



Universidad  
Politécnica  
de Cartagena

Campus  
de Excelencia  
Internacional



FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA  
EMPRESA

U P C T

**Grado en Turismo**

Trabajo Fin De Grado

*Curso 2019/2020*

# Turismo de Salud, Bienestar y Empleo

---

Autor: González Dorta, Carolina

DNI: 78625143B

Tutor: Pagán Martín Portugués, Fulgencio Miguel



## **Resumen**

El turismo de bienestar es la suma de todas las relaciones y fenómenos resultantes de un viaje y residencia de personas cuyo principal motivo es preservar o promover su salud. En el contexto de país turístico, nos planteamos analizar las necesidades de los empleadores y la rentabilidad turística del movimiento.

En el desarrollo de este trabajo se analiza la estacionalidad del turismo en España, la cantidad de turismo que puede calificarse como turismo de salud y bienestar y la rentabilidad del movimiento. Además, se reflexiona sobre la precariedad laboral como fuente de destino turístico a bajo coste.

En conclusión, los efectos del Empleo inseguro e inestable, o el trabajo precario, incluyen una mayor exposición a la salud en declive (tanto mental como física), un aumento de la inestabilidad financiera y la ampliación de las brechas sociales (Quan, 2017), lo que crea vidas precarias.

El Empleo sostenible en el turismo ofrecería oportunidades de trabajo decente, gratificante y de desarrollo para todos, sin distinción en función del género, etnia, edad, discapacidad o sexualidad, trabajo que permite a los empleados equilibrar el Empleo con los derechos y obligaciones familiares, sociales y de ocio.

## **Abstract**

Wellness tourism is the sum of all relationships and phenomena resulting from a trip and residence of people whose main reason is to preserve or promote their health. In the context of a tourist country, we consider analyzing the needs of employers and the tourist profitability of the movement.

In the development of this work we analyze the seasonality of tourism in Spain, the amount of tourism that can be qualified as health and welfare tourism and the profitability of the movement. In addition, it reflects on job precariousness as a source of tourist destination at low cost.

In conclusion, the effects of insecure and unstable employment, or precarious work, include greater exposure to declining health (both mental and physical), an increase in financial instability and the widening of social gaps (Quan, 2017). , which creates precarious lives.

Sustainable employment in tourism would offer opportunities for decent, rewarding and development work for all, without distinction based on gender, ethnicity, age, disability or sexuality, work that allows employees to balance employment with family rights and obligations, social and leisure.

## Índice

1. Introducción.....	5
2. El Turismo del Bienestar.....	9
2.1. Connotaciones de Turismo de Salud y Bienestar.....	9
2.2. Turismo de Salud Médico y Turismo de Bienestar.....	11
3. Repercusiones Económicas del Turismo del Bienestar.....	16
4. Turismo de Salud Bienestar y su relación con el Empleo.....	23
4.1. Turismo de Salud y Bienestar: ¿desarrollo económico o privación de derechos laborales?.....	23
4.2. Empleabilidad derivada del Turismo de Salud y Bienestar.....	27
5. Conclusiones.....	35
6. Bibliografía.....	37
7. Webgrafía.....	44

## 1. Introducción.

El concepto de "bienestar", junto con la filosofía de bienestar, fue desarrollado por el médico estadounidense Halbert Dunn<sup>1</sup> en 1959, cuando escribió por primera vez sobre un estado de salud especial que comprende un sentido general de bienestar que ve al hombre como una conjunción de cuerpo, espíritu y mente en la que depende de su entorno. Dunn llamó a esta condición de gran satisfacción personal "bienestar de alto nivel".

Este subconcepto de bienestar calificado como de "bienestar de alto nivel", determina o establece una nueva idea revolucionaria de donde se extrae la idea alternativa del propósito médico, y las bases del movimiento de bienestar que ya comienzan a gestarse en la población estadounidense.

Otros autores en lengua inglesa como Ardell (), Travis (1984), Benson y Stuart (1993) o Greenberg y Dintiman (1997) adoptan el término "bienestar" en sus publicaciones relacionadas con la salud. Travis (1984) autor conocido por la relevancia de sus estudios en materia de repercusiones del bienestar sobre la salud, por ejemplo, enfatiza el aspecto dinámico del bienestar, definiéndolo como:

‘Un estado del ser, una actitud y un proceso continuo, no un estado estático al que alcanzamos y nunca debemos tener en cuenta nuevamente... Hay grados de bienestar al igual que grados de enfermedad’ (Travis, 1984)

John Travis, doctor en medicina preventiva, apadrinado por el doctor Lewis Robbins, fue el creador de la Evaluación de Riesgos para la salud, investigó las teorías de Abraham Maslow y otros visionarios destacados como Halbert Dunn. En su nueva visión decidió que en lugar de tratar a personas enfermas dedicaría su vida a inspirar a personas a estar bien. Creó un innovador modelo de Bienestar "Illness-Wellness Continuum" y abrió el primer centro de bienestar en Estados Unidos en 1975, con un programa innovador para el cambio de estilo de vida personal que se centró en el cuerpo, mente y espíritu. Su modelo de bienestar ha sido utilizado por educadores de promoción de

---

<sup>1</sup> Halbert L. Dunn fue un estadístico estadounidense, al que se considera el padre del *Wellness Movement*.

bienestar y salud en programas universitarios y de postgrado durante más de 30 años. Hoy en día se cita como una visión fundamental del Bienestar.

Lutz Hertel (1992), de la Asociación Alemana de Bienestar, llega a la conclusión de que las numerosas definiciones de bienestar en la región del lenguaje estadounidense-inglés comparten ciertas características comunes: la importancia clave del estilo de vida, la responsabilidad por la salud, las raíces multifactoriales de la salud y la explotación de nuestro potencial para una mejor calidad de vida.

Ampliando la interpretación de Ardell (1986), se puede ver el bienestar como un estado de salud que representa la armonía del cuerpo, la mente y el espíritu, con responsabilidad propia, cuidado físico y de belleza, nutrición / dieta saludable, relajación (necesidad de desestresarse) y meditación, actividad mental y educación o sensibilidad ambiental y relaciones sociales como elementos fundamentales (Figura 1).



*Figura 1: Descripción de bienestar.*

*Fuente: Adaptado de Kaspar (1995)*

Esta comprensión incluye lo que los estadounidenses también llaman salud de la mente y cuerpo, lo que significa que la mente ayuda a controlar la salud. El turismo de bienestar es considerado como una subcategoría del turismo de salud. En estos términos, según Kaspar (1995), turismo de salud es:

'la suma de todas las relaciones y fenómenos resultantes de un cambio de ubicación y residencia por parte de las personas para promover, estabilizar y, según corresponda, restaurar el bienestar físico, mental y social al utilizar los servicios de salud y para quién el lugar donde se alojan. No es ni su principio ni lugar permanente de residencia o trabajo'.

Dado que los autores consideran que el enfoque holístico del bienestar durante las vacaciones se puede observar mejor en un hotel especializado en servicios de bienestar, el concepto de "turismo de bienestar" se describe aquí en un sentido más estricto. Tomando como punto de partida la definición de Kaspar (1995) de turismo de salud, se adopta la siguiente definición, para el turismo de bienestar:

El turismo de bienestar es la suma de todas las relaciones y fenómenos resultantes de un viaje y residencia de personas cuyo principal motivo es preservar o promover su salud. Se alojan en un hotel especializado que proporciona los conocimientos profesionales adecuados y el cuidado individual. Requieren un paquete de servicios comprensivo que incluya atención física y belleza, nutrición o dieta saludable, relajación, meditación y actividades variadas o fomento de la salud emocional.

En estos términos y a nivel nacional, todos hemos escuchado que el turismo es uno de los motores de la economía, que debemos potenciar y proteger. Es cierto que el turismo de forma genérica es importante, en la misma medida que el turismo de salud y bienestar, pero nos enfrentamos a un problema de fondo de dimensiones importante. Si tomamos de nuevo como referente la paradoja del turismo como motor económico, podríamos explicar que algunas de las piezas que hacen funcionar este motor no están en las condiciones óptimas para su funcionamiento. Con esto nos referimos al Empleo y las condiciones de los empleados.

En este trabajo y sobre esta base, nos planteamos analizar la repercusión del turismo de Salud y bienestar en España, con las estructuras y organizaciones turísticas, y de manera más concreta:

- Analizar la realidad actual del turismo internacional de Salud y Bienestar en España.
- Evaluar el impacto Económico del turismo de bienestar en España.
- Analizar la calidad del Empleo que se deriva del turismo de Salud y bienestar.

*“Viajar es,  
la mejor medicina”  
(Sadoy, 2013)*

## **2. El turismo del Bienestar**

### **2.1. Connotaciones de Turismo de Salud y Bienestar.**

El viejo dicho: "viajar es la mejor medicina", es muy apropiado dado los avances en la industria médica y las oportunidades de viajar a diferentes países para recibir tratamientos médicos. El término "turismo médico" es una diada de la medicina y el turismo que se ocupa de la búsqueda activa de atención médica por parte de las personas (Lajevardi, 2016). Este turismo implica viajar a países de ultramar por diversos motivos médicos y de atención de la salud, que pueden no estar disponibles a nivel nacional, pero también podrían incluir cirugía, atención dental, junto con la toma de vacaciones (Makinde, 2016). Esto puede o no estar relacionado con las atracciones turísticas del destino anfitrión como exponen autores de relevancia internacional sobre la geolocalización del turismo (George y Henthorne, 2016; Scott, 2016).

La salud del individuo está enmarcada por la compleja confluencia de comportamiento, estilo de vida, biología, espiritual, emocional y factores en el ambiente (Patwardhan, 2010). Cada vez son más las personas que mantienen o cuidan de su salud (incluidos los estados mentales, espirituales y físicos) con la práctica de turismo de salud o bienestar. Este tipo de turismo ha mostrado una tremenda tasa de crecimiento a nivel mundial. Una posible causa profunda de este fenómeno puede resumirse en la tendencia actual de envejecimiento de la población y la elección de un estilo de vida más saludable por parte tanto de las poblaciones jóvenes, como de las de edad avanzada (Vrkljan y Hendija, 2016; Noree, Hanefeld y Smith, 2016).

Esta situación desafiante de la salud del individuo no es abordada adecuadamente por los sistemas médicos modernos. A pesar de que prometen una mejora en los estados físicos y mentales, las nociones de salud emocional, espiritual y de bienestar no se potencian realmente de la manera más adecuada (Baer, Beale, Canaway y Connolly, 2012; Murray y Pizzorno, 2012). A pesar de los avances tecnológicos masivos y del

moderno sistema médico de salud, el mundo está experimentando una gran proyección en temas relacionados con la salud y las enfermedades. Está documentado que casi el 28% de la población europea tendrá más de 65 años en 2020 en conjunto con el aumento de las cohortes de edad a nivel mundial (Vrkljan y Hendija, 2016).

Además, junto con el aumento de la edad, la invasión de enfermedades crónicas y la tasa de mortalidad resultante también están aumentando, por ejemplo, la OMS (World Health Organization, 2010) informa que hubo 36 millones de muertes en todo el mundo en 2008, principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas que se clasifican en enfermedades no transmisibles (ENT). Además, alrededor de tres cuartas partes de las muertes relacionadas con ENT se registraron después de los 60 años. La actividad física insuficiente, la dieta poco saludable y el estilo de vida podrían potencialmente aumentar las amenazas de ENT. Por lo tanto, para vivir una vida saludable y de calidad, las personas necesitan un cambio en su estilo de vida, dieta y medicamentos para frenar esta situación crónica.

Esta situación desafiante exige un sistema turístico que sea lo suficientemente eficiente para abordar todas las inquietudes de los turistas por igual. Las posibles causas principales de este cambio en las demandas son un enfoque de medicina alopática incompleto, que es una estrategia ofensiva, hacia problemas médicos y de salud, incapacidad para curar adecuadamente las enfermedades crónicas, tratamientos quirúrgicos costosos, riesgo de efectos secundarios de los medicamentos y falta de actividades saludables. para equilibrar la estatura humana malsana (Gadgil, 2010; Caspi, Koithan y Criddle, 2004).

Sin embargo, los beneficios obtenidos y las contribuciones hechas por el tratamiento alopático son importantes y reconocidos. En consecuencia, se encuentra que los turistas de salud están considerando recientemente tratamientos alternativos, por ejemplo, Medicina tradicional y complementaria (Mrčela, Borovac, Vrdoljak, Grazio, Luetić y Tomek-Roksandić, 2015).

Se sabe que a pesar de que cada vez existe una discusión cada vez mayor en la literatura sobre el turismo de salud, el turismo de bienestar, el turismo médico y la elección de un sistema medicinal para obtener un estado de salud óptimo, el debate aún se encuentra en su fase embrionaria y la interacción entre la salud y las opciones de

turismo continúa ampliamente inexplorada, lo más importante en términos de partes interesadas de la industria, su repercusión económica y sobre el Empleo.

## **2.2. Turismo de Salud Médico y Turismo de Bienestar**

El turismo se ha caracterizado por diferentes motivaciones, atracciones, dinámicas y expresiones contextuales (Iancu y Tabita, 2014). La demografía contextual de los occidentales está cambiando rápidamente con aspiraciones de vivir más y experimentar una mejor calidad de vida y se ha encontrado que la población anciana está a la vanguardia en esta mega tendencia. El turismo médico implica dos segmentos diferentes, medicina y turismo, cada vez más interconectados, pero no lo suficiente.

Sin embargo, estos dos segmentos conllevan un sentido más amplio de salud y mantenimiento, las personas viajan al extranjero por diferentes tratamientos de salud y bienestar, que pueden incluir terapias alternativas, como por ejemplo *spas*, centros de salud y bienestar como balnearios..., en conjunto con la experiencia del turismo.

Las personas viajan al extranjero para buscar diferentes diagnósticos, cirugías, atención dental, razones estéticas, tratamientos, terapias para mejorar el estilo de vida o vacaciones en lugares terapéuticos.

A pesar de las intervenciones médicas mientras se viaja al extranjero se observa que los turistas médicos viajan por todo el mundo para encontrar una mejor calidad de vida y, por lo tanto, el turismo médico a menudo se resume en nociones de turismo de salud, es aquí donde se establece un fenómeno interconectado del turismo Médico y de Salud y Bienestar.

El turismo médico o de salud y bienestar ha mostrado una gran fase de crecimiento mundial, ha contribuido de manera positiva al desarrollo económico general para los destinos participantes en el Turismo de Salud y Bienestar. Muchos países de todo el mundo están participando activamente en el Turismo de Salud y Bienestar para impulsar positivamente sus indicadores económicos.

Este turismo se ha considerado como uno de los segmentos de más rápido crecimiento en la industria del Turismo. A su vez, el Turismo de Salud y Bienestar ha cambiado su naturaleza rápidamente en los últimos años debido a la fusión de industrias médicas y de salud en conjunto con las complejas búsquedas de los turistas para

descansar, relajarse, divertirse en instalaciones/atracciones turísticas sostenibles con el fin de encontrar una mejora general en su calidad de vida. Estas aspiraciones de vivir más y experimentar una mejor calidad de vida se han convertido en las preocupaciones principales de las generaciones mayores (Chen, Liu y Chang, 2013)

Sin embargo, frente a esto, la realidad se impone e indica que la población mundial está envejeciendo a niveles acelerados. A nivel global, la población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de segmentos poblacionales. Según datos del informe: “Perspectivas de la población mundial 2019” en 2050, 1 de cada 6 personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de 1 de cada 11 en este 2019 (9%). En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de 5 años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050.

La prioridad de longevidad opcional, el mayor capital disponible y el riesgo de ser invadidos por enfermedades crónicas han impulsado las tendencias de la demanda de una población que envejece hacia estilos alternativos de tratamientos y servicios cosméticos (Connell, 2013; García-Altes, 2005).

Dado que los problemas en el estilo de vida se han registrado como una de las causas de las enfermedades crónicas (OMS, 2005), la salud física, la salud mental, la salud ambiental y la salud pública..., la motivación principal que ha influido en el aumento de Turismo de Bienestar es el cliente que busca una mejora de su condición física o psíquica. Generaciones jóvenes y mayores cada vez están más interesados en ir al extranjero o viajar con estos fines de recuperación de salud o prevención (Noree, et. 2016)

Gracias a este aumento de la demanda, se ha producido un incremento en la apertura de los denominados centros Wellness (centros de Bienestar), que ofrecen a sus clientes, actividades y experiencias saludables que mejoran su estado físico y psíquico.

El auge de los hábitos saludables “Healthy Life” ha sido un fenómeno global, la industria Wellness ha crecido un 10,7% en el último año, a nivel mundial, y no hay indicios de que esta tendencia al alza vaya a cambiar, por este motivo se prevé un aumento en la oferta de Turismo de Bienestar.

Los resultados muestran que las demandas están cambiando hacia tratamientos de Salud y Bienestar para evitar enfermedades y sus complejidades en conjunto con una mejor calidad de vida (Huang y Xu, 2014). Los turistas buscan un sistema de turismo de salud competente con alternativas de Salud y Bienestar. Aspiran a experimentar el ocio y la relajación mientras viajan por motivos de mejora de salud.

Las demandas y las necesidades de los turistas para sus necesidades de atención están en continuo cambio a fin de obtener estados óptimos de salud. En una jerarquía de necesidades de atención se demuestran los cambios motivacionales en las demandas de los consumidores de atención en Salud y Bienestar, desde las necesidades más básicas de atención médica hasta niveles de mejora de Salud y Bienestar, que es un nivel óptimo de atención (Runnels y Carrera, 2012. Adams, 2006).

En este sentido, se podría establecer un paralelismo con el modelo de jerarquía de necesidades de Maslow (Figura 2) que describe la motivación del consumidor desde las necesidades básicas hasta las necesidades óptimas de satisfacción, que podrían basarse en nociones personalizadas de Salud y Bienestar dentro del contexto del Turismo Médico, Salud y Bienestar.



*Figura 2: Pirámide de Necesidades de Maslow*

*Fuente: Sharma, (2013)*

Fundamentos teóricos de las tendencias del Turismo Médico o Salud. Modelo de Turismo Médico y Motivación del Tratamiento (MTTM): encapsula algunos conceptos emergentes de las industrias de Salud, Medicina y Turismo. Las premisas del modelo MTTM narran que las preferencias de los consumidores de salud están cambiando rápidamente y avanzando hacia la construcción asociada adecuada de tratamientos de salud, bienestar y turismo mediante la adopción de una combinación de tratamientos médicos convencionales y tratamientos naturales para una mejor calidad de vida.

Las múltiples preferencias de los consumidores modernos necesitan una infraestructura de atención médica adecuada que pueda satisfacer sus demandas. Por otra parte, la medicina tradicional y complementaria (T and CM) (por ejemplo, medicina tradicional china, ayurveda, yoga, meditación, spas, centros de hidroterapia, acupuntura...), se puede experimentar mejor en un lugar de salud específico y bajo supervisión médica. Cabe señalar que la atención y tratamientos médicos han influido profundamente en las industrias de la Salud, la Medicina y el Turismo con sus conceptos y filosofías efectivas de Bienestar. Por lo tanto, un sistema de Turismo Médico emergente deriva entre la fusión de intervenciones médicas para una mejor calidad de vida, tratamientos de Bienestar, tratamientos naturales y alternativas de medicina complementaria (Schult, 2006)

Algunos autores hacen hincapié en la coordinación entre los sectores de atención de Salud y Turismo para una mejor calidad del sistema de gestión de la salud (Heung, Kucukusta y Song, 2010) donde la supervisión médica se considera importante para la Salud general y el Bienestar.

Esta situación desafiante nos es abordada adecuadamente por los sistemas médicos modernos. A pesar de que prometen una mejora en los estados físicos y mentales, las nociones de salud emocional, espiritual y de bienestar no se potencian realmente de la manera más adecuada (Baer, Beate, Conoway y Connolly, 2012; Murray y Pizzorno, 2012). A pesar de los avances tecnológicos y del moderno sistema médico y de salud, el mundo está experimentando una gran proyección en temas relacionados con la salud y las enfermedades.

Junto con el aumento de la edad, la invasión de enfermedades crónicas y la tasa de mortalidad resultante que también está aumentando. Por ejemplo, OMS, 2010, informa que, en 2008, 36 millones de personas fallecieron de una enfermedad crónica,

principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares, que se clasifican en enfermedades no transmisibles (ENT). La actividad física insuficiente, la dieta, alimentación poco saludable y el estilo de vida podrían potencialmente aumentar las amenazas de las ENT.

Esta situación exige un sistema de turístico que sea lo suficientemente eficiente para abordar todas las inquietudes de los turistas por igual. Sin embargo, a pesar de una discusión cada vez mayor en la literatura sobre el Turismo Médico, de Salud, y el Turismo de Bienestar y la elección de un sistema completo para obtener un estado de salud óptimo, el debate aún se encuentra en su fase embrionaria y la interacción entre la salud y las opciones de turismo continúa ampliamente inexplorada, lo más importante en término de partes interesadas de la industria, su repercusión económica y sobre el Empleo. El tipo de tendencias de la demanda está cambiando en el Turismo Médico o de Salud y Bienestar, y sus preferencias de experiencia de atención diferenciada.

Se sugiere que los profesionales de la Salud y el Turismo, deberían realizar más investigaciones sobre diferentes aspectos del enfoque del tratamiento natural y su combinación con otros aspectos de terapias complementarias o medicina alternativa y el sistema de medicina occidental convencional. Es necesario investigar en profundidad cómo se podrían implementar los protocolos de tratamiento natural en los tratamientos alopáticos para mejorar el estilo de vida (Kaur y Valecha, 2014). Y de esta forma, incentivar a Académicos y Profesionales del Turismo de Salud y Bienestar para que desarrollen planes innovadores para captar y dar forma a las intenciones y comportamientos de los turistas de salud y atraerlos hacia sus servicios.

Es necesario un desarrollo más profundo y amplio entre las partes interesadas de las industrias de Salud, Medicina, Bienestar y Turismo Sostenible, que se fusionen para brindar una experiencia de atención satisfactoria. Las instalaciones de MTTM pueden ayudar a los psiquiatras y psicólogos para investigar a fondo y descubrir cómo se pueden usar los tratamientos naturales para una mejor conexión corporal y espiritual. Ayudará a mejorar la calidad de vida general que los turistas médicos aspiran a experimentar (KucuKusta y Deniza-Guillet, 2016).

*Uno cree que va a hacer un viaje,  
pero es el viaje el que te hace a ti*

*(Nicolas Bouvier, 1950)*

### **3. Repercusiones económicas del Turismo del Bienestar**

España se sitúa como el quinto país a nivel mundial en turismo relacionado con la Salud y el Bienestar, y el segundo a nivel europeo, después de Alemania (datos del informe Global Tourism Economy elaborado por el Global Wellness Institute<sup>2</sup> para el círculo Fortuny: asociación española representante de empresas/industrias de alta gama. Se recibieron 5,2 millones de estos turistas).

El turismo relacionado con la Salud y el Bienestar registró un total de 18,8 millones de viajes en 2017 y un gasto de más de 8.800 millones de euros. El Turismo de Salud y Bienestar ha experimentado un crecimiento del 33% en los últimos dos años a nivel mundial, con China e India liderando los incrementos más destacados. No obstante, Europa y Estados Unidos siguen a la cabeza de este tipo de viajes.

“España es un referente internacional en materia de Salud y Bienestar donde el turista busca que su tiempo sea relevante y que la experiencia le afecte”, Vicepresidente de Sha Wellness Clinic, Alejandro Bataller.

Según datos del Instituto para Desarrollo e Investigación de la Sanidad (IDIS), este año se esperan 140.000 visitantes que aprovecharán sus vacaciones para someterse a tratamientos médicos de Salud y Bienestar en centros privados de nuestro país. Se prevé que en 2020 el Turismo de Salud y Bienestar ingresará en las arcas nacionales alrededor de los 1.000 millones de euros, 3 veces más de lo que se obtuvo en 2014, que fueron 322 millones.

---

<sup>2</sup> Global Wellness Institute <sup>TM</sup> es una organización sin fines de lucro con la misión de potenciar el bienestar en todo el mundo mediante la educación de los sectores público y privado sobre la salud preventiva y el bienestar.

Los expertos se muestran de acuerdo en impulsar el desarrollo del turismo de Salud y Bienestar repercutirá positivamente en el crecimiento de toda la industria.

Este tipo de Turismo orientado a industrias nicho se retroalimentan entre ellos, “los que disfrutan del Turismo Cultural y de Bienestar suele ser el mismo perfil de viajero, normalmente el individuo que se cuida también da mucha importancia al ámbito cultural. Es todo un conjunto: cuidar el cuerpo, la mente y el alma” Director Natura Bissé, Joaquín Serra: para quien el silencio y la calma que proporciona la visita a pinacotecas es un gran valor añadido

El turismo deportivo y el sector de los gimnasios genera casi el 30% de la facturación global de la industria del Bienestar, que en 2017 superó los 4,22 billones de \$ en facturación. El año pasado los viajes de Wellness movieron 9.900 millones de \$ en España.

El Turismo de Salud y Bienestar es una tendencia al alza en todo el mundo, según el Global Wellness Economy Monitor, los negocios vinculados al bienestar movieron 4,22 billones de dólares en 2017, y desde 2015 crecieron una media anual del 6,4%. Según el informe elaborado por el GWI en esta industria se engloban 10 sectores: desde el del fitness hasta el de turismo activo, pasando por el Wellness corporativo, la construcción de instalaciones deportivas y asociadas al Bienestar, la Medicina y la Nutrición. El segmento más relevante por tamaño de negocio es el del cuidado personal y la belleza, que generó 1,08 billones de \$. Es decir, los cosméticos, salones de belleza y peluquería generaron el 25,6% de la facturación agregada de la industria del Bienestar. Este crecimiento ha estado estimulado por el aumento de la población de clase media, que a diferencia de años atrás tiene un mayor deseo por adoptar un estilo de vida sana y realizar viajes experienciales (GWI, 2018)

No hay señales de que la industria del Wellness esté en deceleración, las perspectivas apuntan a que el negocio inmobiliario de infraestructura de Wellness, el Bienestar en las empresas y el Turismo de Salud y Bienestar serán los ejes de esta industria.

La Agencia de Viajes especializada “En La Gloria” ([www.tellevamosalagloria.com](http://www.tellevamosalagloria.com)) destaca que la media de estancias en nuestro país, de estas características, es de 7 días. Durante este periodo de tiempo los turistas se dedican

a practicar hábitos saludables para su cuerpo: mindfulness, yoga, meditación, dietas detox...

Jordi Albert Grimau, presidente de En La Gloria explica, “la clave del éxito del turismo de salud reside en el cambio de mentalidad que se ha producido entre los usuarios respecto al concepto “Wellness”. Antes se asociaba a un concepto de lujo exclusivamente de belleza y ahora se asocia a una práctica a favor de los hábitos y alimentación saludable. Cada vez se tiene mayor conciencia sobre el cuerpo con una mentalidad aplicada a la salud más que a la belleza”. El Turismo de Salud seguirá creciendo en España especialmente en el gasto de los viajeros, en 2018 dejaron un 7% más que en años anteriores y respecto a los turistas tradicionales. Sin duda nos encontramos ante un cambio en la manera de hacer turismo, el ejercicio ha dejado de ser una actividad para convertirse en un destino (Jordi Albert Grimau, 2018).

Las comunidades de Cataluña, Valencia, Baleares, Andalucía y Canarias son los principales destinos de los viajes de Salud y Bienestar en España.

Los españoles buscan poder escoger entre diferentes tipos de vacaciones, viajes de Salud, terapias y tratamientos preventivos. “Las terapias de relajación, meditación, masajes tradicionales orientales, así como programas de adelgazamiento, rejuvenecimiento..., son algunas de las combinaciones que más solicitan los interesados en turismo Wellness” (Jordi Albert Grimau, 2018).

Los programas más solicitados en España en el Turismo de Bienestar son:

- Programas “Detox”: desintoxicar el organismo de toxinas acumuladas. Las dietas “detox” tiene mucho éxito entre los españoles, es uno de los viajes “Wellness” más solicitados. El objetivo es recuperar la energía, vitalidad, a través de diferentes programas combinando dietas, terapias y ejercicios personalizados.
- Programas de relajación: especialmente diseñados para cambiar el estrés acumulado y enfocado a mejoras de la calidad de vida a través de hábitos saludables, meditación, técnicas de coaching, ejercicio y una alimentación equilibrada.
- Programas de medicina tradicional de la India: perfil de los usuarios que apuestan por la medicina natural para recuperar el nivel de salud y

llevar una vida sana a través de la medicina natural de la India que tiene como objetivo la unificación del cuerpo, mente y espíritu.

- Programas para mayores de 40 años: sin duda el perfil de usuarios mayoritario entre los que deciden apostar por el turismo Wellness. Son programas elaborados para mayores de 40 años que sufren los cambios propios de la edad en el cuerpo y mente. El programa enseña a cómo enfrentarse a estos cambios y como aceptarlos. Son programas que ayudan a mejorar tanto a nivel físico como mental a través de ejercicios hipopresivos, coaching nutricional y de Salud y Bienestar.

- Programas de Rejuvenecimiento: programas personalizados, desarrollados para prevenir el envejecimiento combinando tratamientos de medicina preventiva, tratamientos, terapias y ejercicios físicos. Entre sus objetivos destaca además la prevención ante enfermedades asociadas al envejecimiento.

#### Gráficos

Hasta la fecha, la mayoría de la información sobre el Turismo de Bienestar proviene de informes de organizaciones internacionales de investigación, documentos de políticas gubernamentales y los medios de comunicación porque ha habido muy poca investigación revisada sobre el Turismo de Bienestar realizada por investigadores de ocio, turismo o ciencias de la salud.

Los estudios sugieren la participación, que puede mejorar la variedad de medidas de Salud y Bienestar. Faltan estudios sobre el efecto de las experiencias en múltiples dimensiones de Salud y Bienestar. Escasean los estudios que muestren resultados de salud de los turistas de Bienestar general.

El viajero participa en un negocio global que tiene un gran interés en lo que esta persona quiere y en la mejor forma de entregar el producto turístico. Por razones obvias, este consumidor de mercadeo, transporte, alojamiento, comida y actividades, es altamente valorado y estudiado por las empresas turísticas.

España ofrece la mejor oferta turística y probablemente una de las más completas. Como oferta complementaria de primer nivel de Bienestar tenemos el clima y la calidad de vida, intangibles, que dan mucho más sentido a la oferta del Turismo Médico, y/o de Salud y Bienestar. Desde el plano sanitario tenemos la mejor tecnología, el mejor “expertise”, infraestructuras de primer nivel con precios competitivos y en determinadas

especialidades una legislación que favorece que seamos líderes, como sucede con el tema de la fertilidad o la altísima variedad de Balnearios/Spas que disponemos.

Esta es nuestra propuesta de valor y mejor ventaja competitiva que disponemos. Según datos ofrecidos por Spaincares, la marca del clúster Español de Turismo de Salud en la que se agrupan la Alianza de la Sanidad Privada Española, la Asociación Nacional de Balnearios y la Confederación Española de Hoteles y Alojamientos Turísticos, las personas que vienen buscando un Turismo de Salud y Bienestar.

Se gastan al día unos 1.200€ en un promedio de 11.6 días de estancia. Llegan desde Reino Unido, Italia, Alemania, Francia, Oriente Medio, Rusia y América buscando tratamientos de cirugía plástica (somos el tercer país en el mundo después de Estados Unidos y Brasil), tratamientos de reproducción asistida, oncología, oftalmología, implantación capilar, dental, traumatología...

La sanidad española goza de un reconocimiento a nivel mundial por su alta calidad y la gran preparación de profesionales. Si a esto le añadimos unos precios competitivos y una seguridad jurídica para los pacientes, España es el destino ideal para la práctica del Turismo de Salud y Bienestar.

Aunque el valor del capital humano que permite fomentar este Turismo en España no siempre es respetado de la manera que se espera. Sin embargo, es preciso un cambio, ya que no se trata de contabilizar simplemente cuantas personas visitan nuestro país, sino qué es lo que aportan.

La UGT reclama un modelo turístico sostenible y de calidad que reconduzca la situación actual del sector debido a la modificación y la apuesta por modelos “low-cost” que está marcada por la explotación laboral, fraude fiscal, degradación de los entornos urbanos y la sobreexplotación de los espacios naturales. Esta situación tiene un impacto directo y negativo sobre la calidad de los servicios y el empobrecimiento de la actividad turística. La sobresaturación y la aglomeración han generado daños en el Bienestar y la convivencia en determinadas poblaciones.

El sector turístico, con aportaciones esenciales a nuestro PIB no puede sostenerse sobre una progresiva precarización de las condiciones de trabajo de los profesionales del sector como consecuencia de la reforma laboral, la rebaja de las condiciones sociales a través de la externalización de actividades y de las empresas multiservicios y los contratos

a tiempo parcial de corta duración, el incremento de la temporalidad con el acortamiento de las aperturas de hoteles de temporada, la sobrecarga de trabajo y el abuso y aumento de los riesgos para la salud.

UGT apuesta por desarrollar un cambio de modelo, una estrategia turística común, a través de una reconversión integral del sector con implicación de las Administraciones Públicas y desde el diálogo social, cambiando el actual modelo de sol, playa y ocio a bajos precios que da evidentes síntomas de agotamiento, y sustituirlo por otro en el que prime un turismo de calidad, de alto valor añadido, desestacionalizado, que haga uso eficiente y eficaz de las nuevas tecnologías, y que apueste por la formación de sus trabajadores y la mejora de las condiciones laborales.

La inversión extranjera y la entrada de divisas aportados por el turismo y por los emigrantes españoles en países europeos transformó una España agraria en otra industrial en los años 60 y 70. En los años 80, y hasta el comienzo de la gran recesión económica de 2008, nuestro país experimentó tal desarrollo, que España llegó a situarse como la décima potencia económica mundial. Tras casi una década de crisis severa y el hundimiento de la industria de la construcción, fue el Turismo el que hizo de locomotora de la economía.

Un sector que, a pesar de la alta cualificación de un alto porcentaje de sus trabajadores, sufre la temporalidad y la precariedad en sus salarios. Profesionales que, con su esfuerzo, han podido mantener el actual Estado de Bienestar.

La industria turística está generando contratación, pero no empleo estable. Dicho empleo es precario, temporal, parcial y de bajos salarios, con un alto porcentaje de prácticas fraudulentas que enmascaran largas jornadas con contratos a tiempo parcial, a costa de destruir empleo estable, de calidad y a tiempo completo, sustituyéndose por empleo precario y sin derechos, lo que supone una desregularización del sector.

Según datos de la EPA, el 74,07% de los contratos indefinidos lo son a tiempo completo y el 25,93% a tiempo parcial. En el contrato temporal la parcialidad es aún mayor y prácticamente la mitad de los contratos existentes lo son a tiempo parcial. El 52,63% de los contratos temporales lo son a tiempo completo y el 47,37% a tiempo parcial.

España, al igual que el resto de países del sur de Europa, ha sido una especie de laboratorio para implementar las recetas neoliberales con gobiernos de distinto signo

político se han implementado reformas laborales que han profundizado en materia de recortes sociolaborales y económicos. Con estas medidas se han debilitado a los sindicatos, se han expandido las formas contractuales precarias, como los contratos temporales, las jornadas a tiempo parcial, la inseguridad laboral, la subcontratación o la pérdida de poder en detrimento de los trabajadores y en favor de la clase empresarial. Las ETT (Empresas de Trabajo Temporal), han jugado un papel fundamental en la conformación del mercado laboral en España.

Las fuertes variaciones en la demanda de trabajo asociado a una actividad turística que se presenta como estacional y muy cambiante, hace que la clase empresarial necesite de una fuerza de trabajo muy flexible. Los trabajadores dentro de esta lógica de flexibilidad laboral, tienen que responder a las fluctuaciones del mercado turístico y a los movimientos de la clientela (Cañada, 2017)

Un mercado laboral de bajos salarios es consecuencia de un proceso de descualificación laboral en el sector turístico. Los estratos sociales más perjudicados como mujeres e inmigrantes, los que concentran los empleos turísticos más degradantes suscitando de esta manera una fuerte feminización de ciertas profesiones ligadas al Turismo.

## **4. Turismo de Salud Bienestar y su relación con el Empleo**

### **4.1. Turismo de Salud y Bienestar: ¿desarrollo económico o privación de derechos laborales?**

Los balnearios han experimentado un período importante de reestructuración en las últimas décadas y muchos sufren de una serie de problemas económicos y sociales, que se asocian más fácilmente con las zonas urbanas que los destinos turísticos pintorescos (Agarwal y Brunt, 2005, 2006; Intelligence, 2008; Walton & Browne, 2010) y ubicaciones asociadas con altos niveles de bienestar (Page et al., 2017).

A pesar del reconocimiento de estos problemas, muchos debates políticos continúan sugiriendo que el turismo podría ser una panacea para resolver todos los males de las regiones y localidades, generalmente como un importante generador de empleo, como así lo confirman los principales gestores de investigación esta área (British Hospitality Association, 2017; Johnson & Thomas, 1990; Penrose, 2011; Walton & Browne, 2010). Los estudios de la industria anuncian que el turismo es el cuarto mayor empleador en la Unión Europea, y, por ende, en España, con un potencial considerable para generar un mayor crecimiento del Empleo en el futuro (Deloitte & Oxford Economics, 2013).

Sin embargo, en el contexto de muchas comunidades costeras o islas, el desarrollo del turismo a largo plazo ha sido un cáliz envenenado porque la naturaleza no calificada, mal pagada y estacional del Empleo en el sector ha creado un importante problema social de pobreza y privación. En algunos casos, este problema social ha dañado la imagen de los complejos, con representaciones negativas en los medios de comunicación.

Aunque se ha escrito mucho en la literatura académica y de políticas sobre los problemas socioeconómicos asociados con muchos destinos costeros, sorprendentemente, la comprensión detallada de las causas y los factores que conducen a la desventaja social en estos entornos es escasa. Ha habido un debate limitado sobre los efectos tanto de la estacionalidad (Ball, 1989) como de la reestructuración económica sobre las privaciones en las localidades costeras con una importante economía de visitantes. Varios estudios realizados en los años ochenta y noventa aludían a los problemas estructurales aparentes del Empleo y el desarrollo económico en los centros

turísticos costeros. Solo los debates críticos emergentes en las geografías del turismo (Britton, 1991) han comenzado a desafiar la retórica política de que el turismo aporta beneficios económicos positivos a las localidades, basándose en los estudios seminales de los años 70 (Bryden, 1973).

Por lo tanto, es pertinente que este documento comience a ampliar el debate internacional sobre los costos y beneficios del desarrollo del turismo a largo plazo en las zonas costeras y su impacto en los residentes (Lindberg & Johnson, 1997). Se sabe, de forma relativamente recientemente que los cambios estructurales, que han ocurrido en muchos centros turísticos costeros desde sus días de apogeo percibidos de los años 1950 y 1960, han comenzado a ser reconocidos. Beatty y Fothergill (2007), estudiosos en el ámbito del empleo, por ejemplo, analizaron los patrones de empleo costero y el lento crecimiento y reestructuración que tuvieron lugar en los mercados laborales locales. Es probable que estos cambios reflejen los cambios globales en el capital (Dicken, 2014) y los cambios de comportamiento hacia vacaciones en el extranjero por aire y mar (Urry, 1988).

Además, la falta de comprensión de las desventajas dentro de las comunidades costeras se ve agravada por el hecho de que estas localidades se han mantenido en gran medida ausentes de los principales estudios realizados sobre la pobreza y la privación. Tal descuido es bastante sorprendente, dado que esta investigación está tradicionalmente arraigada en las ciencias sociales y fue estimulada por muchos de los estudios seminales del siglo XIX y XX en localidades específicas (Booth, 1888; Rowntree, 1901, 1941) y a escala nacional (Lansley y Mack, 2015; Mack y Lansley, 1985; Townsend, 1979).

El enfoque clave dentro de la trayectoria de la investigación de pobreza y privación en geografía urbana (Johnston, 1991) (y la geografía emergente del bienestar - Smith, 1974, 1977), y la sociología (Shildrick y Rucell, 2015) está en el uso del análisis multivariado para comprender las complejidades de los patrones espaciales y sociales, y las causas de la privación (Shaw, 2015). Los críticos dentro de la geografía radical y la sociología crítica, basándose en interpretaciones marxistas, por ejemplo, sostienen que la pobreza y la privación son una función de un sistema capitalista y las desigualdades que genera (Peet, 1977).

En contraste, las actitudes neoliberales creen en la intervención estatal para apuntar a las dimensiones de la pobreza y la privación como un medio para la

redistribución de la riqueza a través de los impuestos y el gasto estatal. En el contexto de los centros turísticos costeros, el estudio de Agarwal y Brunt (2006) utilizó los Índices de privación múltiple (IMD) (2000) para describir los niveles más altos de privación o irregularidades laborales, que existían en 87 centros turísticos costeros.

La investigación se basó en avances en ciencias sociales, a medida que se reunieron datos gubernamentales más sofisticados y se pusieron a disposición del público para análisis basados en medidas de ingresos, Empleo, privación de salud y discapacidad, habilidades y capacitación en educación, y barreras a la vivienda y los servicios. Como argumentaron Deas, Robson, Wong y Bradford (2003, p. 883), estos conjuntos de datos representaron "un avance encomiable en términos del desarrollo de técnicas para cuantificar la precariedad laboral del sector". Aunque el estudio de Agarwal y Brunt (2006) fue el primero de su tipo en llamar la atención sobre las privaciones dentro este tipo de turismo, estaba limitado por la disponibilidad de datos y no se enfocaba exclusivamente en los centros turísticos o sus vecindarios.

Además, Beatty y Fothergill (2003: 9) se refirieron a los centros turísticos costeros como "las áreas problemáticas menos entendidas", una declaración que luego fue reforzada por el Comité Selecto de Comunidades y Gobiernos Locales (CLG) en las ciudades costeras. Los estudios más recientes han promovido los debates en curso que rodean a las comunidades costeras y las privaciones y se centran en diferentes elementos de los problemas que afectan las causas multifacéticas y contribuyen a la privación múltiple. Por ejemplo, estudios de vivienda (Sage, Smith, & Hubbard, 2011; Smith, 2012; Ward, 2011, 2015), de migración (Beatty & Fothergill, 2007; Leonard, 2015; Sage et al., 2011), raza (Burdsey, 2016), regeneración (Forte, 2009; Leonard, 2014), delincuencia y juventud (Tickle, 2014) se llevaron a cabo en ciudades costeras particulares. Sí, individualmente, estos estudios no proporcionan un análisis general de la experiencia de desventaja a escala nacional.

Se entiende ampliamente que la desventaja se refiere a combinaciones de atributos socioeconómicos y sociodemográficos, que exponen a las personas al riesgo de vivir en condiciones sociales y económicas pobres (Whelan, Maître, & Noble, 2007). La desventaja tiene muchas formas y puede ser absoluta o relativa, como surgió en muchos de los estudios fundamentales de la pobreza (Mack y Lansley, 1985; Townsend, 1979). Puede, por ejemplo, incluir tener activos familiares limitados, un nivel de educación más bajo, un Empleo peor remunerado o un Empleo inseguro (es decir, un Empleo estacional

en centros turísticos y contratos de cero horas), vivir en una vivienda de bajo nivel y tratar de abrir a una familia en circunstancias difíciles (es decir, la ausencia de ingresos y la dependencia de los bancos de alimentos y los préstamos de día de pago).

Cuanto más viven las personas en circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor es el desgaste fisiológico y psicológico que sufren. Dados sus vínculos con la distribución de recursos financieros, el estudio de la desventaja se ha centrado tradicionalmente en la pobreza, que luego evolucionó hacia el estudio de la privación relativa (Townsend, 1979) hasta el análisis más sofisticado de la privación múltiple (Millar, 2007; Walker, 1997), una vez más, se pusieron a disposición conjuntos de datos del gobierno. Sin embargo, más recientemente, se ha incorporado a estudios de exclusión social, que se centran en grupos desfavorecidos o áreas desfavorecidas, entre las cuales, o dentro de las cuales, la incidencia de desventajas es desproporcionadamente alta.

La privación múltiple se relaciona principalmente con la combinación de circunstancias adversas y el impacto en la calidad de vida de las personas (Berghman, 1995), en particular en su capacidad para participar plenamente en la vida de su comunidad o sociedad (Whelan, Layte, & Maître, 2004). La exclusión social es un concepto que se refiere a "los factores múltiples y cambiantes que hacen que las personas sean excluidas de los intercambios, prácticas y derechos normales de la sociedad moderna" (Comisión de las Comunidades Europeas, 1993: 1). Algunas nociones recientes de exclusión social también tienen connotaciones con el desarrollo de una sociedad civil con el objetivo final de asegurar la plena participación de todos los ciudadanos, independientemente de la comunidad o el entorno social y económico (Edwards, 2013).

Aunque hay una amplia gama de puntos de vista sobre lo que significa el término exclusión social en diferentes contextos sociales (Silver, 1994), en términos teóricos, parece haber muy poca diferencia entre este término y la privación múltiple (Whelan et al., 2004). Ambos son conceptos multidimensionales que se centran en el desapego de los individuos y las comunidades de la participación social. En la práctica, sin embargo, las privaciones se han asociado tradicionalmente con un énfasis más estrecho en los estándares de vida y en la falta de recursos financieros o materiales a disposición de individuos y comunidades, que se pueden remontar al estudio de referencia de Rowntree (1901) y al concepto Del ciclo de vida de la pobreza y de la línea de pobreza primaria. Autores como Walton y Browne (2010, p. 37) sugieren que 'mientras que la pobreza y los pobres deben haber existido [en la costa], sus detalles no fueron refinados en índices de

privación múltiple: la miseria fue mayormente suya y en gran parte no fue registrada' una característica.

En la literatura sobre exclusión se hace mayor hincapié en las cuestiones relacionales: es decir, "participación social inadecuada, falta de protección social, falta de integración social y falta de poder" (Room, 1995, pág. 105). La exclusión social es, por lo tanto, un concepto más amplio que la privación múltiple "que abarca no solo los medios materiales bajos sino también la incapacidad de participar efectivamente en la vida económica, social, política y cultural, y en algunas caracterizaciones, enajenación y distancia de la sociedad en general" (Duffy, 1998, p. 241).

Según Room (1995: 243), defensor de la idea de bienestar como generador de salud, es un proceso dinámico "de desvincularse de la organización y las comunidades de las que se compone la sociedad y de los derechos y obligaciones que encarnan", y puede variar entre el individuo, el hogar y el Comunidad local en su dimensión espacial. Más recientemente, se han identificado nuevas formas de exclusión (Miliband, 2006), y la precariedad laboral derivada del turismo de salud y su estacionalidad puede frenar el desarrollo económico de algunas zonas en España.

#### **4.2. Empleabilidad derivada del Turismo de Salud y Bienestar**

El turismo contribuye al Empleo de 275 millones de personas en todo el mundo (WTTC, 2017), sin embargo, la academia ha descuidado en gran medida las complejidades y contribuciones de las personas (trabajadoras) al turismo (Baum, Kralj, Robinson y Solnet, 2016b). Demostramos cómo el turismo (históricamente y en la actualidad) mantiene la precariedad con respecto a sus prácticas de Empleo. La precariedad, un concepto sociológico emergente aplicado en el contexto de la fuerza laboral, habla de las inseguridades del trabajo en las economías capitalistas. La precariedad expone los efectos implícitos sobre la marginación y movilidad, y la exclusión y explotación de las poblaciones vulnerables (Alberti, Holgate y Tapia, 2013).

Desde esta perspectiva, se puede considerar que el turismo (Empleo) mantiene profundas divisiones sociales y desigualdades económicas, extendiendo así la naturaleza precaria del trabajo en sí. Argumentamos que esto no solo es insostenible, sino que, para interrumpir este ciclo precario, la academia de turismo y la industria del turismo necesitan

recalibrar la primacía de la "gente" o la dimensión "social" de la sostenibilidad, en particular los trabajadores del turismo, en relación con otras dimensiones de la sostenibilidad.

Ontológicamente, el paradigma neoliberal omnipresente que gobierna los discursos políticos, económicos y sociales contemporáneos, particularmente en el turismo, inhibe los ideales de sostenibilidad (Gibson, 2009; Gossling, Ring, Dwyer, Andersson y Hall, € 2016; Tribu, Dann, & Jamal, 2015). Como han argumentado otros, las agendas capitalistas y políticas y los puntos de vista empresarial y gerencial aplicados, impulsan los discursos sobre el turismo sin ser reconocidos y desafiados por el trabajo conceptual, teórico y empírico en el campo (Bianchi, 2017). Esto no es más evidente que en las prácticas de Empleo en el turismo, que generalmente se caracterizan por factores tales como barreras de entrada bajas, condiciones de trabajo deficientes, regulación flexible y una representación sindical en su mayoría ausente (Baum, 2015).

También vale la pena reflexionar, al considerar este tema, que un mantra clave dentro de la agenda neoliberal es el del mercado laboral flexible (Arnold y Bongiovi, 2013). La flexibilidad, en este contexto, rara vez es recíproca (Bolton y Houlihan, 2007), ya que la industria se beneficia mucho más que los trabajadores a largo plazo, y proporciona (como mostraremos) un caldo de cultivo para el trabajo precario. En consecuencia, existe una necesidad apremiante de evaluar críticamente los valores que sustentan los discursos de sostenibilidad en el contexto del Empleo. Ningún otro sector es tan diverso como el turismo, especialmente con respecto a sus subsectores y sus diferencias dentro de las condiciones socio-político-económicas locales. Adoptamos esta diversidad en este documento al igual que la mayoría de las fuentes de datos que utilizamos. Sin embargo, también advertimos contra una generalización excesiva de nuestros hallazgos en todo el sector y, por lo tanto, incluimos interpretaciones alternativas de nuestros argumentos para recordar al lector las complejidades inherentes.

**Tabla 1:** Calidad del Empleo

	<b>Total</b>	<b>% Vertical</b>
<b>Total Trabajadores</b>	<b>2.389.766</b>	<b>100 %</b>
Asalariados	1.907.742	79,8 %
Autónomos	482.024	20,2 %

Como se observa en la tabla 1, existe un porcentaje normalizado de autónomos en el cuanto a la comparación con el resto de sectores (en torno al 20-30%). A priori, puede parecer que esto no sea una fuente de precariedad, sin embargo, en la rama del turismo de salud y bienestar, el Empleo autónomo o la figura de falso autónomo asciende hasta casi el 40% (INE, 2018).

El Empleo en turismo es diverso en el rango de tipos de trabajo y habilidades que abarca y se ubica en subsectores muy diferentes (como facilitación de viajes, transporte, alojamiento, servicios de comida, atracciones, patrimonio, eventos o servicios de salud) en múltiples niveles dentro de micro, medio, y grandes organizaciones, tanto locales como multinacionales. Está geográficamente disperso y se puede encontrar en áreas remotas donde no hay disponibilidad de mano de obra calificada local (Robinson, Ritchie, Kralj, Solnet, Baum y Ford, 2014). También es un trabajo que puede verse muy influenciado por los impactos de la estacionalidad en la precariedad, puede ser antisocial en las demandas que presenta en la jornada laboral y con frecuencia se percibe como de bajo estatus y limitada conveniencia desde una perspectiva profesional (Mooney, 2018).

Los empleados de turismo son altamente móviles (Duncan, Scott y Baum, 2013), con frecuencia en la forma de Empleo explotador de mano de obra migrante (Janta, Ladkin, Brown y Lugosi, 2011). Finalmente, el turismo está a la vanguardia de la emergente economía colaborativa o de conciertos, dentro de la cual las consecuencias de Empleo a largo plazo no están claras (Bertoli, Fernandez-Huertas Moraga, & Keita, 2017; Dredge & Gyimothy, 2015).

En este contexto, es difícil generalizar sobre el trabajo y la fuerza laboral en el turismo. Escribiendo hace unos 20 años, repitiendo inquietantemente temas orwellianos anteriores (1933), Wood (1997, p. 198), brindó una perspectiva desafiante sobre el trabajo en uno de los subsectores más grandes del turismo, la hospitalidad, cuando declaró que "el trabajo de hospitalidad es En gran medida, explotador, degradante, mal pagado, desagradable, inseguro y tomado como último recurso o porque puede ser tolerado a la luz de compromisos y limitaciones sociales y económicas más amplias".

Como sirve Baum (2015, 2018a), las características fundamentales del Empleo turístico no parecen haberse reformado con el paso del tiempo. El Empleo en el turismo

continúa asociado con la falta de respeto, estima y posición en relación con el Empleo en otros sectores, y la baja remuneración es una queja perenne (cf. De Beer, Rogerson y Rogerson, 2014). La industria es en gran parte hostil hacia los esfuerzos del movimiento sindical (Bergene, Boluk, & Buckley, 2015) y los contextos del lugar de trabajo siguen siendo persistentemente obstinados con respecto a las expectativas de la legislación y los requisitos éticos industriales y comunitarios más amplios, respectivamente (Poulston, 2008; Guardian, 2018).

El trabajo en turismo se asocia casi de manera sinónima con “habilidades bajas” (Ladkin, 2011), aunque se reconoce que esto es en parte una perspectiva centrooccidental (Nickson, Warhurst, Cullen y Watt, 2003). En su interpretación más amplia, el trabajo de turismo puede incluir el compromiso con el Empleo explotador, bordeando la esclavitud moderna, la explotación de adultos vulnerables a través del trabajo forzado (Armstrong, 2016). Robinson (2013, p. 94) destacó la esclavitud moderna, en el contexto del turismo y la hospitalidad, como una "profunda violación de los derechos humanos".

Esta violación de los derechos queda patente, en la demanda interpuesta en la demanda de interpuesta en el tribunal superior de justicia de Canarias, sala de lo social (1194/2016), en el que la demandante exige prestaciones económicas de la seguridad social durante el periodo de embarazo, así como una reducción de las cargas, y una adaptación del trabajo a su nueva situación, como falo se expone lo siguiente:

“Estimar el recurso interpuesto por Dña. Iraya Montelongo Betancor, graduado social en representación de Dña. María Rosario contra la mercantil FLIMATUR, S.L., Mutua Universal, INSS, que revocamos en parte y estimando parcialmente la demanda declaramos el derecho de la demandante a que se le reconociera la suspensión de su contrato desde la semana 18 de gestación y al subsidio por riesgo de embarazo desde la suspensión y condenamos a las codemandadas a estar y pasar por estas declaraciones” (Sentencia 1194/2016 de 22 Dic. 2016, Rec. 582/2016).

Sin embargo, también se reconoce la falta de claridad con respecto a las interpretaciones de la calidad del trabajo en el sector (Knox, 2016; Knox, Warhurst, Nickson y Dutton, 2015). Por supuesto, lo que para un observador externo crítico e impulsado por la agenda, el descriptor de "trabajo malo" puede ser adecuado, desde la perspectiva del custodio laboral puede representar un conjunto de proposiciones

completamente diferente. La percepción de la calidad del Empleo en el turismo depende del contexto macro (económico y sociocultural) en términos de, por ejemplo, género y etnicidad (Adler y Adler, 2004; McDowell, Batnitzky y Dyer, 2009), así como también de la actitud y las aspiraciones del individuo al evaluar las oportunidades laborales relativas disponibles dentro del sector y la economía en general (Gursoy, Chi, y Karadag, 2013).

También está claro que hay muchos ejemplos de empresas de turismo que se comprometen con la responsabilidad social corporativa (RSE) de base amplia y exhiben los estándares más altos en términos de Empleo ético, ofreciendo trabajo y carreras a la par con algunos de los mejores empleadores del mundo (Hughes & Scheyvens, 2016).

Las cadenas de valor complejas que apoyan a las empresas de primera línea son parte del sector del turismo y ofrecen desafíos adicionales en términos de responsabilidad por las condiciones de trabajo y el Empleo (Becker, Carbo y Langella, 2010). Como señalan Methven O'Brien y Dhanarajan (2016, p. 551), "las fallas de las empresas para remediar problemas más generales de responsabilidad de la cadena de suministro probablemente sigan siendo el mayor problema de todos" y, en el sector del turismo, estos vínculos se extienden a una amplia gama de sectores, tanto locales como internacionales.

La consideración del Empleo en la industria se complica aún más debido a la naturaleza cambiante de las estructuras de negocios que son evidentes en la forma de asociaciones, alianzas, franquicias y modelos de propiedad off-shored junto con sitios de múltiples empleadores, subcontratación, formas temporales de Empleo y autoempleo. En comparación con otros sectores de la economía, el turismo opera dentro de dos mundos paralelos y en gran parte interdependientes en términos organizativos.

Estos mundos representan, por un lado, negocios dentro de la industria formal, reconocida y con frecuencia registrada (con las autoridades de turismo) junto con, por otro lado, una economía turística gris o informal y no regulada que puede incluir una proporción significativa del sector total en muchos países. países (Bertoli et al., 2017; Jones, Ram y Edwards, 2004; MacDonald, 1994). Esto es frecuentemente en forma de trabajo por cuenta propia o trabajo familiar.

Además, con el surgimiento de una creciente economía de colaboración, plataforma o concierto en el turismo en el escenario internacional, la distinción entre lo formal y lo informal se está volviendo cada vez más borrosa y, posiblemente,

problemática desde una perspectiva de Empleo (Bertoli et al., 2017). Estas condiciones solo aumentan la naturaleza precaria de gran parte del Empleo turístico.

La precariedad, o precariedad, en el sentido más amplio se relaciona con un estado definido por la falta de seguridad y previsibilidad, que cuando se aplica a la condición humana se manifiesta como deprivación material y psicosocial (Alberti et al., 2018). Volviendo a nuestros preceptos capitalistas neoliberales (Bianchi, 2009, 2017; Gibson, 2009; Tribe et al., 2015), los científicos sociales asocian casi exclusivamente la precariedad con el Empleo inestable y / o inestable (Wacquant, 2014).

La evocación de Standing (2011) del proletariado marxiano (clase trabajadora) en su designación de portmanteau, "el precariado", subraya el inmutable enredo de la precariedad social y económica con los grados de participación en la fuerza laboral. El trabajo precario se caracteriza por un Empleo irregular e inseguro; a tiempo parcial u ocasional, trabajo por cuenta propia, trabajo en proyectos o de duración determinada, trabajo temporal (a menudo a través de agencias), trabajo a comisión, trabajo a pedido y, cada vez más, un aumento en el Empleo a domicilio, y el así llamado 'teletrabajo'.

La capacitación y el desarrollo no remunerado y el voluntariado se han atribuido de alguna manera como "trabajo" que fomenta el vínculo entre la precariedad y el (des) Empleo (Smith, 2010). Vallas y Prener (2012, p. 332) observan que estas formas de Empleo no estándar, el trabajo que carece de continuidad en el tiempo y el pago, así como la desprotección social, se han vuelto cada vez más frecuentes desde que "las grandes corporaciones se han movido para dismantelar el sistema centralizado o forista, es decir aquellos modelos burocráticos en los que alguna vez se basaron".

Si bien la historia laboral y las relaciones laborales siempre han sido propensas a cambiar, las últimas tres décadas han visto una aceleración de la desregulación y la privatización (Ross, 2009) que ha dado lugar a una reducción del personal, incluso a la subcontratación, de trabajadores dentro de las organizaciones, que cambian los acuerdos de trabajo estándar para aumentar los contratos temporales, y acuerdos a tiempo parcial, a menudo en contra de la voluntad de los empleados.

Sin embargo, otras narrativas se han desarrollado enmarcando el surgimiento del trabajo contingente como una evolución positiva para organizaciones y trabajadores por igual. La flexibilidad numérica y funcional (Timo, 1999) otorgada a los empleadores, y la capacidad de reducir su nómina en un momento dado, contribuye a que las empresas

ágiles no se vean limitadas por la permanencia de una fuerza laboral permanente. Además, los trabajadores contingentes rara vez reciben los derechos de sus contrapartes permanentes; Beneficios de licencia y enfermedad, jubilación, seguros y similares (Ross, 2009), lo que reduce aún más las responsabilidades de nómina en beneficio de las organizaciones.

Desde la perspectiva de un trabajador, los expertos han insinuado las cualidades emancipadoras de la nueva orden de trabajo para que los empleados se expresen como "agencia libre" (Vallas y Prener, 2012) a pesar de la disminución de la estabilidad financiera. Entre ellos se encuentran romper las cadenas de las rutinas despóticas e irracionales del lugar de trabajo, con la introducción del trabajo flexible y basado en proyectos, pudiendo tomar el control personal y cobrar tarifas acordes con las habilidades (Barley y Kunda, 2006). Teniendo la marca registrada de "clase creativa" (Florida, 2014), el concepto de ciudad creativa nace como una visión para el futuro, en la que los trabajadores de la economía del conocimiento prosperan en actividades fluidas, altamente conectadas, digitalizadas y vibrantes, empresariales y tecnológicas.

Los principales expertos en el ámbito a nivel europeo, defienden espacios vanguardistas que definen la cuarta revolución industrial (Foro Económico Mundial, 2016). Sin embargo, esto también representa la exclusión para aquellos cuyas habilidades no coinciden con las demandas de la economía creativa (Baum, 2018b). Sin embargo, las críticas al trabajo casual o contingente también han sido comisionales.

Regresando a este dualismo en el mercado laboral, Baum (2018b) destacó cómo una sub-clase de trabajadores del servicio, que están ocultos y descuidados en gran medida en el discurso de las 'ciudades creativas', en gran medida la disposición de las necesidades de los empleados En la economía del conocimiento. Muchos prestan servicios en la "economía de los conciertos" (Horney, 2016): viajan con Uber, el conjunto de servicios de entrega a domicilio de comida para llevar y comestibles, limpieza de casas, servicios de jardinería, etc. Irónicamente, muchas de estas plataformas interrumpen las ocupaciones mal pagadas e inestables, como el trabajo de restaurante, transporte y limpieza, que, por cierto, son servicios clave en los destinos turísticos.

Del mismo modo Baum (2018b) también postula que la naturaleza inherentemente precaria de mucho trabajo creativo (conocimiento) coloca a muchos "creativos" en la competencia directa del mercado laboral con trabajadores de servicios "tradicionales" y

que, por razones estéticas más que técnicas, es probable que los desplacen. en muchos trabajos el aumento de las pasantías no remuneradas y de explotación en el sector creativo es otro ejemplo del trabajo precario (Siebert y Wilson, 2013).

Otros trabajadores transitorios y móviles también compiten por el trabajo de servicio en la nueva economía. Como afirma Anderson (2010, p. 300), "los migrantes a menudo son retratados trabajando en sectores tales como la hospitalidad, la construcción, el sexo, la agricultura y los hogares privados en el extremo agudo de los mercados laborales desregulados en Empleos caracterizados por salarios bajos, inseguridad y las relaciones laborales ofuscadas".

Los migrantes, los solicitantes de asilo y los refugiados son particularmente vulnerables no solo al trabajo precario, sino también a diversas formas de acoso y discriminación (McDowell et al., 2009). Otros dos mercados laborales específicos están marcados por su transitoriedad y movilidad, incluso si esto se define por la temporalidad tanto como por el espacio y el lugar. La participación de la fuerza laboral de mujeres y jóvenes ha aumentado constantemente durante décadas, sin embargo, cada cohorte ha encontrado problemas de igualdad y paridad salarial.

Esto, no obstante, a pesar de la disposición a realizar trabajo móvil y temporal, dados los medios de movilidad geográfica, por ejemplo, para mochileros (Cohen, 2011). De hecho, los jóvenes "reconocen la inseguridad como una condición de la vida laboral juvenil" (Morgan, Wood y Nelligan, 2013, p. 410). La investigación muestra constantemente la interseccionalidad de los migrantes, las mujeres, el origen étnico, la raza, la juventud, la clase y otros grupos sociales marginales (cf. Alberti, 2016; Alberti et al., 2013; Browne y Misra, 2003; McDowell et al., 2009; Morgan et al., 2013). Esta es a menudo una combinación potente que culmina en dos condiciones vulnerables, inseguras, insostenibles y, a menudo, inevitables; Trabajo precario y vidas precarias.

## 5. Conclusiones

Para concluir este trabajo, es necesario realizar una breve reflexión, sobre como la nueva situación de pandemia, y la posible nueva normalidad, puede influenciar sobre este sector. Los primeros avances sugieren que el turismo de bienestar puede verse sometido a una carga más brusca que el resto de subsectores que se incluyen en el turismo.

Los efectos del empleo inseguro e inestable, o el trabajo precario, incluyen una mayor exposición a la salud en declive (tanto mental como física), un aumento de la inestabilidad financiera y la ampliación de las brechas sociales (Quan, 2017), lo que crea vidas precarias, que posiblemente se vean agravadas en los próximos meses.

En la actualidad existen grandes controversias, que generan este tipo de desigualdades, frente a los establecimientos hoteleros y las pernoctaciones low-cost, existen un segmento de trabajadores que desarrollan su actividad en condiciones precarias, generándose un sinnúmero de eventos desagradables, que actúan en pro de las precariedades y fomentan las desigualdades sociales.

En el turismo de salud y bienestar, de manera concreta, nos enfrentamos a problemas similares, o incluso agravados por figuras como las de falso autónomo. En este sentido encontramos, que la estacionalidad del turismo que afecta por igual a este segmento del mercado turístico.

Desde nuestra visión se presenta un desafío fundamental para las nociones de turismo de salud y bienestar (Bianchi, 2009, 2017) y turismo sostenible (Gibson, 2009; Tribe et al., 2015) y la contribución que muchos escritores creen que puede hacer el turismo hacia su consecución. Al alejar la conversación de la narrativa ambiental y económica dominante en relación con la sostenibilidad y al centrarnos en el pilar de la sostenibilidad social, hemos expuesto fallas significativas en el discurso predominante sobre el turismo existente en armonía con los objetivos de desarrollo sostenible y empleo digno.

Nuestra evidencia apunta claramente a la naturaleza (cada vez más precaria) de gran parte del Empleo en turismo y la manera en que esto va en contra; nociones discursivas de sostenibilidad tal como se refleja en su retórica progresiva y de desarrollo, los objetivos de la gestión de recursos humanos sostenibles (Ehnert, 2009).

Desde la perspectiva de este trabajo, las implicaciones halladas son contrarias a las aspiraciones de la OIT (2012) de trabajo digno en el turismo (Baum, 2018a). Como hemos señalado anteriormente, aceptamos que las nociones de trabajo precario (y con ello tanto la naturaleza de la calidad del trabajo como los recursos disponibles para mejorarlo) son cuestionadas. Knox et al. (2015) señalan una ambigüedad inherente con respecto a las interpretaciones de la calidad del Empleo en el sector, mientras que Knox (2014) argumenta además que, en el contexto de la precariedad, la inversión en empleados que trabajan para agencias de Empleo a través de mejores oportunidades de capacitación y niveles más altos de remuneración puede pagar Dividendos en términos de productividad y reducción de la facturación.

La contribución conceptual, por lo tanto, es proponer la necesidad de una recalibración de la sostenibilidad en el turismo en relación con la dimensión social y específica de la fuerza laboral. El discurso actual privilegia las dimensiones económico-ambientales, descuidando así la socialización que subsecuentemente mantiene la precariedad a través del Empleo (Wacquant, 2014).

Finalmente, debemos abogar por favorecer el empleo sostenible en el turismo ya que ofrecería oportunidades de trabajo dignas, gratificante y de desarrollo para todos, sin distinción en función del género, etnia, edad, discapacidad o sexualidad, trabajo que permite a los empleados equilibrar el Empleo con los derechos y obligaciones familiares, sociales y de ocio.

## 6. Bibliografia

- ADAMS, J., MOUNIB, E. L., PAI, A., STUART, N., THOMAS, R., & TOMASZEWICZ, P. (2006). Healthcare 2015: Win-win or lose-lose?. IBM Institute for Business Value.
- AGBEH, A. O., & JURKOWSKI, E. T. (2015). Medical tourism: an emerging terrain. *Journal of Tourism & Hospitality*, 4(5), 2167-0269.
- ARDELL, D. B. (1986). *High Level Wellness* 2nd edn. Berkeley.
- BAER, H. A., BEALE, C., CANAWAY, R., & CONNOLLY, G. (2012). A Dialogue between Naturopathy and Critical Medical Anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 26(2), 241-256.
- BARLEY, S. R., & KUNDA, G. (2006). Contracting: A new form of professional practice. *Academy of Management Perspectives*, 20(1), 45–66.
- BAUM, T. (2018a). Sustainable human resource management as a driver in tourism policy and planning: A serious sin of omission? *Journal of Sustainable Tourism*, 26(6), 873–889. <https://doi.org/10.1080/09669582.2017.1423318>
- BAUM, T. (2018). Changing employment dynamics within the creative city: Exploring the role of ‘ordinary people’ within the changing city landscape. *Economic and Industrial Democracy*, 0143831X1774837. <https://doi.org/10.1177/0143831X17748371>
- BAUM, T. (2015). Human resources in tourism: Still waiting for change? A 2015 reprise. *Tourism Management*, 50, 204–212.

- BENSON, H., & STUART, E. M. (1993). *The wellness book: The comprehensive guide to maintaining health and treating stress-related illness*. Simon And Schuster.
- CASPI, O., KOITHAN, M., & CRIDDLE, M. W. (2004). Alternative medicine or “alternative” patients: a qualitative study of patient-oriented decision-making processes with respect to complementary and alternative medicine. *Medical Decision Making*, 24(1), 64-79.
- CHANG, L., & BEISE-ZEE, R. (2013). Consumer perception of healthfulness and appraisal of health-promoting tourist destinations. *Tourism Review*, 68(1), 34-47.
- CHEN, K. H., LIU, H. H., & CHANG, F. H. (2013). Essential customer service factors and the segmentation of older visitors within wellness tourism based on hot springs hotels. *International Journal of Hospitality Management*, 35, 122-132.
- CHEN, K. H., CHANG, F. H., & WU, C. (2013). Investigating the wellness tourism factors in hot spring hotel customer service. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 25(7), 1092-1114.
- CLARK-KENNEDY, J., & COHEN, M. (2017). Indulgence or therapy? Exploring the characteristics, motivations and experiences of hot springs bathers in Victoria, Australia. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 22(5), 501-511.
- COHEN, M. M., ELLIOTT, F., OATES, L., SCHEMBRI, A., & MANTRI, N. (2017). Do wellness tourists get well? An observational study of multiple dimensions of health and well-being after a week-long retreat. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(2), 140-148.
- CONNELL, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism management*, 34, 1-13.

- CORMANY, D. (2008). Taking a pulse on potential medical tourism destinations: The hospitality and tourism industries. *Medical Tourism Magazine*, 7, 34-37.
- DUNN, H. L. (1959). High-level wellness for man and society. *American journal of public health and the nations health*, 49(6), 786-792.
- FETSCHERIN, M., & STEPHANO, R. M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*, 52, 539-556.
- GADGIL, V. D. (2010). Understanding ayurveda. *Journal of Ayurveda and integrative medicine*, 1(1), 77.
- GARCIA-ALTES, A. (2005). The development of health tourism services. *Annals of tourism research*, 32(1), 262-266.
- GEORGE, B. P., & HENTHORNE, T. L. (2009). The incorporation of telemedicine with medical tourism: A study of consequences. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 18(5), 512-522.
- GRAŽULIS, V., & ŽUROMSKAITĖ, B. (2013). Systematic approach to personal travel motives-possibilities in Lithuania. *Socialiniai tyrimai*, (4), 5-17.
- GREENBERG, J. S., DINTIMAN, G. B., & OAKES, B. M. (1997). *Wellness: Creating a life of health and fitness*. Boston: Allyn and Bacon.
- HAN, H., & HWANG, J. (2013). Multi-dimensions of the perceived benefits in a medical hotel and their roles in international travelers' decision-making process. *International Journal of Hospitality Management*, 35, 100-108.
- HERTEL, L. (1992). Wellness und Gesundheitsförderung in den USA: Begriffserklärung, Entwicklung und Realisierung im betrieblichen Bereich. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, 4, 36-48.

- HEUNG, V. C., KUCUKUSTA, D., & SONG, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.
- HUANG, L., & XU, H. (2014). A cultural perspective of health and wellness tourism in China. *Journal of China Tourism Research*, 10(4), 493-510.
- HUDSON, S., & LI, X. (2012). Domestic medical tourism: A neglected dimension of medical tourism research. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 21(3), 227-246.
- IANCU, T., & TABITA, H. (2014). Characterization of tourism activity from Central Region, Romania. *Journal of Horticulture, Forestry and Biotechnology*, 18(3), 136-142.
- KAHNEMAN, D., & KRUEGER, A. B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic perspectives*, 20(1), 3-24.
- KASPAR, C. (1995). Gesundheitstourismus im trend. *Jahrbuch der Schweizer Tourismuswirtschaft*, 96, 53-61.
- KAUR, V., & VALECHA, V. (2014). Diabetes and antidiabetic herbal formulations: an alternative to Allopathy. *European Journal of Medicine*, (4), 226-240.
- KNOX, A. (2016). Coffee nation: an analysis of jobs in Australia's cafe industry. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 54(3), 369–387.
- KNOX, A., WARHURST, C., NICKSON, D., & DUTTON, E. (2015). More than a feeling: using hotel room attendantsto improve understanding of job quality. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(12), 1547–1567.

- KOTERA, Y., ADHIKARI, P., & VAN GORDON, W. (2018). Motivation types and mental health of UK hospitality workers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(3), 751–763. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9874-z>.
- KRAMAR, R. (2014). Beyond strategic human resource management: is sustainable human resource management the next approach? *The International Journal of Human Resource Management*, 25(8), 1069–1089.
- KUCUKUSTA, D., & DENIZCI GUILLET, B. (2016). Lifestyle segmentation of spa users: A study of inbound travelers to Hong Kong. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 21(3), 239-258.
- LAJEVARDI, M. (2016). A comprehensive perspective on medical tourism context and create a conceptual framework. *Journal of Tourism and Hospitality*, 5(5).
- MAKINDE, O. A. (2016). Physicians as medical tourism facilitators in Nigeria: ethical issues of the practice. *Croatian medical journal*, 57(6), 601.
- MEDHEKAR, A. (2017). Government policy initiatives for developing sustainable medical tourism industry. *GSTF Journal on Business Review (GBR)*, 3(3).
- MRČELA, N. T., BOROVIĆ, J. A., VRDOLJAK, D., GRAZIO, S., LUETIĆ, A. T., & TOMEK-ROKSANDIĆ, S. (2015). When elders choose: Which factors could influence the decision-making among elderly in the selection of health tourism services?. *Medical hypotheses*, 85(6), 898-904.
- MUELLER, H., & KAUFMANN, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of vacation marketing*, 7(1), 5-17.

- MURRAY, M. T., & PIZZORNO, J. (2012). *The Encyclopedia of Natural Medicine* Third Edition. Simon and Schuster.
- NOREE, T., HANEFELD, J., & SMITH, R. (2016). Medical tourism in Thailand: a cross-sectional study. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(1), 30.
- ORMOND, M., & SULIANTI, D. (2017). More than medical tourism: lessons from Indonesia and Malaysia on South–South intra-regional medical travel. *Current Issues in Tourism*, 20(1), 94-110.
- PATWARDHAN, B. (2010). Ayurveda and integrative medicine: Riding a tiger. *Journal of Ayurveda and integrative medicine*, 1(1), 13.
- PYKE, S., HARTWELL, H., BLAKE, A., & HEMINGWAY, A. (2016). Exploring well-being as a tourism product resource. *Tourism Management*, 55, 94-105.
- RUNNELS, V., & CARRERA, P. M. (2012). Why do patients engage in medical tourism?. *Maturitas*, 73(4), 300-304.
- SCHULT, J. (2006). *Beauty from Afar: The Medical Tourist's Guide to Affordable and Quality Cosmetic Surgery Outside the United States*. Stewart, Tabori & Chang.
- SCOTT, S. (2016). Many tourists are having medical procedures done in other countries other than their own. *J. Tour. Hosp*, 5, 231.
- SHARMA, A. (2013). Medical tourism: emerging challenges and future prospects. *International Journal of Business and Management Invention*, 2(1), 21-29.
- SIEBERT, Sabina; WILSON, Fiona. All work and no pay: consequences of unpaid work in the creative industries. *Work, employment and society*, 2013, vol. 27, no 4, p. 711-721.

- TRAVIS, J. W. (1984). The relationship of wellness education and holistic health. *Mind, Body and Health*. New York, 188-198.
- VALLAS, Steven; PRENER, Christopher. Dualism, job polarization, and the social construction of precarious work. *Work and Occupations*, 2012, vol. 39, no 4, p. 331-353.
- VRKLJAN, S., & HENDIJA, Z. (2016). Business performance of health tourism service providers in the Republic of Croatia. *Acta Clinica Croatica*, 55(1), 79-85.
- WACQUANT, Loïc. Marginality, ethnicity and penalty in the neo-liberal city: an analytic cartography. *Ethnic and Racial Studies*, 2014, vol. 37, no 10, p. 1687-1711.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010) Global status report on noncommunicable diseases.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2005) Preventing Chronic Diseases. A vital Investment.

## 7. Webgrafía

- <http://www.poderjudicial.es/search/openDocument/1214585990fc88e67039>
- <https://www.ine.es/infografias/turismo/desktop/index.html?lang=es>
- <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=23995>