

TURISMO

**DIFERENCIAS CROSS-CULTURALES EN LA IMAGEN, MOTIVACIONES Y  
USO DE FUENTES DE INFORMACIÓN DE TURISTAS MÉDICOS**

Andrea Paola de la Hoz Correa (andrehoz@gmail.com)  
Universidad de Granada

Francisco Muñoz Leiva (franml@ugr.es)  
Universidad de Granada

RESUMEN

El presente trabajo de investigación pretende analizar las diferencias existentes entre turistas médicos basados en las dimensiones de individualismo y aversión al riesgo de Hofstede. Los datos fueron recolectados usando un panel de usuarios de internet con presencia en seis países distintos. En particular, se realizó un test de diferencia de medias evidenciando diferencias cross-culturales en el grado de importancia dada a las fuentes de información, imagen, motivaciones e intención. Los hallazgos serán de gran ayuda para aquellas entidades que desarrollan actividades vinculadas con el turismo médico permitiendo diseñar estrategias de mercadeo y mensajes teniendo en cuenta las diferencias encontradas en las culturas bajo estudio.

ABSTRACT

The current research work aims to analyze the differences between medical tourists based on Hofstede's individualism and risk aversion dimensions. The data were collected using a panel of internet users from six different countries. A t-test was performed showing that there are cross-cultural differences in the degree of importance given to information sources, image, motivations and intention. These findings will greatly help entities involved in the medical tourism industry in order to design marketing strategies and messages considering the differences found between different cultures under study.

PALABRAS CLAVE

Turismo médico, dimensiones de Hofstede, análisis cross-cultural, imagen, fuentes de información

KEY WORDS

Medical tourism, Hofstede's dimensions, cross-cultural analysis, image, information sources

---

**AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo ha recibido el apoyo financiero del proyecto de I+D+i del Programa Estatal de Investigación con refª ECO2017-88458-R9, del proyecto de I+D+i ECO2012-39576 del Ministerio de Economía y Competitividad, así como, el proyecto de Excelencia P12-SEJ-1980 de la Junta de Andalucía.

## 1. INTRODUCCIÓN

El turismo médico es una vertiente del turismo de salud que ha sido impulsado en los últimos años por la globalización y el neoliberalismo. Puede ser definido como el desplazamiento por fuera del territorio nacional con el fin de recibir cuidados médicos (Snyder, Crooks y Turner, 2011). Las cirugías realizadas son típicamente largas, costosas, pero los costos de viaje son relativamente pequeños en comparación con los costos de los procedimientos médicos.

Los participantes en esta industria son sobre todo economías emergentes que gozan de grandes ventajas en costos y precios. Es por eso que los gobiernos de estos países han invertido gran cantidad de dinero y recursos y han establecido alianzas con el sector privado para ofrecer una amplia gama de productos de atención médica y turismo, contribuyendo a la consolidación de la industria. Las ofertas van desde servicios médicos preventivos (por ejemplo, chequeos médicos y exámenes de salud), procedimientos electivos (por ejemplo, cirugía estética y procedimientos dentales) hasta servicios más complejos, como cirugía cardíaca y reemplazos de rodilla o cadera (Heung, Kucukusta y Song, 2010; Perfetto y Dholakia, 2010). Asia es actualmente la región preferida para el turismo médico ya que cuenta con la infraestructura médica más avanzada (Yu y Ko, 2012). Esta región incluye India, Malasia, Singapur y Tailandia, entre otros, que atraen a pacientes de todo el mundo, aunque el principal mercado turístico proviene de Oriente Medio, Europa occidental y los EE. UU. Sin embargo, países latinoamericanos como Chile, Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Colombia y Cuba también se están convirtiendo rápidamente en atractivos destinos de atención médica ya que están "promoviendo agresivamente los servicios quirúrgicos, cosméticos y reproductivos a consumidores en gran parte de habla inglesa" (Hopkins, Labonté, Runnels y Packer, 2010, p.187), a la vez que atrae pacientes de países cercanos como Bolivia, Perú y Ecuador (Cortez, 2008). Otros destinos como Hungría, Brunei, Hong Kong, Israel, Jordania, Lituania, Filipinas y los Emiratos Árabes Unidos también están emergiendo como los principales destinos de atención médica (Heung et al., 2010).

Se considera que el turismo médico tiene muchas ventajas para los países que participan en él. Sin embargo, también plantea múltiples desafíos competitivos. La investigación de éste como disciplina, está aún en su infancia. Goodrich y Goodrich (1987) como pioneros en la investigación en turismo de salud, intentaron entender este fenómeno. Sin embargo, la mayoría de las publicaciones hechas hasta ahora son exploratorias, principalmente con el objetivo de describir en términos generales el desarrollo global de esta industria, el tamaño del mercado, los actores involucrados y la terminología relacionada. Hay una necesidad de estudios enfocados en el comportamiento del turista y los factores que afectan su decisión. Los estudios en este campo se han llevado a cabo a escala nacional, aunque es claro que dichos factores pueden diferir según la nacionalidad y la cultura en cuestión (Daechun, 2013). Además, entender la cultura y su impacto en el comportamiento es esencial para el turismo médico ya que los pacientes viajan a países con diferentes bagajes culturales y diferentes perspectivas geográficas (Liu y Chen, 2013, p.82).

Por lo tanto, es necesario realizar un estudio intercultural para demostrar cómo las características culturales de un paciente pueden afectar diferentes factores cruciales. De esta manera, se presenta este trabajo de investigación que tiene por objetivo analizar si existen diferencias cross-culturales para variables determinantes en turismo médico como lo son la imagen, fuentes de información, motivaciones, riesgo percibido e intención. Para ello, en la siguiente sección se presentan los principales resultados de la revisión de la literatura enfocándonos en las variables que influyen en el proceso de decisión del turista médico. En la sección tercera se concretan los principales aspectos metodológicos de la investigación a llevar a cabo. Por último, se concretan las principales aportaciones del estudio.

## 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 La imagen, motivaciones y fuentes de información en turismo médico

La imagen es uno de los principales aspectos que un turista tiene en cuenta al viajar a un destino, especialmente si no lo conoce. Es un constructo dinámico resultado de las percepciones, ideas, impresiones y sentimientos que tenga un visitante sobre un destino. Muchos autores concuerdan con que la imagen es un constructo multidimensional formado por varios componentes. En ese sentido encontramos la definición de Crompton (1979) que la conceptualiza como la suma de las creencias cognitivas y las impresiones afectivas que un individuo posee de un destino determinado. De esta definición se desprende que la imagen está formada al menos por un componente cognitivo y uno afectivo (Baloglu y McCleary, 1999). Echtner (1991) va más allá y agrega a la definición que la imagen se define no solo como percepciones de los atributos individuales de un destino, sino también como la impresión holística o global que se hace sobre el destino, añadiendo que las percepciones cognitivas y afectivas forman a su vez una impresión global. El componente cognitivo se refiere a la suma de creencias o conocimiento sobre los atributos observables de un determinado destino (Gartner, 1993) como el paisaje, los lugares de interés, infraestructura; mientras que el componente afectivo se refiere a los atributos intangibles relacionados con los sentimientos producidos por el lugar (Baloglu y Brinberg, 1997; Byon y Zhang, 2010). Por último, la imagen global indica las evaluaciones positivas o negativas que hacemos sobre un destino.

Con respecto a la imagen proyectada por destinos de turismo médico, Chang y BeiseZee (2013) argumentan que estamos evidenciando la “*medicinación*” de los destinos, lo que significa que estos se están enfocando especialmente en promocionar las propiedades terapéuticas de estos destinos reconocidas científicamente con el fin de atraer a turistas potenciales (por ej. aguas termales curativas). Los destinos que no poseen estos atributos, se enfocan en promocionar la alta calidad sumado a los bajos costos. Sin embargo, estos mismos autores argumentan que enfocarse en los componentes cognitivos únicamente no es adecuado, pues hay evidencia de que las personas se basan más en las impresiones emocionales (por ej. empatía del personal, ambiente seguro) para tomar sus decisiones.

Por otro lado, Chen, Prebensen y Huan (2008) definen motivación como “el funcionamiento de procesos inferidos intrapersonales que dirigen, activan y mantienen un comportamiento” por lo que se infiere que el individuo “se mueve a algo”. Es una guía interna que empuja al individuo y por tanto es responsable del por qué las personas deciden hacer algo, cuánto tiempo están dispuestos a mantener la actividad y cómo de persistentes van a ser para conseguirlo. Cuando los individuos toman la decisión de viajar, lo hacen por diferentes motivos o razones, entendidos como fuerzas que reducen el estado de tensión (Beerli & Martín, 2004). Muchos de los trabajos enfocados en evaluar las motivaciones de los individuos a la hora de emprender un viaje (ej. Crompton, 1979) se enfocan en los factores *push* (o internos) y *pull* (o externos) que afectan la elección de un destino. En turismo médico podemos considerar como factores *push* a la personalidad, cultura y valores, mientras que los factores *pull* más determinantes son la reducción en costos, búsqueda de mejor calidad, inaccesibilidad o inexistencia de la atención en su país de origen o en el deseo de mejorar la sensación de bienestar del individuo (Auren & Fundación EOI, 2013).

De acuerdo con Crooks et al. (2011) las motivaciones en viajeros médicos internacionales pueden clasificarse en tres grupos: (i) relacionadas con el procedimiento, (ii) relacionados con viajes, y (iii) relacionados con los costos. La motivación relacionada con el procedimiento se basa en la necesidad de acceder a un procedimiento en el exterior porque es ilegal o no está disponible en el país de origen; las motivaciones relacionadas con el viaje tienen que ver con que el individuo se motiva a ir por las atracciones turísticas en el destino con las que puede combinar la obtención de servicios médicos. Finalmente, las motivaciones relacionadas con los costos se relacionan con la búsqueda de menores precios en países en desarrollo y la posibilidad de ahorro. Existe evidencia de que las motivaciones influyen positivamente en las imágenes de un destino y también en la

intención de viajar; por lo tanto, es importante incluirlas en cualquier modelo de toma de decisiones centrado en el consumidor.

Adicionalmente, un factor crítico para el desarrollo del turismo médico es la eficacia con la que los consumidores toman decisiones con respecto a las diferentes opciones de tratamiento. Las decisiones relacionadas con la salud son complejas y contienen una cantidad de factores de riesgo y los servicios relacionados sólo pueden ser evaluados después del consumo (Enderwick y Nagar, 2011). Es por eso que, para esta industria, el uso de las fuentes de información es un factor importante. Estas se pueden definir como "la difusión, transmisión, comunicación y diseminación de pensamientos, información, mensajes, opiniones, evaluaciones y comentarios entre al menos dos personas sobre un producto, servicio, marca o experiencias relacionadas" (Yeoh, Othman y Ahmad, 2013, p. 197). Son ampliamente consideradas por numerosos investigadores como factores estímulo o agentes de formación de la imagen pues influyen en la formación de las percepciones y evaluaciones y están relacionadas con la cantidad y variedad de fuentes de información a las que pueden estar expuestos los individuos (Beerli y Martín, 2004), lo que afecta el proceso de toma de decisiones.

Según Runnels y Carrera (2012) y Eissler y Casken (2013), muchos turistas consideran que la etapa de adquisición de información es muy importante para tomar una decisión sobre si acceder a la atención médica en su país de residencia o en un país extranjero y, por lo tanto, gastan una cantidad considerable de tiempo buscando información sobre destinos, procedimientos, opciones de tratamiento, costos e instalaciones. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y el desarrollo de Internet han cambiado drásticamente la forma en que las personas buscan esta información. En particular, Internet ha impulsado el turismo médico (Smith & Forgione, 2007; Cortez, 2008), como atestiguan algunos datos, por ejemplo, el 73% de los clientes se conectan a Internet para recopilar información (Yu y Ko, 2012). Incluso los mismos países han incluido en su plan de marketing la promoción de sus destinos en sitios web conscientes de la importancia dada a este medio de comunicación.

## **2.2 El papel de la cultura en el turismo médico**

Hofstede define la cultura como "la programación colectiva de la mente, que distingue a los miembros de un grupo o categoría de personas de otra". Aunque hay varias definiciones del término cultura este término, todas enfatizan la existencia de patrones de comportamiento o un sistema organizado de conocimiento y creencias (Richardson y Crompton, 1988), que se aprenden a temprana edad, que aún son evidentes cuando se viaja al extranjero (Crofts & Erdmann, 2000), y que afectan el comportamiento del turista de varias maneras. Según un estudio de Hofstede de 1980, las diferencias culturales se pueden identificar a partir de cuatro dimensiones, además de una quinta que se agregó más adelante (Hofstede y Bond, 1988). Más tarde, en el trabajo de Hofstede (2001) se describen estas cinco dimensiones: distancia de poder, control de la incertidumbre, individualismo, masculinidad y orientación a largo plazo.

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 de evitar entornos desconocidos (Liu y Chen, 2013). Por ejemplo, Moghimehfar y Nasr-Esfahani (2011) estudiaron parejas musulmanas en Irán buscando tratamientos de fertilidad y encontraron que los asuntos religiosos, éticos y culturales se encontraban entre los factores más importantes al elegir un país de destino para los servicios de tratamiento de la fertilidad. Además, Yu y Ko (2012) descubrieron diferencias significativas en los factores decisivos en los que los turistas chinos, japoneses y coreanos basan su elección de los países de destino, en los posibles inconvenientes percibidos y en los productos preferidos.

Para el presente estudio hemos decidido enfocarnos en las dimensiones: a) individualismo (IND) o grado en que el bienestar del individuo se valora sobre el del grupo, y b) aversión al riesgo (AR) o grado en que los miembros de una cultura se sienten amenazados por situaciones ambiguas o desconocidas. Existe evidencia de que ambas dimensiones están relacionadas con la formación de imágenes, percepciones, participación futura en el turismo médico (Daechun, 2013), proceso de adquisición de información (que influye en el tipo y cantidad de fuentes de información utilizadas) (Yacout & Hefny, 2014) y actúan como moderadoras en la relación existente entre variables como las fuentes de información y la imagen (Frías et al., 2012). Adicionalmente sostenemos que otras variables internas que influyen de manera directa en la formación de la imagen y la intención de visita (por ejemplo, las motivaciones) también varían de acuerdo a la cultura, la edad y/o sexo de los individuos.

La contratación de un destino de turismo médico, así como sucede con la mayoría de los productos turísticos, es considerado una compra de alto riesgo (Litvin, Goldsmith, & Pan, 2008). Dado el grado de incertidumbre que rodea el viaje internacional, la calidad de la atención médica y la credibilidad y experiencia del especialista, se espera que los turistas médicos perciban esta alternativa con un alto nivel de riesgo percibido (Mason y Wright, 2011). Siempre existe la posibilidad de que la intervención no salga como se esperaba, que resulten complicaciones o que en el destino se presente un desastre natural, epidemia o ataque terrorista. Por eso la seguridad asociada con un destino es una de las mayores preocupaciones entre los viajeros.

Derivado de la revisión de la literatura científica, proponemos la siguiente cuestión de investigación.

*¿Las percepciones de los turistas médicos en términos de motivaciones, imagen, fuentes de información varían entre culturas?*

### 3. METODOLOGÍA A SEGUIR

#### 3.1. Población y recogida de datos

Durante el último trimestre del año 2016 se llevó a cabo el estudio empírico a través de un cuestionario web. La población objetivo está compuesta por personas que hayan viajado a otro país para acceder a servicios médicos o que tengan intención de hacerlo en los próximos 5 años.

Para la recolección de datos y teniendo en cuenta que el objetivo principal era analizar las diferencias cross-culturales, se seleccionaron varios países en Europa y América con diferentes puntuaciones de Hofstede. Específicamente, seleccionamos tres países europeos representativos (Francia, Suecia y Suiza) y tres americanos (EE. UU., Ecuador y Perú). Basándonos en sus puntuaciones, se observa que Francia, Suecia, Suiza y los EE. UU. son sociedades más individualistas, mientras que Perú y Ecuador son más colectivistas. Además, Francia, Suiza, Perú y Ecuador tienen mayores valores en aversión al riesgo mientras que los individuos en Suecia y los EE. UU. se sienten más cómodos con situaciones desconocidas (ver Tabla 1).

Tabla 1. Puntuaciones de individualismo/colectivismo y aversión al riesgo por países

Country	Individualismo/Colectivismo *	Aversión al riesgo *
Francia	71	86
Suiza	71	29
Suecia	68	58
Estados Unidos	91	46
Perú	16	87
Ecuador	8	67

\*Las puntuaciones van de 1 a 100. Menos de 50 se considera bajo, y más de 50, alto.

Dado que no se disponía de datos precisos sobre el tamaño y la ubicación de esta población, no se pudieron aplicar métodos probabilísticos de muestreo, por lo que un muestreo por conveniencia tuvo que ser aplicado. En concreto, se ha contratado un panel de navegantes online (Toluna; <https://es.toluna.com>) para acceder a una muestra de turistas con las características de la población de donde se extrae. La encuesta se escribió en inglés, español, francés y sueco con la ayuda de traductores profesionales. El tamaño muestral efectivo fue de 330 sujetos repartidos de la siguiente manera: 171 individuos provenientes de países europeos y 159 individuos provenientes de países del continente americano. El reparto del tamaño muestral por países trató de mantener la proporción de practicantes de turismo médico en cada país objetivo.

### **3.2. Escalas de medida**

Se utilizaron escalas de medida extraídas de la revisión de la literatura científica para las variables bajo estudio. Para medir el componente cognitivo de la imagen se adaptó el instrumento de medida utilizado en el trabajo de Beerli y Martín (2004), Saiprasert y Qu (2011), Moreno Gil, Beerli Palacio y Ledesma (2012), Abubakar y Ilkan (2015), Byon y Zhang (2010) bajo la forma de escala tipo Likert de 7 puntos. Siguiendo a estos autores y dada la ausencia de trabajos sobre el tema, se ha velado por garantizar que los ítems utilizados sean relevantes y representativos de las características generales que pueden medirse en un destino de turismo médico.

Para medir la imagen afectiva se utilizan cuatro escalas bipolares tipo diferencial semántico con los adjetivos: estimulante-aburrido, agradable-desagradable, alegre-triste, y relajante-estresante. Se trata de una escala de medida desarrollada originariamente por Russell y Pratt (1980) y utilizada posteriormente por diversos autores adaptándola a áreas relacionadas con el marketing turístico (Russell y Pratt 1980; Baloglu y McCleary 1999; Byon y Zhang, 2010; Moreno, Beerli, y Ledesma, 2012; Nicoletta y Servidio, 2012; Rodríguez, Frías y Castañeda, 2013; Yacout y Hefny, 2014).

Para medir la imagen global se toma como referencia el trabajo de Beerli y Martín (2004) quienes utilizan una escala diferencial semántico con valores extremos muy positivo/muy negativo. Adicionalmente se incluye un ítem con las etiquetas muy buena/muy mala, utilizado en el trabajo de Frías, Rodríguez, y Castañeda (2008) para medir la influencia que tiene Internet versus las agencias de viajes en la formación de la imagen antes de la visita.

Para la evaluación de las fuentes de información, se han extraído una serie de ítems procedentes de una variedad de autores con investigaciones en turismo en general y otros aplicados a turismo médico, también bajo una escala métrica de 7 puntos (como se hace en los trabajos de Baloglu y McCleary, 1999; Hanlan y Kelly, 2005; Frías, Rodríguez, y Castañeda, 2008; Yacout y Hefny, 2014). Finalmente, el cuestionario incluye la medición de otras variables de clasificación que pueden influir en la decisión de elegir un destino de turismo médico como son el género, la edad, el nivel de educación, la clase social y el país de origen.

## **4. ANÁLISIS DE DATOS**

### **4.1. Características sociodemográficas de la muestra**

Las características sociodemográficas de la muestra se resumen en la Tabla 2. El 51,4% de la muestra fue de género femenino y el 48,6% de género masculino. El desglose de las nacionalidades de los encuestados es el siguiente: Francia (20,9%), Ecuador (20%), Perú (13,3%), Suiza (13,9%), Suecia (13,3%), Estados Unidos (12,4%) y otros países. (6,1%). La columna "otros" contiene datos de los encuestados (20 sujetos) que vivían en los países seleccionados para el estudio, pero que tenían diferentes países de origen. Esta información se incluyó en el análisis descriptivo, pero las respuestas que no tenían puntuaciones de Hofstede (y por lo tanto no se podían incluir en ninguno de los grupos) se eliminaron de la base de datos para realizar la prueba T de Student.

Tabla 2. Características socio-demográficas de la muestra

Variables	Categorías	Ecuador (N=66)	Peru (N=44)	USA (N=41)	Suiza (N=46)	Suecia (N=44)	Francia (N=69)	Otros (N=20)	Total (N=330)
<b>Sexo</b>	Femenino	52,4%	50,0%	48,8%	53,3%	51,2%	50,7%	55,0%	51,4%
	Masculino	47,6%	50,0%	51,2%	46,7%	48,8%	49,3%	45,0%	48,6%
<b>Edad</b>	18-30	46,0%	42,9%	17,1%	33,3%	18,6%	29,0%	35,0%	32,2%
	31-40	34,9%	23,8%	58,5%	26,7%	48,8%	21,7%	20,0%	33,4%
	41-50	12,7%	21,4%	9,8%	15,6%	14,0%	15,9%	35,0%	16,1%
	51-60	6,3%	11,9%	12,2%	13,3%	9,3%	18,8%	10,0%	12,1%
	61-70	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%	9,3%	13,0%	0,0%	5,3%
	71 o más	0,0%	0,0%	2,4%	2,2%	0,0%	1,4%	0,0%	0,9%
<b>Nivel de educación</b>	Ninguno	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3
	Escuela primaria/secundaria	20,6%	16,7%	14,6%	40,9%	37,2%	32,4%	35,0%	27,7
	Grado universitario	58,7%	57,1%	39,0%	36,4%	30,2%	32,4%	30,0%	41,7
	Máster, Phd	11,1%	11,9%	46,3%	15,9%	27,9%	35,3%	30,0%	24,9
	Otros estudios	9,5%	14,3%	0,0%	4,5%	4,7%	0,0%	5,0%	5,3
<b>Ocupación actual</b>	Estudiante	11,1%	11,9%	4,9%	17,8%	20,9%	8,7%	10,0%	12,1%
	Amo/a de casa	6,3%	2,4%	0,0%	11,1%	7,0%	1,4%	10,0%	5,0%
	Retirado/a	1,6%	2,4%	2,4%	11,1%	14,0%	17,4%	5,0%	8,4%
	Desempleado/a	11,1%	4,8%	4,9%	2,2%	11,6%	8,7%	15,0%	8,0%
	Dueño/a de negocio	25,4%	14,3%	19,5%	6,7%	0,0%	4,3%	15,0%	12,1%
	Empleado/a	38,1%	64,3%	65,9%	42,2%	41,9%	56,5%	40,0%	50,2%
	Profesional freelance	6,3%	0,0%	2,9%	8,9%	4,7%	2,9%	5,0%	4,3%
<b>Ingresos anuales (en</b>	10.000 US\$ o menos	44,4%	40,5%	4,9%	24,4%	11,6%	17,4%	21,1%	24,5%

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>Ecuador (N=66)</b>	<b>Peru (N=44)</b>	<b>USA (N=41)</b>	<b>Suiza (N=46)</b>	<b>Suecia (N=44)</b>	<b>Francia (N=69)</b>	<b>Otros (N=20)</b>	<b>Total (N=330)</b>
<b>dólares)</b>	10.001 US\$ - 30.000US\$	41,3%	26,2%	2,4%	17,8%	41,9%	29,0%	15,8%	27,0%
	30.001 US\$ to 50.000 US\$	3,2%	28,6%	4,9%	15,6%	23,3%	29,0%	21,1%	17,7%
	50.001 US\$ to 70.000US\$	4,8%	2,4%	9,8%	24,4%	14,0%	17,4%	21,1%	12,7%
	70.001 US\$ to 100.000 US\$	1,6%	0,0%	53,7%	8,9%	2,3%	7,2%	0,0%	10,2%
	Más de 100.000 US\$	4,8%	2,4%	24,4%	8,9%	7,0%	0,0%	21,1%	7,8%
<b>Estado civil</b>	Solter@	39,7%	23,8%	19,5%	37,8%	34,9%	30,4%	31,6%	30,0%
	Casad@	41,3%	35,7%	75,6%	37,8%	39,5%	50,7%	47,1%	55,0%
	Divorciad@	7,9%	2,4%	4,9%	6,7%	7,0%	5,8%	5,9%	5,0%
	Unión libre	9,5%	33,3%	0,0%	13,3%	14,0%	11,6%	12,7%	5,0%
	Viud@	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,3%	0,0%
	Otros	1,6%	4,8%	0,0%	4,4%	4,7%	0,0%	2,5%	5,0%
<b>Número de hijos</b>	0	34,9%	26,2%	14,6%	62,2%	58,1%	42,0%	55,0%	40,9%
	1	27,0%	28,6%	14,6%	15,6%	20,9%	15,9%	25,0%	20,7%
	2 – 3	38,0%	42,9%	58,5%	22,2%	18,6%	39,1%	15,0%	35,3%
	4 o más	0,0%	2,4%	12,2%	0,0%	2,3%	2,9%	5,0%	3,1%



## 4.2 Calidad de las escalas de medida

A continuación, se realizó un análisis factorial exploratorio para el estudio de la dimensionalidad de las escalas “imagen cognitiva” y “fuentes de información” utilizando el análisis de componentes principales con rotación Varimax. Concretamente, el análisis de adecuación muestral mostró resultados bastante buenos para la imagen cognitiva –IC– (KMO=0.890, Test de Esfericidad de Bartlett-p=0,000, varianza explicada =77,11%) y para las fuentes de información –FI– (KMO=0,874, Test de Esfericidad de Bartlett-p=0,000, varianza explicada=70,72%). Para la imagen cognitiva el resultado arroja tres factores: “infraestructura turística”, “atracciones naturales/culturales” y “accesibilidad” explicando el 77,11% de la varianza. Con respecto a las fuentes de información se obtuvo una solución de tres factores igualmente: “fuentes online y medios masivos”, “fuentes comerciales” y “WOM”.

Todas las otras variables resultaron ser unidimensionales con buenos indicadores de validez y fiabilidad (en particular, Cronbach’s  $\alpha$  - imagen afectiva: 0,893; imagen global: 0,857; intención: 0,899).

Tabla 3. Factores y comunalidades para Imagen Cognitiva y Fuentes de Información

Variables	Factores	Items	Comunalidades	Cargas Factoriales	Cronbach’s $\alpha$	FC*	AVE*
Imagen Cognitiva (IC)	Infraestructura turística	CI1	0.829	0.866	0.893	0.76	0.51
		CI2	0.825	0.783			
		CI6	0.801	0.722			
	Atracciones naturales/culturales	CI3	0.667	0.703	0.849	0.89	0.74
		CI4	0.834	0.811			
		CI5	0.760	0.764			
	Accesibilidad	CI7	0.785	0.717	0.752	0.86	0.67
		CI8	0.715	0.716			
		CI9	0.723	0.795			
Fuentes de Información (FI)	Fuentes online y medios masivos	IS4	0.807	0.851	0.869	0.87	0.63
		IS5	0.765	0.798			
		IS6	0.642	0.696			
		IS10	0.673	0.678			
	Fuentes comerciales	IS7	0.573	0.591	0.830	0.83	0.56
		IS8	0.743	0.797			
		IS9	0.802	0.79			
		IS11	0.614	0.568			
	WOM	IS1	0.790	0.865	0.765	0.77	0.53
		IS2	0.670	0.703			
IS3		0.701	0.639				

FC: fiabilidad compuesta y \*AVE: varianza extraída de los constructos

## 4.3 Análisis de diferencias culturales

Con el fin de determinar las diferencias culturales, se dividió la muestra en dos pares de grupos teniendo en cuenta las dimensiones de individualismo y aversión al riesgo. Los grupos resultantes se representaron por BAR/AAR (baja aversión al riesgo vs alta aversión al riesgo) y BIND/AIND (bajo individualismo vs alto individualismo). A partir de los resultados obtenidos (ver Tabla 4), observamos que la dimensión cultural de IND tiene un efecto más amplio sobre las variables en este estudio. Según los resultados, existen diferencias significativas entre las puntuaciones de

países colectivistas vs individualistas con respecto a las motivaciones (MOTIV), imagen afectiva (IA), imagen cognitiva (IC) e intención (INT).

Los países colectivistas o con BIND (en este caso, Perú y Ecuador) tienen puntuaciones más altas que los países individualistas (Francia, Suecia, Suiza y EE.UU.) para todas las variables con diferencias significativas. Los participantes de países menos individualistas se sienten más motivados a visitar destinos de turismo médico buscando una mayor calidad, tecnología más avanzada, la posibilidad de combinar servicios médicos con vacaciones o conocer nuevos destinos, entre otros. Adicionalmente, tienen una IA más favorable de los destinos médicos, considerándolos más agradables, estimulantes, emocionantes, relajantes y seguros que las personas de países AIND. De igual forma, este grupo más colectivista, valora los aspectos cognitivos relativos a unas adecuadas infraestructuras, clima o accesibilidad del destino de forma más positiva, y registran una mayor INT de elección del destino y de sentirse más seguros con su decisión. Esto indicaría que las entidades involucradas deberían realizar campañas de posicionamiento de imagen en las culturas más individualistas que les permitan mejorar su percepción como destino de turismo médico en turistas actuales/potenciales. Adicionalmente, identificar las motivaciones más valoradas y enfatizarlas en las comunicaciones que se realicen.

Tabla 4. T-Student para individualismo

	MOTIV		FI		IG		IA		IC		INT	
Grupo	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Media	5,39	4,97	5,13	4,96	4,20	4,08	5,59	5,11	5,59	5,36	5,55	5,00
T	3,215		1,247		1,186		3,348		1,988		3,718	
p-valor	<b>0,001</b>		0,213		0,236		<b>0,001</b>		<b>0,048</b>		<b>0,000</b>	

G1: Bajo individualismo; G2: Alto individualismo

Con respecto a la aversión al riesgo, se observa que los participantes de países BAR (Suecia y Estados Unidos) valoran más el uso de las fuentes de información que los participantes de los países con AAR (Francia, Suiza, Perú y Ecuador). Estos resultados pueden ser algo contradictorios, pues en trabajos anteriores se ha encontrado que las culturas con más AAR valoran más el uso de las FI como una manera de hacer frente y “controlar” situaciones desconocidas. Tomando como referencia el trabajo de Yacout y Hefny (2014) la dimensión cultural de aversión al riesgo, es la más relacionada con el proceso de adquisición de información y debido a que las actividades relacionadas con el turismo médico acarrear un alto grado de incertidumbre, todos los turistas médicos (de AAR y BAR), van a buscar información detallada sobre destinos productos y servicios. Las entidades en los países de destino (hospitales, clínicas, organizaciones) deben proporcionar entonces suficiente información tanto en su página web, como a través de intermediarios y doctores colaboradores en el país de origen para que el turista potencial sienta que está tomando una decisión bien informada. El uso de sellos y acreditaciones de calidad también es importante a la hora de comunicar los potenciales beneficios de realizarse un procedimiento en determinado destino.

Tabla 5. T-Student para aversión al riesgo

	MOTIV		FI		IG		IA		IC		INT	
Grupo	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Media	5,11	5,13	5,35	4,90	4,21	4,10	5,21	5,32	5,42	5,45	5,25	5,19
T	-0,116		3,082		1,02		-0,645		-0,27		0,407	
p-valor	0,908		<b>0,002</b>		0,309		0,519		0,787		0,684	

G1: Baja aversión al riesgo; G2: Alta aversión al riesgo

## 5. CONCLUSIONES, IMPLICACIONES Y LIMITACIONES

Los turistas médicos no son un grupo homogéneo. Muchos proceden de países con idiomas, costumbres y culturas dispares cuyo único objetivo en común es acceder a tratamientos médicos junto con actividades turísticas. Es por eso que para que un destino sea competitivo, las características culturales deben ser identificadas y entendidas. Este estudio pretende ser uno de los primeros en analizar esas diferencias cross-culturales en el campo del turismo médico, utilizando las dimensiones de Hofstede de individualismo y aversión al riesgo como determinantes de las motivaciones, fuentes de información, imagen percibida, e intención.

Con los análisis de diferencia de medias hemos demostrado empíricamente que los turistas médicos de países con bajo individualismo tienen imágenes afectivas y cognitivas más favorables, mayores factores de motivacionales, así como mayores intenciones de visitar destinos de turismo médico. Adicionalmente, turistas de culturas con baja aversión al riesgo valoran más el uso de información obtenida por medio de sitios web, agencias de seguros, agentes de viaje, folletos y medios masivos para decidir si realizar o no turismo médico y qué destino visitar.

Estos hallazgos plantean cuestiones interesantes para compañías pertenecientes a esta industria. Es importante que los actores involucrados tengan en cuenta las diferencias culturales especialmente con respecto a las dimensiones de aversión al riesgo e individualismo. Con base en estas diferencias detectadas, se pueden adaptar mensajes, estrategias y realizar una combinación más acertada de los canales utilizados, elaborando un mensaje consistente que llegue a su público objetivo. Adicionalmente, los países que suministran servicios de turismo médico deberían examinar los métodos de comunicación que utilizan los doctores, intermediarios y personal involucrado con sus pacientes y la cultura de estos. La falta de competencias comunicativas y empatía cultural puede llevar a problemas en el suministro del servicio y la posterior insatisfacción del turista médico. Una buena comunicación antes, durante y después del viaje es vital para la experiencia del paciente, así como una mente abierta con respecto a otras culturas

Por último, las limitaciones de este estudio están relacionadas con el tamaño de la muestra y el uso de un método de recogida de datos no probabilístico. Así mismo, el uso de un panel de usuarios de internet hace que la muestra sea de conveniencia. Una muestra más grande y que incluya a más países (ej. países asiáticos) permitiría una mayor generalización de los resultados obtenidos a nivel mundial. Adicionalmente, el análisis de otros factores relacionados con turismo médico como la calidad percibida, riesgos asociados, reputación percibida, entre otros, permitirán mejorar el conocimiento de esta industria desde el punto de vista de los factores internos que explican el comportamiento de adopción del turista médico.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abubakar, A. M., & Ilkan, M. (2015): Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing and Management*, vol. 5, nº 3, pp. 192-201. <http://doi.org/10.1016/j.jdmm.2015.12.005>
- Auren, & 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](http://www.minetad.gob.es/turismo/es-ES/PNIT/Eje3/Documents/turismo_salud_espana.pdf)
- Baloglu, S., & Brinberg, D. (1997): Affective images of tourism destinations. *Journal of Travel Research*, vol. 35, 11-15. <https://doi.org/10.1177/004728759703500416>
- Baloglu, S., & Mc Clearly, K. W. (1999): A Model of Destination Image formation. *Annals of Tourism Research*, vol. 26 nº 4, pp. 868-897. [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(99\)00030-4](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(99)00030-4)
- Beerli, A., & Martín, J. D. (2004): Factors influencing destination image. *Annals of Tourism Research*, vol. 31 nº 3, pp. 657-681. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2004.01.010>
- Byon, K. K., & Zhang, J. J. (2010): Development of a scale measuring destination image. *Marketing Intelligence & Planning*, vol. 28 nº 4, pp. 508-532. <https://doi.org/10.1108/02634501011053595>
- Chang, L., & Beise-Zee, R. (2013): Consumer perception of healthfulness and appraisal of health-promoting tourist destinations. *Tourism Review*, vol. 68 nº 1, pp. 34-47. <https://doi.org/10.1108/16605371311310066>
- Chen, J. S., Prebensen, N., & Huan, T. C. (2008): Determining the motivation of wellness travelers. *Anatolia: An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, vol. 19 nº 1, pp. 103-115.
- Cortez, N. (2008): Patients Without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care. *Indiana Law Journal*, vol. 83 nº 1, pp. 71-132.
- 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*, vol. 17 nº 4, pp. 18-23. <https://doi.org/10.1177/00472875901700404>

- Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011): Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science and Medicine*, vol. 72 n° 5, pp. 726–732. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.022>
- Crotts, J. C., & 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*, vol. 10 n° 6, pp. 410–419. <https://doi.org/10.1108/09604520010351167>
- 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*, vol. 19 n° 10, pp. 1141–1169. <https://doi.org/10.1080/10941665.2013.840659>
- Echtner, C. M., & Ritchie, J. R. B. (1991): The Meaning and Measurement of Destination Image. *Journal of Tourism Studies*, vol. 2 n° 2, pp. 2–12. <https://doi.org/10.1177/004728759303100402>
- Eissler, L. A., & Casken, J. (2013): Seeking health care through international medical tourism. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 45 n° 2, pp. 177–84. <https://doi.org/10.1111/jnu.12014>
- Enderwick, P., & Nagar, S. (2011): The competitive challenge of emerging markets: The case of medical tourism. *International Journal of Emerging Markets*, vol. 6 n° 4, pp. 329–350. <https://doi.org/10.1108/17468801111170347>
- Frías, D. M., Rodríguez, M. a., & Castañeda, J. A. (2008): Internet vs. travel agencies on pre-visit destination image formation: An information processing view. *Tourism Management*, vol. 29 n° 1, pp. 163–179. <http://doi.org/10.1016/j.tourman.2007.02.020>
- Frías, D., Rodríguez, M., Castañeda, J., Sabote, C., & Buhalis, D. (2012): The formation of a Tourist Destination's Image via Information Sources: The moderating effect of culture. *International Journal of Tourism Research*, n° 14, pp. 437–450. <https://doi.org/10.1002/jtr.870>
- Gartner, W. C. (1993): Image Formation Process. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, vol. 2 n° 2–3, pp. 191–215. <https://doi.org/10.1300/J073v02n02>
- Goodrich, J. N., & Goodrich, G. E. (1987): Health-care tourism — an exploratory study. *Tourism Management*, vol. 8 n° 3, pp. 217–222. [https://doi.org/10.1016/0261-5177\(87\)90053-7](https://doi.org/10.1016/0261-5177(87)90053-7)
- Hanlan, J., & Kelly, S. (2005): Image Formation, Information Sources and an Iconic Australian Tourist Destination. *Journal of Vacation Marketing*, vol. 11 n° 2, pp. 163–177. <http://doi.org/10.1177/1356766705052573>
- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2010): A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, vol. 27 n° 3, pp. 1–30. <https://doi.org/10.1080/10548401003744677>
- Hofstede, G. and Bond, M.H. (1988), "Confucius and economic growth: new trends in culture's consequences", *Organizational Dynamics*, vol. 16 n° 14, pp. 4-21.
- Hofstede, G. (1980), *Culture's consequences: International differences in work related values* (1st/Abridged ed.), Sage Publications, Beverly Hills.
- Hofstede, G. (2001), *Culture's consequences. Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*, 2nd ed, Sage Publications, California, USA.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., & Packer, C. (2010): Medical tourism today: what is the state of existing knowledge?. *Journal of Public Health Policy*, vol. 31 n° 2, pp. 185–198. <https://doi.org/10.1057/jphp.2010.10>
- Litvin, S. W., Goldsmith, R. E., & Pan, B. (2008): Electronic word-of-mouth in hospitality and tourism management. *Tourism Management*, 29 n° 3, pp. 458–468. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2007.05.011>
- Liu, I.-C., & Chen, C.C. (2013): Cultural Issues in Medical Tourism. *American Journal of Tourism Research*, vol. 2, n° 1, pp. 78–83. <https://doi.org/10.11634/216837861302318>
- Moghimehfar, F., & Nasr-Esfahani, M. H. (2011): Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. *Tourism Management*, vol. 32 n° 6, pp. 1431–1434. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.01.005>
- Moreno Gil, S., Beerli Palacio, A., & Ledesma, J. de L. (2012): Entender la imagen de un destino turístico: Factores que la integran y la influencia de las motivaciones. *Criterio Libre*, n° 16, pp. 115–142.
- Nicoletta, R., y Servidio, R. (2012): Tourists' opinions and their selection of tourism destination images: An affective and motivational evaluation. *Tourism Management Perspectives*, vol. 4, 19–27. <http://doi.org/10.1016/j.tmp.2012.04.004>
- Perfetto, R., & Dholakia, N. (2010): Exploring the cultural contradictions of medical tourism. *Consumption Markets & Culture*, vol. 13 n° 4, pp. 399–417. <https://doi.org/10.1080/10253866.2010.502417>
- Richardson, S. L., & Crompton, J. L. (1988): Cultural variations in perceptions of vacation attributes. *Tourism Management*, vol. 9 n° 2, pp. 128–136. [https://doi.org/10.1016/0261-5177\(88\)90022-2](https://doi.org/10.1016/0261-5177(88)90022-2)
- Rodríguez Molina, M. Á., Frías-Jamilena, D.M., y Castañeda-García, J. A. (2013): The moderating role of past experience in the formation of a tourist destination's image and in tourists' behavioral intentions. *Current Issues in Tourism*, vol. 16 n° 2, pp. 107–127. <http://doi.org/10.1080/13683500.2012.665045>
- Runnels, V., & Carrera, P. M. (2012): Why do patients engage in medical tourism? *Maturitas*, vol. 73 n° 4, pp. 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.08.011>
- Russell, J. A., & Pratt, G. (1980): A description of the affective quality attributed to environments. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 38 n° 2, pp. 311–322. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.2.311>
- Saiprasert, W., & Qu, H. (2011): An examination of the medical tourists motivational behavior and perception: A structural model (Vol. 3460102). Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/docview/876176923?accountid=27932>
- Smith, P. C., & Forgione, D. A. (2007): Global Outsourcing of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model. *Journal of Information Technology Case & Application Research*, vol. 9 n° 3, pp. 19–30. <https://doi.org/10.1080/15228053.2007.10856117>
- Snyder, J., Crooks, V., & Turner, L. (2011): Issues and Challenges in Research on the Ethics of Medical Tourism: Reflections from a Conference. *Journal of Bioethical Inquiry*, vol. 8 n° 1, pp. 3–6. <https://doi.org/10.1007/s11673-010-9272-0>
- Yacout, O. M., & 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*, vol. 21 n° 1, pp. 37–52. <http://doi.org/10.1177/1356766714538444>
- Yeoh, E., Othman, K., & Ahmad, H. (2013): Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. *Tourism Management*, vol. 34, pp. 196–201. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.04.010>
- 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*, vol. 33 n° 1, pp. 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.02.002>