

EL POTENCIAL TURÍSTICO DE LOS BALNEARIOS

Manuel López Morales*

Resumen. La nueva demanda de los balnearios responde a nuevos valores y presenta una mayor exigencia en cuanto a calidad de los servicios. El presente estudio de mercado se ha realizado en tres balnearios de Granada con el objetivo de identificar las necesidades no cubiertas y las sugerencias de mejora de estos balnearios, aportadas por los propios usuarios y también los trabajadores de los balnearios. Se utilizó metodología de tipo cualitativo: la recogida de información a través de *Grupos de Discusión* y *Entrevistas en Profundidad*. El análisis de la información se sustenta en la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En cuanto a resultados, aunque se mantiene una importante demanda clásica, se evidencia una renovación del tipo de clientela que plantea demandas sobre nuevos servicios, más diversos y de mayor calidad. La medicina preventiva y/o alternativa, la estética, el relax, el ocio desestresante, la confortabilidad de las instalaciones, la amabilidad en el trato y el atractivo del entorno natural son características muy valoradas por los clientes.

Palabras clave: Turismo de Salud, Balneario

Abstract. The new demand for spas is a response to new values and presents us with more exacting requirements in terms of quality of services. The present market study was carried out at three spas in Granada with the object of identifying unmet needs and the suggestions made by users and also staff for improving these spas. It was used Methodology of a qualitative nature. Information was collected through discussion groups and in-depth interviews. Analysis of the information is based on the «Grounded Theory» of Glaser & Strauss. About results, although there remains a significant traditional demand, a change was evident in the type of clientele demanding new services, more diverse and of higher quality. Preventive and/or alternative medicine, cosmetic treatments, relaxation, de-stressing leisure, the comfort of the facilities, the caring nature of the treatments and the attractiveness of the natural environment are characteristics much valued by clients.

Key words: Health tourism, spa.

I. INTRODUCCIÓN

El turismo es un fenómeno variable, cuantitativa y cualitativamente, entre otras razones debido a la movilidad que presenta la demanda, cambiando sus gustos y preferencias con la consiguiente modificación de las pautas de comportamiento turístico (Añón, 2000).

El concepto de turismo de salud se origina en los años sesenta, encontrando eco rápidamente en muchos países. Pero tal concepto no es homogéneo y engloba diversas prácticas.

La posición más integradora mantiene que el termalismo se encuentra perfecta-

mente incluido en el turismo: «Lo más innovador al respecto, ya aplicado en algunos países europeos, es que se comienza a hablar de un *termalismo del bienestar*, el cual vendría definido por la conjunción del termalismo terapéutico más moderno e innovador y todo el conjunto de otras ofertas de salud no específicamente centradas en el agua mineromedicinal. El primero debe pertrecharse de los avances tecnológicos aplicables a la medicina, con personal especializado en instalaciones adecuadas, basándose en la especificidad de la cura termal que debe de presentarse con todo el rigor y credibilidad científica. Las segundas no deben renunciar tampoco a la base médica de sus ofertas de salud y ocio, basadas en el uso de los recursos naturales, aun-

* Diplomado en Enfermería. Doctor en Sociología. manlomor@terra.es

que el carácter mayoritariamente preventivo que presuponen y la atención de una cura más orientada a la estética y a la belleza, que implica una clientela más joven, les obligará a cuidar de forma especial la implantación de los componentes turísticos» (San Pedro, 1998).

La versatilidad de los balnearios, establecimientos turísticos y terapéuticos simultáneamente, posibilita el relanzamiento de este producto turístico, que constituye un potencial económico de primer orden en un sector con elevada capacidad de generar empleo y renta (Añón, 2000).

Desde los años 80 se aprecia la aparición de aires nuevos. La estresante vida en las grandes ciudades, el cansancio del turismo de sol y playa, la consolidación de los movimientos ecologistas, una nueva cultura del ocio, el culto a la imagen y la potenciación de nuevas modas, el retorno a una naturaleza que se creía perdida... todo se confabula para que la recuperación balnearia sea posible. Triunfa la filosofía que pretende recuperar el ideal naturista de tiempos pasados y, eliminando fármacos, lograr la regeneración por otros medios. Se insiste en la búsqueda de la tranquilidad y de la propia personalidad a través del reencuentro con la naturaleza. De esta forma, volviendo los ojos hacia el pasado aún no muy lejano, la instalación balnearia se configura de nuevo como un modelo, un lugar que, por otra parte, permitirá superar el estrés y la tensión psicológica que la vida moderna nos impone (Latiesa-Álvarez Sousa, 2000).

Dentro del concepto de turismo social, incentivado y subvencionado por el Estado,

el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), organismo dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales es un activo gestor de fondos públicos para el turismo social a través de su programa de «Turismo subvencionado para la tercera edad». Éste incluye el Programa de Termalismo Social, cuyo objetivo es contribuir al bienestar de los mayores, permitiendo que conozca otros lugares disfrutando de su tiempo libre y ocio. Así se mejora la calidad de vida de estas personas, haciendo posible que las mismas conozcan nuevos lugares, realicen actividades propias del turismo y enriquezcan así su tiempo de ocio.

Por otra parte, contribuye a crear riqueza en el sector turístico, generando y manteniendo empleo en el sector, proporcionando ocupación hotelera en épocas de baja actividad, en temporada baja (Jurdao, 1990). El programa de termalismo social ha permitido a muchos balnearios mantener su actividad, e incluso reabrirlos.

La evolución de la natalidad y la esperanza de vida en España indican que para el 2010 el 15,5% de la población, más de 6,2 millones de personas, serán potenciales clientes de este programa. Según el IMSERSO (1997) los tratamientos efectuados en este programa son en un 95 % reumatológicos. Las técnicas más aplicadas son:

- Baños (70%)
- Chorros (64%)
- Aerosoles/inhaladores (33%)

I.1. Justificación de la investigación

Los recursos turísticos según Altés Machín (citado en Rodríguez, 2000) son «aquellos atractivos turísticos que, en el contexto de un destino, pueden generar interés entre el público, determinar la elección y motivar el desplazamiento». ¿Son nuestras estaciones termales un auténtico recurso turístico?

La investigación turística se inicia con el estudio de los viajeros que surgen en el periodo entreguerras en diversos países como Suiza, Francia, Reino Unido, y sobre todo, Alemania (Fernández, 1990). Es una ciencia instrumental al servicio de la economía aportando modelos de análisis e información necesaria para la captación de divisas (Álvarez Sousa, 1994).

Así, la investigación de mercados turísticos tiene su justificación en la necesidad de adecuar el servicio turístico a las demandas del público.

Desde el punto de vista del consumo y la dinámica económica, está claro que el turismo es una fuerza de primer orden en la economía mundial, una actividad de importancia y significancia global. En el año 2000, según la Organización Mundial del Turismo (OMT) se produjeron más 700 millones de desplazamientos internacionales, que generaron ingresos por valor de casi 500 millardos de dólares.

En la economía europea el turismo representa el 6% del empleo total de la Unión Europea. También supone un 5,5% del PIB y un 30% del comercio internacional en el

sector servicios. Es probable que el turismo se convierta en el primer sector de la economía mundial a partir del año 2010, con cifras cercanas a los 4 trillones de dólares en el 2020 (López Sevillano, 2000).

Para España, en el año 2001, según el Instituto de Estudios Turísticos, tuvimos 49,5 millones de turistas, que generaron unos ingresos por turismo de 36.704,9 millones de euros. Los pagos por turismo se situaron, en ese mismo año, en 6.670 millones €. El saldo positivo de 30.034,9 millones € supuso la cobertura del 85,1% del déficit comercial. Los ocupados en actividades características del turismo fueron 1.519.338 trabajadores.

Desde la perspectiva de la demanda, muchas variables pueden influir en el modo en que se toma la decisión de comprar o consumir. Estos patrones de conducta pueden cambiar en función de la oferta, del tipo de aprendizaje individual respecto a los productos turísticos, de los estímulos percibidos, de la personalidad y actitudes individuales, así como del marco socioeconómico, las influencias culturales, las influencia de los grupos de referencia, y la influencia familiar (Cooper, 1998). Todo este marco de influencia debe ser tenido en cuenta para la promoción de los servicios balnearios.

La comprensión del porqué la gente viaja, porqué eligen una determinada forma de vacaciones o selecciona determinados bienes o servicios es fundamental para una completa apreciación de la demanda turística (Middleton, 1994). Los factores relacionados con la demanda turística pueden ser agrupados en dos categorías (Cooper, 1998):

1. Los factores referidos al estilo de vida, que incluye el nivel de ingresos, empleo, formación académica, movilidad, concepto vacacional...
2. Factores referentes al ciclo vital, la edad, circunstancias domésticas...

Las estrategias para del desarrollo turístico y servicios recreativos generalmente requieren dos aproximaciones principales (Baud-Bovy, 1998):

1. Segmentación del mercado para identificar las características de los clientes potenciales para elaborar productos que satisfagan sus necesidades.
2. Diferenciación de producto para distinguir el producto de la posible competencia enfatizando sus atributos y beneficios.

En definitiva, el turismo es una actividad humana muy particular. La compra de unas vacaciones es muy diferente de la compra de la mayoría de otros productos o servicios. Se necesita invertir tiempo y dinero. La decisión de comprar vacaciones es mucho más compleja que la de comprar una televisión, porque en ella intervienen muchos más aspectos. Aspectos muy difíciles de medir porque están relacionados con opiniones personales, experiencias y valores (Brunt, 1997).

Por ello, si el modelo de marketing clásico se basaba en realizar ventas a los clientes de los productos que tenía la empresa previamente elaborados, y obtener como

resultado un beneficio económico, la mercadotecnia centrada en el cliente se basa en conocer las necesidades de los clientes y satisfacerlas de la forma más adecuada, siempre que la empresa no pierda dinero. Esto necesita de un control de su calidad y un conocimiento de los deseos del cliente (Álvarez Sousa, 2000).

Schiffman y Lazar (1991) describen este cambio diciendo que las necesidades humanas son la base de toda la mercadotecnia moderna, y que la empresa que mejor sepa identificar y satisfacer estas necesidades será la más competitiva, y la que sólo se centre en el producto olvidando las necesidades del consumidor tiende a morir.

La asociación entre balneario y enfermedad todavía es importante en bastantes estratos de la sociedad española. El 70% de la población piensa que el tipo de gente que se encontraría en un balneario sería gente mayor y enferma. Es necesaria una adecuada estrategia de comunicación que acabe con la imagen de los balnearios como lugares obsoletos, romper con esta asociación entre balneario y enfermedad que todavía pervive en nuestra sociedad e impide su consideración como una alternativa vacacional (Vázquez-Illa, 1997; Latiesa-Álvarez Sousa, 2000).

Teniendo en cuenta todo lo hasta ahora expuesto, se define como

Objetivo Principal del presente estudio: La identificación de las demandas y necesidades de los usuarios de los balnearios.

Definimos así, como punto de partida las siguientes hipótesis:

- 1) Los balnearios actuales tienen una oferta de servicios deficitaria e inadecuada a la demanda actual y futura.
- 2) La calidad de los tratamientos balneoterápicos no se promociona lo suficiente ni se complementa con otros servicios paralelos y necesarios para la satisfacción de los clientes, cada vez más exigentes.

I.2. El turismo de masas

Los cambios tecnológicos han posibilitado un progreso social hacia una sociedad del bienestar, donde se consumen bienes y servicios mucho más allá de las necesidades elementales de supervivencia. El turismo, los viajes, las experiencias lejos del entorno ordinario, forman parte de este conjunto nuevo de «necesidades» de la sociedad industrializada (Álvarez Sousa, 1994).

El turismo de masas oferta todos los servicios de desplazamientos, alojamientos, restauración y entretenimiento a precios no muy altos —incluso con posibilidades de financiación—. Los tour operadores se hacen con el control del mercado, tanto desde la oferta (seleccionando destinos) como desde la demanda (haciendo uso de la relación de agencia con asimetría de información). El cliente pide descanso, diversión, deporte, relax... y el tour operator propone el destino de su viaje. El turismo de

masas es consecuencia del desarrollo de las mismas. Ello supone una generalización o democratización del ocio. Incluso alguna legislación, como la ley que considera las playas como bien público, ha potenciado esa generalización del disfrute del ocio (Brunet y Belzunegui, 2000).

Esta nivelación social se manifiesta en el consumo de masas. En palabras de Castillo (1985). «El gran símbolo de la igualdad es el consumo igual de bienes iguales, el llamado consumo de masas. La ideología de la sociedad mesocrática es la ideología de la sociedad opulenta. En efecto, el consumidor es quien consume, y en la sociedad opulenta consume todo el mundo: empleados, obreros, funcionarios, directores de empresa, comerciantes, banqueros. Algunos consumen más que otros, pero las diferencias no son estridentes».

Sin embargo, Álvarez Sousa (1994) sintetiza, apoyándose en Touraine (1969), una visión crítica del fenómeno del turismo de masas: «hay que romper con la falsa unidad de lo que se denomina consumo de masas. Ni todas las masas consumen, ni todas las masas que consumen lo hacen del mismo modo, ni todos los que consumen son masa. El ocio tiene clases, y podemos decir que si algún sector de consumo es típico de *clases*, indicador de *estilo de vida*, quizás sea el ocio el que mejor lo muestra y, dentro del ocio, el turismo desempeña un papel central».

El acto turístico es un criterio de estratificación social. El cómo, dónde, cuándo y cuánto de la práctica turística son variables relacionadas con la posición social de los sujetos en nuestra sociedad actual.

Los viajes prestigian. Viajar da un barniz de elegante cosmopolitismo, refleja una posición económica solvente y distingue respecto de aquellos que viven de manera rutinaria hasta sus vacaciones (Rodríguez, 2000). Veblen (1971) señaló cómo a lo largo de la historia siempre ha existido el consumo conspicuo para demostrar una pequeña élite su poder social. Marcuse (1985) recalcó cómo esto sigue pasando en la actualidad y Bourdieu (1989) definió muy bien y lo aplicó a la realidad cómo determinados tipos y formas de consumo sirven como elemento de distinción social. Según Álvarez Sousa (1994): «...existen determinados tipos de turismo donde lo que predomina es el ansia de distinción, que a su vez es también de integración en tanto que tratan de definirse como grupo diferente de otro, se está buscando la integración dentro de su propio grupo: la élite social».

1.3. Turismo alternativo

En la sociedad postindustrial, desde finales de los años setenta, tiene lugar la última fase del desarrollo turístico. Es un turismo alternativo al de «sol y playa». Comprende el desarrollo turístico de una zona con respeto a las costumbres y cultura local. Busca un desarrollo sostenible con respeto al medio ambiente. El turismo alternativo nace con la intención de huir de la masificación (Rebollo, 2000)

Este tipo de turismo, según Plummer (1989), valorará la autorrealización, el arte, el deporte y buscará vacaciones activas. Krippendorff (1992) resalta que el turista del

futuro no sólo estará motivado por dormir, comer y beber, sino que buscará la recreación emocional a través de las actividades y experiencias imposibles en la vida cotidiana. El turismo de salud se incluye dentro de este tipo de turismo. Responde a nuevos valores, nuevas necesidades y nuevos entornos (o nuevos usos de los mismos).

Desde el punto de vista de la oferta, según la Organización Mundial del Turismo (1994), se clasifica en:

- Turismo urbano y cultural
- Turismo rural
- Turismo de deporte, naturaleza y salud.
- Turismo de entretenimiento y eventos.
- Turismo de congresos, conferencias, eventos internacionales

En el caso que nos ocupa, se acusa una escasísima información disponible sobre los mercados de los balnearios y centros turísticos de salud, e incluso, las bases de las estadísticas de cada país no son las mismas. En torno a una cuarta parte de las estancias son gestionadas como paquetes programados. El mercado internacional europeo de las vacaciones de salud supone un modesto 1% del total de vacaciones (Cockerell, 1996).

El European Travel Intelligence Center (1997) en la 28.^a conferencia Anual de la Asociación Travel And Tourism Research, pone énfasis en la diversificación del mercado turístico. Entre los puntos expuestos

en tal conferencia se refiere al aumento de la edad media de los turistas. Los cambios sociodemográficos están haciéndose sentir en esta actividad socioeconómica. El número de viajeros de más de 55 años aumenta notablemente. Ello hace pensar en un potencial incremento de la demanda de servicios balnearios.

El turismo de salud está perfectamente recogido entre las modalidades de turismo alternativo, como se ha comentado antes. Pero una característica importante de los desplazamientos turísticos es que no hay una única motivación ni un único tipo de actividad en el ejercicio del viaje turístico. De este modo, se está produciendo un reciente fenómeno, llamado «*balneario urbano*» (day spa) que comienza a desarrollarse en Europa. Se trata de una oferta muy concreta (un baño con o sin masaje) que puede integrarse en la agenda del congresista, viajero o turista accidental, sin desviarse de su itinerario, pues se encuentra en la propia ciudad. En esta misma línea de diversificación de la oferta se sitúan los programas de puesta en forma que se ejecutan en muchos balnearios europeos (Vázquez, 1997).

En Europa, los mercados de turismo de salud son aún muy modestos. No sobrepasan los 15 ó 17 millones de clientes al año. El negocio internacional solo, probablemente genere menos de un millón y medio de estancias, y esto incluye las visitas de no europeos, así como clientes con menos patología médica, buscando más «salud y belleza» —donde la regeneración celular y otros llamados tratamientos de rejuvenecimiento toman importante lugar— (Cockerell, 1996; Vila, 1995).

La facturación global en España no sobrepasa los 66 millones de euros, mientras que hay otros países europeos donde se ha desarrollado el termalismo con mucha mayor fuerza. Estos son países como Italia, Alemania o Francia, donde el Estado ha subvencionado los tratamientos en balnearios. A ello también ha contribuido el hecho de que en esos países los médicos han estado ligados a la propiedad de los balnearios y, además la cultura termal estaba bastante arraigada en la sociedad (Vázquez-Illá, 1997).

La globalización de los mercados tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Nos puede acercar clientes de territorios lejanos, pero también sufriremos la competencia de otras ofertas, como el prestigio de los balnearios alemanes o italianos; o los países del Este de Europa, donde se confía también en el potencial de atracción de sus balnearios hasta el punto de constituir uno de los ejes vectoriales de su oferta turística (Miras, 2000).

España, que está considerada como la reserva termal más importante de Europa por la calidad de sus aguas y cantidad de manantiales, dispone actualmente de 128 balnearios de los cuales alrededor del 50% están abiertos durante todo el año y el resto sólo en verano (Vila, 1995).

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se invitaron a los cuatro balnearios de la provincia de Granada. A excepción de Lanjarón, que declinó la invitación, se rea-

lizaron en el verano de 1999, tres grupos de discusión en cada uno de los otros tres (Alhama de Granada, Alicún de las Torres y Graena) y once entrevistas en profundidad a sus tres gerentes, sus tres médicos, dos terapeutas (Alicún y Graena), dos recepcionistas (Alhama y Alicún), y una animadora sociocultural (Alicún).

La recogida de información se realizó a través de dos técnicas cualitativas: Grupos de Discusión y Entrevistas en profundidad.

II.1. Grupos de Discusión

Los Grupos de Discusión son particularmente útiles cuando un investigador desea explorar los conocimientos de las personas y sus experiencias. Pueden ser usados para averiguar, no sólo lo que la gente piensa, sino también cómo y porqué lo piensan del modo en que lo hacen (Kitzinger, 1995).

Los Grupos de Discusión pueden ser usados de muchos modos. Persiste una tendencia equivocada que los contempla sólo como un método de exploración preliminar, para luego ser contrastado por otros métodos, particularmente los cuantitativos (García Calvente, 2000). Morgan (1997) afirma que las investigaciones cualitativas están más interesadas en la comprensión de lo particular que en lo general, y más en los significados que las descripciones numéricas. Por ello, los Grupos de Discusión pueden ser utilizados para generar y para contestar preguntas de investigación.

Esta técnica se empezó a utilizar en la sociología del mediados del siglo XX, con el trabajo pionero de Robert Merton (Merton, 1987), aunque no se generalizó su uso hasta la década de los setenta. Su fundamento teórico es que las organizaciones han de estar interesadas en escuchar al cliente (Krueger, 1988).

La interacción es la característica definitoria del Grupo de Discusión. De esta forma el grupo procesa, explora y clarifica sus puntos de vista. Este proceso no es posible en una entrevista personal. En consonancia con lo que Morgan (1993) afirma, el Grupo de Discusión hace usos explícitos de la interacción grupal para producir datos y puntos de vista que podrían ser menos accesibles sin la interacción encontrada en el grupo. Esta interacción grupal ha sido denominada «el efecto grupal» por autores sobre Grupos de Discusión (Carey, 1994; Carey and Smith 1994).

Es la técnica de investigación social más adecuada a la investigación de mercados (Krueger, 1994), puesto que el Grupo de Discusión es un método cualitativo cuya intención primaria es la descripción y comprensión de percepciones, interpretaciones y creencias de una población desde la comprensión de la particularidad de un grupo de participantes.

Cuando la Dinámica de Grupo funciona bien los coparticipantes actúan como coinvestigadores introduciendo la investigación en nuevos y, a menudo, inesperadas direcciones y conexiones; en interacción que es a la vez complementaria (tal como compartiendo experiencias comunes) y argumenta-

tiva (cuestionando, retando, y discutiendo unos con otros). Con esta clase de interacción los Grupos de Discusión investigan las partes que otros métodos no pueden investigar, revelando dimensiones de comprensión que a menudo permanecen inescrutados por los más convencionales cuestionarios o entrevistas individuales.

Como en otros métodos cualitativos, los participantes en los Grupos de Discusión no son aleatoriamente seleccionados. Normalmente se hace intencionalmente (Morgan 1997). Morse (1992) compara la selección aleatoria de participantes en un Grupo de Discusión como quien busca una información determinada en una biblioteca seleccionando los libros al azar.

En el caso de la presente investigación, la selección de los participantes se encargó a los recepcionistas de los balnearios, que son bien conocedores de los usuarios de los mismos. Se les pedía que entre el día anterior y el mismo día de la celebración de la sesión —previamente acordado— propusiese él a usuarios motivados la participación en un «debate sobre los balnearios». Así, deberían ir tomando nota de los usuarios que aceptasen hasta reclutar entre cinco y diez sujetos, aproximadamente.

Se utilizó la técnica de los Grupos de Discusión entre los usuarios, cuyas ideas se pensaba que estaban, a priori, más necesitadas de clarificación y contraste; mientras que para los profesionales se prefirió la entrevista en profundidad, donde no se sienten coartados por colegas homólogos y sienten un ambiente de más libertad.

II.2. Entrevistas en profundidad

Una buena entrevista es como una buena conversación: una relación en dos direcciones. La mayor parte del tiempo el entrevistador escucha, y el foco de la conversación es la experiencia del entrevistado. El buen entrevistador no dice mucho, pero trabaja duro escuchando lo que está siendo dicho. Escuchando cuidadosamente conducirá al entrevistado realizándole buenas preguntas que le hagan pensar y describir lo que la persona hace y cómo lo entiende. Esa persona sentirá que ha sido escuchada y puede comentar que la entrevista le permitió hablar del tema de estudio tan profundo como nunca lo había hecho (Rice y Ezzy, 1999).

La mayoría de las investigaciones cualitativas son a la vez inductivas y deductivas. En otras palabras, es asumido que todas las cuestiones relevantes no son conocidas antes de la investigación. Las entrevistas estructuradas cuantitativas asumen que todas las cuestiones y sus posibles respuestas son conocidas antes de que las preguntas sean realizadas. En las entrevistas estructuradas hay muy pocas oportunidades para descubrir que una particular pregunta no tiene ningún sentido para un participante concreto o que una importante categoría de respuestas ha sido dejada fuera (Rice and Ezzy, 1999).

El entrevistador no debe ser pasivo y distante, sino implicarse activamente estimulando al entrevistado a hablar, a conversar sobre el tema de investigación. La negociación de los significados en las entrevistas quiere decir que la relación entre contador y

escuchador es tan importante como el contenido y la estructura misma de la narración (Brooks, 1994). En otras palabras, la influencia del entrevistador en la producción de la narración no puede ser ignorada. El entrevistador es un co-participante en el discurso (Mishler, 1986).

Aunque la entrevista en profundidad es abierta y a menudo exploratoria, un listado de temas o inventario de tópicos importantes es frecuentemente usado. Ello asegura que todos los temas relevantes son tratados y el entrevistador es libre de concentrarse en la interacción. De cualquier forma, esta lista no evita que las contingencias naturales de la entrevistas sean explotadas, con nuevas líneas de información aportadas y elevadas consecuentemente dentro de la lista de temas.

II.3. Análisis de la información

Del análisis del contenido de las transcripciones se han extraído las aportaciones, realizadas por los sujetos investigados, más significativas respecto a los objetivos de la investigación, realizando una categorización de tipo semántico, mediante un proceso de clasificación analógica y progresiva de las unidades de información. Las unidades de investigación nunca son absolutas: surgen de la interacción entre la realidad y su observador, son una función de los hechos empíricos, de las finalidades de la investigación y de las exigencias que planteen las técnicas disponibles (Krippendorff, 1997).

Como afirma Ibáñez (1990), En el Grupo de Discusión el análisis está supeditado a la

interpretación. El análisis de la información se apoya en los principios aportados por la *Teoría Fundada* de Glaser y Strauss (Grounded theory, 1967) desarrollada dentro del paradigma del Interaccionismo Simbólico. Los interaccionistas simbólicos sugieren que los individuos ordenan su mundo insertos en procesos de negociación y re-negociación; usando símbolos, interpretando y elicitando significados en situaciones, más que por mera reacción. Los individuos responden y crean significados en determinadas situaciones, y esos significados son compartidos. Esta Teoría provee de sentido para la elicitación de tales significados y para la descripción de los procesos psicológicos y sociales que se han desarrollado en las personas para darle sentido a su mundo (Morse, 1992; Strauss, 1998).

Se trata de una metodología general que se aplica en las investigaciones donde los datos son analizados y recopilados en un proceso de interacción. Esta teoría fue introducida por Glaser y Strauss en «The Discovery of Grounded Theory» (1967). En esta metodología, la teoría puede ser generada inicialmente por los datos, o, si existen teorías que parecen apropiadas para el área de investigación, pueden ser elaboradas o modificadas conforme los datos recopilados son enfrentados a ellas (Strauss, 1998).

La mayor diferencia entre esta metodología y otras aproximaciones de investigación cualitativa es su énfasis sobre la teoría de desarrollo. La densidad conceptual referida a la riqueza de conceptos sobre desarrollo y relaciones descansa en una gran familiaridad con la asociación de datos y el contraste sistemático con esos datos

(Strauss, 1994; Strauss, 1998). Glaser y Strauss (1967) argumentaban que esta teoría contribuye a cerrar el hueco entre la teoría y la investigación empírica.

Desde esta perspectiva se buscó una agrupación excluyente de las aportaciones y obtener similitudes y diferencias que facilitasen la identificación de las necesidades de los usuarios de los balnearios.

III. RESULTADOS

- *Integración del manantial dentro del hotel.* Es una característica de indiscutible importancia. Los balnearios que no ofrecen alojamiento integrado con las aguas termales son mucho peor valorados.
- *Ubicación.* Hay criterios dispares sobre la idónea relación espacial del balneario respecto de núcleos urbanos, pero en general se prefiere la discreta distancia. Se manifiesta un sentimiento ambivalente. Se quiere estar «comunicado con la civilización», pero sin verse englobada en ella:
- *Instalaciones.* Son condicionantes de las posibilidades de la estación termal. Hay valoraciones positivas que reconocen el esfuerzo de modernización de las mismas, pero parecen ser insuficientes o más lenta de lo que crecen las necesidades.
- *Higiene.* Es una preocupación legítima. Se trata de aplicaciones sobre piel desnuda. Su cuerpo debe entrar en contacto con diversas superficies, ropas, instrumentos, etc. El ambiente húmedo y cálido es propicio a la reproducción microbiana. La higiene, además de estar regulada legalmente en los balnearios es un valor exigible en los mismos.
- *Ascensores.* Las limitaciones físicas de algunos de los usuarios de los balnearios, hacen de los ascensores elementos imprescindibles de la infraestructura de la estación termal. El ascensor debe alcanzar todos los niveles de la estructura arquitectónica del balneario.
- *Medio ambiente natural.* Contribuye al bienestar y mejoramiento de la salud. Sin contaminación. Aire puro. Belleza natural, silencio. Los ricos entornos naturales con un valor añadido a la estación termal.
- *Medioambiente interno.* El trato familiar, el ambiente sereno, la cordialidad en las relaciones... aparecen muy bien valorados.
- *Seguridad.* Dos tipos de condiciones pueden catalogarse bajo este epígrafe: la seguridad física de los usuarios en el ejercicio de las terapias (riesgos de resbalones, corrientes de aire, falta de asideros...), y la protección policial que vela por la seguridad ciudadana (al situarse alejados de zonas pobladas, tranquiliza ver las fuerzas de orden público de vez en cuando).

- *El agua.* Principal elemento del balneario. Muy bien valorado por los usuarios, no solo en calidad, sino también su cantidad.
- *Tipos de técnicas utilizadas.* También hay especial mención a uno u otro tipo de terapia utilizada. Existe predilección personal por algún determinado modo de aplicar el agua (ya sean chorros, inhalaciones, inmersiones, etc.)
- *Satisfacción con los resultados terapéuticos.* Las mejorías que informan nuestros entrevistados no son pocas. Hay coincidencia en el muy positivo impacto de la balneoterapia sobre su salud.
- *Densidad terapéutica.* La concentración de las actividades terapéuticas, para algunos, resulta muy densa, aunque también hay a quienes les deja mucho tiempo libre. Argumento que refuerza la necesidad de diversificación.
- *Problemas de salud osteoarticular.* Son un conjunto de dolencias que clásicamente se han tratado en los balnearios y siguen siendo un importante motivo de demanda: Esta demanda es más evidente entre la población mayor y especialmente los usuarios del programa de termalismo social del IMSERSO. Pero como en todo padecimiento, la etiología es múltiple y las manifestaciones también son diversas.
- *Estrés.* Es un componente cada vez más frecuente de los problemas de salud, como hemos comentado, multifactoriales. Los efectos positivos de los balnearios no son sólo físicos.
- *Acompañamiento de familiares.* Es una motivación frecuente, sobre todo entre parejas / familiares de usuarios añosos o disminuidos físicamente para su desenvolvimiento cotidiano. Pero también es una vía de conocimiento e iniciación en el tratamiento hidroterápico. Y ya que está en el propio balneario... es más fácil.
- *Vacaciones, relax, descanso y tranquilidad.* Cuando las vacaciones tienen como objetivo principal el descanso y la recuperación del trabajo y de la rutina cotidiana, el balneario es una buena alternativa a los masificados y estresantes centros de vacaciones, tradicionalmente ubicados en las costas.
- *Problemas de las vías respiratorias.* Quizá menos generalizada, la hidroterapia de las vías respiratorias es también un significativo motivo de demanda, y cada vez lo será más.
- *Calidad de las aguas.* La elección del balneario por parte del usuario, racionalmente, debe orientarse sobre todo por la idoneidad de sus aguas para sus padecimientos:
- *Medicina Preventiva.* Tanto usuarios como trabajadores de los balnearios consideran que estos centros deben cumplir una función preventiva antes que, o además de, curativa. Hay cier-

ta sensibilidad comparativa entre el personal médico de los balnearios respecto a los curhoteles. Envidiándoles la infraestructura, pero a la vez defendiéndose ensalzando la función sanitaria y la calidad de sus aguas respecto a ellos.

- *Medicina Alternativa.* Muchos usuarios han abrazado las terapias hidrológicas como alternativa a los tratamientos convencionales (antiinflamatorios fundamentalmente) debido a los efectos secundarios de éstos, así como de su ineficacia terapéutica.
 - *Balneariodespendencia.* Algunos usuarios refieren la necesidad de acudir al balneario periódicamente como si de una droga, a la que se es dependiente, se tratara.
 - *Fidelidad.* Los usuarios suelen repetir y ser fieles a un mismo balneario por muchos años.
 - *El paseo* es una de las actividades más generalizada entre los usuarios de los balnearios. Son muchas las observaciones que se realizan relacionadas con ello y deben ser tenidas en cuenta casi tanto como las relativas a las instalaciones hosteleras. Se reclaman lugares llanos, no abruptos, sin tránsito de vehículos, con sombra y asientos para descansar.
 - *Comunicaciones de acceso.* Los balnearios se ubican donde hay agua termal, que no siempre es un lugar bien comunicado y resulta a veces algo
- difícil el acceso a ellos. Este problema se palió con el sistema de recogida de clientes a las estaciones que los propios balnearios disponen. Hay quien resalta lo positivo de la deficiente comunicación: mantenimiento del entorno más virgen y tranquilo.
 - *Comunicaciones con los alrededores.* Las necesidades de comunicación no son sólo para el acceso inicial, sino durante la estancia, cuando los usuarios gustan de explorar los alrededores. En varios grupos de discusión surgió la demanda de un medio de transporte para moverse en los alrededores del balneario.
 - *Dificultad para el abastecimiento y compras.* Estas condiciones de aislamiento relativo suponen algunas incomodidades, especialmente en lo que respecta a la adquisición de algunos productos. Pero también hay usuarios que rechazan la posibilidad de instalar en los balnearios comercios para cubrir tales necesidades. Se trata de dos intereses cruzados que algunos balnearios palían sirviendo de intermediarios con los comercios de otros sitios sin cargo alguno. Es previsible el incremento de este tipo de demanda, por lo que la ubicación de alguna tienda discreta será necesario en muchos balnearios.
 - *Intereses diferenciados.* La raíz de la posible fricción en la convivencia parece estar en los distintos intereses o motivaciones de los dos estereotipos de clientela. Unos con exclusivo

- interés en la salud, otros con menor relevancia de ésta entre sus objetivos de estancia.
- *Tolerancia entre diferentes edades.* En este punto los trabajadores de los balnearios son más optimistas que los usuarios. Aunque entre estos últimos se reconoce la necesidad de ir adaptándose a compartir el balneario con gente más joven, sigue habiendo algunos que verían mal tal situación.
 - *Acondicionamiento del balneario para diferentes clientelas.* La compatibilización de clientelas distintas podría facilitarse ofreciendo infraestructuras, horarios o servicios diferenciados. Otros restringen esta diferenciación de servicios a los que hemos denominado «complementarios» y hosteleros.
 - *Aburrimiento/diversión.* Hay manifestaciones ambivalentes respecto a las actividades recreativas. Mientras se reclama tranquilidad para el entorno terapéutico, también se solicita actividades de ocio para combatir el aburrimiento. Insistencia en la diversificación.
 - *Actividades deportivas.* Son un buen complemento al tratamiento termal. Hay necesidades diversas, en función, sobre todo, de la edad de los usuarios. El gimnasio es una recurrente y generalizada demanda.
 - *Juegos de mesa.* Como contrapartida a los deportes que los jóvenes demandan, los más añosos piden actividades lúdicas más tranquilas.
 - *Servicio de guardería.* Si los balnearios pretenden atraer a gente joven deberá disponer servicios que cubran las necesidades de los padres jóvenes.
 - *Horarios de actividades.* A veces coinciden los horarios de los tratamientos termales con las actividades lúdicas, principalmente en aquellos balnearios donde existen turnos terapéuticos de mañana y tarde.
 - *Supervisión/adecuación de la actividad.* Dadas las características de los usuarios y los riesgos / beneficios de la actividad física, se solicita una supervisión y recomendación de tales actividades por parte del médico del balneario.
 - *Hilo musical.* Con cierta timidez, entre risas incluso, algunos usuarios solicitan un ambiente musical, lo que por otra parte, algunos profesionales lo ven muy bien.
 - *Excursiones.* Recorridos por los alrededores y otros centros de interés cultural próximos pueden contribuir a la satisfacción de algunos usuarios, aunque teniendo en cuenta las capacidades físicas de los mismos, la duración de la visita no deba prolongarse demasiado.
 - *Actividades culturales.* También hay demanda poco satisfecha de activida-

- des culturales (talleres de baile, pintura, música, etc).
- *Fiestas/baile*. La animación festiva tiene más demandantes que detractores.
- *Servicio religioso*. Se valora la posibilidad de oficio religioso en el mismo balneario.
- *Recepción*. La primera imagen es la más importante. La recepción debe ser ágil y agradable.
- *Servicios de cocina-comedor*. Es un servicio complementario directo del tratamiento termal. El equilibrio alimentario es fundamental, lo difícil es conjugar necesidades diversas. Respecto a las bondades organolépticas de los menús hay pocas quejas. Tampoco el servicio de comedor, aunque sí se sugiere en algún balneario que se flexibilice el sistema de turnos y horarios, especialmente para dar cabida a la posibilidad de que transeúntes de visita en el balneario puedan compartir mantel con quien es visitado.
- *Servicios de habitaciones*. La habitación donde se aloja el usuario del balneario condiciona el grado de satisfacción general y se realizan demandas concretas respecto a la amplitud, la higiene, comodidad, equipamiento de TV, aire acondicionado, balcón, etc.:
- *Servicios de cafetería-bar*. Se podría aumentar la oferta de cafetería de forma que complementase a la cocina, a la tienda y otras actividades lúdicas.
- *Personal de servicios complementarios*. Se constata una alta valoración del trato recibido por el personal de la estación termal, y los propios trabajadores y directivos de las mismas priorizan la cordialidad como un objetivo importante.
- *Personal médico*. Es muy alabada la condición humana y profesional de los médicos de los balnearios.
- *Capacitación del personal terapeuta*. Tanto los usuarios como los profesionales del balneario consideran importante la capacitación del personal encargado de la aplicación de las técnicas hidroterapéuticas.
- *Atención de urgencias por personal sanitario permanente*. Mientras la clientela presente patologías con riesgos de descompensación, o simplemente para la atención ante pequeños accidentes, esta demanda no es baladí.
- *Desconocimiento previo del termalismo entre usuarios*. Son bastantes las reflexiones sobre la escasez de información que sienten los usuarios de los balnearios, que incluso les genera algún desconcierto, especialmente al inicio de la estancia. Esta insuficiencia se da tanto antes de llegar a ellos, como durante su estancia.
- *Promoción de servicios ofertados por balnearios entre población general*. No ya entre usuarios, también entre la población general, no usua-

ria, demandan los entrevistados que se realice mayor promoción.

- *Promoción e información sobre los servicios balnearios al personal médico.* Se quejan los usuarios de la poca información que reciben de sus médicos sobre la posibilidad del tratamiento termal. Les acusan de no conocer, e incluso de no reconocer, la bondad de la balneoterapia, aunque tal criterio no es del todo homogéneo. Se sugiere por distintos entrevistados que se incida en esta laguna de conocimiento médico.
- *Servicios nuevos.* El progresivo cambio de clientela va incorporando nuevas demandas en el aspecto terapéutico. Los profesionales entrevistados visionan un posible nuevo balneario con multitud de servicios.
- *Concesión / admisión por el IMSERSO.* Hay cierto desacuerdo con los criterios que se utilizan para la asignación de balneario en el programa de termalismo social. Estos usuarios, que si se les concede, vienen subvencionados por el IMSERSO, cuando no se les concede el balneario solicitado, renuncia incluso a la ayuda y se pagan de su bolsillo el balneario deseado.

IV. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se aprecia consistencia en muchas de las ideas enunciadas por los usuarios, y también hay correspondencia con lo que los

profesionales opinan. Sin embargo, hay algunas conceptualizaciones que divergen entre unos y otros clientes. Sobre todo, estas últimas, son las referidas a las diferencias de intereses entre un tipo de usuario mayor y reumatológico frente a otro más joven que busca ambientes vacacionales. Es algo que se esperaba y refuerza la recomendación de diversificar la oferta de servicios y las instalaciones (Vila, 1995; Cockerell, 1996; Vázquez-Illa, 1997; San Pedro, 1998).

Respecto a la eficacia de la balneoterapia, sobre la cual nuestros entrevistados son rotundamente afirmativos son correspondientes con las afirmaciones de Konrad (1992), Constant (1998) y, en palabras de Cherkin (1998): «La balneoterapia es un tratamiento válido para una amplia variedad de problemas, incluyendo tanto las depresiones como los dolores de espalda». También el estudio de Sevilla (1997) arroja una cifra de repeticiones de tratamiento en un 88,1 % por haber mejorado de su enfermedad. En este mismo estudio un 45,8% vuelve por considerarlo como unas vacaciones. San Pedro (1998) da por sentado el «reconocimiento científico de las propiedades curativas de las aguas minero-medicinales y sus técnicas de aplicación», si bien este reconocimiento proviene «por parte de los médicos hidrólogos»

En consonancia con lo manifestado por nuestros entrevistados, en el estudio de Sevilla (1997) el 76,3% de los usuarios estudiados presentaba trastornos y patología del aparato locomotor, si bien la mayoría de los encuestados, en ambos estudios, presentaba más de una patología. La pluri-

patología y la motivación múltiple para acudir a un balneario la expone San Pedro (1998) cuando apunta cuatro objetivos terapéuticos simultáneos de la balneoterapia: la recuperación de la enfermedad, la prevención, el mantenimiento o puesta en forma, y el bienestar; lo que permite captar segmentos muy diversos de clientela.

La familiaridad y amabilidad del trato en las estaciones termales se valora ampliamente. Dato congruente con la opinión de San Pedro (1998) que incluye entre las fortalezas de su estudio, como elemento diferenciador de calidad, la relación personal y directa del establecimiento con los clientes.

Un dato reiteradamente aparecido en los diferentes balnearios es la fidelidad al establecimiento. Se «enganchan» al balneario y tratan de repetir el mismo. Es un dato congruente con el análisis DAFO de San Pedro (1998) y con la investigación de Sevilla (1997) sobre las personas mayores en los balnearios.

En cambio, en esta última investigación aparece como motivo para la visita al balneario la recomendación médica en un 45,8% de los casos, mientras en el presente estudio se manifiestan los usuarios, en general, quejosos de la poca información recibida por sus médicos sobre los balnearios.

Este aspecto de la escasa indicación de la balneoterapia desde los servicios sanitarios lo comenta San Pedro en su estudio de 1998: «...bajo nivel de aceptación y credibilidad entre los profesionales médicos hacia las técnicas de crenoterapia y balneoterapia,

debido en gran parte a la carencia de asignaturas específicas en la carrera de medicina»

La escasa promoción de los servicios balneoterápicos entre los profesionales médicos, podría solucionarse con la propuesta de San Pedro (1998) de irrumpir en el segmento del turismo de congresos. ¿Qué mejor promoción entre los profesionales de la salud que realizar sus congresos en espacios de salud?

La solicitud de los usuarios entrevistados sobre financiación de los tratamientos termales es rentable y deseable, como afirma Cherkin (1998), a pesar de que la tendencia de los países donde esta situación se da se estén replanteando y reduciendo su participación (Cockerell, 1996). San Pedro (1998) también apuesta por la inclusión en la cartera de prestaciones de los Servicios de Salud la balneoterapia.

El mercado actual de los balnearios se nutre de forma importante de entre los jubilados. Según Sevilla (1997) el 69,5% de los usuarios comienza a acudir a los balnearios ya jubilado, y según Miras (2000) el 63% de los clientes de los balnearios lo hace con más de 60 años. Si bien es cierta la orientación de las estaciones termales para la captación de clientes de otros segmentos de edad, no debe descuidarse este grupo etéreo ni a sus necesidades balneoterápicas.

En la línea argumental de Cockerell (1996), Añón (2000) y otros muchos autores, podemos afirmar que es deseable desterrar la imagen de los balnearios asociada

a enfermedad, a personas mayores o de servicios caducos. No sólo es necesario ofrecer servicios de mejora de la salud con modernas instalaciones y nuevas técnicas, sino que habrá que recuperar el carácter de lugares de encuentro y ocio, ofreciendo otros servicios relacionados con el turismo alternativo, como senderismo, cicloturismo, etc. En suma, ofrecer un conjunto de servicios donde el descanso y la tranquilidad puedan convivir con el disfrute y la diversión. Miras (2000) afirma que el descanso o el relax es el motivo de demanda del 10% de los usuarios. La demanda de servicios complementarios es ampliamente reflejada en este estudio, consonante también con las sugerencias de San Pedro (1998) respecto a la oferta de productos turísticos complementarios.

De acuerdo con otros estudios (Vázquez-Illá, 1997; San Pedro, 1998) la falta de promoción de la oferta balnearia es reflejada con claridad, incluso entre los que ya conocen y disfrutan de algunos servicios termales. Como refleja Vázquez-Illá, una cuarta parte de la población potencialmente cliente dice no ir a los balnearios porque jamás se lo ha planteado.

El aspecto preventivo que se recoge en el presente estudio como una valoración de los propios usuarios, se cuantifica en el estudio de Sevilla (1997). Esta motivación preventivista es puntuada casi el doble (63,6%) entre los usuarios privados, que acuden por cuenta propia, que entre los financiados por el IMSERSO (que lo puntúan en un 36,4%). El ensalzamiento de esta apuesta es también una propuesta de San Pedro (1998).

También en el presente estudio aparece la afirmación por parte de los entrevistados del efecto inhibitor que sobre el consumo de medicamentos produce la balneoterapia. El estudio de Sevilla (1997) refleja la disminución del consumo de fármacos entre el 22 % de los usuarios; muy parecido al 20 % que informa el IMSERSO (1997).

La riqueza paisajística y medioambiental, que el presente estudio expone como un gran valor, la contempla San Pedro (1998) como una característica que, junto con otras posibilidades (como los recursos culturales, históricos, gastronómicos, etc.) permite una explotación turística complementaria.

En cuanto al personal médico y terapéutico se manifiestan demandas de capacitación específica y en profundidad. Demanda congruente con las sugerencias de San Pedro (1998) de profesionalización del personal médico y asistencial, así como la incentivación de la investigación y divulgación científico-médica por parte del equipo médico del balneario.

Las actividades lúdico-festivas, que en general obtienen una buena calificación en nuestro estudio, también las propone San Pedro (1998): «incorporación de completos programas de animación, dinámica de grupos, actividades complementarias, y adecuados sistemas de relaciones públicas».

En cuanto a las instalaciones, nuestros informadores se muestran exigentes. Miras (2000) afirma que las medidas de fomento y modernización que deben realizarse en los balnearios han de hacerse como un conjunto integrado de fuentes, alojamiento, servicios

sanitarios y terapéuticos, instalaciones deportivas y descanso. En el estudio de Vázquez-Illa (1997) las condiciones de las habitaciones eran fundamentales. A pesar de la exigencia del IMSERSO (1997) algunos servicios balnearios mantienen accesos obligatoriamente a través de escaleras.

El estudio de Sevilla (1997) arroja una calificación de las instalaciones balnearias de buena o muy buena en un 98,4%. Nuestros entrevistados parece que han sido más críticos, en consonancia con el estudio mencionado de Vázquez-Illa (1997), donde la calidad de las infraestructuras figura como una demanda insatisfecha. San Pedro (1998) apunta este aspecto una debilidad de la potencialidad turística de los balnearios.

Teniendo en cuenta que el estudio de Sevilla se realizó entre población jubilada, de más edad que la media de la población total usuaria, refuerza la idea de que los nuevos tipos de clientes de los balnearios, que se corresponden con edades menores y poder adquisitivo más alto, plantean demandas de mayor calidad en las infraestructuras. También Miras (2000) considera esencial restaurar y adecuar, no sólo el exterior y la estructura de los edificios, sino también los lugares circundantes concebidos como espacios de esparcimiento.

La política de diversificación de oferta de servicios puede hacerse compatible con otra necesidad del sector: la desestacionalización de la actividad, propuesta por San Pedro (1998). Se trataría de incidir en la línea iniciada por los establecimientos termales, y recogida en los resultados de este estudio, de ofrecer los periodos con menor

demanda espontánea (clientes de tarifa) en condiciones ventajosas a los clientes subvencionados (IMSERSO).

La principal limitación del estudio es referente a la validez externa. La información obtenida en estos tres balnearios puede no ser similar a la que pudiera ser obtenida en otros balnearios. Sólo la reproducción en otros establecimientos puede aumentar su representatividad. O bien, utilizando otros métodos, triangulando técnicas de investigación, se podría obtener información complementaria. Por ejemplo, una encuesta dirigida a todos los balnearios que recoja los items derivados del presente estudio. Una propuesta para nuevas investigaciones

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ SOUSA, A. (1994): *El ocio turístico en las sociedades industriales avanzadas*. Barcelona: Bosch
- ÁLVAREZ SOUSA, A. (2000): Calidad Global. En: Latiesa, M. y Álvarez, A. *El Turismo en la sociedad contemporánea: diversificación, competitividad y desarrollo*. Granada: Proyecto Sur de Ediciones S. L.
- AÑÓN SEIJAS, M. J. (2000): El Turismo en Galicia: situación actual y tendencias de futuro. En: Latiesa, M. y Álvarez, A. *El Turismo en la sociedad contemporánea: diversificación, competitividad y desarrollo*. Granada: Proyecto Sur de Ediciones S. L.
- BAUD-BOVY, M. and LAWSON, F. (1998): *Tourism and Recreation: handbook of planning and design*. Oxford: Architectural Press.
- BOURDIEU, P. (1989): *La distinción*. Madrid: Taurus.
- BROOKS, P. (1994): *Psychoanalysis and Storytelling*. Oxford: Blackwell.

- BRUNET ICART, I. y BELZUNEGUI ERASO, A. (2000): Los límites del turismo de masas: necesidad de una planificación sostenible para el desarrollo turístico. En: Latiesa Rodríguez, M. y Álvarez Sousa, A. (eds.). *El Turismo en la Sociedad Contemporánea: diversificación, competitividad, y desarrollo*. Granada: Proyecto Sur de Ediciones S. L.
- BRUNT, P. (1997): *Market Research in Travel and Tourism*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- CAREY, M. A. (1994): The Group Effect in Focus Groups: Planning, Implementing and Interpreting Focus Groups Research. En: Morse, J. (ed.). *Critical Issues in Qualitative Health Research Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- CAREY, M. A. and SMITH, M. Capturing the Group Effect in Focus Groups: A special Concern in Analysis. *Qualitative Health Research*, 1994; 4 (1): 123-127.
- CASTILLO CASTILLO, L. (1985): Las clases medias. En: Salustiano del Campo. *Tratado de Sociología*. Madrid: Taurus
- CHERKIN, D. Spa Therapy: Panacea or Placebo. *Medical Care*, 1998; vol. 36. n.º 9, pp. 1303-1305.
- COCKERELL, N. Market segments: Spas and Health resorts in Europe. *Travel & Tourism Analyst*, 1996; 1: 53-77.
- CONSTANT, F. et al. Spa Therapy appears to improve the quality of life of sufferers from chronic low back pain. *Medical Care*, 1998; vol. 36, n.º 9, 1309.
- COOPER, Ch. et al. (1998): *Tourism, Principles and Practice*. New York: Longman.
- FERNÁNDEZ FUSTER, L. (1990): *Introducción a la teoría y técnica del turismo*. Madrid: Alianza
- GARCÍA CALVENTE, MM.; MATEO RODRÍGUEZ, I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 2000; 25 (3): 181-122.
- GLASER, B., and STRAUSS, A. (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- IBÁÑEZ, J. (1990): Cómo se realiza una investigación mediante Grupos de Discusión. En: García Ferrando, M. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad.
- JURDAO, F. SÁNCHEZ, M. (1990): *España, asilo de Europa*. Barcelona: Planeta.
- KITZINGER, J. Introducing Focus Groups. *British Medical Journal*, 1995; 311 (29): 299-302.
- KRIPPENDORF, J. (1992): *The holiday makers*. London: Heinemann International.
- KRIPPENDORFF, Klaus. (1997): *Metodología de análisis de contenido*. Barcelona: Paidós Comunicación.
- KRUEGER, Richard A. (1988): *El Grupo de Discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- KRUEGER, R. (1994): *Focus Groups: A practical Guide for Applied Research*. 2.ª ed. London: Sage.
- LATIESA RODRÍGUEZ, M. y ÁLVAREZ SOUSA, A. (eds.) (2000): *El Turismo en la Sociedad Contemporánea: diversificación, competitividad, y desarrollo*. Granada: Ediciones Proyecto Sur S. L.
- LÓPEZ SEVILLANO, J. M. (2000): Sociología y turismo en Europa. En: Latiesa, M y Álvarez, A. *El Turismo en la sociedad contemporánea: diversificación, competitividad y desarrollo*. Granada: Proyecto Sur de Ediciones S. L.
- MARCUSSE, H. (1985): *El hombre unidimensional*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- MERTON, RK. The focused interview and focus groups: continuities and discontinuities. *Public Opinion Quarterly*, 1987; 51: 550-556.
- MIDDLETON, VTC. (1994): *Marketing in travel and tourism*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- MIRAS PORTUGAL, A. (2000): Las políticas turísticas. Una perspectiva desde Galicia. En: Latiesa Rodríguez, M. y Álvarez Sousa, A. (eds.). *El Turismo en la Sociedad Contemporánea: diver-*

- sificación, competitividad, y desarrollo. Granada: Proyecto Sur de Ediciones S. L.
- MISHLER, E. (1986): *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge: Harvard University Press, Mass.
- MORGAN, D. L. (1997): *Focus Groups as Qualitative Research*. 2nd edn. Newbury Park: Sage.
- MORGAN, D. L. and KRUEGER, R. A. (1993): When To Use Focus Groups and Why. En: D. L. Morgan (ed.). *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Newbury Park: Sage.
- MORSE, J. M. (1992): *Qualitative Health Research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Organización Mundial del Turismo, 1994: *Recomendaciones sobre estadísticas del Turismo*. Serie M, n.º 83, New York: Naciones Unidas.
- PLUMMER, Changing values. *The Futurist*, 1989; 23: 8-13.
- REBOLLO RICO, S. (2000): Turismo y deporte como actividades de ocio destacables en las sociedades del futuro. En: Latiesa, M. Y Álvarez, A. *El turismo en la sociedad contemporánea: diversificación, competitividad y desarrollo*. Granada: Proyecto Sur de Ediciones.
- RICE, P. L. and EZZY, D. (1999): *Qualitative Research Methods, A Health Focus*. Oxford University Press.
- RODRÍGUEZ CARO, C. (2000): Los inventarios de recursos turísticos: una necesidad para una oferta turística de calidad. En: LATIESA, M; ÁLVAREZ, A. *El turismo en la sociedad contemporánea: diversificación, competitividad y desarrollo*. Granada: Proyecto Sur Ediciones.
- SAN PEDRO MARTÍNEZ, M. A. (1998): Hacia la definición del producto turístico balneario. Propuestas para su promoción. En: OLIVERAS, J.; ANTÓN, S. *Turismo y planificación del territorio en la España de fin de siglo*. Universitat Rovira i Virgili.
- SEVILLA GALLEGO, M.ª D. y LÓPEZ RODRÍGUEZ, M.ª I. (1997): *Balnearios: espacios de salud y ocio para las personas mayores*. Granada: Imprenta Serrano.
- STRAUSS, A. and CORBIN, J. (1994): Grounded Theory Methodology: an overview. En: Denzin, NK y Lincoln, YS. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- STRAUSS, A. and CORBIN, J. (1998): *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- SCHIFFMAN, L. G. y LAZAR, L. (1991): *El comportamiento del consumidor*. México. Prentice Hall Hispanoamericana.
- TOURAINÉ, A. (1969): *La sociedad post-industrial*. Barcelona: Ariel.
- VÁZQUEZ-ILLÁ, J. (1997): *Estudio Producto Termal*. Asociación Nacional de Estaciones Termales.
- VEBLEN, T. (1971): *Teoría de la clase ociosa*. México: Fondo de Cultura Económica.
- VILA, M. (1995): *Los hoteles y el turismo de salud*. Madrid: Vox Turismo.