagen cognitiva y múltiples autores recogen estos atributos en categorías como “recursos naturales”, “infraestructura general”, “infraestructura turística”, “ocio y recreación”, “cultura, historia, arte” y “factores económicos y políticos”, entre otros.

Autores como Gartner (1993), Baloglu y McCleary (1999a) o Beerli y Martín (2004) han intentado describir el proceso por medio del cual los individuos se forman una imagen de destino y han identificado una serie de estímulos externos como las fuentes de información, experiencia previa o distribución y factores personales como factores psicológicos y características sociodemográficas que influyen en este proceso. En la literatura previa se identifica también que las imágenes proyectadas por destinos de turismo médico están centradas en los atributos físicos del destino que puedan interesar al turista médico, y que de alguna manera el estudio del aspecto afectivo o emocional ha sido bastante olvidado.

La imagen, también se ve influenciada por los estereotipos sobre el destino y sobre los visitantes que acuden a éste. En esa línea, si el estereotipo es positivo, la persona se sentirá atraída por visitarlo. En la literatura académica esta evaluación positiva/negativa se ha denominado autocongruencia y aunque no hay suficientes estudios al respecto en el campo de turismo médico, resulta de especial interés pues el turista necesita consistencia en sus decisiones para disminuir la sensación de riesgo.

Con respecto a las motivaciones, se encuentra que la principal motivación de los turistas médicos tiene que ver con los beneficios económicos derivados del viaje y de la intervención en el extranjero. Otros factores motivacionales tienen que ver con la disponibilidad de tratamientos, calidad, privacidad o existencia actividades de ocio. Adicionalmente, se evidencia que pueden existir diferencias en el comportamiento entre los que consideran las actividades de ocio en el destino como lo más importante o como un beneficio secundario.

Por otro lado, se ha descubierto la importancia de las fuentes de información en la formación de la imagen. En este sentido, los turistas la consideran una variable crucial por la percepción de alto riesgo en esta industria. En el proceso de toma de decisiones se encuentra que la recolección de información sobre tratamientos u opciones de hospitales, médicos y actividades de ocio se encuentra en las primeras fases del proceso y después se pasaría a la evaluación

de las alternativas existentes. Entre estas fuentes de información, el WOM y las fuentes online se consideran especialmente importantes, y son unas de las más utilizadas.

Adicionalmente la cultura juega un papel importante en esta industria, pues los turistas provienen de diversos países. Diversos trabajos anteriores sostienen que la cultura afecta desde las meras percepciones hasta el comportamiento posterior a la adquisición del servicio y que específicamente en turismo médico los sujetos nuevamente tenderán a reducir al mínimo el riesgo derivado del choque cultural. Así mismo la experiencia previa con el destino será importante pues aquellos turistas que visitan el destino por lo general tendrán una imagen más positiva, completa y compleja.

Finalmente, al analizar los marcos teóricos existentes que explican el atractivo de un destino o la elección de éste en el campo de turismo médico, evalúan variables como el coste, las actitudes del turista, la calidad del servicio, disponibilidad del tratamiento o el impacto del marketing. Encontramos también que los modelos existentes abordan este fenómeno desde diferentes enfoques y que por lo tanto no hay un modelo comúnmente aceptado para explicar la intención de realizar esta actividad y/o de visitar un destino. Sin embargo, todos consideran importante las percepciones del turista médico en este proceso.

6.3. Conclusiones de la parte empírica

Una vez expuestas los principales principios teóricos extraídos de la revisión de la literatura, a continuación se detallan los principales hallazgos que pueden derivarse del estudio empírico realizado en el presente trabajo de investigación.

En primer lugar, se expondrán las conclusiones extraídas de las características de la muestra de turistas médicos, así como del análisis del *top of mind*. Tras analizar sus características de clasificación, se observa que del porcentaje de personas que manifestaron haber realizado turismo médico (43%) más de la mitad habían viajado dos veces o más en los últimos cinco años. Este hallazgo de alguna manera deja entrever la propensión por incorporar este tipo de cuidados en sus comportamientos de búsqueda de salud futuros y refuerza los resultados de estudios exploratorios como el trabajo de Eissler y Casken (2013).

Se evidencia también que EEUU sigue siendo uno de los destinos más recordados y más utilizados para este tipo de turismo. Lo mismo sucede con países europeos como España, Francia o Alemania que fueron recordados con mayor frecuencia en el análisis del conjunto evocado de países y términos; estos países también registraron la mayor cantidad de visitas por parte de los turistas médicos actuales. Con respecto a los países latinoamericanos encontramos que los principales destinos a los que recurrieron los turistas fueron por este orden

Colombia, México y Cuba. Los destinos más frecuentes en otros continentes diferentes fueron Tailandia, Turquía y Túnez.

Aunque los resultados de la visita real y del *top of mind* del turista son bastante parecidos, encontramos países que ocuparon los primeros puestos en lo que a visita se refiere, pero no aparecían entre las primeras opciones en la mente de la mayoría de la muestra, como es el caso de Hungría y Colombia. Lo contrario sucede con Cuba que no estaba entre los primeros con respecto a frecuencia de visita, pero sí fue el primer país latinoamericano que en mayor medida aparece en la mente del consumidor. Esto parece indicar que existen países que reciben un alto número de turistas, pero que no serían la primera opción de visita, tanto para actuales como potenciales. Este hecho evidencia la necesidad de trabajar en aumentar el grado de conocimiento o recuerdo entre su público objetivo. También se ha evidenciado que los usuarios prefieren destinos cercanos a sus lugares de origen, pues de toda lista, fueron muy pocos los que citaron haber visitado destinos en otros continentes o que estén entre sus primeras opciones evocadas.

Con respecto a las asociaciones de los países por continentes observamos que Asia y Europa Occidental se asocian al componente turístico y los procedimientos, Oceanía con percepciones positivas de la actividad, los países de Europa del Este y África están relacionados con la categoría de costes y con calidad, respectivamente. Por otro lado, América del Sur se relaciona con tecnología puntera y América del Norte se asocia más a cuidados de la salud y curación.

Centrándonos en los servicios médicos, el tipo de intervención más realizado fue la odontología tanto restaurativa como cosmética, a continuación los exámenes y chequeos y, en tercer lugar, la cirugía cosmética. Esto permite vislumbrar que una gran parte de los turistas prefieren realizarse procedimientos poco complicados o arriesgados. Por tanto, otras intervenciones más complejas son menos preferidas y pueden responder al sentimiento de insatisfacción e incluso desesperación que muchos de ellos tienen con los sistemas de salud en sus países de origen.

Una vez analizados específicamente las asociaciones con el concepto de “turismo médico”, se encuentra que los términos que emanan en primer lugar en la mente de este tipo de turista son tratamientos, operaciones o cirugía, seguido del grupo de expresiones que apuntan a economía o ahorro en costes. En tercer lugar, se mencionan los procedimientos odontológicos y, en cuarto lugar, términos relacionados con visitas o actividades de ocio. En general, la actividad tiene percepciones positivas tanto para los turistas actuales como para los potenciales y sólo un pequeño grupo de ellos la consideran como algo arriesgada o peligrosa.

El análisis cluster aplicado identifica tres grupos diferenciados de turistas en base a los principales constructos objeto de estudio y variables de clasificación: a) “viajeros americanos entusiastas y predisuestos”, b) “viajeros más reticentes empleados e inactivos” y c) “viajeros aquiescentes con escasa experiencia”. Los primeros presentan mayores valores en los diferentes aspectos e intenciones comportamentales y consideran más congruente la imagen del destino con lo que ellos son o esperan ser. Esto puede ser debido a que una mayoría ya han viajado al exterior para estos fines y han tenido experiencias positivas tanto con la actividad como con el propio destino. El segundo grupo de viajeros son los más reticentes y provienen principalmente de Suecia y Suiza. Son los que peor percepción tienen sobre los diferentes aspectos analizados. En su mayoría trabajan como empleados o se encuentran inactivos por haberse jubilado o dedicarse al hogar, y un gran porcentaje no tiene hijos. Una gran parte tampoco ha realizado turismo médico anteriormente. Finalmente, el tercer grupo está integrado en su mayoría por turistas europeos que no son especialmente entusiastas con respecto a las percepciones de los destinos ni de las otras variables, registrando una valoración media-alta. La mayoría tampoco dispone de experiencia previa, aunque se plantea realizar un viaje de este tipo en un futuro próximo. Un gran porcentaje tiene pareja y ha decidido tener entre 2 y 3 hijos.

Con respecto al contraste de hipótesis del modelo general en relación con la dimensión cognitiva, afectiva y global de la imagen, así como las intenciones comportamentales de un turista médico podemos concluir que:

- Se confirma el enfoque dual cognitivo-afectivo de la imagen de un destino de este tipo donde la percepción de sus atributos físicos percibidos incide directamente sobre las evaluaciones afectivas que se realizan. Por lo tanto, existe una interacción entre las cualidades físicas de los destinos y los vínculos afectivos que se generan de estos atributos. Tal y como expone Baloglu y Brinberg (1997), la coexistencia de ambos componentes podría explicar de mejor manera la imagen que un turista tiene de un lugar y que no está determinada exclusivamente por sus atributos tangibles.
- Adicionalmente se evidencia la existencia de fuerzas internas y externas que afectan a las diferentes dimensiones de la imagen. En este sentido, se confirma que las fuentes de información, las motivaciones, autocongruencia, y cultura influyen en distinto grado en las cogniciones de los atributos del destino, así como en los sentimientos generados.
- Se reafirma que la imagen es un constructo mental basado principalmente en impresiones que el turista forma y selecciona de una avalancha de información que proviene del exterior. Las fuentes de información son por tanto fuerzas externas que influyen directamente en la formación de percepciones (en este caso cognitivas) incidiendo en las creencias y conocimientos sobre los diferentes atributos del destino, así como en los

elementos tangibles relacionados con la prestación del servicio médico. Esta fuerza externa también termina influyendo en las intenciones comportamentales del turista médico.

- Se confirma que la imagen de un destino está relacionada con los beneficios buscados por los turistas; específicamente que aquellos individuos que conceden mayor importancia a los factores motivacionales tendrán percepciones emocionales más favorables del destino elegido. Así mismo que los factores motivacionales impulsarán al turista a tomar la decisión de viajar y de esta manera influyen en su intención de someterse a diversos procedimientos médicos en otros países.
- Se comprueba también que las personas eligen destinos turísticos basados en las impresiones que tienen sobre la gente que frecuenta el lugar y que en la medida en que estas impresiones concuerden con la imagen que tienen de sí mismos, se volverán más fuertes y positivas.
- Una vez más se sugiere que aquellos destinos con una imagen positiva y fuerte es más probable que sean considerados en el proceso de decisión y que sean visitados en un futuro. Por lo tanto, la imagen global de un destino –en este caso, de tipo médico– tiene un rol importante en el proceso de toma de decisiones del viajero médico e incidirá en una mayor propensión a visitar el destino y a recomendarlo a terceras personas.
- Se ha descubierto la existencia de un constructo de imagen formado exclusivamente por percepciones sobre los atributos médicos del destino con adecuadas propiedades sicométricas. Esta dimensión se ve influida tanto por las fuentes de información como por las percepciones cognitivas del destino y debería ser objeto de estudio en mayor profundidad.
- En relación con esto último, un hallazgo interesante es que las percepciones cognitivas generales no resultan determinantes en la intención, pero las percepciones sobre los atributos médicos sí ejercen una influencia directa en la intención. Esto indica que para este tipo de destino, los atributos generales como playas, eventos culturales, no son tan importantes para decidir viajar como lo son la presencia de médicos cualificados, de clínicas con acreditación internacional o de personal que hable el mismo idioma.

Con respecto a los posibles efectos moderadores, se ha demostrado empíricamente que la experiencia previa y la aversión al riesgo juegan un importante papel en el comportamiento del turista, específicamente en la formación de percepciones e intenciones. Así mismo, es posible concluir que las relaciones entre los diferentes antecedentes y dimensiones de la imagen, así como entre estos y la intención se refuerzan o debilitan por estas variables. Específicamente se concluye que:

- La experiencia ejerce una influencia moderadora en las relaciones de la imagen cognitiva y afectiva con la imagen global. En este sentido, podemos decir que el efecto que tienen las percepciones de los atributos tangibles de

un destino sobre su percepción general es mayor para aquellas personas con experiencia en turismo médico. Por otro lado, en las personas que aún no han realizado turismo médico, el efecto de los posibles sentimientos sobre el destino es más decisivo en el mismo momento de formar las percepciones globales del destino.

- Se comprueba así mismo que las personas interpretan de manera diferente los estímulos externos para formar sus imágenes cognitivas del destino dependiendo de su experiencia. Para personas con experiencia previa, estos estímulos adquieren más importancia en el momento de formar las percepciones cognitivas generales de un destino, así como las específicas de atributos médicos.
- En general se encuentra que las personas con experiencia tienden a tener valoraciones más positivas sobre las percepciones placenteras o agradables, así como que valoran mejor la imagen general y los atributos médicos que poseen los destinos. Así mismo registran factores motivacionales mejor valorados y se encuentran más predispuestos a viajar.
- La aversión al riesgo ejerce una influencia moderadora entre las relaciones de las motivaciones y las fuentes de información con intención. En este sentido, para los habitantes de culturas con baja aversión a la incertidumbre los factores motivacionales serán más determinantes a la hora de decidir viajar o no al destino con fines médicos. Por otro lado, las fuentes de información ejercen una mayor influencia en la intención en el caso de personas menos arriesgadas. Por último, la imagen resulta más influyente en esta decisión para las culturas de alta aversión.

Se trata de hallazgos importantes en la medida en que contribuyen a entender la naturaleza de las relaciones entre imagen, motivaciones, fuentes de información, autocongruencia e intención tomando en cuenta algunos factores internos que se han encontrado como determinantes para estas relaciones en trabajos previos. Algunas dificultades añadidas en este trabajo tienen que ver con la escasez de investigaciones aplicadas al caso del turismo médico.

6.4. Recomendaciones empresariales

Las percepciones se han convertido en una cuestión de especial interés en la industria de turismo. Aunque una región ofrezca un amplio rango de atributos turísticos de alta calidad, una imagen distorsionada puede limitar su potencial de aprovechamiento y un desarrollo económico óptimo. Es por ello que entender el proceso de formación de la imagen resulta crucial por parte de los destinos con el fin de mejorar su atractivo y competitividad. También para conocer si las percepciones son compatibles con los recursos que ofrece el destino. Si existe alguna discrepancia entre los dos, los encargados de la promoción de este destino deben modificar estas percepciones o mejorar los productos turísticos que ofrecen, o ambos.

En este sentido, para los proveedores de servicios médicos así como los encargados de la promoción de los destinos que operan dentro del nicho de mercado de este tipo de turismo es fundamental una adecuada gestión de su imagen así como entender el comportamiento de sus turistas y con ello poder diseñar estrategias de marketing efectivas dirigidas a sus potenciales clientes.

Así por ejemplo, la comunicación integrada debe enfatizar en los beneficios económicos derivados de la realización de turismo médico, los bajos precios, la reducción en costes y buena calidad, puesto que son aspectos que se relacionan en mayor medida con esta práctica. Adicionalmente se deben incluir elementos relacionados con los propios procedimientos, enfatizando primero en los no invasivos y en tratamientos odontológicos. La oferta turística también debe estar incluida en estos mensajes, junto con la posibilidad de garantizar la privacidad y confidencialidad del paciente, de conocer nuevas culturas y destinos y de acceder a la tecnología más avanzada. Se trata de motivaciones que registran una mayor valoración y que complementarían el mensaje inicial de procedimientos a bajos costes.

También se debería distinguir entre visitantes y no visitantes cuando se desarrollen estrategias de posicionamiento del destino, pues los dos grupos requieren diferentes enfoques y estrategias de comunicación así como conocer las percepciones de los no visitantes para que las ideas erróneas se puedan corregir. Por ejemplo, en los mensajes transmitidos debe existir un mix de atributos tangibles y asociaciones emocionales con el destino distinguiendo entre visitantes y no visitantes.

Para las personas que ya han visitado el destino y/o realizado turismo médico se debe trabajar en que las fuentes de información más valoradas (para este caso resultan ser la información recibida de otros turistas médicos, de amigos y familiares y del médico en su país) transmitan un mensaje consistente que permita crear una imagen fuerte y positiva del destino. Los mensajes transmitidos deben enfocarse en los atributos tangibles del destino resaltando aspectos más cognitivos como una infraestructura de calidad, lugares históricos, buena conectividad desde el país de origen o la posibilidad de encontrar atractivos naturales y turísticos que no tiene su país. Específicamente partiendo de aspectos puramente médicos, se debe resaltar la existencia de hospitales con excelente reputación y reconocimiento, el cumplimiento de estándares internacionales y la presencia de médicos especialistas cualificados en el área de interés. Por otro lado, para los turistas sin experiencia se deben enfocar los mensajes en que los destinos son agradables, estimulantes y seguros.

Así mismo deberían adaptar su mensaje y, en la medida de lo posible, sus ofertas para que sean coherentes con la imagen que tienen de sí mismos sus turistas potenciales. Dicho de otra manera, la entidad encargada de la promoción del destino debe esforzarse por diseñar anuncios y acciones promocionales que

provoquen en su mercado objetivo la respuesta emocional de que las personas que visitan el destino "son como yo", o son "como me gustaría ser". Estos visitantes potenciales deberían encontrar en los mensajes publicitarios, en otros pacientes, médicos y reseñas online, la sensación de que ver el destino es como verse a sí mismos. Por ejemplo, si los especialistas en marketing consideran que su mercado objetivo está compuesto por personas que se consideran tranquilas, armónicas con la naturaleza, entonces su mensaje debe estar enfocado en transmitir situaciones tranquilas al acudir a su médico y en que el destino cuenta con atractivos turísticos alejados de las masas con un ambiente natural donde recuperarse.

Resulta también primordial trabajar estrechamente con doctores que ejerzan en el país de origen del turista y combinarlo con testimonios de pacientes que se hayan practicado intervenciones en el pasado. Adicionalmente, una buena atención a pacientes actuales redundará en un boca-oído más positivo basado en sus experiencias positivas. A ellos se les pueden ofrecer incentivos con el fin de que cuenten su experiencia en el destino a personas cercanas. Esto permitirá que en todos los canales exista coherencia con el mensaje y que los atributos positivos lleguen de manera consistente al público objetivo, lo que permitiría con el tiempo mejorar la percepción regular o mala que pueda presentar un determinado destino.

Las empresas también deberían realizar esfuerzos en disminuir la sensación de riesgo que lleva aparejada esta industria por medio de desarrollos tecnológicos que permitan acercar al turista potencial a lo que puede obtener al visitar el destino. En este sentido, se podrían citar el caso de video conferencias con el grupo médico, *tours* virtuales de las atracciones del destino además de las facilidades e instalaciones que podrían encontrar en los hospitales o clínicas seleccionadas. Así mismo, facilitar el acceso de la información de los hospitales, médicos y agentes de viaje a los turistas con el fin de reducir la asimetría de la información asociada con la búsqueda de tratamientos en lugares poco familiares para ellos. En esta gestión, las fuentes online como páginas webs informativas juegan un papel bastante importante así como los foros médicos o redes sociales, pues permiten acortar distancias entre los proveedores y los pacientes y resultan especialmente efectivas para personas que registran una alta aversión a la incertidumbre.

Adicionalmente, se debe emprender iniciativas que aumenten la fidelización de los turistas. Se ha evidenciado que una vez que el turista realiza un viaje médico, es probable que lo vuelva a hacer más veces en el futuro. De esta forma, los destinos deben hacer especial énfasis en su mercado más próximo, pues los turistas se decidirán más probablemente por los lugares más cercanos.

Desde una perspectiva macro, los gobiernos, consejos de turismo, instituciones educativas, aeropuertos y otras organizaciones relevantes deberían trabajar

conjuntamente para asegurar una experiencia positiva a los turistas. El idioma y la facilidad de comunicarse, desde el momento en que aterrizan en el destino es un factor clave para evaluar positivamente la experiencia. Por lo tanto, es necesario que se realice un esfuerzo conjunto por parte de todos los proveedores del servicio junto con el apoyo del gobierno para eliminar las barreras del idioma por medio de capacitaciones en bilingüismo, destinado no sólo al personal del sistema de salud, sino también a los trabajadores del hotel, tours, centros comerciales, sitios turísticos, etc. Si los viajeros médicos tienen una experiencia positiva, se convertirán en referentes para su familia y amigos ayudando a construir/reforzar la imagen positiva de los destinos a través del boca-oído.

En esta gestión, se debe tener en cuenta el efecto moderador de la cultura a la hora de implementar estrategias de posicionamiento, segmentación y en la adaptación de su oferta turística. Los profesionales de marketing en primer lugar deben ser conscientes de que existen diferencias entre países y culturas, y después llegar a comprenderlas en profundidad. Para ello resulta necesario adoptar un enfoque continuo de investigación de los mercados emisores y receptores de turistas con el fin de aumentar su comprensión.

Adicionalmente, deberían eliminar –aunque sea de forma parcial– la estandarización de los paquetes médico-turísticos ofrecidos y las imágenes proyectadas para desarrollar enfoques más adaptados a las diferencias para cada grupo de turista.

Finalmente podemos decir que la formación de las imágenes de destino es un proceso continuo, complejo y dinámico. El desafío para estos destinos turísticos en el futuro consistirá en adoptar los diversos constructos bajo estudio con el fin de gestionarlos estratégicamente y construir una imagen de marca de destino atractiva para sus mercados objetivo. Por lo tanto, se debe dar mayor importancia a cómo esta imagen se alinea con las motivaciones y autocongruencia de los visitantes, las conductas de viaje y las fuentes de información que se puedan considerar más creíbles; todo esto como un proceso integrado en unos planes de desarrollo turístico a largo plazo.

6.5. Limitaciones del trabajo y futuras líneas de investigación

Al igual que otros estudios similares este trabajo no ha estado carente de limitaciones durante su desarrollo. A continuación, destacamos aquellas que han de ser tenidas en cuenta a la hora de evaluar el alcance e implicaciones del trabajo realizado.

Entre las principales limitaciones cabe señalar las propias de utilizar una técnica no probabilística para recolectar la muestra, y en especial el uso de un panel de

navegantes. Tan solo se han empleado usuarios del panel con cierta intención de realizar turismo médico y que fueran originarios de los países seleccionados a priori (Suiza, Suecia, Francia, Estados Unidos, Perú y Ecuador) por lo que se descartaron usuarios que pudieran contar con ese mismo perfil provenientes de otros países. Adicionalmente, la selección de la muestra se hizo en dos envíos diferentes en el tiempo.

La muestra, aunque trató de obtener unas características similares a las de la población, recogió finalmente una proporción relativamente grande de individuos jóvenes (menores de 40 años) y con ingresos por debajo del perfil de turistas médicos encontrado en otros trabajos (menos de 25,000 euros al año), por lo que los resultados deben ser tratados con precaución. Otra limitación es la cantidad de personas de la muestra por país. El número de encuestas obtenidas de alrededor de 100 casos en cada uno de los países limita su representatividad. Sin embargo, debido a la ausencia de datos estadísticos por países no se pudo corroborar si los resultados eran representativos o no de la población de turistas médicos en cada uno de los países.

Una muestra de mayor tamaño permitiría una generalización más precisa de los resultados obtenidos por cada país. Adicionalmente, los resultados se circunscriben a un único contexto específico, por lo que debe prestarse cuidado a la hora de generalizar los resultados a otro tipo de turismo así como países o culturas. No obstante, el diseño metodológico ejecutado permitió comprobar las adecuadas propiedades sicométricas de las escalas de medida empleadas así como la validez del modelo de comportamiento extraído.

El criterio de división de la muestra en dos grupos de baja y alta puntuación en las dimensiones de Hofstede de individualismo y aversión al riesgo facilitó tanto el análisis como la interpretación de los resultados. Sin embargo, este método no tiene en cuenta los diferentes matices entre las puntuaciones. Adicionalmente, no se midieron las puntuaciones individuales de las dimensiones culturales por cuestiones operativas relacionadas con la longitud del cuestionario. Por tanto no se ha podido realizar una comprobación de la manipulación experimental para verificar si coinciden las puntuaciones con los planteamientos de Hofstede sobre las dimensiones. Así mismo, en el caso de la experiencia los resultados deben interpretarse con precaución por no cumplirse el supuesto de invarianza factorial.

Si bien la revisión de la literatura académica ha mostrado un creciente número trabajos sobre esta temática durante los últimos años, se han identificado varias lagunas que plantean interesantes líneas de investigación. A continuación, proponemos algunas de ellas:

- En futuras investigaciones se podrían incluir más países y continentes (por ej. asiáticos) así como otras variables que se han identificado en la

literatura como relevantes para la imagen de estos destinos como la calidad del servicio o los costes asociados.

- Se podría considerar también realizar un análisis del efecto del tipo de tratamiento realizado (mayor vs menos complejidad) en las percepciones, así como las diferencias en las motivaciones o uso de fuentes de información entre estos grupos.
- Otro aspecto podría consistir realizar una comparación de la imagen del mismo turista antes y después de visitar el destino con el fin de descubrir el cambio en la imagen que se deriva de la experiencia directa con el destino.
- Con respecto a la cultura, hay un consenso en considerarla como uno de los factores que más influyen en la percepción y el comportamiento del turista. Esto sugiere que tanto los investigadores como los especialistas en marketing deben incluir en este estudio otras variables personales, sean socio-demográficas (como nivel de educación, los ingresos o la edad) o psicográficas. Considerando la importancia que tiene el poder adquisitivo en el consumo de estos servicios sería recomendable ajustar los tramos de ingresos a la renta per capita de cada país (ej. PIB o salario mínimo).
- Adicionalmente sería interesante el estudio de la influencia de factores socio-políticos en el destino en el comportamiento de este tipo de viajes.
- Por último, futuras investigaciones, deberían centrarse en analizar el efecto moderador de la cultura a partir de medición individual de las dimensiones culturales (ej. Yoo y Donthu, 2002) así como utilizar otros enfoques culturales diferentes al de Hofstede.

Chapter 6.

Conclusions, implications, limitations and future lines of research

6.1 Introduction

This section presents the main theoretical conclusions deriving from the empirical study. These, in turn, have led to a series of recommendations and implications for the business sector. The section concludes with an exposition of the study's limitations, as well as proposals of future lines of research.

The main objective of this study is to investigate the process of image formation and the purpose of undertaking a visit to a tourist destination for reasons linked to health care. The findings indicate that different approaches should be taken into consideration when promoting strategies of these destinations and in improving their image so as to render them more attractive of their target audience. Thus, the study has delved deeper into the internal and external factors that could influence image formation. Moreover, this analysis has also developed a model of the relation existing between a series of cognitive, affective and global variables of the image as well as behavioural intentions. The research also analysed the moderating role past experiences and the cultural dimension of uncertainty avoidance on these relations from a transnational perspective.

The specific model designed to analyse both image formation and behavioural intention comprised variables commonly serving in general scientific literature but rarely applied in the context of medical tourism. There are first the variables related to the external (information sources) and internal stimuli (self-congruence and motivations) that determine image formation of a tourist destination and the intention to visit it. These variables are followed by the constructs that constitute image: affective, cognitive and global image. The findings give way to a new construct that includes specific medical aspects of the image of the destination that were added to the final behavioural model.

The following section therefore sets forth the main theoretical conclusions gleaned from the review of the scientific literature and advances the research hypotheses that later explain those garnered from the empirical study.

6.2 Theoretical conclusions

Medical tourism has experienced a remarkable growth and evolution in the last 20 years from both the perspective of an emerging industry and as a new academic field. Several factors that have led to its blossoming in recent years. Neoliberalism, on the one hand, has accelerated regional integration and the privatisation of health services. The ageing of the baby boom generation, on the other hand, has inflated health problems in many countries. Finally, the Internet and ICTs have also played a very important role by facilitating contact

between individuals and agencies/providers of these medical services with bases in distant countries.

Although there is an increasingly acceptance that international health tourism, medical tourism or wellness tourism are not mutually exclusive terms, confusion still remains between them. In general, the two types differ in that the motivation of the tourists of the first is access to specific foreign medical services while the second refers to treatments linked to aesthetics issues.

Medical tourism is, in essence, a hybrid of tourism as it is associated with foreign travel to access medical services while also seeking out leisure activities. However, the significance of the tourist element continues to generate much debate and depends, among other factors, on the complexity of the treatment, the characteristics of the destination and the needs of the individual. According to Veerasoontorn and Beise-Zee (2010), the term medical travel is more appropriate when the intention is to go abroad to undergo invasive procedures, treatments and surgery such as cancer treatments, heart operations, organ transplants or neurosurgery.

Research in recent years in this field reveals an upward trend evidenced by the publication of numerous documents and articles in journals that contribute not only to the development of the scholarship on the subject, but serves as a solid scientific base for subsequent research. Few studies, nonetheless, have adopted a cross-cultural approach. This is an important and complex aspect that renders it difficult to arrive at defining the profile of the target audience or the size of the industry, which in turn leads to practical consequences with respect information about the companies and countries involved in the sector.

It is clear that there is no single profile for this type of tourist. Research to date, nonetheless, points to individuals over 40 years old with sufficient economic means to travel and with a specific interest in improving their health or appearance. In short, these are individuals who require a medical intervention and desire to heal and recover at a destination with certain characteristics that differ from those of his/her country of origin (e.g. beaches, cultural attractions or pleasant climate). Furthermore, the medical tourist market includes individuals who either are not insured or whose coverage is insufficient but possess the means to travel and pay for accommodation and medical treatment in foreign countries. This industry also includes other participants such as insurance companies, medical tourism associations, medical service providers, intermediaries and brokers. Information about them is offered through websites and third-party institutions.

The findings of the review of the scientific literature coincides when considering “image” as a multidimensional and dynamic construct influenced by multiple factors. The image, in turn, is a precursor to other variables linked to individual

behaviour such as the intention to visit or recommend a tourist destination. Image comprises cognitive evaluations associated with the physical attributes of a destination as well as affective evaluations made up of emotional experiences. There are therefore different categories of cognitive image. Moreover, different authors place these attributes into categories such as "natural resources", "general infrastructure", "tourism infrastructure", "leisure and recreation", "culture, history, art" and "economic and political factors".

Authors such as Gartner (1993), Baloglu and McCleary (1999a) and Beerli and Martín (2004) have attempted to define the process by which individuals develop their image of a destination. These authors have identified a series of external stimuli (information sources, previous experience or distribution) and personal elements such as psychological and sociodemographic traits that influence this process. The specialised literature also indicates that images projected by medical tourism destinations are centred on physical attributes that may be of interest to the medical tourist, and that in a certain manner the study of affective or emotional aspects has been largely ignored.

Moreover, image is also influenced by stereotypes regarding the destination and its types of visitors. Along this line, if the stereotype is positive, the individual will be attracted to visit the destination. Positive/negative valuations of this type in academic literature are labelled self-congruence, and although studies in the field of medical tourism are lacking, it is of particular interest as tourists require consistency in their decisions to reduce the sensation of risk.

The main motivations behind medical tourism abroad are economic benefits from the trip and the medical intervention. Other motivational factors are treatment availability and quality, privacy and the potential of leisure activities. There also appears to be differences among the behaviour of medical tourists along the lines if leisure activities at the destination are the most important aspect or, by contrast, if they are secondary benefits.

Research has certified the importance of information sources in image formation. In this sense, tourists consider this variable as crucial due to the perception of high risk in this type of industry. Findings indicate that the decision-making process gathering information on treatments or options of hospitals, doctors and leisure activities takes place in the early stages before evaluation of the alternatives. Word of mouth and online sources are considered especially critical among these sources and often are paramount when making a decision.

Culture also plays an important role in this industry as tourists originate in a number of different countries. Different studies have advanced that culture affects a number of factors ranging from perception to behaviour subsequent to

the acquisition of the service, and that, specifically in the area of medical tourism, subjects tend to minimise the risk derived from cultural shock.

In sum, when analysing the current theoretical frameworks that explain the attractiveness or choice of a medical tourism destination, the authors take into account variables such as cost, tourist attitudes, quality of service, treatment availability and the marketing impact. Current models also approach this phenomenon from different angles and therefore there is no universally accepted model that explains the intention to participate in this activity and/or visit a destination. However, all consider the perceptions of the medical tourists to be essential to this process.

6.3 Conclusions of the empirical section

The previous section presented the main theoretical principals of the study gleaned from the review of the specialised literature. This section turns to the main findings deriving from the empirical analysis.

This begins with descriptions of the characteristics of the sampling of medical tourists and the top of mind analysis. The analysis of the characteristics of classification indicate that of the individuals who reported having taken part in medical tourism (43%), more than half traveled twice or more in the last five years. This finding in a certain manner highlights their propensity to incorporate this type of foreign care in their future health search behaviours and reinforces the results of earlier exploratory studies such that of Eissler and Casken (2013).

It is also evident that the USA is one of the most frequent and recalled destinations for this type of tourism. The same occurs with European countries such as Spain, France or Germany that were recalled more frequently when analysing the identity of the countries and terms. These countries also currently benefit from the highest number of visits by medical tourists. The main destinations among Latin American countries are respectively Colombia, Mexico and Cuba. The most frequent destinations in other continents are Thailand, Turkey and Tunisia.

Although the results of the actual visits and of the top of mind responses of the tourists are analogous, there are countries such as Hungary and Colombia that although revealing high positions as to number of visits, do not appear among the first options that come to mind among most of the sample population. The opposite occurs with Cuba in that it was not among the first in terms of visit frequency but is the first Latin American country that comes to mind among consumers. This suggests that there are countries that receive a higher number of tourists, but that are not presently or potentially among the first visiting options. This fact evidences the need to increase the degree of awareness or recall among the target audience. The findings also indicate that users prefer

destinations close to their country of origin because, of all the listings, very few travellers cited visits to destinations in other continents or evoked them among their first options.

With regard to mental associations of country and continent, Asia and Western Europe are the first among those linked to the categories of health tourism and its procedures. Oceania, in turn, is linked with positive perceptions while countries in Eastern Europe and Africa are respectively connected to notions of costs and quality. South America, on the other hand, is linked to the latest technology and North America to more geared toward health care and healing.

When focusing on the issue of medical services, the type of intervention most often carried out is restorative and cosmetic dentistry followed by examinations and checkups and, finally, cosmetic surgery. This indicates that a large portion of the tourists prefer uncomplicated and safe (non-risk) procedures. Other more complex interventions show less preference. This preference may respond to the feeling of dissatisfaction, and even despair, that many individuals profess as to their own national health systems.

After the specific analysis of the associations linked to the concept of "medical tourism", the findings suggest that the initial terms generated in the mind of this type of tourist are treatments, operations or surgery. These are followed by the group of expressions indicative of economy or cost savings. Terms related to dental procedures take on the third place followed in fourth place by terms linked to visits or leisure activities. In general, this type of tourism activity evokes positive thoughts among both current and potential tourists with only a minority considering them as risky or dangerous.

The cluster analysis identifies three different groups of tourists based on the main constructs and classification variables: a) "enthusiastic and predisposed american tourists", b) "more reticent and inactive tourists", and c) "acquiescent tourists with little experience". The first present higher values in the different aspects of behavioural intentions and consider more congruent the image of a destination with what they are or hope to be. This may derive from the fact that most have already traveled abroad as medical tourists and have had positive experiences with both the activity and the destination. The second group of tourists, for the most part from Sweden and Switzerland, are the most reticent and reveal the worst perception of the different aspects of the analysis. Most work as employees or are inactive due to either retirement or dedication to domestic tasks, and many do not have children. A large proportion has also never taken part in health tourism. Finally, the third group, registering an average high rating, is made up mostly of European tourists who are not particularly enthusiastic either to the destinations or in the other variables. Most also do not have previous experience in health tourism, although plan to in

the near future. Finally, a large percentage has a partner and desires between 2 and 3 children.

The following conclusions were with respect to the comparison of the hypothesis of the general model which includes the relations with cognitive, affective and global dimensions of the image, as well as the behavioural intentions of a medical tourist:

- Confirmation of the dual cognitive-affective approach of image on this type of medical tourism destination. That is, the perceived physical attributes directly affects the affective evaluations. There is therefore an interaction between the physical qualities of the destinations and the affective bonds generated by the attributes. As noted by Baloglu and Brinberg (1997), the coexistence of both components offers a better perspective of the image that a tourist has of a locality and that this image is not determined exclusively by tangible attributes.
- There is evidence of internal and external forces that affect the different dimensions of image. In this sense, the study confirms that information sources, motivations, self-congruence, previous experience and the culture dimension of uncertainty avoidance have an influence to different degrees on the cognition of the attributes of both the destination and the emotions generated by the destination.
- That there is evidence reaffirming that destination image is a mental construct based mainly on impressions that tourists develop and chose from a vast amount of information coming from abroad. The information sources are therefore external forces that directly influence the moulding of perceptions (in this case cognitive) affecting both the beliefs and knowledge of different attributes of the destination, as well as influencing the tangible factors linked to medical service. This external force also ends up influencing the behavioural intentions of the medical tourist.
- Confirmation that the destination image is linked to the benefits sought by medical tourists. Individuals who specifically attach greater importance to motivational factors will have more favourable emotional perceptions of a chosen destination. Motivational factors will likewise encourage tourists to arrive at decisions to travel and thus influence their intention to undergo different types of medical procedures in foreign countries.
- Confirmation that individuals also select a tourist destination based on their impressions of the type of people who frequent the destination. Moreover these impressions will become stronger and more positive according to degree that they match their own self image.
- That, as noted by other authors, the destinations associated with positive and robust images are more likely to be taken into account in the decision process and result in future visits. Therefore, the global image of a destination - medical in this case - plays an important role in the decision-

making process of the medical traveler and will lead to a greater propensity to visit a specific destination and recommend it to third parties.

- Confirmation of the existence of an image construct demonstrated exclusively by perceptions of the destination's medical characteristics. This dimension is influenced both by information sources and by the cognitive perceptions of the destination and should be examined in greater depth.
- Regarding the latter, an interesting finding is that general cognitive perceptions are not determinant on intention. Perceptions about medical attributes, by contrast, do directly influence intention. This indicates that for this type of destination, general attributes such as beaches and cultural events are not as important when coming to a decision to travel as are the presence of qualified doctors, clinics with international accreditation or staff that speak the tourist's language.

With respect to possible moderating effects, the study empirically demonstrates that previous experience and risk aversion play important roles in tourist behaviour, specifically in the development of perceptions and intentions. Likewise, the findings indicate the reinforcement or weakening of the correlations between the different antecedents and dimensions of image, as well as between these two dimensions and intention. Specifically, the findings concluded that:

- Experience exerts a moderating influence on the relationship of cognitive and affective images with the global image. In this sense, it is possible to advance that the effect of the perceptions of a destination's tangible attributes on general perception are greater for those having had an experience in medical tourism. On the other hand, the effect of potential emotions on the destination is more decisive at the moment when developing global perceptions of the destination among individuals who have not yet participated in medical tourism.
- Individuals interpret external stimuli differently when developing cognitive images of destination in function of their experience. These stimuli for those with previous experience, as well as those specific to medical attributes, gain in importance at the time of development of the general cognitive perceptions of a destination.
- Individuals with experience tend in general to offer more positive values when assessing pleasant or likeable perceptions. They also value more positively the general image and the medical attributes of the destinations, as well as register higher behavioural values and willingness to travel.
- Risk aversion exerts a moderating influence on the relation between motivations and intention and on information sources and intention. In this sense, motivational factors of individuals from cultures with low

uncertainty avoidance will have a larger impact when deciding upon whether or not to undertake medical travel. On the other hand, information sources exert a greater influence on the intention in the case of individuals less prone to risk. Finally, image is more influential in this decision process among cultures characterised by high aversion.

These findings are important insofar as they offer data to understand the nature of the relations between image, motivation, information sources, self-congruence and intention, taking into account certain internal factors that have been found in previous research to serve as determinants for these relationships. Certain drawbacks advanced in this analysis are linked to the scarcity of research applied to health tourism.

6.4 Recommendations for business

Perceptions have become a matter of special interest in the study of the tourism industry. Although a region offers a wide range of high-quality tourism features, a poor image can limit the potential of exploitation and optimal economic development. Understanding the process of image formation, for this reason, is crucial to tourist destinations so as to improve their attractiveness and competitiveness.

In this sense, an adequate management of image is essential to providers and promoters of medical service destinations operating in a niche of this market so as to understand tourist behaviour and thus design effective marketing strategies.

Advertisements, for example, should emphasise the economic benefits derived from medical tourism such as reduced prices and good quality as they are aspects specifically linked to this practice. Furthermore, factors linked to the procedures themselves must be included by placing special emphasis initially on non-invasive and dental treatments. The messages must also include the offer of leisure activities in combination with the most advanced technology while guaranteeing patient privacy and confidentiality. These factors are elements of motivation that receive a high valuation among clients and serve as complements the initial low-cost message.

They should also distinguish between visitors and non-visitors when developing positioning strategies since the two groups require different approaches and communication strategies. Additionally it is important to get to know the perceptions of non-visitors so that the wrong ideas can be corrected. For example, in the messages transmitted there must be a mix of tangible attributes and emotional associations with the destination, distinguishing between visitors and non-visitors.

For people who have already visited the destination and / or carried out medical tourism, it is necessary that the most valued sources of information (for this case it turns out to be the information received from other medical tourists, from friends and relatives and from the doctor in their country) transmit a consistent message that allows to create a strong and positive image of the destination. The messages transmitted should focus on the tangible attributes of the destination as a quality infrastructure, historic sites or easy of access from their country. It is also necessary to highlight, from the purely medical perspective, the existence of recognised hospitals with excellent reputations that comply with international standards as well as the presence of qualified specialists. With respect to inexperienced tourists, messages should be focused on the fact that destinations are pleasant, stimulating and safe.

Managers of businesses should also adapt their message and, as far as possible, their offer so as to be coherent with the self image of potential tourists. In other words, the entity responsible for the promotion of these destinations should strive to design advertisements and promotional actions so as to provoke emotional responses among their target market. An example is for potential tourists to assume the attitude that visitors "are like me" or are "as I would like be". These potential visitors should perceive other patients, doctors and online reviews in advertising messages with an attitude that viewing the destination is like looking at themselves. For example, if marketers consider that their target market comprises individuals who consider themselves calm and in harmony with nature, then their messages should transmit calm situations (i.e. tranquility during a doctor appointment), and offer tourist attractions far from the masses so as to patients can recover in a natural environment.

It is therefore primordial to develop a close combination between doctors who practice in the country of origin of the tourist with the testimonies of patients who have recovered from medical interventions. Additionally, a good service or care of current patients will lead to positive word of mouth information. Patients should be offered incentives to relate their experiences to others. This will allow to maintain a consistent message throughout all the channels and a consistent transmission of positive attributes to the target audience. These actions will over time bolster the inferior or poor perception linked with certain destinations.

Businesses should make efforts to reduce the sense of risk associated with this industry by adopting technological developments allowing the potential tourist to ascertain what he/she can obtain when visiting the destination. In this sense, it is possible to envision video conferences with medical teams, or virtual tours of the attractions (beaches, cultural activities) as well as the medical facilities and installations (hospital and clinics). Furthermore, businesses should facilitate access to information about hospitals, doctors and travel agents in order to decrease the asymmetry of data associated with the search for medical

treatments in unfamiliar localities. Online sources such as informative websites in this scheme of management play a very important role. The same can be said of medical forums or social networks as they allow shortening distances between providers and patients.

Initiatives must also be undertaken to increase the sense of loyalty among medical tourists. The findings indicate that once a tourist completes a medical trip, it is likely that he/she repeat the venture in future. In this sense, destinations must place a special emphasis on their nearest market, as tourists tend more often toward the closest destinations.

From a larger perspective, governments, tourism councils, educational institutions, airports and similar organisations should collaborate to ensure a positive experience for medical tourists. Ease of communication from the moment of their landing is key to a positive evaluation of the experience. This therefore requires a joint effort by all of the different providers of services such as government backing so as to eliminate language barriers through bilingual training aimed not only at health system personnel, but to employees of hotels, tours, shopping centres, tourist sites, etc. If medical travellers have a positive experience, they will become references to their family and friends and help build or reinforce a positive image of destinations through word of mouth.

Managing these questions must take into account the moderating effect of previous experience and culture when implementing strategies for positioning, segmentation and adapting the tourism offer. Marketing professionals must in the first place be aware of the differences between countries and cultures before coming to understand them in depth. In order to increase this understanding, it necessary that they maintain a constant research of the marketing procedures of the countries that emit and receive tourists.

In addition, they should eliminate - although partially - standardisation of the offer of health tourism packages and the images they project so as to develop approaches more adapted to cultural differences. For example, service providers can offer the option of group packages to individuals of collectivist countries as there is evidence the individuals prefer this way of traveling. Tourists from more individualistic cultures, in turn, should be offered more personalised packages.

In sum, image formation of the medical tourism destinations is a continuous, complex and dynamic process. Future challenges of these tourist destinations are to adopt the different constructs under study in order to manage them strategically so as to build an attractive brand destination image for their target markets. Therefore, greater weight must be placed on how this image aligns with motivations and self-congruence of the visitors, travel behaviours and the information sources considered more credible. This process should furthermore be integrated into long-term tourism development plans.

6.5 Limitations and future lines for research

Like similar research, this study is not without limitations. These constraints must be taken into account when evaluating the scope and implications of the study.

Among the main limitations worth mentioning is the use of a non-probabilistic sampling technique, in particular applying navigator panels. Navigator panels were only selected if they expressed an intention to carry out medical tourism and if they were from specific countries (Switzerland, Sweden, France, USA, Peru and Ecuador). This a priori choice of countries therefore rules out users of the services with similar profiles from other countries. Furthermore, another constraint is that the selection of the samples was carried out at two different moments.

Although the intention of the study was to obtain a sample with characteristics similar to those of the population, it was in the end limited to a relatively large proportion of young individuals (under 40 years of age). This sampling also was characterised by levels of income below that of the profile of medical tourists identified in other research (less than 25,000 euros per year). The findings must therefore be appraised with caution. Another limitation is the number of surveys of individuals (about 100) per country, a quantity that limits their representativeness. However, due to the absence of statistical data by country, it was not possible to corroborate whether the results are representative of the each nation's medical tourist population.

A larger sample would offer the possibility to glean more precise results by country. Additionally, the results are restricted to a single specific context. Hence caution should be taken when applying the findings to other types of tourism, countries or cultures. However, the methodological design carried out allowed verification of the adequacy of the psychometric properties of the measurement scales, as well as the validity of the behavioural model.

The criterion of dividing the sample into two groups according to a scoring (low and high values) based on Hofstede's dimensions of individualism and uncertainty avoidance (risk aversion) facilitated both the analysis and the interpretation of the current findings. However, this method does not take into account the different nuances between the scores. Moreover, individual scores of cultural dimensions were not measured due to operational issues related to the length of the questionnaire. It was therefore not possible to carry out an experimental manipulation check to determine if the scores coincide with Hofstede's approach to the dimensions. Likewise, in the case of experience, the results should be interpreted with caution because the assumption of factorial invariance was not fulfilled. For this reason, the current findings must be considered cautiously when identifying the criterion.

Although the review of the academic literature revealed an increasing number of studies on this subject, several gaps were identified that raise interesting lines of research that are listed below:

- Future research should include more countries and continents (e.g. Asia) as well as other variables indicated in the specialised literature as relevant to the image of these destinations such as the quality of the service and associated costs.
- It could also be interesting to perform an analysis of the effect of the type of treatment (low vs. high complexity) on the perceptions, as well as the differences among these groups in regards to motivations or the use of information sources.
- Another aspect could be gleaned from the comparison of the image of tourists before and after visiting the destination in order to determine the image change coming from direct experience with the destination.
- There is a consensus that considers culture as one of the factors with the greatest influence on the perception and behaviour of tourists. This suggests that both researchers and marketing specialists should include other personal variables in their study such as socio-demographic (level of education, income or age) or psychographic traits. Considering the importance of purchasing power in the consumption of these services, it would be advisable to adjust income intervals to each country's income per capita (e.g. GDP or minimum wage).
- Additionally, it would be of interest to study the influence of socio-political factors on the destination and the behaviour linked to these types of trips.
- To conclude, future research should directly measure cultural dimensions to arrive at more reliable notions as to the members belonging to the group with low scores and those with high scores (e.g. Yoo y Donthu, 2002). Moreover future work should apply cultural approaches that differ from those advanced by Hofstede.

Referencias bibliográficas

- Abubakar, A. M. (2016). Does eWOM influence destination trust and travel intention: a medical tourism perspective. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 29(1), 598–611.
- Abubakar, A. M., y Ilkan, M. (2015). Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing and Management*, 5(3), 1–10.
- Ahn, T., Ekinci, Y., y Li, G. (2013). Self-congruence, functional congruence, and destination choice. *Journal of Business Research*, 66(6), 719–723.
- Ajzen, I. (1991), “The theory of planned behavior”, *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50 (2), pp. 179-211
- Alegre, J., y Cladera, M. (2009). Analysing the effect of satisfaction and previous visits on tourist intentions to return. *European Journal of Marketing*, 43(5/6), 670–685.
- Anand, P., Holbrook, M. B., y Stephens, D. (1988). The Formation of Affective Judgments: The Cognitive-Affective Model Versus the Independence Hypothesis. *Journal of Consumer Research*, 15(December), 386–391.
- Anvekar, S. R. (2012). Medical Tourism in India : A Strategic Approach Towards Effective Branding for Health Care Services Marketing. *American Journal of Management*, 12(2/3), 108–117.
- Auren, y Fundación EOI. (2013). Turismo de salud en España. Retrieved February 27, 2017, from http://www.minetad.gob.es/turismo/es-ES/PNIT/Eje3/Documents/turismo_salud_espana.pdf
- Balaban, V., y Marano, C. (2010). Medical tourism research: A systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*, 14th International Congress on Infectious Diseases (ICID) Abstracts.e135
- Baloglu, S. (1997). The relationship between destination images and sociodemographic and trip characteristics of international travellers. *Journal of Vacation Marketing*, 3(3), 221–233.
- Baloglu, S. (1998). An Empirical Investigation of Attitude Theory for Tourist Destinations: A Comparison of Visitors and Nonvisitors. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 22(3), 211–224.
- Baloglu, S. (1999). A path analytic model of visitation intention involving information sources, socio-psychological motivations, and destination image. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 8(3), 81–91
- Baloglu, S. (2001). Image variations of Turkey by familiarity index: informational and experiential dimensions. *Tourism Management*, 22(2), 127–133.
- Baloglu, S., y Brinberg, D. (1997). Affective images of tourism destinations. *Journal of Travel Research*, 35, 11–15.
- Baloglu, S., y Mangaloglu, M. (2000). Tourism destination images of Turkey, Egypt, Greece, and Italy as perceived by US-based tour operators and travel agents. *Tourism Management*, 22(1), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(00\)00030-3](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(00)00030-3)

- Baloglu, S., y Mc Clearly, K. W. (1999a). A Model of Destination Image formation. *Annals of Tourism Research*, 26(4), 868–897.
- Baloglu, S., y Mccleary, K. W. (1999b). U.S. international pleasure travelers' images of four Mediterranean destinations: A comparison of visitors and nonvisitors. *Journal of Travel Research*, 38(2), 144–152.
- Barrera-Barrera, R., Navarro-García, A., y Peris-Ortiz, M. (2015). El papel de la invarianza factorial en la validación del constructo calidad de servicio electrónico. *Revista Europea de Dirección y Economía de La Empresa*, 24(1), 13–24.
- Beerli, A., y Martín, J. D. (2004). Factors influencing destination image. *Annals of Tourism Research*, 31(3), 657–681.
- Beerli, A., Meneses, G. D., y Gil, S. M. (2007). Self-congruity and destination choice. *Annals of Tourism Research*, 34(3), 571–587.
- Bigné, J. E., Sánchez, M. I., y Sánchez, J. (2001). Tourism image, evaluation variables and after purchase behaviour: Inter-relationship. *Tourism Management*, 22(6), 607–616.
- Bigné, J. E., Sánchez, M. I., y Sanz, S. (2009). The functional-psychological continuum in the cognitive image of a destination: A confirmatory analysis. *Tourism Management*, 30(5), 715–723.
- Bojanic, D. C. (1991). The use of advertising in managing destination image. *Tourism Management*, 12(4), 352–355.
- Bonn, M. A., Joseph, S. M., y Dai, M. (2005). International versus domestic visitors: An examination of destination image perceptions. *Journal of Travel Research*, 43(3), 294–301.
- Bookman, M. Z., y Bookman, K. R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. New York: Palgrave MacMillan.
- Bramwell, B., y Rawding, L. (1996). Tourism marketing images of industrial cities. *Annals of Tourism Research*, 23(1), 201–221.
- Byon, K. K., y Zhang, J. J. (2010). Development of a scale measuring destination image. *Marketing Intelligence & Planning*, 28(4), 508–532.
- Caballero-Danell, S., y Mugomba, C. (2007). *Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - A conceptual framework for entry into the industry*. (Master's thesis), Göteborg University. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2077/4671>
- Carillo Barea, S. M. (2014). *Influencia de la autocongruencia sobre las dimensiones del Brand Equity: Aplicación al turismo cultural*. (Master's thesis), Universidad de Granada, Granada.
- Carrera, P. M., y Bridges, J. F. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4), 447–454.
- Casey, V., Crooks, V. a, Snyder, J., y Turner, L. (2013). “You’re dealing with an emotionally charged individual...”: an industry perspective on the challenges

- posed by medical tourists' informal caregiver-companions. *Globalization and Health*, 9(31), 1–12.
- Castro, C., Martín, E., y Martín, D. (2007). The influence of market heterogeneity on the relationship between a destination's image and tourists' future behaviour. *Tourism Management*, 28(1), 175–187.
 - Chalip, L., Green, B. C., y Hill, B. (2003). Effects of Sport Event Media on Destination Image and Intention to Visit. *Journal of Sport Management*, 17(3), 214–234.
 - Chang, L., y Beise-Zee, R. (2013). Consumer perception of healthfulness and appraisal of health-promoting tourist destinations. *Tourism Review*, 68(1), 34–47.
 - Chen, C. F., y Tsai, D. (2007). How destination image and evaluative factors affect behavioral intentions?. *Tourism Management*, 28(4), 1115–1122.
 - Chen, J. S., y Gursoy, D. (2000). Cross-cultural comparison of the information sources used by first-time and repeat travelers and its marketing implications. *International Journal of Hospitality Management*, 19(2), 191–203.
 - Chen, J. S., Prebensen, N., y Huan, T. C. (2008). Determining the motivation of wellness travelers. *Anatolia: An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, 19(1), 103–115.
 - Cheung, G. W., y Rensvold, R. B. (2000). Assessing extreme and acquiescence response sets in cross-cultural research using structural equations modeling. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(2), 187–212.
 - Chew, Y. T., y Darmasaputra, A. (2015). Identifying research gaps in medical tourism. *Destination Marketing: An International Perspective*, 119.
 - Chon, K. S. (1992). Self-image/destination image congruity. *Annals of Tourism Research*, 19(2), 360–363.
 - Chon, K.-S. (1990). The Role of Destination Image in Tourism: A Review and Discussion. *Tourism Review*, 45(2), 2–9.
 - Chuang, T. C., Liu, J. S., Lu, L. Y. Y., y Lee, Y. (2014). The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification. *Tourism Management*, 45, 49–58.
 - Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093–1100.
 - Connell, J. (2008). Medical Tourism: Consumers in search of value. *Deloitte Center for Health Solutions* (Vol. 32).
 - Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1–13.
 - Cortez, N. (2008). Patients Without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care. *Indiana Law Journal*, 83(1), 71–132.
 - Cotten, S. R., y Gupta, S. S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science and Medicine*, 59(9), 1795–1806.

- Crompton, J. L. (1979). An Assessment of the Image of Mexico as a Vacation Destination and the Influence of Geographical Location Upon That Image. *Journal of Travel Research*, 17(4), 18–23.
- Crooks, V., Kingsbury, P., Snyder, J., y Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 10(1), 266.
- Crotts, J. C., y Erdmann, R. (2000). Does national culture influence consumers' evaluation of travel services? A test of Hofstede's model of cross-cultural differences. *Managing Service Quality*, 10(6), 410–419.
- Daechun, A. (2013). Understanding Medical Tourists in Korea: Cross-Cultural Perceptions of Medical Tourism among Patients from the USA, Russia, Japan, and China. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 19(10), 1141–1169.
- Dann, G. M. S. (1977). Anomie, ego-enhancement and tourism. *Annals of Tourism Research*, 4(4), 184–194.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology, *MIS Quarterly*, 13(3), 319.
- Dawar N, Parker PM, Price LJ. 1996. A cross- cultural study of interpersonal information exchanges. *Journal of International Business Studies*, 27(3rd quarter): 497–516.
- De la Hoz-Correa, A. (2012). Caracterización del turismo de bienestar: Análisis de las motivaciones y determinantes de la intención de visita (Master's thesis), Universidad de Granada, Granada.
- De la Hoz-Correa, A., Muñoz-Leiva, F., y Bakucz, M. (2018). Past themes and future trends in medical tourism research: A co-word analysis. *Tourism Management*, 65, 200–211.
- Del Barrio, S. y Luque, T. (2012). Análisis de ecuaciones estructurales. En técnicas de análisis de datos en investigación de mercados. Coordinado por Luque, T. Barcelona: Pirámide.
- DeVellis, R. (2003). *Scale development: theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Díaz, G., Moreno, S., y Beerli, A. (2004). La autocongruencia con la imagen de los lugares como factor explicativo de la selección de los destinos turísticos. *Selección de Investigaciones Empresariales*, 295–322.
- Dunn, H. (1959). High-level wellness for man and society. *American Journal of Public Health*, 49(6), 786–792.
- Echtner, C. M. (1991). The Measurement of Destination Image (Master's thesis), The University of Calgary, National Library of Canada.
- Echtner, C. M., y Ritchie, J. R. B. (1991). The Meaning and Measurement of Destination Image. *Journal of Tourism Studies*, 2(2), 2–12.
- Ehrbeck, T., Guevara, C., y Mango, P. D. (2008). Mapping the market for medical travel. *The McKinsey Quarterly*, (2), 1–11. Disponible en: http://www.lindsayresnick.com/Resource_Links/MedicalTravel.pdf

- Eissler, L. A., y Casken, J. (2013). Seeking health care through international medical tourism. *Journal of Nursing Scholarship Scholarship*, 45(2), 177-184.
- Elosua, P. (2005). Evaluación progresiva de la invarianza factorial entre las versiones original y adaptada de una escala de autoconcepto. *Psicothema*, 17(2), 356-362.
- Erickson, G., Johansson, J., y Chao, P. (1984). Image Variables in Multi-Attribute Product Evaluations: Country-of-Origin Effects. *Journal of Consumer Research*, 11(2), 694-699.
- Fakeye, P. C., y Crompton, J. L. (1991). "Image Differences between Prosepective, First Time, and Repeat Visitors, to Lower Rio Grande, Valley. *Journal of Travel Research*, 30(2), 10-16.
- Fakeye, P. C., y Crompton, J. L. (1991). Image differences between prospective, first-time, and repeat visitors to the lower Rio Grande valley. *Journal of Travel Research*, 30(2), 10-16
- Fodness, D. (1994). Measuring tourist motivation. *Annals of Tourism Research*, 21(3), 555-581.
- Fodness, D., y Murray, B. (1997). Tourist information search. *Annals of Tourism Research*, 24(3), 503-523.
- Fodness, D., y Murray, B. (1999). A Model of Tourist Information Search Behavior. *Journal of Travel Research*, 37(1), 220-230.
- Fornell, C., y Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Frías, D. M., Rodríguez, M. A., y Castañeda, J. (2008). Internet vs. travel agencies on pre-visit destination image formation: An information processing view. *Tourism Management*, 29(1), 163-179.
- Frias-Jamilena, D. M., Del Barrio-Garcia, S., y Lopez-Moreno, L. (2012). Determinants of Satisfaction with Holidays and Hospitality in Rural Tourism in Spain: The Moderating Effect of Tourists' Previous Experience. *Cornell Hospitality Quarterly*, 54(3), 294-307.
- Fuchs, G., y Reichel, A. (2011) Health Tourists Visiting a Highly Volatile Destination, *Anatolia*, 21(2), 205-225,
- Gallarza, M. G., Saura, I. G., y García, H. C. (2002). Destination image: Towards a Conceptual Framework. *Annals of Tourism Research*, 29(1), 56-78.
- Gan, L. L., y Frederick, J. R. (2013). Medical tourists: who goes and what motivates them? *Health Marketing Quarterly*, 30(2), 177-194.
- Gartner, W. C. (1986). Temporal influences on image change. *Annals of Tourism Research*, 13, 635-644
- Gartner, W. C. (1993). Image Formation Process. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 2(2-3), 191-215.
- Gholipour, H. F., y Tajaddini, R. (2014). Cultural dimensions and outbound tourism. *Annals of Tourism Research*, 49, 203-205.

- Gill, H., y Singh, N. (2011). Exploring the Factors that Affect the Choice of Destination for Medical Tourism. *Journal of Service Science and Management*, 4(3), 315-324.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., y Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16(6), 1145-1155.
- Goodman, J.S.; Blum, T.C. (1996): "Assesing the non-random sampling effects of subject attribution in longitudinal research", *Journal of Management*, 22 (4), pp.627-652
- Goodrich, J. N., y Goodrich, G. E. (1987). Health-care tourism — an exploratory study. *Tourism Management*, 8(3), 217-222.
- Gunn, C. (1988). "Vacations cape: Design in Tourist Regions". Van Nostrand Reinhold. New York, (2ª Ed.), 208pp
- Gursoy, D., y McCleary, K. W. (2004). An integrative model of tourists' information search behavior. *Annals of Tourism Research*, 31(2), 353-373.
- Gursoy, D., y Terry, W. (2004). Tourist information search behavior: Cross-cultural comparison of European union member states. *International Journal of Hospitality Management*, 23(1), 55-70.
- Guy, B. S., Henson, J. L. N., y Dotson, M. J. (2015). Characteristics of consumers likely and unlikely to participate in medical tourism. *International Journal of Healthcare Management*, 8(2), 68-76.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1999). *Análisis multivariante*. 5a ed. Prentice Hall Madrid
- Hall, M. (2011). Health and medical tourism: A kill or cure for global public health? *Tourism Review*, 66(1/2), 4-15.
- Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., y Lunt, N. (2014). What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK national health service as an example of a public health care system. *Journal of Travel Medicine*, 21(6), 410-417.
- Hanlan, J., y Kelly, S. (2005). Image Formation, Information Sources and an Iconic Australian Tourist Destination. *Journal of Vacation Marketing*, 11(2), 163-177.
- Harris, D. M., y Guten, S. (1979). Health-Protective Behavior : An Exploratory Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17-29.
- Hennig-Thurau, T., Gwinner, K. P., Walsh, G., y Gremler, D. D. (2004). Electronic word-of-mouth via consumer-opinion platforms: What motivates consumers to articulate themselves on the Internet? *Journal of Interactive Marketing*, 18(1), 38-52.
- Henson, J. N., Guy, B. S., y Dotson, M. J. (2015). Should I stay or should I go?: Motivators, decision factors, and information sources influencing those predisposed to medical tourism. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 4-14.

- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., y Song, H. (2010). A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236–251.
- Hirschman, E., y Holbrook, M. (1982). Hedonic Consumption: Emerging Concepts, Methods and Propositions. *Journal of Marketing*, 46(3), 92-101.
- Ho, C. I., Lin, M. H., y Chen, H. M. (2012). Web users' behavioural patterns of tourism information search: From online to offline. *Tourism Management*, 33(6), 1468–1482.
- Hofstede, G. (1984). Cultural dimensions in management and planning. *Asia Pacific Journal of Management*, 1(2), 81–99.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations across Nations*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., y Packer, C. (2010). Medical tourism today: ¿what is the state of existing knowledge?. *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 185–198.
- Horowitz, M. D., y Rosensweig, J. a. (2007). Medical tourism - Health care in the global economy. *The Physician Executive*, 33(6), 24–30.
- Hosany, S., Ekinci, Y., y Uysal, M. (2007). Destination image and destination personality. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, 1(1), 62–81.
- Hosany, S., y Martin, D. (2012). Self-image congruence in consumer behavior. *Journal of Business Research*, 65(5), 685–691.
- Hu, Y., y Ritchie, J. R. B. (1993). Measuring Destination Attractiveness: A Contextual Approach. *Journal of Travel Research*, 32, 25–34.
- Hulin, C., Netemeyer, R., and Cudeck, R. (2001). Can a Reliability Coefficient Be Too High? *Journal of Consumer Psychology*, 10 (1), 55-58.
- Hunt, D. J. (1975). Image as a Factor in Tourism Development. *Journal of Travel Research*, 13(3), 1–7.
- Ishida, K. (2011). *The effects of traditional and electronic word of mouth on destination image of vacation tourists: A case of Branson, Missouri*. Oklahoma State University.
- Jacobsen, J. K. S., y Munar, A. M. (2012). Tourist information search and destination choice in a digital age. *Tourism Management Perspectives*, 1(1), 39–47.
- Jang, S., Bai, B., Hu, C., y Wu, C. M. E. (2009). Affect, travel motivation, and travel intention: A senior market. *Journal of Hospitality and Tourism Research*, 33(1), 51–73. <https://doi.org/10.1177/1096348008329666>
- Jang, S. C., y Feng, R. (2007). Temporal destination revisit intention: The effects of novelty seeking and satisfaction. *Tourism Management*, 28(2), 580–590.
- Jang, S. C., y Wu, C. M. E. (2006). Seniors' travel motivation and the influential factors: An examination of Taiwanese seniors. *Tourism Management*, 27(2), 306–316.

- Jeong, C. (2009). *Effects of exposure time to travel information sources on familiarity, destination image and intention to visit* (Doctoral dissertation), Disponible en: ABI/INFORM Collection; ProQuest Dissertations & Theses Global (880896867).
- Jeong, E. H., y Jang, S. C. S. (2011). Restaurant experiences triggering positive electronic word-of-mouth (eWOM) motivations. *International Journal of Hospitality Management*, 30(2), 356–366.
- Johnston, R., Crooks, V. A., y Snyder, J. (2012). “I didn’t even know what I was looking for”: A qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical tourists. *Globalization and Health*, 8(1), 23.
- Johnston, R., Crooks, V., Snyder, J., y Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9(1)(24).
- Kale, S. H. (1995). Grouping Euroconsumers: A Culture-Based Clustering Approach. *Journal of International Marketing*, 3(3), 35–48.
- Karuppan, C. M., y Karuppan, M. (2010). Changing trends in health care tourism. *The Health Care Manager*, 29(4), 349–358.
- Kastenzholz, E. (2010). “Cultural proximity” as a determinant of destination image. *Journal of Vacation Marketing*, 16(4), 313–322.
- Khan, M. J., Chelliah, S., y Haron, M. S. (2016). Medical tourism destination image formation process: A conceptual model. *International Journal of Healthcare Management*, 9(2), 134–143.
- Kim, H., y Chen, J. S. (2015). Destination image formation process: A holistic model. *Journal of Vacation Marketing*, 22(2), 1356766715591870-.
- Koncul, N. (2012). Wellness: A New Mode of Tourism. *Economic Research - Ekonomska Istraživanja*, 25(2), 525–534.
- Konu, H., y Laukkanen, T. (2009, Noviembre). *Roles of Motivation Factors in Predicting Tourists’ Intentions to Make Wellbeing Holidays – A Finnish Case*. En Australian and New Zealand Marketing Academy (ANZMAC) Conference 2009, 1–9.
- Kotler, P. (1982). *Marketing for Nonprofit Organizations*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, New Jersey.
- Lee, M., Han, H., y Lockyer, T. (2012). Medical Tourism—Attracting Japanese Tourists for Medical Tourism Experience. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29(1), 69–86.
- Lee, T. H. (2009). A Structural Model to Examine How Destination Image, Attitude, and Motivation Affect the Future Behavior of Tourists. *Leisure Sciences*, 31(3), 215–236.
- Lim, Y., Chung, Y., y Weaver, P. A. (2012). The impact of social media on destination branding. *Journal of Vacation Marketing*, 18(3), 197–206.
- Lin, C.-H., Morais, D. B., Kerstetter, D. L., y Hou, J.-S. (2007). Examining the Role of Cognitive and Affective Image in Predicting Choice Across Natural,

- Developed, and Theme-Park Destinations. *Journal of Travel Research*, 46(2), 183–194.
- Litvin, S. W., y Kar, G. H. (2004). Individualism/collectivism as a moderating factor to the self-image congruity concept. *Journal of Vacation Marketing*, 10(1), 23–32.
 - Litvin, S. W., Crotts, J. C., y Hefner, F. L. (2004). Cross-cultural tourist behaviour: a replication and extension involving Hofstede's uncertainty avoidance dimension. *International Journal of Tourism Research*, 6(1), 29–37.
 - Litvin, S. W., Goldsmith, R. E., y Pan, B. (2008). Electronic word-of-mouth in hospitality and tourism management. *Tourism Management*, 29(3), 458–468.
 - Liu, B. S., Furrer, O., y Sudharshan, D. (2007). Culture and Behavioral Intentions Toward Services. *Journal of Service Research*, 4(2), 118–129.
 - Liu, I.-C., y Chen, C.-C. (2013). Cultural Issues in Medical Tourism. *American Journal of Tourism Research*, 2(1), 78–83.
 - Llodrà-Riera, I., Martínez-Ruiz, M. P., Jiménez-Zarco, A. I., y Izquierdo-Yusta, A. (2015). A multidimensional analysis of the information sources construct and its relevance for destination image formation. *Tourism Management*, 48, 319–328.
 - Loh, C. P. A. (2014). Health tourism on the rise? Evidence from the balance of payments statistics. *European Journal of Health Economics*, 15(7), 759–766.
 - Lunt, N., y Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27–32.
 - Lunt, N., y Carrera, P. (2011). Systematic review of web sites for prospective medical tourists. *Tourism Review*, 66(1/2), 57–67.
 - Lunt, N., Horsfall, D., y Hanefeld, J. (2016). Medical tourism: A snapshot of evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 88, 37–40.
 - Lunt, N., Smith, R. D., Mannion, R., Green, S. T., Exworthy, M., Hanefeld, J., et al. (2014). Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: A policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches. *Health Services and Delivery Research*, 2(2), 1–234.
 - Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Stephen, T., Horsfall, D., y Mannion, R. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: scoping review*, Paris: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD.
 - Luque, T (1997). Investigación de marketing. Fundamentos. Barcelona: Ariel
 - Luque, T (2000). Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados. Pirámide.
 - Lynn, N., Maung, Y., y Walsh, J. (2014). Decision Factors in Medical Tourism : Evidence from Burmese Visitors to a Hospital in Bangkok. *Journal of Economics and Behavioral Studies*, 6(2), 84–94.
 - MacKay, K. J., y Fesenmaier, D. R. (1997). Pictorial element of destination in image formation. *Annals of Tourism Research*, 24(3), 537–565.
 - Maholtra, N.K. (1997). *Investigación de Mercados. Un enfoque práctico* 2ª Ed. México. Prentice Hall Hispanoamericana.

- Malhotra, N. (1988). Self-concept and product choice: An integrated perspective. *Journal of Economic Psychology*, 9, 1–28.
- Mansfeld, Y. (1992). From motivation to actual travel. *Annals of Tourism Research*, 19(3), 399–419.
- Marinao, E., Vilches-Montero, S., y Chasco, C. (2015). Antecedents of tourism destination reputation: The mediating role of familiarity. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 26, 147–152.
- Martínez, J. a. (2014). A methodological proposal to evaluate a city image through associative maps. *Cuadernos de Gestión*, 14(1), 75–96.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Mason, A., y Wright, K. B. (2011). Framing medical tourism: an examination of appeal, risk, convalescence, accreditation, and interactivity in medical tourism web sites. *Journal of Health Communication*, 16(2008), 163–177.
- McCartney, G. (2008). Does one culture all think the same? An investigation of destination image perceptions from several origins. *Tourism Review*, 63(4), 13–26.
- Mechinda, P., y Serirat, S. (2010). An examination of tourists' loyalty towards medical tourism in Pattaya, Thailand. *International Business & Economics Reseach Journal*, 9(1), 55–70.
- Meghani, Z. (2011). A robust, particularist ethical assessment of medical tourism. *Developing World Bioethics*, 11(1), 16–29.
- Mehrabian, A., y Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology*. Cambridge, MA, US: The MIT Press.
- Meng, F. (2010). Individualism/collectivism and group travel behavior: a cross-cultural perspective. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, 4(4), 340–351.
- Milman, A. y Pizam, A. (1995). The Role of Awareness and Familiarity with a Destination: The Central Florida Case. *Journal of Travel Research*, 33(3), 21–27.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009). *Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia*. McKinsey & Company. Disponible: <https://www.ptp.com.co/documentos/Plan%20de%20Negocios%20Turismo%20de%20Salud.pdf>.
- Moghimehfar, F., y Nasr-Esfahani, M. H. (2011). Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. *Tourism Management*, 32(6), 1431–1434.
- Mohamad, W. N., Omar, A., y Haron, M. S. (2012). The Moderating Effect of Medical Travel Facilitators in Medical Tourism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 65, 358–363.
- Mohammad, B. A. M. A.-H., y Som, A. P. M. (2010). An Analysis of Push and Pull Travel Motivations of Foreign Tourists to Jordan. *International Journal of Business and Management*, 5(12), 41–50.

- Money, R. B., y Crofts, J. C. (2003). The effect of uncertainty avoidance on information search, planning, and purchases of international travel vacations. *Tourism Management*, 24, 191–202.
- Moreno, S., Beerli, A., y Ledesma, J. de L. (2012). Entender la imagen de un destino turístico: Factores que la integran y la influencia de las motivaciones. *Criterio Libre*, (16), 115–142.
- Mueller, H., y Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5–17.
- Munar, A. M. (2011). Tourist-created content: rethinking destination branding. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, 5(3), 291–305.
- Nicoletta, R., y Servidio, R. (2012). Tourists' opinions and their selection of tourism destination images: An affective and motivational evaluation. *Tourism Management Perspectives*, 4, 19–27.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric*. New York: McGraw-Hill.
- Nunnally J, Bernstein L. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Higher, INC.
- Organización Mundial de Turismo (1998). *Introducción al turismo*. OMT, Madrid.
- Ozan-Rafferty, M. E., Johnson, J. A., Shah, G. H., y Kursun, S. A. (2014). In the words of the medical tourist: An analysis of internet narratives by health travelers to Turkey. *Journal of Medical Internet Research*, 16(2), 1–22.
- Özdemir, G., y Şimşek, Ö. F. (2015). The Antecedents of Complex Destination Image. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 503–510.
- Padilla-Meléndez, A., y Del-Águila-Obra, A.-R. (2016). Health Tourism : Conceptual Framework and Insights from the Case of a Spanish Mature Destination. *Tourism & Management Studies*, 12(1), 86–96.
- Page, S. J. (2009). Current issue in tourism: The evolution of travel medicine research: A new research agenda for tourism? *Tourism Management*, 30(2), 149–157.
- Pearce, P. L. (1982). Perceived changes in holiday destinations. *Annals of Tourism Research*, 9, 145–164.
- Pearce, P. L. (1988). *The Ulysses factor: Evaluating visitors in tourist settings*. New York: Springer-Verlag
- Peter, P. (1981). Construct Validity: A Review of Basic Issues and Marketing Practices. *Journal of Marketing Research*, 18(2), 133–145.
- Phillips, W., y Jang, S. C. (2010). Destination image differences between visitors and non-visitors. *International Journal of Tourism Research*, 12, 642–645.
- Pike, S. (2002). Destination Image Analysis: A Review of 142 Papers from 1973-2000. *Tourism Management*, 23(5), 541–549. [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(02\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(02)00005-5)

- Qu, H., Kim, L. H., y Im, H. H. (2011). A model of destination branding: Integrating the concepts of the branding and destination image. *Tourism Management*, 32(3), 465-476.
- Ramírez de Arellano, A. (2011). Medical tourism in the Caribbean. *Signs*, 36(2), 289-297.
- Ramírez de Arellano, A. B. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1), 193-198.
- Ranganathan, C.; Ganapathy, S. (2002): "Key dimensions of business-to-consumer web sites", *Information & Management*, 39, pp. 457-465.
- Reisinger, Y., y Turner, L. W. (2002). Cultural Differences between Asian Tourist Markets and Australian Hosts: Part 2. *Journal of Travel Research*, 40(4), 385-395.
- Reza Jalilvand, M., y Samiei, N. (2012). The impact of electronic word of mouth on a tourism destination choice. *Internet Research*, 22(5), 591-612.
- Reza, M., Samiei, N., Dini, B., y Yaghoubii, P. (2012). Examining the structural relationships of electronic word of mouth, destination image, tourist attitude toward destination and travel intention: An integrated approach. *Journal of Destination Marketing and Management*, 1(1-2), 134-143.
- Richardson, S. L., y Crompton, J. L. (1988). Cultural variations in perceptions of vacation attributes. *Tourism Management*, 9(2), 128-136.
- Rifon, N. J.; LaRose, R.; Choi, S. M. (2005): "Your privacy is sealed: Effects of web privacy seals on trust and personal disclosures", *The Journal of Consumer Affairs*, 39 (2), pp. 339-362
- Rincón, R. (2013). Need surgery? Come to Spain. *El País*, 1-11. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2013/03/18/inenglish/1363619231_223228.html
- Ritchie, J. R. B., y Zins, M. (1978). Culture as determinant of the attractiveness of a tourism region. *Annals of Tourism Research*, 5(2), 252-267.
- Rodríguez, M. Á., Frías-Jamilena, D.-M., y Castañeda-García, J. A. (2012). The moderating role of past experience in the formation of a tourist destination's image and in tourists' behavioural intentions. *Current Issues in Tourism*, 16(May 2013), 1-21.
- Roehl, W. S., y Fesenmaier, D. R. (1992). Risk perceptions and pleasure travel: an exploratory analysis. *Journal of Travel Research*, 30(4), 17-26.
- Runnels, V., y Carrera, P. M. (2012). Why do patients engage in medical tourism? *Maturitas*, 73(4), 300-304.
- Russell, J. A., y Pratt, G. (1980). A description of the affective quality attributed to environments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(2), 311-322.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychological Association*, 55(1), 68-78.
- Saiprasert, W. (2011). *An examination of the medical tourists motivational behavior and perception: A structural model*. (Doctoral Dissertation), Oklahoma State University.

- San Martín, H., y Rodríguez, I. (2010). Un enfoque de gestión de la imagen de marca de los destinos turísticos basado en las características del turista. *Análisis Turístico*, (9), 5-13.
- San Martín, H., y Rodríguez, I. A. (2008). Exploring the cognitive-affective nature of destination image and the role of psychological factors in its formation. *Tourism Management*, 29(2), 263-277.
- Sanyanunthana, K., y Benabdelhafid, A. (2015). The Value Added Tourism Logistics Industry of Thailand. *Journal of Tourism & Hospitality*, 4(5), 2-6.
- Sarwar, A. A. M., Manaf, N. A., y Omar, A. (2012). Medical tourist's perception in selecting their destination: A global perspective. *Iranian Journal of Public Health*.41(8), pp.1-7.
- Shahijan, M. K., Rezaei, S., Preece, C. N., y Ismail, W. K. W. (2015). International Medical Travelers' Behavioral Intention: An Empirical Study in Iran. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 8408(August), 1-28.
- Sharma, A. (2013). Medical tourism: Emerging challenges and future prospects. *International Journal of Business and Management Invention*, 2(1), 21-29.
- Shenfield, F., De Mouzon, J., Pennings, G., Ferraretti, A. P., Nyboe Andersen, A., De Wert, G., y Goossens, V. (2010). Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*, 25(6), 1361-1368. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq057>
- Singh, N. (2013). Exploring the factors influencing the travel motivations of US medical tourists. *Current Issues in Tourism*, 16(5), 436-454.
- Sirgy, J. M. (1982). Self-Concept in Consumer Behavior: A Critical Review. *Journal of Consumer Research*, 9(3), 287-300.
- Sirgy, M. J. (1986). Self-congruity: Toward a theory of personality and cybernetics. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group
- Sirgy, M. J., y Su, C. (2000). Destination Image, Self-Congruity, and Travel Behavior: Toward an Integrative Model. *Journal of Travel Research*, 38(4), 340-352.
- Sirgy, M. J., Grewal, D., Mangleburg, T. F., Park, J., Chon, K., Claiborne, C. B., y Berkman, H. (1997). Assessing the Predictive Validity of Two Methods of Measuring Self-Image Congruence. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(3), 229-241.
- Smith, M., y Puczko, L. (2009). History, definitions, and scope. In *Health and Wellness Tourism* (pp. 21-38). Butterworth - Heinemann.
- Smith, P., y Forgione, D. (2007). Global Outsourcing of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model. *Journal of Information Technology Case & Application Research*, 9(3), 19-30.
- Smith, R., Martínez Alvarez, M., y Chanda, R. (2011). Medical tourism: A review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy*, 103(2e3), 276-282.

- Snyder, J., Crooks, V., y Turner, L. (2011). Issues and Challenges in Research on the Ethics of Medical Tourism: Reflections from a Conference. *Journal of Bioethical Inquiry*, 8(1), 3–6.
- Sönmez, S. F., y Graefe, A. R. (1998). Influence of terrorism risk on foreign tourism decisions. *Annals of Tourism Research*, 25(1), 112–144.
- Steenkamp, J. E. M., y Baumgartner, H. (1998). Assessing Measurement Invariance in Cross-National Consumer Research. *Journal of Consumer Research*, 25(1), 78–107.
- Stern, E., y Krakover, S. (1993). The formation of a Composite Urban Image. *Geographical Analysis*, 25(2).
- Sultana, S., Haque, A., Momen, A., y Yasmin, F. (2014). Factors affecting the attractiveness of medical tourism destination: An empirical study on India-review article. *Iranian Journal of Public Health*.43 (7), pp. 867-876.
- Sung, E., y Ozuem, W. (2014). An analysis of the determinants of medical tourism: South Korean perspective. En N. Delener, L. Fuxman, F. Victor Lu, y S. Rodrigues (Eds.), *Sixteenth Annual International Conference. Managing in an Interconnected World: Pioneering Business and Technology Excellence* (pp. 598–607). Baku, Azerbaijan: Global Business and Technology Association.
- Tasci, A. D. A., y Gartner, W. C. (2007). Destination Image and Its Functional Relationships. *Journal of Travel Research*, 45(4), 413–425.
- Tasci, A. D. A., Gartner, W. C., y Tamer, S. (2007). Conceptualization and Operationalization of Destination Image. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 31(2), 194–223.
- Trusov, M., Bucklin, R. E., y Pauwels, K. (2009). Effects of Word-of-Mouth Versus Traditional Marketing: Findings from an Internet Social Networking Site. *Journal of Marketing*, 73(5), 90–102.
- Turner, L. (2007). “First World Health Care at Third World Prices”: Globalization, Bioethics and Medical Tourism. *BioSocieties*, 2, 303–325.
- Um, S., y Crompton, J. L. (1990). Attitude determinants in tourism destination choice. *Annals of Tourism Research*, 17, 432–448.
- Um, S., y Crompton, J. L. (1992). The Roles of Perceived Inhibitors and Facilitators in Pleasure Travel Destination Decisions. *Journal of Travel Research*, 30(3), 18–25.
- Um, S., Chon, K., y Ro, Y. H. (2006). Antecedents of revisit intention. *Annals of Tourism Research*, 33(4), 1141–1158.
- Uysal, M., McDonald, C. D., y Reid, L. J. (1990). Sources of information used by international visitors to U.S. parks and natural areas. *Journal of Park and Recreation Administration*, 8 (1), 51-59
- Veerasoontorn, R., y Beise-Zee, R. (2010). International hospital outshopping: a staged model of push and pull factors. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(3), 247–264.

- Venkatesh, V.; Morris, M. G.; Davis, G. B.; Davis, F. D. (2003): “User acceptance of Information Technology: Toward a unified view”, *MIS Quarterly*, 27 (3), pp. 425-478.
- Vermeulen, I. E., y Seegers, D. (2009). Tried and tested: The impact of online hotel reviews on consumer consideration. *Tourism Management*, 30(1), 123–127.
- VISA - Oxford Economics. (2014). Mapping the Future of Global Travel and Tourism. Disponible en: <https://usa.visa.com/dam/VCOM/global/partner-with-us/documents/global-travel-and-tourism-insights-by-visa.pdf>
- Vogt, C. A., y Fesenmaier, D. R. (1998). Expanding the functional information search model. *Annals of Tourism Research*, 25(3), 551–578.
- Welkenhuysen-Gybels, J., y Van de Vijver, F. J. (2001). A Comparison of Methods for the Evaluation of Construct Equivalence in a Multigroup Setting. En *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association* (pp. 1–7).
- Whittaker, A. (2008). Pleasure and pain: Medical travel in Asia. *Global Public Health*, 3(3), 271–290.
- Woo, E., y Schwartz, Z. (2014). Towards Assessing the Knowledge Gap in Medical Tourism. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 15(2), 213–226.
- Woodside AG y Ahn, I. (2008) Culture’s consequences on experiencing international tourism services and products: quantitative and qualitative fuzzy-set testing of an integrative theory of national culture applied to the consumption behaviors of Asian, European, and North American consumers. In: Woodside AG and Martin D (eds) *Tourism Management: Analysis, Behavior, and Strategy*. Oxford: CABI, pp. 28–61.
- Woodside, A. G., y Lysonski, S. (1989). A General Model of Traveler Destination Choice. *Journal of Travel Research*, 27(4), 8–14.
- Xu, P. (2007). The effectiveness of business to business word of mouth marketing strategies (Doctoral Dissertation). Purdue University. Disponible en: <https://docs.lib.purdue.edu/dissertations/AAI3307385/>
- Yacout, O. M., y Hefny, L. I. (2014). Use of Hofstede’s cultural dimensions, demographics, and information sources as antecedents to cognitive and affective destination image for Egypt. *Journal of Vacation Marketing*, 21(1), 37–52.
- Ye, B. H., Qiu, H. Z., y Yuen, P. P. (2011). Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management*, 32(5), 1125–1127.
- Yeoh, E., Othman, K., y Ahmad, H. (2013). Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. *Tourism Management*, 34, 196–201.
- Yoon, Y., y Uysal, M. (2005). An examination of the effects of motivation and satisfaction on destination loyalty: A structural model. *Tourism Management*, 26(1), 45–56.

- Yoo, B., y Donthu, N. (2002), “The effects of marketing education and individual cultural values on marketing ethics of students”, *Journal of Marketing Education*, 24 (2), pp. 92-103.
- Yu, J. Y., Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33(1), 80–88.

Anexo I.

Cuestionario empleado

INSTRUCCIONES

El grupo de investigación ADEMAR de la Universidad de Granada está interesado en comprender mejor las razones por las que una persona viaja a otro país para acceder a servicios médicos u odontológicos (término conocido como turismo médico).

Con su ayuda esperamos contribuir a mejorar el conocimiento sobre este tema que es de interés creciente para muchos países desde el punto de vista cultural, social y económico. Queremos resaltar que las respuestas son anónimas, garantizando así la total confidencialidad de las mismas que serán tratadas de forma agregada y conjunta.

CUESTIONARIO

¿Ha viajado alguna vez a otro país para acceder a servicios médicos u odontológicos

| |
|----|
| Sí |
|----|

| |
|----|
| No |
|----|

¿A qué país?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

¿Cuántas veces en los últimos 5 años?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 vez | <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> 3 veces o más | <input type="checkbox"/> No he viajado en los últimos 5 años |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|--|

¿Qué tipo de intervención se ha realizado?

- Cirugía cosmética
- Odontología (general, restaurativa, cosmética...)
- Cardiovascular (angioplastia, transplantes...)
- Ortopedia (articulaciones, columna vertebral, medicina deportiva...)
- Tratamientos contra el cáncer
- Reproductiva (fertilidad, fecundación in vitro..)
- Pérdida de peso (Banda, bypass gástrico...)
- Chequeos médicos, segundas opiniones
- Otro, cuál?

Que usted decida viajar a otro país para acceder a cuidados médicos en los próximos 5 años es:

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Muy probable | <input type="checkbox"/> Probable | <input type="checkbox"/> Neutral | <input type="checkbox"/> Improbable | <input type="checkbox"/> Muy Improbable |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|

Mencione las 3 palabras que vienen a su mente cuando piensa en el término "turismo médico"

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Mencione 3 países a los que consideraría ir si necesitara realizarse tratamientos médicos:

| | |
|--|--|
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Piense en el típico turista que viaja a _____. Imagine las características que tienen las personas que viajan a este destino (por ej. Yo imagino que el típico turista que viaja a _____ es una persona elegante o vulgar, joven o vieja, etc). Una vez hecho esto, indique su grado de acuerdo o desacuerdo, con las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1= Totalmente en desacuerdo; 7= Totalmente de acuerdo.

La imagen que tengo de los turistas que visitan a _____ es coherente con...

| | |
|--|---------------|
| ... cómo me veo a mí mismo | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... cómo me gustaría verme a mí mismo | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... cómo creo que los otros me ven | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... cómo me gustaría que los otros me vieran | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |

Evalúe la siguiente afirmación en un grado de 1 a 5, donde 1= Muy negativa/Muy mala; 5= Muy positiva/Muy buena.

La imagen que tengo de _____ es:

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|--------------|
| Muy negativa | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | Muy positiva |
| Muy mala | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | Muy buena |

Por favor, marque un valor en cada línea para mostrar sus sentimientos sobre _____ como un destino de turismo médico

| | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| Desagradable | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | Agradable |
| Aburrido | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | Estimulante |
| Triste | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | Alegre |
| Estresante | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | Relajante |
| Arriesgado | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | Seguro |

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1= Totalmente en desacuerdo; 7= Totalmente de acuerdo.

Como destino _____ es/tiene:

| | |
|---|---------------|
| infraestructura de calidad (carreteras, aeropuerto, transporte, etc.) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| infraestructura hotelera suficiente | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| cuenta con un clima agradable | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| paisajes hermosos/attractivos naturales como playas, bosques, montañas, etc. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| lugares de interés histórico o cultural | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... cuenta con una buena red de información turística | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... ofrece facilidad en el trámite del visado e inmigración | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... de fácil acceso desde mi país (numerosos vuelos, conexiones) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... tiene una buena reputación como destino turístico | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| tiene cultura/religión similar a la mía | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| es un destino seguro (pocos robos, disturbios, etc.) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |

Usando la misma escala, evalúe a _____ como destino de turismo médico.

El país de destino está/ tiene ...

| | |
|--|---------------|
| ... facilidad para planificar el viaje y los tratamientos desde mi país | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... referenciado en portales de asociaciones e intermediarios de turismo médico | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... cuenta con hospitales y clínicas con acreditación internacional | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... tiene hospitales con buena reputación y reconocimiento | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... cuenta con infraestructura hospitalaria suficiente y de estándares mundiales | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... hospitales/clínicas que siguen estándares internacionales de higiene y limpieza | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... desarrolla tratamientos pioneros | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... médicos cualificados/ expertos en el área de mi interés | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... hospitales/clínicas con personal que habla mi idioma | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... cuenta con fácil asistencia de las autoridades locales en caso de algún problema médico | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1= Totalmente en desacuerdo; 7= Totalmente de acuerdo. | |
| En lo que se refiere a los servicios médicos, viajé/ viajaría a _____ porque me ofrece... | |
| ... tratamientos médicos menos costosos que en mi país | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... una cantidad significativa de ahorro | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... calidad comparable de los servicios médicos | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... acceso a la tecnología más avanzada para mi tratamiento/ intervención | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... la oportunidad de combinar servicios médicos con vacaciones | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... una variedad de atractivos turísticos existentes para pacientes en recuperación | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... oferta turística complementaria para mi acompañante | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... combinar servicios médicos con la visita a amigos o familiares | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... menor tiempo de espera para servicios médicos que en mi país | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... conocer nuevos destinos y culturas | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... el acceso a tratamientos médicos que no están permitidos en mi país | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... tratamientos médicos que no están cubiertos por mi aseguradora | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... disponibilidad y variedad de servicios médicos | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... privacidad y confidencialidad | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Indique cuáles de las siguientes fuentes de información utilizó para decidirse a viajar a _____ a realizarse intervenciones médicas. | |
| <input type="checkbox"/> Consejo profesional de un doctor en mi país | |
| <input type="checkbox"/> Recomendación de amigos o familiares | |
| <input type="checkbox"/> Testimonios de pacientes que se han practicado cirugías en el exterior | |
| <input type="checkbox"/> Página web no comerciales (ej, foros online, blogs de turismo médico, asociaciones) | |

| | |
|--|---------------|
| profesionales) | |
| <input type="checkbox"/> Páginas webs comerciales (por ej. de clínicas, hospitales, agencias de turismo médico) | |
| <input type="checkbox"/> Información a través de redes sociales | |
| <input type="checkbox"/> Información ofrecida por mi aseguradora | |
| <input type="checkbox"/> Información ofrecida por representantes de agencias de viajes relacionadas con turismo médico | |
| <input type="checkbox"/> Publicidad impresa sobre el destino (folletos, revistas, catálogos) | |
| <input type="checkbox"/> Documentales, noticias en medios masivos de comunicación (radio, periódicos, TV) | |
| <input type="checkbox"/> Exhibiciones, ferias sobre turismo médico | |
| Valore el grado de importancia de las siguientes fuentes de información al decidirse a viajar a _____, donde 1= Nada importante; 7= Muy importante | |
| Consejo profesional de un doctor en mi país | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Recomendación de amigos o familiares | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Testimonios de pacientes que se han practicado cirugías en el exterior | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Página web no comerciales (ej, foros online, blogs de turismo médico, asociaciones profesionales) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Páginas webs comerciales (por ej. de clínicas, hospitales, agencias de turismo médico) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Información a través de redes sociales | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Información ofrecida por mi aseguradora | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Información ofrecida por representantes de agencias de viajes relacionadas con turismo médico | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Publicidad impresa sobre el destino (folletos, revistas, catálogos) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Documentales, noticias en medios masivos de comunicación (radio, periódicos, TV) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Exhibiciones, ferias sobre turismo médico | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Por favor indique la probabilidad que existe para usted de que se presenten las siguientes situaciones al viajar a (destino seleccionado) para acceder a servicios médicos, donde 1= Extremadamente improbable, 7= Extremadamente probable. | |
| ... que el tratamiento médico deseado no salga como esperaba | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... que los costos totales (tratamiento y otros gastos) no representen grandes ahorros | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... que mi condición de salud se empeore como resultado de viajar a (destino seleccionado) | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... la posibilidad de daño físico o lesión debido a un accidente | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| ... la posibilidad de verme envuelto en algún tipo de agitación política durante mi estancia en este país. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones de 1 a 7, donde 1= totalmente en desacuerdo y 7=totalmente de acuerdo | |
| Visitaría _____ en lugar de cualquier otro destino médico | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Si en el futuro necesito un procedimiento/intervención quirúrgica visitaré hospitales de este destino | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Recomendaré _____ como destino médico a aquellos que quieran consejos de viaje | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |

| | |
|---|---------------|
| Hablaré a otros positivamente sobre este lugar como destino médico | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| Indique su género | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | |
| <input type="checkbox"/> Masculino | |
| País de origen | |
| <input type="checkbox"/> Suiza | |
| <input type="checkbox"/> Suecia | |
| <input type="checkbox"/> Francia | |
| <input type="checkbox"/> Estados Unidos | |
| <input type="checkbox"/> Perú | |
| <input type="checkbox"/> Ecuador | |
| <input type="checkbox"/> Otro, cuál? | |
| País de residencia | |
| _____ | |
| Rango de edad en el que se encuentra | |
| <input type="checkbox"/> 18-20 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 71 o más | |
| Situación familiar actual | |
| <input type="checkbox"/> Soltero | |
| <input type="checkbox"/> Casado | |
| <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado | |
| <input type="checkbox"/> Viviendo con la pareja | |
| <input type="checkbox"/> Viudo | |
| <input type="checkbox"/> Otras situaciones | |
| Nivel aproximado de ingresos anuales en su hogar | |
| <input type="checkbox"/> Menos de 8.000€ | |
| <input type="checkbox"/> 8.001 €- 25.000€ | |
| <input type="checkbox"/> Más de 25.000€ | |
| Situación laboral actual | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | |
| <input type="checkbox"/> Inactivo | |
| <input type="checkbox"/> Empleado | |
| <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia | |
| Nivel de estudios alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> Sin estudios/primarios | |
| <input type="checkbox"/> Estudios secundarios | |
| <input type="checkbox"/> Estudios universitarios/posgrado | |
| <input type="checkbox"/> Otros estudios, ¿cuál? | |
| Número de hijos | |
| <input type="checkbox"/> 0 | |
| <input type="checkbox"/> 1 | |
| <input type="checkbox"/> 2-3 | |
| <input type="checkbox"/> 4 o más | |

Anexo II.

Tablas derivadas del análisis de datos

Figura 37. Dendograma de Ward para países europeos

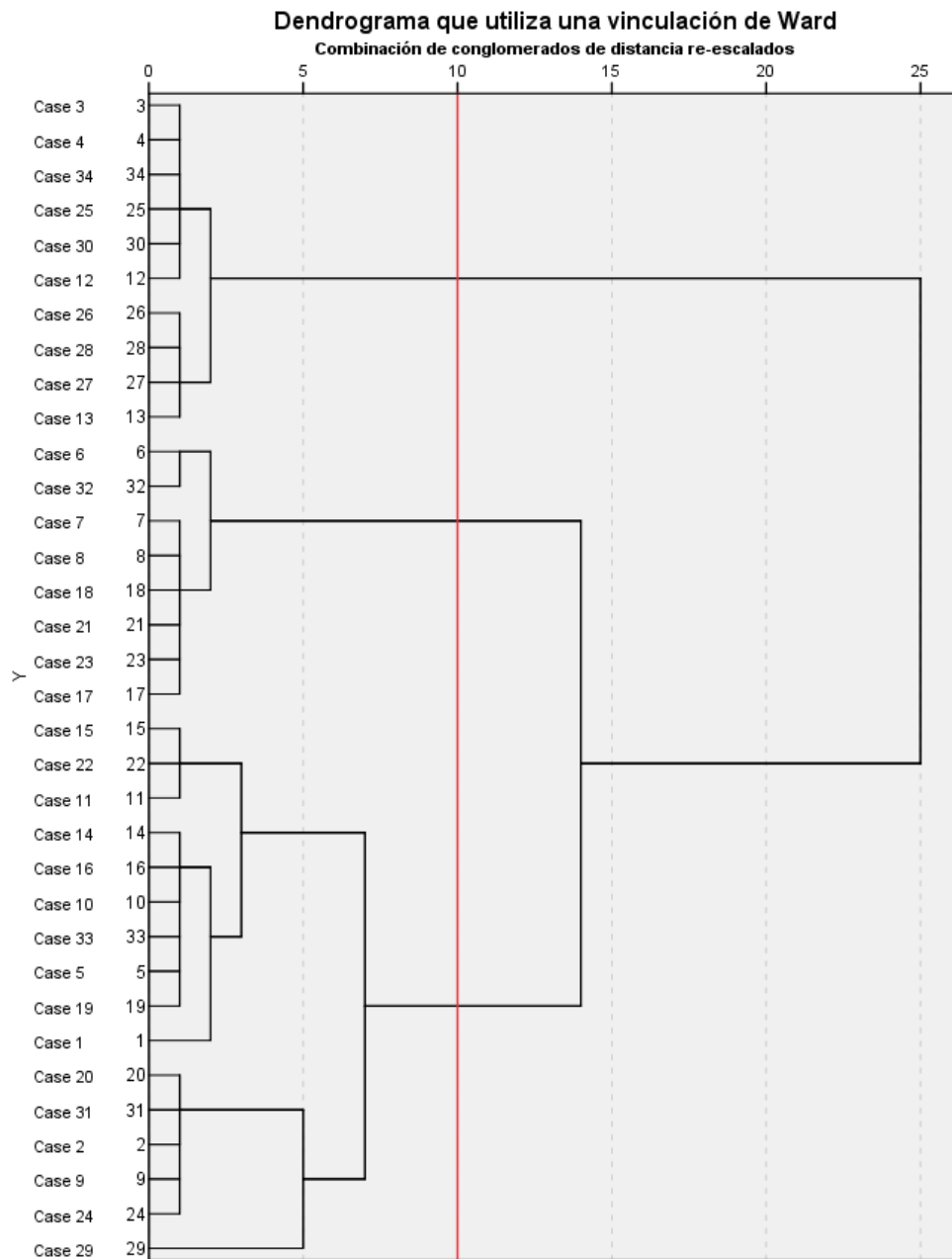


Figura 38. Dendrograma para países americanos

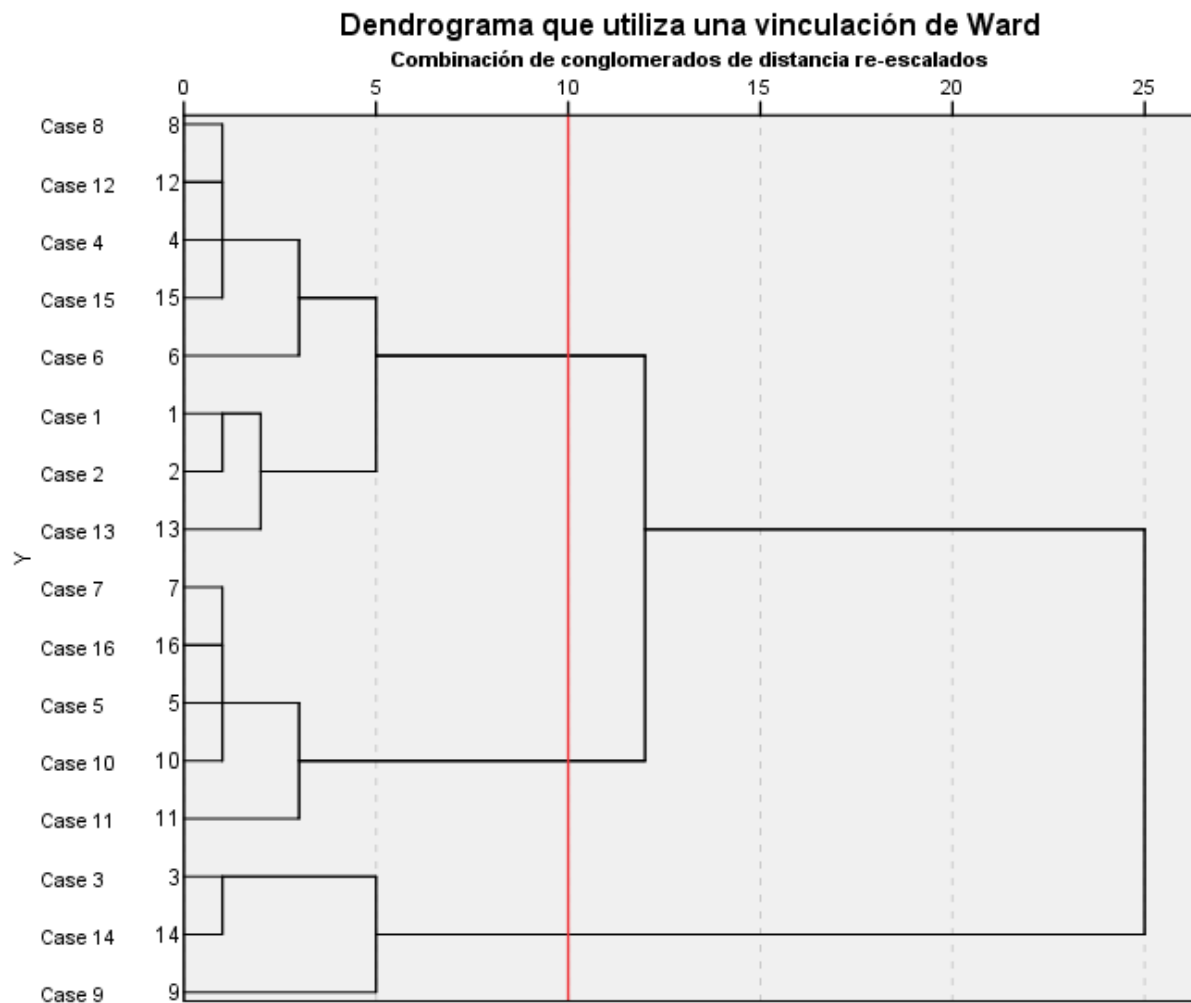


Tabla 96. Estadísticos descriptivos de los ítems utilizados

| Variables | N | Media | Dev. típ. | Asimetría | | Curtosis | |
|-----------|-----|-------|-----------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| AUTO1 | 534 | 5,01 | 1,46 | -0,61 | 0,11 | 0,08 | 0,21 |
| AUTO2 | 534 | 5,04 | 1,46 | -0,64 | 0,11 | 0,15 | 0,21 |
| AUTO3 | 534 | 4,78 | 1,48 | -0,47 | 0,11 | -0,14 | 0,21 |
| AUTO4 | 534 | 5,02 | 1,50 | -0,69 | 0,11 | 0,10 | 0,21 |
| IG1 | 534 | 4,16 | 0,88 | -1,01 | 0,11 | 0,95 | 0,21 |
| IG2 | 534 | 4,12 | 0,93 | -1,02 | 0,11 | 0,82 | 0,21 |
| IA1 | 534 | 5,56 | 1,38 | -0,97 | 0,11 | 0,49 | 0,21 |
| IA2 | 534 | 5,37 | 1,42 | -0,80 | 0,11 | 0,38 | 0,21 |
| IA3 | 534 | 5,37 | 1,40 | -0,77 | 0,11 | 0,35 | 0,21 |
| IA4 | 534 | 5,27 | 1,52 | -0,64 | 0,11 | -0,33 | 0,21 |
| IA5 | 534 | 5,30 | 1,55 | -0,72 | 0,11 | -0,20 | 0,21 |
| IC3 | 534 | 5,46 | 1,31 | -0,88 | 0,11 | 0,74 | 0,21 |
| IC4 | 534 | 5,68 | 1,31 | -0,97 | 0,11 | 0,68 | 0,21 |
| IC5 | 534 | 5,66 | 1,26 | -0,92 | 0,11 | 0,83 | 0,21 |
| IC7 | 534 | 5,25 | 1,43 | -0,68 | 0,11 | 0,07 | 0,21 |

| Variables | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | |
|-----------|-----|-------|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| IC8 | 534 | 5,64 | 1,35 | -0,88 | 0,11 | 0,32 | 0,21 |
| IC10 | 534 | 5,22 | 1,49 | -0,68 | 0,11 | -0,06 | 0,21 |
| IC1 | 534 | 5,31 | 1,40 | -0,66 | 0,11 | -0,16 | 0,21 |
| IC2 | 534 | 5,51 | 1,31 | -0,91 | 0,11 | 0,69 | 0,21 |
| IC6 | 534 | 5,49 | 1,29 | -0,84 | 0,11 | 0,51 | 0,21 |
| IC9 | 534 | 5,54 | 1,28 | -0,85 | 0,11 | 0,57 | 0,21 |
| IC11 | 534 | 5,22 | 1,43 | -0,76 | 0,11 | 0,25 | 0,21 |
| IC12 | 534 | 5,07 | 1,44 | -0,58 | 0,11 | 0,01 | 0,21 |
| ICM1 | 534 | 5,22 | 1,33 | -0,39 | 0,11 | -0,34 | 0,21 |
| ICM2 | 534 | 5,04 | 1,25 | -0,26 | 0,11 | -0,04 | 0,21 |
| ICM3 | 534 | 5,26 | 1,29 | -0,36 | 0,11 | -0,32 | 0,21 |
| ICM4 | 534 | 5,36 | 1,28 | -0,52 | 0,11 | -0,03 | 0,21 |
| ICM5 | 534 | 5,30 | 1,28 | -0,40 | 0,11 | -0,23 | 0,21 |
| ICM6 | 534 | 5,37 | 1,25 | -0,38 | 0,11 | -0,28 | 0,21 |
| ICM7 | 534 | 5,29 | 1,30 | -0,29 | 0,11 | -0,45 | 0,21 |
| ICM8 | 534 | 5,47 | 1,29 | -0,48 | 0,11 | -0,42 | 0,21 |
| ICM9 | 534 | 5,26 | 1,48 | -0,61 | 0,11 | 0,03 | 0,21 |
| ICM10 | 534 | 5,14 | 1,34 | -0,33 | 0,11 | -0,19 | 0,21 |
| MOT1 | 534 | 5,14 | 1,67 | -0,69 | 0,11 | -0,30 | 0,21 |
| MOT2 | 534 | 4,97 | 1,59 | -0,61 | 0,11 | -0,11 | 0,21 |
| MOT5 | 534 | 5,49 | 1,41 | -0,98 | 0,11 | 0,87 | 0,21 |
| MOT6 | 534 | 5,37 | 1,38 | -0,85 | 0,11 | 0,66 | 0,21 |
| MOT7 | 534 | 5,22 | 1,41 | -0,74 | 0,11 | 0,41 | 0,21 |
| MOT8 | 534 | 4,97 | 1,68 | -0,71 | 0,11 | -0,16 | 0,21 |
| MOT10 | 534 | 5,38 | 1,41 | -0,81 | 0,11 | 0,45 | 0,21 |
| MOT3 | 534 | 5,34 | 1,39 | -0,82 | 0,11 | 0,53 | 0,21 |
| MOT4 | 534 | 5,38 | 1,35 | -0,76 | 0,11 | 0,31 | 0,21 |
| MOT9 | 534 | 5,30 | 1,48 | -0,78 | 0,11 | 0,16 | 0,21 |
| MOT12 | 534 | 5,19 | 1,58 | -0,86 | 0,11 | 0,33 | 0,21 |
| MOT13 | 534 | 5,25 | 1,45 | -0,85 | 0,11 | 0,52 | 0,21 |
| MOT14 | 534 | 5,41 | 1,41 | -0,94 | 0,11 | 0,66 | 0,21 |
| MOT11 | 534 | 4,63 | 1,85 | -0,56 | 0,11 | -0,67 | 0,21 |
| FI2 | 534 | 5,41 | 1,42 | -0,79 | 0,11 | 0,60 | 0,21 |
| FI3 | 534 | 5,43 | 1,44 | -0,91 | 0,11 | 0,51 | 0,21 |
| FI7 | 534 | 4,87 | 1,65 | -0,62 | 0,11 | -0,23 | 0,21 |
| FI8 | 534 | 4,67 | 1,58 | -0,43 | 0,11 | -0,31 | 0,21 |
| FI11 | 534 | 4,77 | 1,65 | -0,51 | 0,11 | -0,36 | 0,21 |
| FI4 | 534 | 4,81 | 1,53 | -0,49 | 0,11 | -0,25 | 0,21 |
| FI5 | 534 | 4,75 | 1,55 | -0,46 | 0,11 | -0,24 | 0,21 |
| FI6 | 534 | 4,56 | 1,64 | -0,45 | 0,11 | -0,41 | 0,21 |
| FI9 | 534 | 4,58 | 1,62 | -0,35 | 0,11 | -0,47 | 0,21 |
| FI10 | 534 | 4,99 | 1,56 | -0,61 | 0,11 | -0,21 | 0,21 |
| FI1 | 534 | 5,26 | 1,61 | -0,84 | 0,11 | 0,20 | 0,21 |

| Variables | N | Media | Desv. típ. | Asimetría | | Curtosis | |
|-----------|-----|-------|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| INT1 | 534 | 5,04 | 1,48 | -0,46 | 0,11 | -0,29 | 0,21 |
| INT2 | 534 | 5,14 | 1,40 | -0,51 | 0,11 | -0,16 | 0,21 |
| INT3 | 534 | 5,19 | 1,46 | -0,70 | 0,11 | 0,17 | 0,21 |
| INT4 | 534 | 5,33 | 1,40 | -0,76 | 0,11 | 0,34 | 0,21 |

Tabla 97. Tabla ANOVA – análisis clúster

| Variables | Conglomerado | | Error | | F | Sign. |
|------------|------------------|------|------------------|------|--------|-------|
| | Media cuadrática | g.l. | Media cuadrática | g.l. | | |
| AUT_PROM | 146,30 | 2 | 1,05 | 531 | 138,85 | 0,00 |
| IG_PROM | 77,12 | 2 | 0,43 | 531 | 177,79 | 0,00 |
| IA_PROM | 243,09 | 2 | 0,67 | 531 | 362,79 | 0,00 |
| ICM_PROM | 205,84 | 2 | 0,49 | 531 | 422,82 | 0,00 |
| INT_PROM | 264,55 | 2 | 0,60 | 531 | 443,89 | 0,00 |
| IC_PROM | 152,48 | 2 | 0,51 | 531 | 298,78 | 0,00 |
| F.I_PROM | 170,08 | 2 | 0,77 | 531 | 220,53 | 0,00 |
| MOTIV_PROM | 185,75 | 2 | 0,53 | 531 | 350,15 | 0,00 |

Tabla 98. Análisis de la normalidad de las variables del modelo en su conjunto

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|----------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| AUTOC1 | -3,694 | 1,637 | -0,594 | -5,548 | 0,253 | 1,181 |
| AUTOC2 | -3,852 | 1,7 | -0,63 | -5,879 | 0,389 | 1,815 |
| AUTOC3 | -3,264 | 1,886 | -0,502 | -4,683 | 0,143 | 0,667 |
| AUTOC4 | -3,417 | 1,815 | -0,729 | -6,811 | 0,478 | 2,232 |
| FI2 | -3,449 | 3,059 | -0,667 | -6,232 | 0,158 | 0,739 |
| FI3 | -3,606 | 1,255 | -0,821 | -7,666 | 0,243 | 1,135 |
| FI4 | -2,982 | 1,778 | -0,42 | -3,925 | -0,42 | -1,961 |
| FI5 | -3,079 | 1,816 | -0,452 | -4,223 | -0,062 | -0,29 |
| FI6 | -2,832 | 1,989 | -0,443 | -4,136 | -0,277 | -1,293 |
| FI7 | -2,982 | 1,507 | -0,605 | -5,649 | -0,14 | -0,653 |
| FI8 | -3,029 | 1,946 | -0,45 | -4,199 | -0,205 | -0,956 |
| FI9 | -2,921 | 1,919 | -0,338 | -3,151 | -0,483 | -2,253 |
| FI10 | -3,339 | 1,642 | -0,572 | -5,345 | -0,094 | -0,441 |
| FI11 | -3,018 | 1,889 | -0,444 | -4,15 | -0,339 | -1,581 |
| IA1 | -3,802 | 1,453 | -0,944 | -8,811 | 0,501 | 2,338 |
| IA2 | -3,416 | 1,515 | -0,83 | -7,745 | 0,563 | 2,629 |
| IA3 | -3,112 | 1,694 | -0,739 | -6,897 | 0,445 | 2,079 |
| IA4 | -3,426 | 1,615 | -0,669 | -6,245 | -0,122 | -0,57 |
| IA5 | -3,394 | 1,313 | -0,691 | -6,453 | -0,198 | -0,926 |
| IC1 | -3,399 | 1,585 | -0,646 | -6,029 | -0,118 | -0,552 |
| IC2 | -3,741 | 1,438 | -0,868 | -8,107 | 0,638 | 2,98 |

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|--------------|--------|-------|-----------|--------|----------|---------|
| IC3 | -3,26 | 1,366 | -0,768 | -7,173 | 0,328 | 1,531 |
| IC4 | -3,424 | 1,225 | -0,895 | -8,361 | 0,434 | 2,024 |
| IC5 | -4,147 | 1,391 | -0,84 | -7,844 | 0,559 | 2,61 |
| IC6 | -3,866 | 1,41 | -0,82 | -7,659 | 0,576 | 2,69 |
| IC7 | -3,506 | 1,38 | -0,609 | -5,689 | 0,08 | 0,374 |
| IC8 | -3,534 | 1,225 | -0,783 | -7,312 | -0,011 | -0,051 |
| IC9 | -3,298 | 1,391 | -0,745 | -6,957 | 0,168 | 0,784 |
| IC10 | -3,279 | 1,39 | -0,683 | -6,373 | -0,06 | -0,282 |
| IC11 | -3,602 | 1,452 | -0,754 | -7,041 | 0,395 | 1,846 |
| ICM1 | -3,393 | 1,731 | -0,41 | -3,827 | -0,281 | -1,309 |
| ICM2 | -3,397 | 2,171 | -0,291 | -2,716 | 0,111 | 0,52 |
| ICM3 | -3,649 | 1,765 | -0,38 | -3,548 | -0,187 | -0,873 |
| ICM4 | -3,724 | 1,635 | -0,476 | -4,444 | -0,153 | -0,713 |
| ICM5 | -3,652 | 1,799 | -0,355 | -3,313 | -0,347 | -1,618 |
| ICM6 | -3,736 | 1,718 | -0,354 | -3,302 | -0,302 | -1,411 |
| ICM7 | -3,346 | 1,815 | -0,3 | -2,801 | -0,42 | -1,962 |
| ICM8 | -3,531 | 1,549 | -0,461 | -4,308 | -0,401 | -1,873 |
| ICM9 | -3,434 | 1,626 | -0,47 | -4,388 | -0,386 | -1,802 |
| ICM10 | -3,501 | 1,777 | -0,335 | -3,124 | -0,164 | -0,767 |
| INT1 | -2,728 | 1,69 | -0,396 | -3,7 | -0,522 | -2,435 |
| INT2 | -2,79 | 1,795 | -0,463 | -4,319 | -0,32 | -1,494 |
| INT3 | -3,042 | 1,728 | -0,623 | -5,818 | -0,106 | -0,494 |
| INT4 | -2,843 | 1,666 | -0,575 | -5,372 | -0,314 | -1,468 |
| IG1 | -3,871 | 1,5 | -0,957 | -8,932 | 0,914 | 4,265 |
| IG2 | -4,126 | 1,391 | -1,06 | -9,894 | 1,178 | 5,497 |
| MOT1 | -3,202 | 1,478 | -0,701 | -6,541 | -0,062 | -0,291 |
| MOT2 | -3,607 | 1,633 | -0,643 | -6,006 | 0,266 | 1,242 |
| MOT3 | -3,771 | 1,573 | -0,82 | -7,658 | 0,59 | 2,752 |
| MOT4 | -3,962 | 1,625 | -0,75 | -7,001 | 0,439 | 2,048 |
| MOT5 | -3,44 | 1,282 | -0,989 | -9,231 | 0,972 | 4,536 |
| MOT6 | -3,787 | 1,487 | -0,838 | -7,828 | 0,66 | 3,081 |
| MOT7 | -3,432 | 1,59 | -0,787 | -7,347 | 0,577 | 2,693 |
| MOT8 | -3,267 | 1,492 | -0,685 | -6,398 | 0,028 | 0,129 |
| MOT9 | -3,776 | 1,566 | -0,76 | -7,096 | 0,351 | 1,637 |
| MOT10 | -3,552 | 1,53 | -0,816 | -7,615 | 0,491 | 2,291 |
| MOT12 | -3,641 | 1,42 | -0,854 | -7,97 | 0,494 | 2,307 |
| MOT13 | -3,901 | 1,521 | -0,82 | -7,656 | 0,542 | 2,532 |
| MOT14 | -4,215 | 1,44 | -0,932 | -8,7 | 0,835 | 3,898 |
| Multivariate | | | | | 1068,145 | 143,961 |

Tabla 99. Análisis de la normalidad (Sin Experiencia)

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|----------|--------|-------|-----------|--------|----------|-------|
| AUTO1 | -3,509 | 1,637 | -0,497 | -3,512 | 0,135 | 0,478 |
| AUTO2 | -3,162 | 1,7 | -0,594 | -4,196 | 0,188 | 0,663 |

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|----------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| AUTOC3 | -3,264 | 1,886 | -0,338 | -2,386 | -0,047 | -0,164 |
| AUTOC4 | -3,417 | 1,815 | -0,657 | -4,638 | 0,332 | 1,171 |
| FI2 | -2,735 | 1,398 | -0,615 | -4,343 | -0,136 | -0,48 |
| FI3 | -2,975 | 1,255 | -0,717 | -5,058 | 0,066 | 0,234 |
| FI4 | -2,626 | 1,671 | -0,369 | -2,608 | -0,444 | -1,567 |
| FI5 | -3,079 | 1,816 | -0,448 | -3,16 | -0,051 | -0,181 |
| FI6 | -2,832 | 1,714 | -0,565 | -3,992 | -0,095 | -0,336 |
| FI7 | -2,982 | 1,507 | -0,574 | -4,053 | -0,132 | -0,465 |
| FI8 | -2,599 | 1,732 | -0,404 | -2,855 | -0,12 | -0,422 |
| FI9 | -2,372 | 1,63 | -0,409 | -2,885 | -0,414 | -1,461 |
| FI10 | -3,127 | 1,62 | -0,601 | -4,241 | 0,105 | 0,371 |
| FI11 | -2,97 | 1,722 | -0,415 | -2,928 | -0,289 | -1,021 |
| IA1 | -3,802 | 1,438 | -0,884 | -6,24 | 0,34 | 1,199 |
| IA2 | -3,416 | 1,515 | -0,877 | -6,191 | 0,982 | 3,468 |
| IA3 | -3,112 | 1,694 | -0,66 | -4,662 | 0,414 | 1,46 |
| IA4 | -3,426 | 1,615 | -0,716 | -5,054 | 0,124 | 0,439 |
| IA5 | -3,394 | 1,313 | -0,652 | -4,605 | -0,059 | -0,207 |
| IC1 | -3,399 | 1,585 | -0,593 | -4,185 | -0,118 | -0,417 |
| IC2 | -3,741 | 1,438 | -0,85 | -5,999 | 0,7 | 2,471 |
| IC3 | -3,26 | 1,366 | -0,772 | -5,452 | 0,415 | 1,466 |
| IC4 | -3,347 | 1,193 | -0,896 | -6,327 | 0,537 | 1,897 |
| IC5 | -4,147 | 1,231 | -0,934 | -6,592 | 1,094 | 3,861 |
| IC6 | -3,866 | 1,41 | -0,911 | -6,428 | 0,993 | 3,506 |
| IC7 | -3,506 | 1,38 | -0,517 | -3,649 | 0,123 | 0,434 |
| IC8 | -3,534 | 1,193 | -0,673 | -4,748 | -0,229 | -0,807 |
| IC9 | -3,298 | 1,357 | -0,692 | -4,885 | 0,329 | 1,16 |
| IC10 | -2,974 | 1,39 | -0,591 | -4,175 | -0,242 | -0,856 |
| IC11 | -3,602 | 1,452 | -0,834 | -5,891 | 0,769 | 2,713 |
| ICM1 | -2,648 | 1,731 | -0,043 | -0,303 | -0,605 | -2,136 |
| ICM2 | -2,582 | 1,712 | -0,007 | -0,049 | -0,38 | -1,342 |
| ICM3 | -2,889 | 1,765 | -0,185 | -1,305 | -0,331 | -1,167 |
| ICM4 | -3,501 | 1,635 | -0,253 | -1,785 | -0,489 | -1,726 |
| ICM5 | -3,088 | 1,799 | -0,147 | -1,037 | -0,731 | -2,58 |
| ICM6 | -3,057 | 1,718 | -0,098 | -0,693 | -0,787 | -2,778 |
| ICM7 | -2,486 | 1,815 | 0,001 | 0,007 | -0,813 | -2,871 |
| ICM8 | -2,895 | 1,549 | -0,159 | -1,123 | -0,843 | -2,975 |
| ICM9 | -3,43 | 1,626 | -0,191 | -1,351 | -0,675 | -2,381 |
| ICM10 | -3,397 | 1,777 | -0,112 | -0,789 | -0,261 | -0,922 |
| INT1 | -2,728 | 1,69 | -0,33 | -2,332 | -0,427 | -1,506 |
| INT2 | -2,79 | 1,614 | -0,507 | -3,576 | -0,25 | -0,882 |
| INT3 | -3,042 | 1,728 | -0,57 | -4,025 | -0,132 | -0,467 |
| INT4 | -2,843 | 1,666 | -0,445 | -3,144 | -0,477 | -1,685 |
| IG1 | -3,871 | 1,313 | -0,861 | -6,076 | 0,772 | 2,723 |
| IG2 | -3,594 | 1,184 | -1,001 | -7,067 | 0,919 | 3,243 |
| MOT1 | -3,202 | 1,478 | -0,542 | -3,825 | -0,259 | -0,915 |

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|--------------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| MOT2 | -3,607 | 1,633 | -0,556 | -3,924 | 0,261 | 0,921 |
| MOT3 | -3,504 | 1,573 | -0,669 | -4,722 | 0,322 | 1,138 |
| MOT4 | -3,283 | 1,625 | -0,672 | -4,745 | 0,326 | 1,152 |
| MOT5 | -3,44 | 1,282 | -0,931 | -6,576 | 1,039 | 3,666 |
| MOT6 | -3,157 | 1,487 | -0,69 | -4,874 | 0,494 | 1,744 |
| MOT7 | -3,432 | 1,59 | -0,744 | -5,254 | 0,783 | 2,765 |
| MOT8 | -3,267 | 1,492 | -0,659 | -4,655 | 0,231 | 0,815 |
| MOT9 | -3,776 | 1,566 | -0,82 | -5,785 | 0,649 | 2,292 |
| MOT10 | -3,552 | 1,53 | -0,627 | -4,427 | 0,114 | 0,401 |
| MOT12 | -3,031 | 1,42 | -0,678 | -4,783 | 0,093 | 0,327 |
| MOT13 | -3,451 | 1,521 | -0,729 | -5,149 | 0,356 | 1,258 |
| MOT14 | -3,303 | 1,44 | -0,678 | -4,783 | 0,11 | 0,389 |
| Multivariate | | | | | 855,622 | 87,193 |

Tabla 100. Análisis de la normalidad (Con experiencia)

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|----------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| AUTO C1 | -3,694 | 1,637 | -0,751 | -4,589 | 0,449 | 1,371 |
| AUTO C2 | -3,852 | 1,7 | -0,7 | -4,28 | 0,553 | 1,69 |
| AUTO C3 | -3,264 | 1,886 | -0,732 | -4,472 | 0,514 | 1,57 |
| AUTO C4 | -3,417 | 1,815 | -0,836 | -5,106 | 0,662 | 2,022 |
| FI2 | -3,449 | 3,059 | -0,772 | -4,718 | 0,567 | 1,732 |
| FI3 | -3,606 | 1,255 | -0,945 | -5,772 | 0,423 | 1,294 |
| FI4 | -2,982 | 1,778 | -0,505 | -3,087 | -0,349 | -1,065 |
| FI5 | -2,989 | 1,816 | -0,49 | -2,996 | -0,048 | -0,148 |
| FI6 | -2,672 | 1,989 | -0,325 | -1,989 | -0,568 | -1,735 |
| FI7 | -2,982 | 1,507 | -0,65 | -3,969 | -0,138 | -0,422 |
| FI8 | -3,029 | 1,946 | -0,518 | -3,165 | -0,323 | -0,987 |
| FI9 | -2,921 | 1,919 | -0,3 | -1,834 | -0,602 | -1,84 |
| FI10 | -3,339 | 1,642 | -0,618 | -3,775 | -0,26 | -0,795 |
| FI11 | -3,018 | 1,889 | -0,558 | -3,412 | -0,388 | -1,187 |
| IA1 | -3,771 | 1,453 | -1,078 | -6,587 | 0,807 | 2,465 |
| IA2 | -3,162 | 1,515 | -0,836 | -5,105 | 0,17 | 0,519 |
| IA3 | -3,112 | 1,694 | -0,869 | -5,312 | 0,567 | 1,731 |
| IA4 | -2,746 | 1,615 | -0,657 | -4,013 | -0,401 | -1,224 |
| IA5 | -2,558 | 1,313 | -0,797 | -4,872 | -0,277 | -0,847 |
| IC1 | -2,816 | 1,585 | -0,701 | -4,283 | -0,189 | -0,577 |
| IC2 | -3,68 | 1,438 | -0,912 | -5,575 | 0,604 | 1,844 |
| IC3 | -3,099 | 1,366 | -0,774 | -4,73 | 0,231 | 0,705 |
| IC4 | -3,424 | 1,225 | -0,908 | -5,547 | 0,323 | 0,988 |
| IC5 | -2,858 | 1,391 | -0,725 | -4,433 | -0,122 | -0,373 |
| IC6 | -2,853 | 1,41 | -0,727 | -4,442 | 0,081 | 0,246 |
| IC7 | -3,017 | 1,38 | -0,761 | -4,65 | 0,156 | 0,477 |
| IC8 | -3,226 | 1,225 | -0,944 | -5,767 | 0,378 | 1,155 |
| IC9 | -2,965 | 1,391 | -0,803 | -4,908 | -0,027 | -0,084 |

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|--------------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| IC10 | -3,279 | 1,39 | -0,813 | -4,969 | 0,283 | 0,866 |
| IC11 | -2,776 | 1,452 | -0,649 | -3,964 | -0,206 | -0,628 |
| ICM1 | -3,393 | 1,731 | -0,856 | -5,229 | 0,309 | 0,943 |
| ICM2 | -3,397 | 2,171 | -0,69 | -4,215 | 0,741 | 2,265 |
| ICM3 | -3,649 | 1,765 | -0,681 | -4,16 | 0,175 | 0,536 |
| ICM4 | -3,724 | 1,635 | -0,821 | -5,014 | 0,544 | 1,661 |
| ICM5 | -3,652 | 1,799 | -0,654 | -3,997 | 0,238 | 0,726 |
| ICM6 | -3,736 | 1,718 | -0,72 | -4,402 | 0,506 | 1,546 |
| ICM7 | -3,346 | 1,815 | -0,721 | -4,407 | 0,391 | 1,194 |
| ICM8 | -3,531 | 1,549 | -0,904 | -5,524 | 0,575 | 1,757 |
| ICM9 | -3,434 | 1,626 | -0,894 | -5,464 | 0,434 | 1,326 |
| ICM10 | -3,501 | 1,777 | -0,653 | -3,989 | 0,116 | 0,353 |
| INT1 | -2,603 | 1,69 | -0,518 | -3,164 | -0,558 | -1,704 |
| INT2 | -2,79 | 1,795 | -0,445 | -2,721 | -0,419 | -1,279 |
| INT3 | -2,75 | 1,728 | -0,779 | -4,759 | 0,098 | 0,298 |
| INT4 | -2,695 | 1,666 | -0,829 | -5,068 | 0,21 | 0,642 |
| IG1 | -3,841 | 1,5 | -1,127 | -6,885 | 1,241 | 3,791 |
| IG2 | -4,126 | 1,391 | -1,166 | -7,122 | 1,667 | 5,091 |
| MOT1 | -3,202 | 1,478 | -0,906 | -5,536 | 0,241 | 0,737 |
| MOT2 | -3,607 | 1,633 | -0,783 | -4,784 | 0,369 | 1,127 |
| MOT3 | -3,771 | 1,573 | -1,042 | -6,367 | 1,028 | 3,14 |
| MOT4 | -3,962 | 1,625 | -0,881 | -5,383 | 0,606 | 1,851 |
| MOT5 | -3,44 | 1,282 | -1,072 | -6,549 | 0,933 | 2,85 |
| MOT6 | -3,787 | 1,487 | -1,007 | -6,154 | 0,814 | 2,488 |
| MOT7 | -3,348 | 1,59 | -0,848 | -5,179 | 0,371 | 1,135 |
| MOT8 | -2,563 | 1,492 | -0,747 | -4,567 | -0,211 | -0,645 |
| MOT9 | -2,952 | 1,566 | -0,7 | -4,28 | 0,014 | 0,042 |
| MOT10 | -3,432 | 1,53 | -1,115 | -6,812 | 1,385 | 4,231 |
| MOT12 | -3,641 | 1,42 | -1,073 | -6,554 | 0,984 | 3,006 |
| MOT13 | -3,901 | 1,521 | -1,011 | -6,176 | 0,946 | 2,89 |
| MOT14 | -4,215 | 1,44 | -1,314 | -8,03 | 2,078 | 6,348 |
| Multivariate | | | | | 727,658 | 64,182 |

Tabla 101. Efectos directos estandarizados del modelo para grupo sin experiencia

| Variables | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| ICM | -- | 0,19 | -- | 0,63 | -- | -- | -- | -- |
| IC | -- | 0,47 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| IA | -- | -- | -- | 0,48 | 0,37 | -- | -- | -- |
| IG | 0,09 | -- | -- | 0,27 | -- | 0,42 | -- | -- |
| INT | -- | 0,24 | 0,32 | -- | 0,32 | -- | 0,18 | -- |

Tabla 102. Efectos directos estandarizados del modelo para grupo con experiencia

| Variables | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| ICM | -- | 0,45 | -- | 0,52 | -- | -- | -- | -- |
| IC | -- | 0,78 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| IA | -- | -- | -- | 0,41 | 0,43 | -- | -- | -- |
| IG | 0,14 | -- | -- | 0,56 | -- | 0,19 | -- | -- |
| INT | -- | 0,24 | 0,16 | -- | 0,46 | -- | 0,07 | -- |

Tabla 103. Efectos totales estandarizados del modelo sobre el grupo de pertenencia - experiencia

| Variables | Grupo | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|----------------------------|--------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| Imagen cognitiva médica | SINEXP | -- | 0,49 | -- | 0,63 | -- | -- | -- | -- |
| | CONEXP | -- | 0,86 | -- | 0,53 | -- | -- | -- | -- |
| Imagen cognitiva | SINEXP | -- | 0,47 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | CONEXP | -- | 0,78 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Imagen afectiva | SINEXP | -- | 0,23 | -- | 0,48 | 0,37 | -- | -- | -- |
| | CONEXP | -- | 0,32 | -- | 0,41 | 0,43 | -- | -- | -- |
| Imagen global | SINEXP | | 0,23 | -- | 0,48 | 0,16 | 0,43 | -- | -- |
| | CONEXP | | 0,50 | -- | 0,64 | 0,08 | 0,19 | -- | -- |
| Intención | SINEXP | | 0,44 | 0,32 | 0,29 | 0,35 | 0,08 | 0,19 | -- |
| | CONEXP | | 0,42 | 0,17 | 0,14 | 0,46 | 0,01 | 0,07 | -- |

Tabla 104. Análisis de la normalidad (BAJA AVERSIÓN AL RIESGO)

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|----------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| AUTO1 | -3,509 | 1,637 | -0,691 | -4,616 | 0,387 | 1,293 |
| AUTO2 | -3,852 | 1,7 | -0,632 | -4,224 | 0,737 | 2,462 |
| AUTO3 | -2,91 | 1,886 | -0,512 | -3,423 | 0,145 | 0,484 |
| AUTO4 | -3,082 | 1,815 | -0,646 | -4,32 | 0,499 | 1,669 |
| FI2 | -2,735 | 3,059 | -0,621 | -4,151 | 0,07 | 0,235 |
| FI3 | -3,606 | 1,241 | -0,832 | -5,558 | 0,318 | 1,062 |
| FI4 | -2,982 | 1,778 | -0,584 | -3,903 | -0,353 | -1,181 |
| FI5 | -2,989 | 1,816 | -0,563 | -3,764 | -0,013 | -0,042 |
| FI6 | -2,672 | 1,989 | -0,552 | -3,688 | -0,309 | -1,032 |
| FI7 | -2,982 | 1,507 | -0,657 | -4,39 | -0,066 | -0,221 |
| FI8 | -3,029 | 1,946 | -0,411 | -2,75 | -0,359 | -1,199 |
| FI9 | -2,921 | 1,919 | -0,41 | -2,741 | -0,481 | -1,608 |
| FI10 | -3,339 | 1,642 | -0,579 | -3,872 | -0,021 | -0,07 |
| FI11 | -3,018 | 1,889 | -0,442 | -2,955 | -0,369 | -1,234 |
| IA1 | -3,802 | 1,438 | -0,976 | -6,523 | 0,549 | 1,833 |
| IA2 | -3,023 | 1,515 | -0,655 | -4,375 | 0,082 | 0,274 |
| IA3 | -3,112 | 1,694 | -0,556 | -3,717 | 0,166 | 0,555 |
| IA4 | -2,862 | 1,615 | -0,634 | -4,238 | -0,255 | -0,852 |
| IA5 | -3,394 | 1,252 | -0,701 | -4,684 | -0,27 | -0,903 |
| IC1 | -2,936 | 1,481 | -0,565 | -3,775 | -0,395 | -1,32 |
| IC2 | -3,68 | 1,295 | -0,945 | -6,319 | 0,861 | 2,876 |
| IC3 | -3,099 | 1,366 | -0,787 | -5,259 | 0,188 | 0,627 |

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|--------------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| IC4 | -3,347 | 1,193 | -0,823 | -5,498 | 0,247 | 0,825 |
| IC5 | -3,671 | 1,205 | -0,825 | -5,517 | 0,297 | 0,991 |
| IC6 | -3,4 | 1,364 | -0,789 | -5,276 | 0,38 | 1,27 |
| IC7 | -3,506 | 1,356 | -0,678 | -4,533 | 0,31 | 1,036 |
| IC8 | -3,534 | 1,03 | -0,972 | -6,494 | 0,37 | 1,235 |
| IC9 | -3,298 | 1,273 | -0,866 | -5,787 | 0,406 | 1,356 |
| IC10 | -2,898 | 1,39 | -0,661 | -4,415 | -0,204 | -0,682 |
| IC11 | -3,263 | 1,452 | -0,721 | -4,819 | 0,005 | 0,017 |
| ICM1 | -2,923 | 1,731 | -0,444 | -2,971 | -0,151 | -0,504 |
| ICM2 | -3,17 | 2,171 | -0,251 | -1,676 | 0,191 | 0,638 |
| ICM3 | -2,763 | 1,765 | -0,25 | -1,673 | -0,372 | -1,242 |
| ICM4 | -3,501 | 1,635 | -0,443 | -2,962 | 0,1 | 0,333 |
| ICM5 | -3,088 | 1,723 | -0,282 | -1,886 | -0,255 | -0,852 |
| ICM6 | -3,057 | 1,636 | -0,342 | -2,289 | -0,219 | -0,733 |
| ICM7 | -3,097 | 1,646 | -0,29 | -1,94 | -0,272 | -0,91 |
| ICM8 | -2,895 | 1,514 | -0,366 | -2,444 | -0,41 | -1,369 |
| ICM9 | -3,43 | 1,626 | -0,509 | -3,401 | -0,076 | -0,253 |
| ICM10 | -2,974 | 1,685 | -0,299 | -1,998 | -0,269 | -0,9 |
| INT1 | -2,603 | 1,533 | -0,425 | -2,84 | -0,468 | -1,564 |
| INT2 | -2,79 | 1,795 | -0,539 | -3,6 | -0,101 | -0,337 |
| INT3 | -3,042 | 1,448 | -0,774 | -5,173 | 0,178 | 0,593 |
| INT4 | -2,843 | 1,361 | -0,742 | -4,958 | -0,084 | -0,282 |
| IG1 | -3,841 | 1,313 | -0,926 | -6,188 | 0,709 | 2,368 |
| IG2 | -4,126 | 1,184 | -0,913 | -6,105 | 0,661 | 2,209 |
| MOT1 | -3,202 | 1,248 | -0,912 | -6,092 | 0,27 | 0,903 |
| MOT2 | -3,607 | 1,414 | -0,778 | -5,203 | 0,534 | 1,785 |
| MOT3 | -3,771 | 1,446 | -0,853 | -5,699 | 0,713 | 2,384 |
| MOT4 | -3,15 | 1,487 | -0,598 | -3,995 | -0,152 | -0,506 |
| MOT5 | -3,44 | 1,282 | -1,097 | -7,329 | 1,352 | 4,517 |
| MOT6 | -3,787 | 1,487 | -0,848 | -5,666 | 0,789 | 2,635 |
| MOT7 | -3,348 | 1,59 | -0,625 | -4,18 | 0,176 | 0,587 |
| MOT8 | -2,87 | 1,389 | -0,678 | -4,533 | -0,084 | -0,282 |
| MOT9 | -3,776 | 1,566 | -0,689 | -4,602 | 0,334 | 1,116 |
| MOT10 | -3,316 | 1,273 | -0,796 | -5,317 | 0,249 | 0,831 |
| MOT12 | -3,641 | 1,42 | -0,8 | -5,348 | 0,461 | 1,541 |
| MOT13 | -3,451 | 1,475 | -0,77 | -5,147 | 0,3 | 1,002 |
| MOT14 | -3,303 | 1,327 | -0,888 | -5,937 | 0,549 | 1,835 |
| Multivariate | | | | | 843,285 | 81,359 |

Tabla 105. Análisis de la normalidad (ALTA AVERSIÓN AL RIESGO)

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|----------|--------|-------|-----------|--------|----------|-------|
| AUTO1 | -3,694 | 1,571 | -0,491 | -3,2 | 0,108 | 0,353 |
| AUTO2 | -3,195 | 1,492 | -0,627 | -4,088 | 0,014 | 0,044 |
| AUTO3 | -3,264 | 1,625 | -0,49 | -3,195 | 0,14 | 0,458 |

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|----------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| AUTO4 | -3,417 | 1,43 | -0,818 | -5,336 | 0,455 | 1,483 |
| FI2 | -3,449 | 1,398 | -0,717 | -4,675 | 0,253 | 0,824 |
| FI3 | -3,098 | 1,255 | -0,81 | -5,279 | 0,162 | 0,527 |
| FI4 | -2,626 | 1,671 | -0,245 | -1,598 | -0,492 | -1,604 |
| FI5 | -3,079 | 1,603 | -0,334 | -2,175 | -0,116 | -0,378 |
| FI6 | -2,832 | 1,714 | -0,327 | -2,129 | -0,243 | -0,792 |
| FI7 | -2,809 | 1,434 | -0,549 | -3,58 | -0,22 | -0,718 |
| FI8 | -2,667 | 1,732 | -0,491 | -3,2 | -0,038 | -0,123 |
| FI9 | -2,766 | 1,63 | -0,26 | -1,694 | -0,484 | -1,579 |
| FI10 | -3,127 | 1,55 | -0,565 | -3,684 | -0,174 | -0,567 |
| FI11 | -2,97 | 1,523 | -0,447 | -2,913 | -0,306 | -0,997 |
| IA1 | -3,771 | 1,453 | -0,909 | -5,926 | 0,448 | 1,461 |
| IA2 | -3,416 | 1,389 | -1,018 | -6,637 | 1,085 | 3,538 |
| IA3 | -3,044 | 1,327 | -0,934 | -6,091 | 0,746 | 2,432 |
| IA4 | -3,426 | 1,443 | -0,706 | -4,606 | 0,022 | 0,072 |
| IA5 | -3,282 | 1,313 | -0,681 | -4,437 | -0,121 | -0,394 |
| IC1 | -3,399 | 1,585 | -0,733 | -4,778 | 0,182 | 0,593 |
| IC2 | -3,741 | 1,438 | -0,785 | -5,118 | 0,396 | 1,292 |
| IC3 | -3,26 | 1,169 | -0,748 | -4,879 | 0,479 | 1,562 |
| IC4 | -3,424 | 1,225 | -0,975 | -6,355 | 0,639 | 2,081 |
| IC5 | -4,147 | 1,391 | -0,856 | -5,58 | 0,844 | 2,75 |
| IC6 | -3,866 | 1,41 | -0,853 | -5,564 | 0,787 | 2,566 |
| IC7 | -3,173 | 1,38 | -0,535 | -3,488 | -0,17 | -0,554 |
| IC8 | -3,226 | 1,225 | -0,58 | -3,782 | -0,425 | -1,384 |
| IC9 | -2,965 | 1,391 | -0,616 | -4,014 | -0,089 | -0,289 |
| IC10 | -3,279 | 1,266 | -0,706 | -4,603 | 0,094 | 0,307 |
| IC11 | -3,602 | 1,355 | -0,79 | -5,148 | 0,819 | 2,669 |
| ICM1 | -3,393 | 1,443 | -0,373 | -2,431 | -0,42 | -1,37 |
| ICM2 | -3,397 | 1,635 | -0,334 | -2,176 | 0,026 | 0,084 |
| ICM3 | -3,649 | 1,691 | -0,519 | -3,382 | 0,012 | 0,038 |
| ICM4 | -3,724 | 1,571 | -0,511 | -3,332 | -0,425 | -1,385 |
| ICM5 | -3,652 | 1,799 | -0,433 | -2,821 | -0,446 | -1,453 |
| ICM6 | -3,736 | 1,718 | -0,366 | -2,384 | -0,392 | -1,278 |
| ICM7 | -3,346 | 1,815 | -0,31 | -2,024 | -0,58 | -1,89 |
| ICM8 | -3,531 | 1,549 | -0,565 | -3,681 | -0,392 | -1,279 |
| ICM9 | -3,434 | 1,579 | -0,428 | -2,793 | -0,721 | -2,349 |
| ICM10 | -3,501 | 1,777 | -0,373 | -2,431 | -0,051 | -0,168 |
| INT1 | -2,728 | 1,69 | -0,366 | -2,384 | -0,58 | -1,889 |
| INT2 | -2,657 | 1,727 | -0,381 | -2,484 | -0,557 | -1,815 |
| INT3 | -2,75 | 1,728 | -0,462 | -3,01 | -0,412 | -1,341 |
| INT4 | -2,695 | 1,666 | -0,397 | -2,589 | -0,563 | -1,834 |
| IG1 | -3,871 | 1,5 | -0,99 | -6,453 | 1,136 | 3,702 |
| IG2 | -3,594 | 1,391 | -1,216 | -7,93 | 1,734 | 5,651 |
| MOT1 | -2,585 | 1,478 | -0,475 | -3,095 | -0,421 | -1,372 |
| MOT2 | -2,633 | 1,633 | -0,498 | -3,249 | -0,023 | -0,076 |

| Variable | min | max | asimetría | c.r. | curtosis | c.r. |
|--------------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| MOT3 | -3,504 | 1,573 | -0,785 | -5,119 | 0,455 | 1,482 |
| MOT4 | -3,962 | 1,625 | -0,913 | -5,951 | 1,074 | 3,502 |
| MOT5 | -3,251 | 1,243 | -0,873 | -5,693 | 0,562 | 1,831 |
| MOT6 | -3,157 | 1,463 | -0,828 | -5,401 | 0,521 | 1,699 |
| MOT7 | -3,432 | 1,479 | -0,96 | -6,259 | 1,009 | 3,288 |
| MOT8 | -3,267 | 1,492 | -0,693 | -4,516 | 0,148 | 0,482 |
| MOT9 | -3,562 | 1,368 | -0,837 | -5,453 | 0,368 | 1,201 |
| MOT10 | -3,552 | 1,53 | -0,837 | -5,457 | 0,751 | 2,449 |
| MOT12 | -3,031 | 1,33 | -0,911 | -5,939 | 0,53 | 1,726 |
| MOT13 | -3,901 | 1,521 | -0,874 | -5,695 | 0,803 | 2,619 |
| MOT14 | -4,215 | 1,44 | -0,979 | -6,382 | 1,147 | 3,74 |
| Multivariate | | | | | 717,537 | 67,527 |

Tabla 106. Efectos directos estandarizados del modelo para grupo de BAJA AVERSIÓN AL RIESGO

| Variables | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-----------|------|------|-----|------|------|------|------|-----|
| ICM | -- | 0,28 | -- | 0,60 | -- | -- | -- | -- |
| IC | -- | 0,57 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| IA | -- | -- | -- | 0,49 | 0,41 | -- | -- | -- |
| IG | 0,12 | -- | -- | 0,42 | -- | 0,31 | -- | -- |
| INT | -- | 0,06 | | -- | 0,54 | -- | 0,08 | -- |

Tabla 107. Efectos directos estandarizados del modelo para grupo de ALTA AVERSIÓN AL RIESGO

| Variables | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| ICM | -- | 0,25 | -- | 0,65 | -- | -- | -- | -- |
| IC | -- | 0,64 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| IA | -- | -- | -- | 0,44 | 0,37 | -- | -- | -- |
| IG | 0,15 | -- | -- | 0,35 | -- | 0,33 | -- | -- |
| INT | -- | 0,33 | 0,26 | -- | 0,23 | -- | 0,20 | -- |

Tabla 108. Efectos totales estandarizados del modelo sobre el grupo de pertenencia (AVERSIÓN AL RIESGO)

| Variables | Grupo | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-------------------------|-------|------|------|-----|------|------|------|----|-----|
| Imagen cognitiva médica | BAJA | -- | 0,63 | -- | 0,60 | -- | -- | -- | -- |
| | ALTA | -- | 0,67 | -- | 0,65 | -- | -- | -- | -- |
| Imagen cognitiva | BAJA | -- | 0,57 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | ALTA | -- | 0,64 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Imagen afectiva | BAJA | -- | 0,28 | -- | 0,49 | 0,41 | -- | -- | -- |
| | ALTA | -- | 0,28 | -- | 0,44 | 0,37 | -- | -- | -- |
| Imagen global | BAJA | 0,12 | 0,33 | -- | 0,58 | 0,12 | 0,31 | -- | -- |
| | ALTA | 0,15 | 0,32 | -- | 0,50 | 0,12 | 0,33 | -- | -- |

| Variables | Grupo | AUTO | FI | ICM | IC | MOT | IA | IG | INT |
|-----------|-------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| Intención | BAJA | 0,01 | 0,27 | 0,28 | 0,22 | 0,55 | 0,02 | 0,08 | -- |
| | ALTA | 0,03 | 0,57 | 0,26 | 0,27 | 0,26 | 0,06 | 0,20 | -- |

Tabla 109. Prueba t de student para el grupo de SINEXP vs. CONEXP

| Variable | EXPERIENCIA | | | |
|-------------|-------------|-------|---------------|--------------|
| | Grupo | Media | T | p-valor |
| AUTO | SIN_EXP | 4,91 | -1,072 | 0,284 |
| | CON_EXP | 5,03 | | |
| IG | SIN_EXP | 4,07 | -2,114 | 0,035 |
| | CON_EXP | 4,23 | | |
| IA | SIN_EXP | 5,28 | -1,908 | <u>0,057</u> |
| | CON_EXP | 5,49 | | |
| IC | SIN_EXP | 5,37 | -1,391 | 0,165 |
| | CON_EXP | 5,49 | | |
| ICM | SIN_EXP | 5,13 | -3,364 | 0,001 |
| | CON_EXP | 5,46 | | |
| MOT | SIN_EXP | 5,14 | -1,886 | <u>0,060</u> |
| | CON_EXP | 5,32 | | |
| FI | SIN_EXP | 4,86 | -1,316 | 0,189 |
| | CON_EXP | 4,99 | | |
| INT | SIN_EXP | 5,04 | -2,971 | 0,003 |
| | CON_EXP | 5,36 | | |

Nota: En negrita diferencias significativas ($p < 0,05$)

Anexo III.

Publicaciones del doctorando

PUBLICACIONES DEL DOCTORANDO

Se adjunta a continuación, algunas de las publicaciones firmadas por el doctorando para valorar la calidad del trabajo desarrollado cumpliendo así con el artículo 22º, relativo a la presentación de una tesis doctoral por la Universidad de Granada.

PUBLICACIONES INDEXADAS

Título de la publicación: "Past Themes and Future Trends in Medical Tourism Research: A Co-Word Analysis"

Título de la revista: TOURISM MANAGEMENT

Dirección URL de acceso:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261517717302200>

Factor de impacto: 4,71

Cuartil/Ranking (2016-JCR): 1 de 45 (Q1) en categoría "Hospitality, Leisure, Sport & Tourism"; 4 de 105 (Q1) en categoría "Environmental Studies"; 4 de 105 (Q1) en categoría "Management".

| Título de publicación | ISSN | Citas Totales | Factor de Impacto | Factor de Impacto en los últimos 5-años | Índice de inmediatez | Items Citables | Vida media de las citas | Vida media citadas |
|--------------------------------------|---|---------------|-------------------|---|----------------------|----------------|---|--------------------|
| TOURISM MANAGEMENT | 0261-5177 | 14256 | 4,707 | 6,048 | 1,12 | 194 | 8,2 | >10 |
| Título completo de la revista | TOURISM MANAGEMENT | | | | | | Métricas Eigenfactor Puntuación Eigenfactor | 0,01116 |
| ISSN: | 0261-5177 | | | | | | | |
| Idioma: | ENGLISH | | | | | | | |
| País de la revista: | ENGLAND | | | | | | | |
| Editor: | ELSEVIER SCI LTD | | | | | | | |
| Dirección del editor: | THE BOULEVARD, LANGFORD LANE, KIDLINGTON, OXFORD OX5 1GB, OXON, ENGLAND | | | | | | | |
| Categorías de temas: | ENVIRONMENTAL STUDIES - SSCI; HOSPITALITY, LEISURE, SPORT & TOURISM - SSCI; MANAGEMENT - SSCI | | | | | | | |

OTRAS PUBLICACIONES DEL DOCTORANDO

- De la Hoz Correa, Andrea; Muñoz Leiva, Francisco (2017). Caracterización del turismo de bienestar: Análisis de las motivaciones y determinantes de la intención de visita. En Luque Martínez, T. y otros (coord.), Libro Conmemorativo del X Aniversario del Master en Marketing y Comportamiento del Consumidor, Universidad de Granada, pp. 255-275, ISBN 978-84-16929-99-3.
- De la Hoz- Correa, Andrea; Muñoz Leiva, Francisco (2016). “Análisis de los determinantes de la predisposición a visitar un destino de turismo de bienestar: Tipologías del turista potencial”, *Tourism & Management Studies*, 12 (2), 2016, pp. 84-95.
- De la Hoz-Correa, Andrea (2014). Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. *Revista CES Salud Pública*, 5(2), pp. 107-116.

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1. RANGO DE TRATAMIENTOS EN TURISMO MÉDICO 38

TABLA 2. NÚMERO APROXIMADO DE TURISTAS DE SALUD VIAJANDO A CADA PAÍS 46

TABLA 3. ESTUDIOS CLAVES CON REVISIONES DE LA INVESTIGACIÓN EN TM 57

TABLA 4. REVISTAS CON SIETE O MÁS ARTÍCULOS SOBRE TURISMO MÉDICO ENTRE 1931 Y 2016 59

TABLA 5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PROPUESTAS DE LOS TEMAS PRINCIPALES DE TURISMO MÉDICO..... 60

TABLA 6. DIMENSIONES DE LA IMAGEN COGNITIVA..... 69

TABLA 7. NIVELES DE LA IMAGEN 72

TABLA 8 . FUENTES DE INFORMACIÓN SEGÚN GARTNER (1993) 83

TABLA 9. RELACIONES DEL MODELO PROPUESTO RELATIVAS A LA IMAGEN 118

TABLA 10. RELACIONES DEL MODELO PROPUESTO RELATIVAS A LA INTENCIÓN DE VISITA 119

TABLA 11. PROPOSICIÓN RELACIONADA CON EXPERIENCIA PREVIA Y CULTURA 119

TABLA 12. AGRUPACIONES DE PAÍSES POR PUNTUACIONES DE HOFSTEDE EN AMÉRICA 123

TABLA 13. AGRUPACIONES DE PAÍSES POR PUNTUACIONES DE HOFSTEDE EN EUROPA 123

TABLA 14. PUNTUACIONES DE AVERSIÓN AL RIESGO EN PAÍSES DE AMÉRICA..... 125

TABLA 15. PUNTUACIONES DE AVERSIÓN AL RIESGO E INDIVIDUALISMO EN PAÍSES DE EUROPA..... 125

TABLA 16. MUESTRA PLANIFICADA 128

TABLA 17. FICHA TÉCNICA DEL ESTUDIO 128

TABLA 18. FILTROS EMPLEADOS EN EL CUESTIONARIO UTILIZADO 129

TABLA 19. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LA AUTOCONGRUENCIA 131

TABLA 20. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LAS MOTIVACIONES 132

TABLA 21. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LA IMAGEN COGNITIVA 135

TABLA 22. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LA IMAGEN AFECTIVA 137

TABLA 23. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LA IMAGEN GLOBAL 137

TABLA 24. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LAS FUENTES DE INFORMACIÓN 138

TABLA 25. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LA AVERSIÓN AL RIESGO 140

TABLA 26. ESCALA UTILIZADA PARA MEDIR LA INTENCIÓN 140

TABLA 27. VARIABLES DE CLASIFICACIÓN..... 141

TABLA 28. ANÁLISIS DE LA INVARIANZA: RESULTADOS 143

TABLA 29. ANÁLISIS DE LA INVARIANZA: COMPARACIÓN DE MODELOS 143

TABLA 30. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA 148

TABLA 31. TIPO DE INTERVENCIÓN QUE SE HA REALIZADO/PLANEA REALIZARSE..... 151

TABLA 32. FRECUENCIA DE LAS PALABRAS MENCIONADAS POR ENCUESTADOS CON 15 O MÁS OCURRENCIAS 156

TABLA 33. FRECUENCIA DE PAÍSES MENCIONADOS POR LOS ENCUESTADOS CON MÁS DE 20 OCURRENCIAS..... 158

TABLA 34. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CLÚSTER 165

TABLA 35. MÉTODOS DE ESTIMACIÓN EN ANÁLISIS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES 168

TABLA 36. MEDIDAS DE AJUSTE DE BONDAD DEL MODELO..... 170

TABLA 37. ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS ÍTEMS DE AUTOCONGRUENCIA 172

TABLA 38. ANÁLISIS DE NORMALIDAD MULTIVARIANTE. AUTOCONGRUENCIA..... 172

TABLA 39. PRUEBAS DEL AFE: KMO, TEST DE ESFERICIDAD Y VARIANZA EXPLICADA PARA LA ESCALA DE AUTOCONGRUENCIA ... 172

TABLA 40. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA
 “AUTOCONGRUENCIA” 173

TABLA 41. ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS ÍTEMS DE MOTIVACIONES 174

TABLA 42. ANÁLISIS DE NORMALIDAD MULTIVARIANTE: ESCALA DE MOTIVACIONES..... 174

TABLA 43. PRUEBAS DEL AFE: KMO, TEST DE ESFERICIDAD Y VARIANZA EXPLICADA PARA LA ESCALA MOTIVACIONES 175

| | |
|---|-----|
| TABLA 44. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA “MOTIVACIONES” | 177 |
| TABLA 45. ASÍMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS ÍTEMS DE IMAGEN COGNITIVA | 178 |
| TABLA 46. ANÁLISIS DE NORMALIDAD MULTIVARIANTE. IMAGEN COGNITIVA | 179 |
| TABLA 47. PRUEBAS DEL AFE: KMO, TEST DE ESFERICIDAD Y VARIANZA EXPLICADA PARA ESCALA IMAGEN COGNITIVA | 180 |
| TABLA 48. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA “IMAGEN COGNITIVA” | 182 |
| TABLA 49. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA “IMAGEN COGNITIVA MÉDICA” | 183 |
| TABLA 50. PROPOSICIONES ADICIONALES PLANTEADAS PARA LA VARIABLE “IMAGEN COGNITIVA MÉDICA” | 184 |
| TABLA 51. ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS ÍTEMS DE IMAGEN AFECTIVA | 184 |
| TABLA 52. ANÁLISIS DE NORMALIDAD MULTIVARIANTE. IMAGEN AFECTIVA | 184 |
| TABLA 53. PRUEBAS DEL AFE: KMO, TEST DE ESFERICIDAD Y VARIANZA EXPLICADA PARA LA ESCALA IMAGEN AFECTIVA | 185 |
| TABLA 54. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA “IMAGEN AFECTIVA” | 185 |
| TABLA 55. EVALUACIÓN DE FIABILIDAD POR MITADES PARA LA ESCALA “IMAGEN GLOBAL” | 187 |
| TABLA 56. ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS ÍTEMS DE FUENTES DE INFORMACIÓN | 188 |
| TABLA 57. ANÁLISIS DE NORMALIDAD MULTIVARIANTE. FUENTES INFORMACIÓN | 188 |
| TABLA 58. PRUEBAS DEL AFE: KMO, TEST DE ESFERICIDAD Y VARIANZA EXPLICADA PARA FUENTES DE INFORMACIÓN | 189 |
| TABLA 59. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA FUENTES DE INFORMACIÓN | 190 |
| TABLA 60. ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS ÍTEMS DE AVERSIÓN AL RIESGO | 191 |
| TABLA 61. ANÁLISIS DE NORMALIDAD MULTIVARIANTE. AVERSIÓN AL RIESGO | 191 |
| TABLA 62. PRUEBAS DEL AFE: KMO, TEST DE ESFERICIDAD Y VARIANZA EXPLICADA PARA AVERSIÓN AL RIESGO | 191 |
| TABLA 63. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA “AVERSIÓN AL RIESGO” | 192 |
| TABLA 64. ASIMETRÍA Y CURTOSIS DE LOS ÍTEMS DE INTENCIÓN | 193 |
| TABLA 65. ANÁLISIS DE NORMALIDAD MULTIVARIANTE. INTENCIÓN | 193 |
| TABLA 66. PRUEBAS DEL AFE: KMO, TEST DE ESFERICIDAD Y VARIANZA EXPLICADA PARA INTENCIÓN DE VISITA | 194 |
| TABLA 67. EVALUACIÓN DEL MODELO DE MEDIDA, FIABILIDAD DE LA ESCALA Y BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA “INTENCIÓN” | 194 |
| TABLA 68. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS PROPUESTAS | 195 |
| TABLA 69. MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE CONSTRUCTOS, EN LA DIAGONAL PRINCIPAL SE ENCUENTRA LA RAÍZ CUADRADA DE LA VARIANZA EXTRAÍDA. | 197 |
| TABLA 70. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS VARIABLES DEL MODELO EN SU CONJUNTO | 197 |
| TABLA 71. PRINCIPALES INDICADORES DE AJUSTE DEL MODELO PROPUESTO | 199 |
| TABLA 72. CARGAS ESTANDARIZADAS Y PVALOR DE LAS VARIABLES EXÓGENAS - ENDÓGENAS PARA EL MODELO IMAGEN-INTENCIÓN | 200 |
| TABLA 73. FIABILIDAD DE LOS INDICADORES DEL MODELO | 202 |
| TABLA 74. FIABILIDAD COMPUESTA Y VARIANZA EXTRAÍDA DE LAS ESCALAS MULTI-ÍTEMS DEL MODELO GENERAL | 203 |
| TABLA 75. PESOS DE REGRESIÓN, T-STUDENT Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA | 204 |
| TABLA 76. MODELO ESTRUCTURAL PARA EL MODELO GENERAL - PESOS NO ESTANDARIZADOS | 205 |
| TABLA 77. EFECTOS DIRECTOS ESTANDARIZADOS DEL MODELO | 206 |
| TABLA 78. EFECTOS TOTALES ESTANDARIZADOS DEL MODELO | 206 |
| TABLA 79. RESUMEN DE RESULTADOS DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN | 210 |
| TABLA 80. PRINCIPALES INDICADORES DE AJUSTE DEL MODELO PROPUESTO SEGÚN LA EXPERIENCIA | 211 |
| TABLA 81. MODELO ESTRUCTURAL PARA EL GRUPO SIN EXPERIENCIA - PESOS NO ESTANDARIZADOS | 213 |

| | |
|---|-----|
| TABLA 82. MODELO ESTRUCTURAL PARA EL GRUPO CON EXPERIENCIA - PESOS NO ESTANDARIZADOS | 213 |
| TABLA 83. PESOS DE REGRESIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS MISMOS PARA TURISTAS SIN EXPERIENCIA | 214 |
| TABLA 84. PESOS DE REGRESIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS MISMOS PARA TURISTAS CON EXPERIENCIA..... | 214 |
| TABLA 85. ANÁLISIS DE LA INVARIANCIA EN EL MODELO MULTIGRUPO DE EXPERIENCIA..... | 216 |
| TABLA 86. DIFERENCIAS ENTRE PESOS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE RATIOS CRÍTICOS SEGÚN LA EXPERIENCIA | 216 |
| TABLA 87. COMPARACIÓN DE VALORACIONES INDIVIDUALES Y PUNTUACIONES DE HOFSTEDE PARA AVERSIÓN AL RIESGO | 217 |
| TABLA 88. RESUMEN DE INDICADORES DE AJUSTE DEL MODELO PROPUESTO PARA LA DIMENSIÓN DE AVERSIÓN AL RIESGO | 218 |
| TABLA 89. MODELO ESTRUCTURAL PARA EL GRUPO BAR - PESOS NO ESTANDARIZADOS | 219 |
| TABLA 90. MODELO ESTRUCTURAL PARA EL GRUPO AAR - PESOS NO ESTANDARIZADOS..... | 219 |
| TABLA 91. PESOS DE REGRESIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS MISMOS EN SITUACIÓN DE BAR..... | 220 |
| TABLA 92. PESOS DE REGRESIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS MISMOS EN SITUACIÓN DE AAR..... | 220 |
| TABLA 93. ANÁLISIS DE LA INVARIANCIA EN EL MODELO MULTIGRUPO AVERSIÓN AL RIESGO | 221 |
| TABLA 94. DIFERENCIAS ENTRE PESOS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE RATIOS CRÍTICOS PARA LA AVERSIÓN AL RIESGO | 222 |
| TABLA 95. RESUMEN DE HIPÓTESIS RELACIONALES MODERADAS POR EXPERIENCIA O AVERSIÓN AL RIESGO | 225 |
| TABLA 96. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS UTILIZADOS | 281 |
| TABLA 97. TABLA ANOVA – ANÁLISIS CLÚSTER | 283 |
| TABLA 98. ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD DE LAS VARIABLES DEL MODELO EN SU CONJUNTO | 283 |
| TABLA 99. ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD (SIN EXPERIENCIA)..... | 284 |
| TABLA 100. ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD (CON EXPERIENCIA)..... | 286 |
| TABLA 101. EFECTOS DIRECTOS ESTANDARIZADOS DEL MODELO PARA GRUPO SIN EXPERIENCIA | 287 |
| TABLA 102. EFECTOS DIRECTOS ESTANDARIZADOS DEL MODELO PARA GRUPO CON EXPERIENCIA | 288 |
| TABLA 103. EFECTOS TOTALES ESTANDARIZADOS DEL MODELO SOBRE EL GRUPO DE PERTENENCIA - EXPERIENCIA | 288 |
| TABLA 104. ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD (BAJA AVERSIÓN AL RIESGO) | 288 |
| TABLA 105. ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD (ALTA AVERSIÓN AL RIESGO) | 289 |
| TABLA 106. EFECTOS DIRECTOS ESTANDARIZADOS DEL MODELO PARA GRUPO DE BAJA AVERSIÓN AL RIESGO | 291 |
| TABLA 107. EFECTOS DIRECTOS ESTANDARIZADOS DEL MODELO PARA GRUPO DE ALTA AVERSIÓN AL RIESGO | 291 |
| TABLA 108. EFECTOS TOTALES ESTANDARIZADOS DEL MODELO SOBRE EL GRUPO DE PERTENENCIA (AVERSIÓN AL RIESGO) . | 291 |
| TABLA 109. PRUEBA T DE STUDENT PARA EL GRUPO DE SINEXP VS. CONEXP | 292 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1. STRUCTURE OF THE STUDY | 18 |
| FIGURA 2. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO..... | 27 |
| FIGURA 3. MARCO DE REFERENCIA DEL TURISMO MÉDICO | 40 |
| FIGURA4. CATEGORÍAS DE MOVILIDAD DEL PACIENTE..... | 41 |
| FIGURA5. PARTICIPANTES EN EL MERCADO DE SERVICIOS MÉDICOS..... | 49 |
| FIGURA 6. CUANTIFICACIÓN DE ARTÍCULOS Y REVISTAS CIENTÍFICAS SOBRE EL TEMA EN LAS FUENTES CONSULTADAS DE 1931 A 2016 | 58 |
| FIGURA 7. FORMACIÓN DE LA IMAGEN DE DESTINO DE ACUERDO A GARTNER (1993)..... | 73 |
| FIGURA 8. MODELO DE LA FORMACIÓN DE IMAGEN DE UN DESTINO | 75 |
| FIGURA 9. JERARQUÍA DE NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA..... | 78 |

| | |
|---|-----|
| FIGURA 10. TIPOS DE FUENTES DE INFORMACIÓN QUE UTILIZARÍAN TURISTAS MÉDICOS POTENCIALES | 86 |
| FIGURA 11. PROCESO DE SELECCIÓN DE UN DESTINO DE UM Y CROMPTON (1990)..... | 88 |
| FIGURA 12. PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN TURISMO MÉDICO | 90 |
| FIGURA 13. MODELO SOBRE EL ATRACTIVO DE UN DESTINO DE TURISMO MÉDICO | 96 |
| FIGURA 14. MODELO PARA LA ELECCIÓN DEL DESTINO Y HOSPITAL | 97 |
| FIGURA 15. MODELO SOBRE LA ELECCIÓN DE UN DESTINO EN TURISMO MÉDICO | 98 |
| FIGURA 16. MODELO DE LA OFERTA Y DEMANDA DE TURISMO MÉDICO | 100 |
| FIGURA 17. MODELO DE INTENCIÓN DE VIAJE EN TURISMO MÉDICO | 101 |
| FIGURA 18. MODELO DE RELACIONES CAUSALES PROPUESTO | 120 |
| FIGURA 19 . PORCENTAJE DE LA MUESTRA QUE HA VIAJADO A OTRO PAÍS PARA ACCEDER A SERVICIOS MÉDICOS | 149 |
| FIGURA 20. FRECUENCIA DE VIAJE DE LOS TURISTAS MÉDICOS DE LA MUESTRA - ÚLTIMOS 5 AÑOS | 150 |
| FIGURA 21 . PORCENTAJE DE PAÍSES A LOS QUE LOS TURISTAS MÉDICOS HAN VIAJADO..... | 150 |
| FIGURA 22. GÉNERO: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP..... | 153 |
| FIGURA 23. EDAD: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP..... | 153 |
| FIGURA 24. PAÍS DE ORIGEN: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP | 153 |
| FIGURA 25. SITUACIÓN FAMILIAR: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP | 153 |
| FIGURA 26. NÚMERO DE HIJOS: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP | 154 |
| FIGURA 27. INGRESOS ANUALES: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP | 154 |
| FIGURA 28. OCUPACIÓN: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP..... | 154 |
| FIGURA 29. NIVEL DE ESTUDIOS: TURISTAS CON EXP VS. SIN EXP | 154 |
| FIGURA 30. A.C.S. GRÁFICO 2D DE LAS COORDENADAS FILAS (PALABRA) Y COLUMNAS (REGIÓN) | 160 |
| FIGURA 31. A.C.M. GRÁFICO 2D DE LAS COORDENADAS FILAS (PALABRA) Y COLUMNAS (EDAD, NIVEL DE INGRESOS Y DE ESTUDIOS) | 161 |
| FIGURA 32. A.C.M. GRÁFICO 2D DE LAS COORDENADAS FILAS (REGIONES) Y COLUMNAS (GÉNERO, EDAD Y NIVEL DE INGRESOS) | 162 |
| FIGURA 33. PUNTUACIÓN MEDIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES EN CADA CLÚSTER | 165 |
| FIGURA 34. MODELO ESTRUCTURAL (COEFICIENTES ESTANDARIZADOS)..... | 207 |
| FIGURA 35. MODELO ESTRUCTURAL PARA LA EXPERIENCIA (COEFICIENTES ESTANDARIZADOS)..... | 215 |
| FIGURA 36. MODELO ESTRUCTURAL PARA LA DIMENSIÓN DE AVERSIÓN AL RIESGO (COEFICIENTES ESTANDARIZADOS) | 221 |
| FIGURA 37. DENDOGRAMA DE WARD PARA PAÍSES EUROPEOS..... | 280 |
| FIGURA 38. DENDOGRAMA PARA PAÍSES AMERICANOS | 281 |

| Abreviatura | Término |
|------------------|---|
| AAR | Alta aversión al riesgo |
| ACCES | Accesibilidad |
| ACM | Análisis de correspondencias múltiple |
| AFC | Análisis factorial confirmatorio |
| AFE | Análisis factorial exploratorio |
| AIND | Alto individualismo |
| ATTRACT_TUR | Atractivos turísticos |
| AUTOC | Autocongruencia |
| BAR | Baja aversión al riesgo |
| BEN_COMPLE | Beneficios complementarios |
| BEN_ECON | Beneficios económicos |
| BEN_MED | Beneficios médicos |
| BIND | Bajo individualismo |
| CGU | Contenido generado por el usuario |
| EEUU | Estados Unidos |
| FC | Fiabilidad compuesta |
| FI | Fuentes información |
| FTES_OFF | Fuentes offline |
| FTES_ON | Fuentes online |
| IA | Imagen afectiva |
| IC | Imagen Cognitiva |
| ICM | Imagen cognitiva médica |
| IG | Imagen global |
| INFR | Infraestructura |
| INT | Intención |
| JCI | Joint Commission International |
| KMO | Kaiser-Meyer-Olkin |
| MOT | Motivaciones |
| MSA | Medida de adecuación muestral (<i>Measure of Sample Adequacy</i> en inglés) |
| MSA _i | Medida de adecuación muestral del ítem |
| PRESC | Prescriptores |
| SEM | Modelización de ecuaciones estructurales (<i>Structural equation modeling</i> en inglés) |
| VE | Varianza extraída |