

**MAPA DE LAS POLÍTICAS DE
TURISMO SOCIAL
ACCESIBLE EN EUROPA:
PROPUESTA DE UNA
ESTRATEGIA DE POLÍTICA
SOCIAL PARA EL
ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y
SALUDABLE.**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, DEL
TRABAJO Y DE LOS RECURSOS HUMANOS**



**VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA**

**DOCTORANDA:
MIREIA FERRI SANZ
DIRECTOR:
JORGE GARCÉS FERRER
2013**

INDICE

I. Introducción	1
II. Marco teórico.....	5
1.- El Turismo Social Accesible: concepto y efectos	7
1.1.- El concepto de Turismo Social Accesible	7
1.2.- Beneficios del Turismo Social Accesible	14
1.2.1. Beneficios del Turismo Social Accesible para sus usuarios o <i>end-users</i>	15
1.2.2. Beneficios económicos del Turismo Social Accesible.....	20
1.2.3. Impactos negativos del turismo en general	25
2.- El Turismo Social Accesible como estrategia de política social	26
2.1.- La potencialidad del turismo como estrategia de Política Social	27
2.2.- Políticas públicas en accesibilidad	31
2.2.1. Normativa	31
2.2.1.1. Normativa a nivel europeo	31
2.2.1.2. Normativa a nivel nacional.....	32
2.2.1.3. Normativa a nivel regional	34
2.2.1.4. Normas y criterios consensuados	43
2.2.2 Actuaciones encaminadas a promocionar y asegurar el Turismo Social Accesible para personas mayores	44
2.2.2.1. Actuaciones a nivel europeo.....	45
2.2.2.2. Actuaciones a nivel nacional	48
2.2.2.3. Actuaciones a nivel regional.....	81
3.- El Turismo Social Accesible como política social para el envejecimiento activo y saludable	102
3.1.- El reto del envejecimiento y la dependencia en Europa y España	102
3.2.- Promoción del envejecimiento activo y saludable a través del turismo..	109
3.3.- Situación actual del Turismo Social Accesible enfocado a las personas mayores	114
3.4.- Perfil de las personas mayores que viajan	118
III. Metodología y resultados del estudio empírico	126
1.- Planteamiento de los objetivos y de las hipótesis de trabajo.....	126
2.- Procedimiento de recogida de información	129
3.- Variables y escalas.....	130
3.1.-Salud auto-percibida.....	131
3.2.-Capacidad funcional para desempeñar las AIVD	133
3.3.- Satisfacción con la vida.....	134

3.4.- Relaciones sociales	135
3.5.- Uso de recursos sociales y sanitarios	136
3.6.- Hábitos y preferencias de viaje	136
3.7.- Datos socio-demográficos.....	138
4.- Muestra	141
5.- Análisis estadístico.....	144
6.- Resultados	146
6.1.- Perfil de salud de las personas mayores que viajan y no viajan	146
6.1.1. Salud auto-percibida física y mental de las personas mayores que viajan y no viajan.....	146
6.1.2. Capacidad funcional de las personas mayores que viajan y no viajan	152
6.1.3. Satisfacción con la vida de las personas mayores que viajan y no viajan	154
6.1.4. Integración social de las personas mayores que viajan y no viajan..	156
6.2.- Consumo de recursos sociales y sanitarios por parte de las personas mayores que viajan y no viajan	156
6.3.- Modelo de influencia entre el viajar y la salud	165
6.4.- Hábitos, preferencias y actitudes de viaje de las personas mayores	167
6.4.1. Hábitos de viaje de las personas mayores	168
6.4.2. Preferencias, obstáculos y actitudes hacia el turismo por parte de las personas mayores	172
IV. Discusión y consideraciones	182
V. Conclusiones	201
VI. Referencias.....	205
VII. ANEXO I.....	232

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Convocatorias y proyectos financiados dentro del programa Calypso.	45
Tabla 2: Ayudas económicas estatales a la promoción del Turismo Social Accesible	54
Tabla 3: Asistencia personal a personas con necesidades especiales en los medios de transporte accesibles.	65
Tabla 4: Fichas por tipo de recurso turístico del cuestionario de accesibilidad universal.	69
Tabla 5: Cuestiones correspondientes a la asistencia personal a personas con necesidades especiales en los medios de transporte accesibles.....	74

Tabla 6: Guía de implantación de mejora de la asistencia personal a personas con necesidades especiales en los medios de transporte accesibles.....	76
Tabla 7: Factores que afectan la salud y discapacidad clasificados según el modelo CIF.	114
Tabla 8: Gasto medio diario del turistas residentes en España por tramos de edad para 2010.....	123
Tabla 9: Valores de referencia para las dimensiones de salud del SF-12 según Schmidt et al. (2012) y rango de posibles valores según Ware et al. (2009).	133
Tabla 10: Instrumentos empleados, variables medidas, valoración y fiabilidad. ...	138
Tabla 11: n, %, \bar{X} , prueba t y X^2 de las variables sociodemográficas de la muestra, de las personas que viajan y de las que no viajan. (N=189).....	142
Tabla 12: Valores máximos y mínimos, \bar{X} y D.T. de la salud mental y física y prueba t de comparación de \bar{X} entre personas que viajan y no viajan. (N= 189).	147
Tabla 13: \bar{X} y D.T. de la salud mental y física y prueba t de comparación de \bar{X} entre personas que viajan y no viajan y el valor de referencia de Schmidt et al., (2012). (N= 189).	148
Tabla 14: \bar{X} y D.T. de cada una las dimensiones de salud del SF-12 y prueba t de comparación de \bar{X} de las diferentes dimensiones de salud del SF-12 entre las personas que viajan y no viajan. (N=189).	149
Tabla 15: \bar{X} y D.T. de cada una las dimensiones de salud del SF-12 y prueba t de comparación de \bar{X} entre las personas que viajan y no viajan con respecto al valor de referencia y grupo de edad según el estudio de Schimdt et al. (2012). (N=189).	150
Tabla 16: \bar{X} , D.T. y prueba t de comparación de \bar{X} del índice de Lawton y Brody (1969) entre mujeres y hombres mayores que viajan y no viajan. (N=189).....	152
Tabla 17: n, % de personas dependientes para las AIVD a partir del índice de Lawton y Brody (1969) según género y prueba X^2 de compración entre viajar y no viajar. (N=189).....	153
Tabla 18: Tareas del índice de Lawton y Brody (1969) según si las personas viajan o no (n y %) y prueba X^2 . (N=189).	154
Tabla 19: n y % de la escala de Diener en las distintas categorías, de las personas mayores que viajan y de las que no viajan y prueba X^2 . (N=189).	155
Tabla 20: \bar{X} , D.T. y prueba t de comparación de \bar{X} de la escala de Diener (1985) entre las personas mayores que viajan y no viajan y entre estos dos grupos y el valor de referencia. (N=189).	155

Tabla 21: n, % y prueba X^2 del índice de Berkman-Syme (1979) entre personas que viajan y las que no viajan. (N=189).....	156
Tabla 22: \bar{X} , valores mínimos y máximos y prueba t del número de consultas médicas realizadas por las personas mayores que viajan y que no viajan en el último año. (N=189).....	157
Tabla 23: Tipo de profesional consultado y prueba X^2 por las personas mayores que viajan y que no viajan en los últimos 12 meses. (N=189).....	158
Tabla 24: Lugares de las consultas médicas por personas que viajan y que no viajan y prueba X^2 . (N=189).....	158
Tabla 25: Motivos de las consultas médicas y prueba X^2 entre las personas que viajan y no viajan. (N=189).....	159
Tabla 26: Pruebas realizadas en los últimos 12 meses por personas que viajan y las que no viajan y prueba X^2 . (N=189).	160
Tabla 27: Utilización del servicio de hospitalización y de urgencias, y prueba X^2 entre personas que viajan y no viajan. (N=184).....	161
Tabla 28: Número de veces de uso del servicio de hospitalización y de urgencias, número de días de hospitalización y pruebas t entre personas que viajan y no viajan. (N=189).	161
Tabla 29: Motivos de hospitalización y prueba X^2 entre personas que viajan y no viajan. (N=25).	162
Tabla 30: Utilización de los servicios de ayuda a domicilio y recepción del apoyo de un/a cuidador/a por parte de las personas mayores que viajan y las que no viajan (n, % y prueba X^2). (N=189).	163
Tabla 31: Tipo de ayuda a domicilio recibida y prueba X^2 entre las personas mayores que viajan y las que no viajan. (N=21).....	164
Tabla 32: Perfil de la persona cuidadora (n y %) y prueba X^2 entre las personas mayores que viajan y las que no viajan. (N=5).	165
Tabla 33: \bar{X} y D.T. del número de viajes y excursiones y la duración de los viajes en 2011. (N=149).	168
Tabla 34: Alojamiento utilizado por las personas que viajan de la muestra (N=149).	169
Tabla 35: Fuente de información para los viajes realizados. (N=149).....	169
Tabla 36: Motivos de los viajes realizados en 2011. (N=149).	170
Tabla 37: Compañía con la que prefieren viajar las personas mayores. (N=149).170	170
Tabla 38: Motivos por los que los/as encuestados/as que hicieron algún viaje en 2011 eligen los viajes organizados. (N=129).....	170
Tabla 39: Época en la que prefieren viajar las personas mayores. (N=149).	171

Tabla 40: Motivos por los que las personas mayores prefieren viajar en cada época del año. (N=115).	172
Tabla 41: Medios de transporte preferidos de las personas mayores. (N =189). .	173
Tabla 42: Medios de transporte preferidos de las personas mayores en función de si viajan o no viajan y prueba X ² . (N=189).	174
Tabla 43: Medios de transportes en los que las personas mayores encuentran obstáculos. (N=189).	174
Tabla 44: Obstáculos percibidos en el avión por el total de la muestra, por las personas mayores que viajan y por las personas que no viajan. (N=49).	175
Tabla 45: Obstáculos en los distintos recursos turísticos a los que se enfrentan las personas mayores. (N=189).	176
Tabla 46: Actitudes e impresiones ante el turismo de las personas mayores (n, % y prueba X ²). (N=189).	179

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Diseño Universal.	12
Figura 2: Modelo de Turismo Sostenible Garcés-Ferri.	14
Figura 3: Cadena de la oferta del sector turístico.	28
Figura 4: Áreas de una ciudad amigable con la edad.	30
Figura 5: Grupos de trabajo de Thinktur.	51
Figura 6: SOCIALTOURISM platform.	79
Figura 7: Ejemplo de recurso en proceso de evaluación en la plataforma SOCIALTOURISM.	80
Figura 8: Ejemplo de los resultados ofrecidos por la plataforma SOCIALTOURISM.	80
Figura 9: Apartado de descargas de la plataforma SOCIALTOURISM.	81
Figura 10: Modelo integral del funcionamiento y la discapacidad de la CIF.	112
Figura 11: Modelo teórico contrastado.	167

I. INTRODUCCIÓN

Europa está viviendo un proceso de envejecimiento de la población que provoca que la proporción de personas mayores va a verse incrementada desde un 17,50% en 2011 hasta un 29,50% en 2060 (Eurostat, 2012a). En España la tendencia sigue el mismo patrón, las personas mayores de 65 años representan actualmente el 17,40% de la población (Abellán y Ayala, 2012) y se espera que aumenten hasta un 36,00% en 2060 (Allen y Lanzieri, 2008). Del mismo modo, las proyecciones revelan que el número de personas con discapacidad va a verse acrecentado en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, 2007) y a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (World Health Organisation - WHO, 2011a).

Esta situación constituye un reto para la sociedad actual y futura que debe responder a las necesidades de cuidados de larga duración de este grupo de la población. Por este motivo, si no se establecen medidas que contengan el incremento de personas dependientes y que les proporcionen una mayor calidad de vida y autonomía, en un futuro se podría llegar a una situación insostenible con un elevado número de personas dependientes que requieran grandes necesidades de atención. Estas necesidades incidirán negativamente tanto en el Estado como en las familias y en la propia persona dependiente. A estos efectos, el Estado deberá cubrir los costes sociales y sanitarios que estas personas requieren. Por su parte, las familias, que siguen siendo las principales cuidadoras informales (Carretero et al., 2006), verán condicionada su salud y calidad de vida. Por último, las personas dependientes podrán ver perjudicada su atención como consecuencia de la sobrecarga sufrida por los/as cuidadores/as que en ocasiones puede incluso provocar situaciones de maltrato hacia la persona dependiente (WHO, 2011b).

En este contexto, son necesarias políticas sociales que respondan de manera eficiente a los nuevos retos sociales a los que se enfrenta la sociedad. De hecho, organismos a nivel europeo y nacional están promocionando medidas dirigidas a potenciar un envejecimiento activo y saludable como estrategia para prevenir situaciones de dependencia, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y, en definitiva, reducir los potenciales costes en cuidados de larga duración. En este sentido, el Turismo Social Accesible, entendido como el conjunto de iniciativas

dirigidas a involucrar a personas con necesidades especiales (principalmente financieras y de accesibilidad) como activas participantes en el turismo (Garcés y Ferri, 2012), podría utilizarse como una estrategia de Política Social en la medida en que el disfrute del turismo se ha relacionado con efectos positivos en la salud y bienestar de sus beneficiarios/as y, con ello, se conseguiría reducir los costes sociales y sanitarios asociados. De hecho, existe en la literatura una creciente evidencia de los beneficios sociales relacionados con el Turismo Social Accesible (Minnaert y Schapmans, 2009). Por ejemplo, Gilbert y Abdullah (2003) relacionaron la participación en el turismo con un mayor bienestar de las personas que viajan y Quinn et al. (2008) detectaron efectos positivos en el bienestar de niñas y niños pertenecientes a familias con pocos recursos que participaban en programas de turismo social. Otros estudios han relacionado el viajar con una mayor salud auto-percibida (Bergier et al., 2010; McCabe et al., 2010) y salud mental relacionada con el stress causado por enfermedades o trabajo (McCabe, 2009) o inclusión social (Quinn et al., 2008).

Además de estos beneficios sociales, la promoción del Turismo Social Accesible se ha definido como una oportunidad de negocio para el sector turístico debido a los beneficios económicos asociados al mismo, entre ellos, destaca su contribución al desarrollo regional y al empleo (European Economic and Social Committee - EESC, 2006). Al mismo tiempo, facilitar un turismo para todos proporciona a las empresas turísticas una imagen diferencial y de calidad (Stamm et al., 2011). Sin embargo, numerosos estudios ponen en evidencia la falta de accesibilidad turística actual que muestra la falta de sensibilización e implicación por parte de las empresas turísticas (Carretero et al., 2011).

En este sentido, resulta especialmente relevante la promoción del Turismo Social Accesible dentro de las Políticas de Turismo Social en la actualidad, debido al impacto que puede tener en la prevención de la dependencia y en el incremento de la calidad de vida de las personas mayores. La falta de potenciación de estrategias basadas en el Turismo Social Accesible se debe en parte a la falta de evidencia de sus potenciales efectos positivos tanto para la Administración como para los/as empresarios/as del sector turístico. Por un lado, las Administraciones no disponen de estudios científicos que relacionen el turismo con beneficios en la salud y bienestar de las personas mayores de forma cuantitativa. Por otro lado, las empresas turísticas no encuentran la rentabilidad de la inversión a acometer para convertir sus instalaciones en accesibles. En un estudio preliminar desarrollado en el marco del trabajo de investigación de la doctoranda que ahora presenta esta tesis doctoral (Ferri et al., 2011), se ofreció una primera evidencia del impacto del Turismo Social Accesible sobre la salud funcional de las personas mayores y su

posible utilización como estrategia de política social para potenciar la autonomía personal y promocionar un envejecimiento activo. Por ello, se ha querido con esta tesis doctoral profundizar en la potencialidad de la utilización del Turismo Social Accesible como estrategia de política social así como ofrecer a la comunidad científica un instrumento validado que permita estudiar el impacto de la política social propuesta.

Así pues, en esta tesis doctoral se persigue un doble objetivo. Por un lado, se pretende estudiar de manera teórica la idoneidad de una estrategia de Política Social para el envejecimiento activo y saludable basada en la participación en el turismo de las personas mayores; y por otro, conocer el perfil de salud de las personas mayores que viajan a través de un cuestionario que podrá ser utilizado en posteriores estudios enfocados a analizar el impacto del turismo sobre la salud funcional de las personas mayores y su consumo de recursos sociales y sanitarios.

En base a ello, y para contextualizar este trabajo se incluye, en primer lugar, una revisión teórica (Capítulo II) que responde al primero de los objetivos de la tesis doctoral (objetivo teórico) y que abarca desde la definición del concepto de Turismo Social Accesible hasta un análisis de las iniciativas y normativas en este campo a nivel regional, nacional y europeo, así como el estudio de la potencialidad del turismo como estrategia para afrontar el reto del envejecimiento y la dependencia en la actualidad.

Tras esta delimitación teórica, se presenta el segundo de los objetivos (objetivo empírico) en base a un planteamiento metodológico, donde se detallan los objetivos e hipótesis de esta investigación, el procedimiento seguido para la selección de la muestra, las variables estudiadas, las escalas incluidas, los análisis utilizados para el tratamiento estadístico de los datos y los resultados obtenidos (Capítulo III). La muestra de conveniencia incluye 189 personas de 65 años y más pertenecientes a la ciudad de Valencia y alrededores. Los resultados obtenidos incluyen: el análisis descriptivo de la muestra en función de si viajan o no; el estudio de las diferencias encontradas entre las personas mayores que viajan y las que no viajan en su salud auto-percibida, en su capacidad funcional, en su sentimiento de satisfacción con la vida, en sus relaciones sociales y en la utilización de los servicios sociales y sanitarios; un modelo específico sobre la influencia del viajar en la salud de las personas mayores; y por último, una relación de los hábitos y preferencias de viaje así como la valoración de los recursos turísticos y las actitudes hacia el turismo de las personas mayores.

A continuación se presenta un análisis comparativo entre los resultados más destacados de esta investigación con respecto a la bibliografía existente sobre este tema (Capítulo IV) y seguidamente se exponen las principales conclusiones en

relación con los objetivos e hipótesis planteados a lo largo de la tesis doctoral (Capítulo V). Este apartado detalla también las limitaciones del estudio y propone futuras líneas de investigación en este campo.

Por último, el capítulo VI recoge las referencias bibliográficas del estudio y al final se incluye un anexo (Capítulo VII) con el instrumento utilizado para la recogida de los datos del estudio empírico.

II. MARCO TEÓRICO

El turismo es una práctica social (Álvarez, 1994) capaz de generar multitud de efectos de naturaleza económica, cultural, ambiental, social y psicológica (Arnaiz y Dachary, 1998). Así, por un lado, el turismo es un sector económico relevante generador de riqueza y empleo especialmente en nuestro país. Por otro lado, es una fuente de desarrollo regional y conservación cultural (EESC, 2006). Además, desde el punto de vista de sus participantes, es un modo de disfrutar del tiempo de ocio que se ha convertido en parte de nuestras vidas y que permite tanto la realización de actividad física e intelectual como establecer nuevas relaciones sociales y afianzar las existentes. Estos factores, entre otros, pueden tener un efecto positivo sobre la salud y el bienestar de las personas mayores. A este respecto, el Turismo Social Accesible, entendido como el conjunto de iniciativas dirigidas a involucrar a personas con necesidades especiales (principalmente, necesidades financieras y de accesibilidad) como activas participantes en el turismo (Garcés y Ferri, 2012), puede fomentar el envejecimiento activo y saludable y, por lo tanto, contener el aumento del número de personas dependientes en el futuro, lo que ayudaría tanto a la sostenibilidad económica y social de las familias como a la eficiencia de los sistemas sociales y de salud, a la vez que posibilitaría a las personas mayores vivir con mayor calidad de vida (Ferri et al., 2011).

En base a lo anterior, el aprovechamiento del sector turístico podría generar grandes beneficios económicos y sociales si se aplicara y adecuara a las necesidades de las personas mayores, pudiendo conformar una estrategia de política social (Ferri et al., 2011). Sin embargo, no existe suficiente bibliografía científica que documente los beneficios de la participación en el turismo en relación a la salud y calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, en el trabajo de investigación previo a esta tesis doctoral se encontraron evidencias de estos beneficios y se enfatizaba que un estudio más exhaustivo serviría tanto a la comunidad científica como incitador de investigación en este campo, como para que la gobernanza incorporara estrategias de Turismo Social Accesible en sus regiones, al tiempo que podría estimular la actividad empresarial en este sector.

Con este propósito, esta tesis doctoral pretende estudiar la idoneidad de la utilización del Turismo Social Accesible como estrategia de política social para la

promoción del envejecimiento activo y saludable. Para abordar este objetivo se ha llevado a cabo una amplia revisión bibliográfica relacionada con turismo, turismo accesible, turismo social, accesibilidad, turismo sénior, dependencia, discapacidad, etc. que ha permitido ofrecer el estado del arte del conocimiento científico en Turismo Social Accesible en la actualidad, a nivel Europeo y nacional, y estudiar su idoneidad como estrategia de política social. Para ello, se han utilizado los recursos que pone la Universitat de València a disposición de sus estudiantes como bases de datos, revistas, libros y tesis previas. Asimismo, se han utilizado otros recursos disponibles de forma online como: "Tesis doctorales en red"¹, "Tesis doctorales: TESEO"², "PhD data"³ y "Networked digital library of thesis dissertation"⁴. En concreto, en el ámbito de turismo se han consultado bases de datos como "SICTUR"⁵. Además, se han consultado las publicaciones de Universidades con estudios en el campo del Turismo Social Accesible como la Universidad de Surrey (Reino Unido) y los realizados por centros de investigación como el *Institute for Tourism Research* (Reino Unido) y el *Canadian Tourism Research Institute* (Canadá).

Como resultado, en este marco teórico se define qué es el Turismo Social Accesible y cuáles son sus beneficios sociales y económicos. Una vez definido el concepto, se analiza la potencialidad del Turismo Social Accesible como estrategia, a partir del estudio del turismo como herramienta de política social, del conocimiento de normativas promulgadas en accesibilidad y de algunas de las actuaciones que se están llevando a cabo a nivel Europeo, nacional y autonómico para promocionar el turismo entre las personas mayores, exponiendo asimismo el reto del envejecimiento de la población y de la dependencia y determinando cual es la situación actual del Turismo Social Accesible enfocado principalmente a las personas mayores. Finalmente, se ofrece un análisis del perfil del turista sénior actual, esto es, sus características socio-demográficas y preferencias relacionadas con el turismo a partir de la literatura existente.

1 <http://www.tesisenred.net/>

2 <https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do;jsessionid=B37C1FE0CC43147174F3952C969DFE25>

3 <http://www.phddata.org/>

4 <http://www.ndltd.org/>

5 Sistema de información de la investigación científica en turismo
<http://www.sictur.es/home;jsessionid=F20178A104F7321342692B06C067955F>

1.- El Turismo Social Accesible: concepto y efectos

El Turismo Social Accesible se define como el conjunto de iniciativas dirigidas a facilitar la participación activa en el turismo de personas con necesidades especiales (principalmente, financieras y de accesibilidad), al mismo tiempo que de ello se derivan beneficios sociales para sus usuarios/as y beneficios económicos para la sociedad y el mercado (Garcés y Ferri, 2012). Este concepto surge de la integración de dos conceptos existentes en la literatura: turismo social y turismo accesible. A continuación se ofrece la justificación y definición de este concepto y una amplia revisión de los beneficios sociales y económicos atribuidos al Turismo Social Accesible.

1.1.- El concepto de Turismo Social Accesible

El acceso y disfrute al turismo de todas las personas independientemente de su capacidad funcional es un aspecto clave para asegurar el bienestar de la población y un derecho garantizado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948 y 2008; Organización Mundial del Turismo, 2009). La lucha por el reconocimiento de este derecho se remonta a finales del siglo XX cuando la clase obrera, que había emigrado a las ciudades en busca de trabajo, comenzó a demandar determinados días libres al año para regresar a su hábitat rural y que, posteriormente, luchó porque estos días se convirtieran en vacaciones remuneradas. Los sindicatos fueron los que impulsaron fuertemente las asociaciones cooperativas y mutualistas a favor del turismo para todos, como es el caso de la Asociación de Cooperativas de Vacaciones en Inglaterra que compraba casas rurales y las destinaba a un uso social (Muñiz, 2001).

Estas iniciativas fueron inicialmente de carácter privado enmarcadas en actividades deportivas, movimientos juveniles y actuaciones de caridad como las que posibilitaron la celebración de colonias de vacaciones para niñas y niños procedentes de clases sociales desfavorecidas en países como Francia o Suiza (Muñiz, 2001). La incorporación de estas iniciativas dentro de las políticas europeas comenzó a desarrollarse entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial en países como Alemania donde las experiencias, aunque con un fuerte carácter político, acercaron las vacaciones a las clases obreras.

Tras la inclusión de este derecho en la Declaración de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) se crearon varios organismos que trataron de hacer este derecho una realidad, como son la Federación Internacional de Organismos de Turismo Social (1950) o la Federación Internacional de Turismo Social (1956) y,

además, se celebraron conferencias y congresos con el objetivo de concienciar sobre este derecho. Entre ellos, destaca el Congreso de Berna (1956) donde se adopta el concepto de **Turismo Social**, definido en 2006 por el Comité Económico y Social Europeo (European Economic and Social Committee - EESC) como el *"conjunto de iniciativas que hacen accesible el turismo a las personas con especiales dificultades, al mismo tiempo que de ello se derivan efectos positivos de carácter social y económico, también en diversos sectores, actividades, colectivos y ámbitos"* (op. cit, 68).

A estos efectos, se consideran como principales grupos con riesgo de exclusión de la participación en el turismo las personas con discapacidad, enfermas, mayores, con miedo a ser perseguidas, con pocos recursos económicos, con poco tiempo debido al trabajo o por estar al cargo de familiares y las pertenecientes a grupos de minoría étnica (McCabe, 2009). Además de esta relación, existen otros grupos que pueden ver restringido su acceso al turismo por estar afectados por circunstancias temporales, como personas con discapacidad transitoria, mujeres embarazadas y personas con movilidad o comunicación reducida de forma puntual (Fraiz et al., 2008). Esta extensa enumeración evidencia la elevada cifra de personas que son susceptibles de encontrar dificultades en el acceso al turismo y ocio. En la actualidad las iniciativas de Turismo Social se dirigen a los siguientes cuatro grupos: personas mayores, personas con discapacidad, jóvenes y familias con pocos recursos económicos (Comisión Europea, 2011; Diekman et al., 2011; Ramboll Management Consulting et al., 2010).

En el desarrollo del Turismo Social merece especial mención la creación en 1963 en Bruselas del *Bureau International du Tourism Social* (BITS), actual Organización Internacional de Turismo Social (OITS), que proponía fórmulas para lograr un turismo para todos mediante la acción conjunta de los Estados y los colectivos. Del mismo modo, cabe destacar las declaraciones de Montreal (1996) y de Manila (1997). La primera de ellas ofrece determinados criterios para identificar el Turismo Social y, en la segunda, los Gobiernos se comprometen a mejorar el nivel de vida de la población a través del turismo.

En España, los antecedentes del Turismo Social también se remontan a finales del siglo pasado con la realización de actividades dirigidas a colectivos juveniles financiados parcialmente por el Ministerio de Educación. Para apoyar esta labor se creó la Obra Nacional de Auxilio Social, dependiente de la Dirección General de la Beneficencia, que alojaba en sus colonias y albergues veraniegos a niñas y niños que estaban bajo régimen de tutela o que procedían de entornos insalubres. Del mismo modo, el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa alojaba en sus centros a niñas y niños; la Delegación Nacional del Frente de Juventudes comenzó a

organizar marchas, campamentos y albergues; se fundó la Red Española de Albergues Juveniles y otros organismos dedicados a la promoción del Turismo Social. Junto a estas ayudas en instalaciones y equipamientos comenzaron a darse ayudas directas, como las otorgadas por el Ministerio de Educación a becarios/as y profesionales a través de "bolsas de viaje" para financiar los gastos de desplazamiento de la participación en proyectos de investigación o como las "Cartillas de Ahorro pro Turismo" impulsadas por el Patronato Nacional de Turismo que, una vez rellenas, podían ser canjeadas para cubrir los gastos en alojamiento y transporte (Muñiz, 2001).

Tras la Guerra Civil, se consignó el Fuero del Trabajo que creó, posteriormente, la Obra Sindical de Educación y Descanso que, a través de su Servicio de Viajes y Excursiones, constituye la expresión más contundente de Política de Turismo Social en nuestro país (Muñiz, 2001). Esta obra se desarrollaba a través de tres instrumentos: (i) precios especiales a través de descuentos en el transporte ferroviario, (ii) organización de viajes y excursiones a precios reducidos y (iii) gestión directa de instalaciones y equipamientos. En esta época, las iniciativas se enfocaban principalmente a familias con una serie de requisitos que discriminaban positivamente a las más desfavorecidas.

Durante los años setenta y ochenta, se comienza a dar relevancia al colectivo juvenil, siendo en 1993 cuando el Instituto de la Juventud ejerció directamente su política a favor del ocio de los jóvenes con menos recursos. Durante los ochenta, surgió también el interés hacia el colectivo de las personas con discapacidad, promulgándose en 1982 la Ley sobre Integración Social de los Minusválidos que incluye la participación de este colectivo en actividades culturales, deportivas, de ocio y tiempo libre, además de ofrecer cuidados y prestaciones económicas. Por último, nace el Instituto Nacional de Servicios Sociales, actual Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (en adelante, IMSERSO), para gestionar los servicios complementarios de las prestaciones de la Seguridad Social y que promueve hasta nuestros días programas vacacionales para estos colectivos.

De este modo, el Turismo Social surge por las múltiples **dificultades o barreras** en la participación en el turismo que encuentran grupos que por su condición socialmente vulnerable no pueden acceder a una actividad de ocio y tiempo libre como la de viajar. Los obstáculos que encuentran estos grupos de población varían desde cuestiones económicas, como es el caso de familias numerosas, jóvenes y mujeres, que todavía debido a su nivel salarial inferior y a unas mayores responsabilidades domésticas hacen que dispongan de menor capacidad económica y menor disponibilidad de tiempo libre; hasta cuestiones de accesibilidad como las que encuentran personas mayores y/o con discapacidad.

Estas últimas barreras, las relacionadas con la accesibilidad, se han estudiado ampliamente en el caso de **personas con discapacidad**, quienes encuentran dificultades de acceso en el transporte y en varios componentes del destino turístico (Ramboll Management Consulting et al., 2010). Sin embargo, las dificultades de este grupo van más allá de simples aspectos arquitectónicos a lo largo de su viaje (Garcés et al., 2007; Kwai-sang et al., 2004), adquiriendo una importante relevancia la información detallada, veraz y accesible de los recursos turísticos que les permite planificar el viaje conociendo previamente las condiciones del entorno que se desea visitar (Carretero et al., 2011; Darcy, 2009; Eichhorn et al., 2007; Garcés et al., 2007; Kwai-sang et al., 2004), así como la interacción con el personal de los recursos turísticos que en numerosas ocasiones no disponen de la formación necesaria (Daruwalla y Darcy, 2004; Fernández, 2007). En un estudio realizado por Garcés et al. (2007) en el marco del proyecto europeo LivingAll⁶ con una muestra de 700 personas con discapacidad, se comprobó que los obstáculos encontrados por estas personas en el acceso y uso del entorno construido y/o medios de transporte son en mayor medida los siguientes:

a.- Barreras arquitectónicas. En el caso del entorno construido, principalmente hacen referencia a la presencia de escaleras, ausencia de barandillas o de ascensores adaptados, aceras y pavimentos en mal estado y ausencia de rampas o rampas inadecuadas. En el caso del transporte, entre otras, destacan: la inaccesibilidad en terminales y medios de transportes, la falta de aseos adaptados en transporte de largo recorrido y la falta de espacios de aparcamiento reservados.

b.- Barreras tecnológicas. El entorno construido carece en general de semáforos y ascensores accesibles, mientras que en los medios de transporte es frecuente encontrar rampas y ascensores inadecuados o estropeados y la dificultad en la adaptación de coches privados. Además, las barreras tecnológicas se ven aumentadas por el elevado precio de las tecnologías y la falta de apoyo financiero al respecto.

c.- Otras características generales que constituyen una barrera al libre movimiento de personas con discapacidad, como el diseño arquitectónico confuso de calles y edificios, la señalización deficiente y la falta de señalización táctil y de información sobre las áreas accesibles.

⁶ Free Movements and Equal Opportunities for all. Proyecto financiado por el VI Programa Marco de la Comisión Europea con la finalidad de aumentar el libre movimiento de las personas con discapacidad y si acceso al mercado laboral. <http://www.livingall.eu/index.php> (ref.: FP6-2005-SSP-5ª-044359); I.P.: Dr. Jorge Garcés.

Por su lado, las **personas mayores** encuentran obstáculos por la falta de accesibilidad de varios componentes del destino, en el precio de los viajes y, en ocasiones, en el miedo que les causa viajar fuera de su país. Además, estas personas tienen ciertas necesidades especiales de alojamiento, nivel de confort, alimenticias, servicios médicos, etc. que hacen que el destino deba reunir una serie de características (Ramboll Management Consulting et al., 2010). Algunos estudios han señalado también otros factores limitadores de la participación de los mayores en el turismo como: su estado de salud; la falta de información sobre las opciones disponibles; demasiada planificación para el viaje; la falta de recursos, transporte, ropa adecuada, dinero o de tiempo; la falta de aprobación por parte de la familia; la falta de redes sociales que les animen a viajar; miedo a conducir por la noche; y la baja motivación para viajar (McGuire, 1984; McGuire et al., 1996; Zimmer et al., 1995). En este sentido, en un estudio realizado con más de 10.000 israelíes se concluye que las personas mayores deciden irse de vacaciones en función de sus ingresos y de su estado de salud (Fleischer y Pizam, 2002). Sin embargo, en un estudio posterior (Lee y Tideswell, 2005) se establece que para comprender el comportamiento de los turistas mayores se debe conocer su cultura, estilo de vida y relaciones familiares, sin referencia alguna a su capacidad económica y estado de salud; por lo que no quedan claros los factores limitadores o barreras por parte de la literatura existente para el caso de las personas mayores.

Los obstáculos mencionados provocan que el ratio de participación de las personas con discapacidad en el turismo sea menor que el de las personas sin discapacidad de la misma edad y clase social y, en el caso de las personas mayores, que en la mayoría de los países europeos solo un segmento de la población mayor disponga de los medios necesarios para viajar al extranjero por vacaciones (Ramboll Management Consulting et al., 2010). La existencia de estos obstáculos es, asimismo, una discriminación que choca frontalmente con los derechos de las personas ya que, tal y como se ha comentado anteriormente, el acceso y disfrute del turismo es un derecho contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948 y 2008; Organización Mundial del Turismo, 2009).

Precisamente, la clase de obstáculos de acceso que limitan el disfrute del turismo por parte de personas con discapacidad y personas mayores (dependientes o no) son los que dan origen al concepto de **Turismo Accesible** que hace referencia al carácter reparador de las barreras mencionadas (Darcy et al., 2008). Darcy y Dickson (2009) definen el Turismo Accesible como *"el turismo que hace posible que las personas con necesidades de acceso, incluidas necesidades de movilidad, visión, audición y cognitivas, puedan acceder al turismo de forma independiente y con*

igualdad y dignidad a través de un diseño universal de los productos, entornos y servicios” (op. cit, 34).

Esta definición tiene un carácter inclusivo e introduce el concepto de diseño universal, definido como aquel que busca permitir el uso apto de productos y entornos por el mayor número de personas sin necesidad de adaptaciones ni de un diseño especializado (The Center for Universal Design, 1995). Así, no se trata de crear situaciones especiales y productos diseñados solo para las personas con necesidades especiales, sino de asegurar que los productos, servicios y entornos turísticos han sido creados y diseñados para satisfacer al mayor número de personas (Figura 1). Además, crear productos especiales para cada sector de la población constituiría una medida discriminatoria e ineficiente.

Figura 1: Diseño Universal.



Fuente: Durá, Garcés y Ferri (2011).

Este concepto queda también integrado en la última definición de Turismo Accesible que encontramos en la bibliografía, concretamente en el Informe sobre el Turismo Accesible presentado en la Feria de Turismo FITUR en enero de 2013 que establece que el Turismo Accesibles es *“permitir a las personas con necesidades especiales de acceso funcionar independientemente, gracias a productos, servicios y entornos de turismo que conforman el diseño universal”* (Diotallevi, 2013; op. cit, p.2)

El Turismo Accesible exige, por tanto, que el sector turístico sea accesible en su entorno edificado, en sus productos y en sus servicios, para que las personas mayores y con discapacidad puedan utilizar dichas instalaciones y servicios en condiciones de igualdad, seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. En este sentido, cabe destacar que la accesibilidad en el turismo se ha convertido en un factor intrínseco a la calidad turística que hace que ya no se pueda concebir un turismo de calidad cuando éste no esté al alcance de todos (González y Gutiérrez, 2009). Además, la promoción de la accesibilidad no beneficia sólo a las personas mayores y/o con discapacidad, sino que otros grupos con capacidades restringidas pueden verse beneficiadas como: mujeres embarazadas,

familias con niños pequeños, etc. Asimismo, la construcción de recursos turísticos accesibles contribuye a la edificación de entornos amigables (friendly environments) que es uno de los principales objetivos de la Comisión Europea tal y como se refleja en el *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Este grupo establece que los entornos deben adaptarse para capacitar a las personas mayores a permanecer activas e independientes el mayor tiempo posible (European Commission, 2011b). Concretamente, establece en su prioridad horizontal cuarta (D4: *Innovation for age friendly buildings, cities and environments*) la necesidad de crear entornos amigables con la edad para promocionar un envejecimiento activo y responder a las necesidades específicas de las personas mayores mediante espacios accesibles, transportes, seguridad, etc. El Instituto de Investigación Polibienestar de la Universidad de Valencia participa activamente en este grupo promocionando el turismo como estrategia de Política Social para un envejecimiento activo y saludable. En concreto, Polibienestar participa en los grupos de accesibilidad espacial y nuevas tecnologías. En estos dos grupos, los miembros del Instituto potencian la construcción de entornos accesibles y el uso de nuevas tecnologías como elemento fundamental en la construcción accesible y en el acceso a servicios.

En resumen, en este sub-apartado se ha analizado cómo en la literatura se distinguen dos conceptos, Turismo Social y Turismo Accesible. El primero de ellos hace referencia a todas las iniciativas que hacen partícipes del turismo a personas con necesidades especiales (jóvenes, personas mayores, personas con discapacidad y familias con pocos recursos) (EESC, 2006). El segundo, es un proceso de capacitación de las personas con necesidades de accesibilidad (personas mayores y con discapacidad) para su participación en el turismo (Darcy y Dickson, 2009). Ambos conceptos se dirigen a incluir como activos participantes del turismo a grupos vulnerables de ser excluidos del mismo, promocionando al mismo tiempo beneficios para sus usuarios/as y para la sociedad, tal y como se detalla en el siguiente sub-apartado. Integrando ambos conceptos se obtiene el concepto de **Turismo Social Accesible** definido como el conjunto de iniciativas dirigidas a facilitar la participación activa en el turismo de personas con necesidades especiales, principalmente financieras y de accesibilidad, a la vez que se promocionan beneficios sociales para sus usuarios/as y beneficios económicos para la sociedad y el mercado (Garcés y Ferri, 2012). Este concepto no pretende sustituir los conceptos anteriores sino servir de unión a iniciativas con una misma finalidad para aunar así esfuerzos y compartir buenas prácticas (Garcés y Ferri, in press).

El concepto de Turismo Social Accesible refleja lo propuesto por el Modelo de Turismo Sostenible Garcés-Ferri promulgado por Garcés y Ferri (Garcés y Ferri, in press) donde el Turismo Social Accesible se utiliza como herramienta de Política Social para: (i) incrementar la salud, el bienestar y la calidad de vida de los/as ciudadanos/as gracias a los beneficios asociados a la participación en el turismo, que se detallan en el siguiente sub-apartado; (ii) fomentar la construcción de entornos amigables gracias al diseño universal; y (iii) mantener sistemas sociales y sanitarios eficientes como consecuencia de los beneficios en la salud y bienestar asociados al turismo. El modelo queda representado en la Figura 2.

Figura 2: Modelo de Turismo Sostenible Garcés-Ferri.



Fuente: Garcés y Ferri (in press).

1.2.- Beneficios del Turismo Social Accesible

El Turismo Social Accesible⁷ conforma en la actualidad un campo prolífero de estudios científicos en cuanto a los beneficios que conlleva. Algunos estudios se han centrado en analizar la participación en el turismo de grupos socialmente vulnerables y su impacto sobre el bienestar, otros estudios lo vinculan a los sistemas de protección social, mientras que otro grupo de estudios se ha centrado en los efectos del Turismo Social Accesible sobre el sector turístico y productivo. De hecho, en un estudio realizado por la Comisión Europea sobre el programa *Calypso* que más tarde se abordará, se refleja que el Turismo Social Accesible conlleva un potencial real para sus beneficiarios/as así como para los proveedores y, en

⁷ En adelante utilizaremos el concepto Turismo Social Accesible para referirnos al concepto global, y por tanto, a los estudios realizados sobre Turismo Social y Turismo Accesible.

definitiva, para la cohesión económica y social de Europa (Ramboll Management Consulting et al., 2010).

A continuación se ofrece un amplio análisis de los beneficios sociales y económicos detectados por la literatura en relación a la promoción del Turismo Social Accesible, así como los impactos negativos de la promoción del turismo en general.

1.2.1. Beneficios del Turismo Social Accesible para sus usuarios o *end-users*

En este primer punto se detallan los beneficios de la participación en el turismo por parte de sus usuarios/as en base a la literatura existente. En primer lugar, el turismo es una actividad que se ha visto relacionada con un mayor **bienestar** subjetivo. Por ejemplo, uno de los ámbitos vitales de las personas mayores es su tiempo dedicado al turismo, el cual influirá en su bienestar físico, mental y social (Lee y Tideswall, 2005). Del mismo modo, niñas y niños pertenecientes a familias con pocos recursos (Quinn et al., 2008) y sus padres (McCabe, 2009) han informado de un mayor bienestar subjetivo gracias a la generación de recuerdos agradables tras vivir experiencias felices durante el viaje realizado. A estos efectos, Johnson y McCabe (2012) identificaron tres ámbitos en los que las familias con pocos recursos económicos participantes en programas de Turismo Social Accesible reflejaron una mejor autovaloración de su bienestar: satisfacción con la vida, satisfacción con aspectos concretos de la vida y presencia de efectos positivos y ausencia de negativos. En este sentido, y asimilando al concepto de bienestar subjetivo con el de sentimiento de **satisfacción con la vida**, en un estudio realizado por Gilbert y Abdullah (2003) se constató que tras el periodo vacacional las personas eran más felices con su vida. En este estudio se entendía la satisfacción con la vida como un concepto global que considera la percepción del individuo sobre su vida en conjunto, y como un concepto formado por los siguientes dominios: familia, situación económica, situación laboral, ocio, vecindario, uno/a mismo/a, servicios e infraestructuras, salud y nación. También las personas mayores que participan en programas de turismo ven incrementado su bienestar emocional (IMSERSO, 2011) y su sentimiento de satisfacción con la vida ya que participar en estos programas les proporciona un cambio en la rutina diaria y les hace vivir nuevas experiencias (Lee y Tideswell, 2005).

Otro de los beneficios asociados al Turismo Social Accesible es la mayor **salud auto-percibida** por parte de sus usuarios/as (EESC, 2006). Este beneficio ha sido reconocido por personas con discapacidad que ven mejorado su estado de salud así como incrementada su eficiencia y capacidad física gracias a la participación en el turismo y en actividades deportivas o recreativas, lo que conlleva un importante

cambio en sus estilos de vida generalmente sedentarios (Bergier et al., 2010). Del mismo modo, las personas mayores ven mejoradas sus condiciones de salud (de Aguiar et al., 2012; PriceWaterHouseCoopers, 2004) y su actividad física (IMSERSO, 2011; Paulo et al., 2004) gracias a la participación en programas de Turismo Social Accesible. En este sentido, no se trata tanto de que las vacaciones constituyan un remedio para las condiciones médicas particulares sino que contribuyen a una valoración positiva de la propia salud (McCabe et al., 2010). En esta línea, los resultados del trabajo de investigación previo realizado por la doctoranda ofrecieron evidencias del impacto de la participación en el turismo sobre la salud funcional de las personas mayores (Ferri et al., 2011). Asimismo, el programa de vacaciones del IMSERSO define como uno de sus objetivos promocionar un envejecimiento activo y prevenir situaciones de dependencia (IMSERSO, 2011).

En esta misma línea, se han encontrado efectos positivos en la **salud mental** de las personas mayores (Paulo et al., 2004) así como en la salud mental relacionada concretamente con el stress causado por enfermedades o por el trabajo gracias al sentimiento de recuperación de enfermedades o dolores que perciben las personas usuarias de programas de Turismo Social Accesible (McCabe, 2009). En este caso, los usuarios/as no perciben el turismo como un antídoto a la enfermedad en sí, sino del estrés y los disgustos relacionados con ella. Unas vacaciones proporcionan la oportunidad de olvidar las condiciones médicas personales y ayudan a las personas que las padecen a afrontarlas mejor a su regreso y también a las niñas y niños con discapacidad a emprender nuevas actividades que les permiten desconectar de su situación cotidiana y recargar fuerzas.

El Turismo Social Accesible también se ha relacionado, obviamente, con la generación de **relax**, otro aspecto que permite desconectar de la situación diaria y generar, como se ha visto antes, recuerdos felices. Así, familias con pocos recursos (McCabe, 2009; McCabe et al., 2010) y sus tutores/as (Quinn et al., 2008) han declarado como uno de los principales beneficios la posibilidad de escapar de la rutina de sus vidas diarias a la misma vez que les proporciona la posibilidad de pasar tiempo de calidad con su familia. Del mismo modo, estas familias y los agentes que organizan este tipo de programas destacan que disfrutar de un periodo de vacaciones permite a las familias olvidarse de preocupaciones y problemas financieros y concentrarse en cosas más positivas que cambian la perspectiva de sus vidas (McCabe, 2009; Minnaert et al., 2009). Además, para las niñas y niños de estas familias, el escapar de la rutina significa participar en actividades que no son posibles en sus estructuras cotidianas (McCabe, 2009; Quinn et al., 2008), y por su parte, los padres y los tutores/as disfrutan de tiempo para ellos/as mismos/as

(Quinn et al., 2008). Igualmente, las personas con discapacidad ven en las vacaciones una forma de escapar de su estructurada vida diaria donde se sienten muy dependientes de sus cuidadores/as y les permite ver personas en su misma situación (Stilling y Nicolaisen, 2010). Por su parte, también las personas mayores ven en las vacaciones una oportunidad de relax, de conocer nuevos lugares y de escapar de la rutina (de Aguiar et al., 2012; McGuire, 1996).

Además, se ha visto que el Turismo Social Accesible contribuye al **desarrollo personal** y al aprendizaje de sus usuarios/as. De esta manera, se ha evidenciado el hecho de que familias con pocos recursos han vivido sus vacaciones como una experiencia de aprendizaje en la que han reflexionado sobre sus vidas y han detectado los aspectos que desean cambiar con una actitud activa, gracias a la ayuda de sus nuevas relaciones sociales, al apoyo de organizaciones sociales y a nuevos canales de información (Minnaert et al., 2009); a la vez que les hace ver que vivir de manera distinta conforme quieren es posible (McCabe, 2009). Este aspecto es especialmente relevante en niñas y niños a los que les es impuesta una estructura y un control continuo durante los periodos vacacionales que les aleja de actividades delictivas y les permite desarrollar habilidades relacionadas con la autoconfianza e independencia gracias a pasar tiempo por su cuenta o adquirir responsabilidades como ocuparse de su equipaje o dinero de bolsillo (Quinn et al., 2008). Del mismo modo, las personas mayores que viajan afirman experimentar un desarrollo personal (IMSERSO, 2011) a la vez que se enriquecen culturalmente (de Aguiar et al., 2012; IMSERSO, 2011).

Por otro lado, se ha atribuido al Turismo Social Accesible la capacidad de refuerzo del sentimiento de **ciudadanía** (EESC, 2006) y de las **relaciones sociales** tanto personales como familiares de sus usuarios/as. Así, los participantes en estos programas identifican como uno de los mayores beneficios conocer gente nueva durante las vacaciones. Este beneficio se ha visto reflejado en familias con pocos recursos que incluso mantienen el contacto una vez terminadas las vacaciones (Minnaert et al., 2009). Este hecho les da la posibilidad, según los agentes sociales, de compartir experiencias que les ayudan a aprender unos de otros. Este beneficio es también relevante en las niñas y niños de dichas familias que tienen relaciones limitadas y escaso contacto con personas distintas y con diferentes estilos de vida. Así, algunas niñas y niños que ya han participado en esta clase de programas desean volverse a encontrar con los/as amigos/as que hicieron en viajes anteriores así como conocer gente nueva e incluso algunos/as han mantenido estas relaciones tras las vacaciones (Quinn et al., 2008).

En esta línea, la **inclusión social** de sus beneficiarios/as es otro de los beneficios detectados. Para las niñas y niños pertenecientes a familias con pocos recursos

económicos esta inclusión significa la posibilidad de poder participar de las conversaciones acerca de las vacaciones a su regreso (Quinn et al., 2008); para la familia en su conjunto, vivir las mismas experiencias que viven otras familias (McCabe, 2009); y para las personas mayores, luchar contra la soledad y socializarse (de Aguiar et al., 2012; IMSERSO, 2011) así como establecer nuevas relaciones (IMSERSO, 2011). En este sentido, algunos autores señalan que disfrutar de unas vacaciones es, por definición, una actividad que puede ser socialmente excluyente, es decir, no desarrollada por toda la población, debido a los costes que conlleva (Baumgartner, 2011). Así, hoy en día hacer turismo es parte de la vida social de los europeos y, consecuentemente, el no disfrute de unas vacaciones se ha convertido en un indicador de pobreza (Dawson, 1988; Minnaert et al., 2009).

Otro de los beneficios del turismo detectados es el incremento de la **autoestima** de sus participantes. En concreto, Quinn et al., (2008) constató que en las vacaciones las niñas y niños de familias con pocos recursos económicos encontraban un entorno idóneo para evaluar sus habilidades sin temor a ser humillados. De igual modo, la sensación de **autosuficiencia, independencia, seguridad y capacidad** son beneficios reconocidos por parte de personas con discapacidad (Stilling y Nicolaisen, 2010) que perciben en las vacaciones una oportunidad para verse como personas "capaces", aspecto que les permite superar la falta de confianza en sí mismos/as y construir auto-confianza.

Como consecuencia de los beneficios anteriores, algunos de los estudios analizados concluyen que el Turismo Social Accesible repercute positivamente en la **calidad de vida** de sus beneficiarios/as. Concretamente, este beneficio es atribuido a personas mayores (IMSERSO, 2011) y a familias con pocos recursos (McCabe et al., 2010) entendiendo como calidad de vida la percepción de un individuo sobre su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación a los logros, expectativas, estándares e inquietudes (WHO, 1994) o como satisfacción con la vida (McCabe, 2009). Asimismo, son los propios beneficiarios/as, como es el caso de las personas mayores, los que consideran que viajar mejora su calidad de vida (Lee y Tideswell, 2005).

Del mismo modo, los estudios sobre las repercusiones psicosociales del desarrollo de actividades culturales y de ocio apoyan lo expuesto para el Turismo Social Accesible. Estas actividades han demostrado influir de manera positiva en el aumento de las relaciones sociales y en la superación y crecimiento personal de personas con discapacidad (Freudenberg y Arlinghaus, 2009); en la salud, satisfacción con la vida y ansiedad de personas adultas (Cuypers et al., 2011); y en la salud socio-emocional y psicológica de mujeres mayores (Son et al., 2007).

Los estudios anteriores muestran los beneficios de la participación en programas de Turismo Social Accesible y en actividades de ocio en familias con pocos recursos, personas con discapacidad, personas mayores, etc. No obstante, una de las principales críticas a los estudios en este ámbito es que no existe determinación científica de forma cuantitativa del impacto del turismo y de las actividades de ocio en los grupos estudiados (McCabe, 2009; McCabe et al., 2010; Quinn et al., 2008) debido a que la mayoría de las investigaciones anteriores se basan en estudios cualitativos a través de entrevistas personales, grupos focales y observación. No obstante, aunque existen algunos estudios que sí establecen una relación obtenida a través del análisis cuantitativo de datos recogidos, éstos son para grupos concretos y reducidos. En consecuencia, se han constatado experiencias subjetivas sobre los beneficios percibidos por las y los participantes en programas de Turismo Social Accesible, pero no una cuantificación de estos beneficios, y por ello, se conoce los potenciales beneficios del Turismo Social Accesible pero no la medida en que estos beneficios afectan a los grupos estudiados.

Estos aspectos constituyen las principales críticas del estado actual del conocimiento científico sobre los beneficios del Turismo Social Accesible: falta de estudios cuantitativos del impacto de los programas de Turismo Social Accesible en sus beneficiarios/as y la falta de estudios en otros grupos socialmente vulnerables como es el de las personas mayores y con discapacidad (Carretero et al., 2011; Minnaert et al., 2009). Respondiendo a estas críticas, la presente tesis se centra en el estudio de la idoneidad de la utilización del Turismo Social Accesible como estrategia de política social para la promoción de un envejecimiento activo y saludable y pretende ofrecer un instrumento validado para medir de forma cuantitativa el impacto de dicha Política Social. Cabe destacar que se han nombrado anteriormente estudios enfocados a personas mayores; no obstante, dichos estudios se enmarcan en su mayoría en el seno de consultoras dirigidas a promocionar dichos programas y, por tanto, carecen de rigor científico en lo que a beneficios sociales se refiere. Sin embargo, estos estudios serán de gran utilidad posteriormente en el sub-apartado de beneficios económicos.

En resumen y en base a los beneficios detectados, el turismo podría tener efectos positivos en las Políticas Sociales enfocadas a la salud y el bienestar de las y los ciudadanos gracias a los beneficios asociados a la salud, bienestar, autoestima, reducción de estrés, etc. Así, existen estudios que han afirmado que el Turismo Social Accesible puede utilizarse como herramienta de Política Social para reducir los gastos públicos en servicios (Higgins-Desbiolles, 2006; IMSERSO, 2011; Minnaert et al., 2009; Minnaert y Schapmans, 2009). De hecho, en el proyecto de investigación previo desarrollado por la doctoranda se ofrecieron algunas evidencias

de las potenciales reducciones del gasto en servicios sanitarios y sociales gracias a un menor consumo por parte de las personas mayores que participaban en programas de Turismo Social Accesible (Ferri et al., 2011). En este sentido, las consecuencias de la no participación en el turismo han sido relacionadas con un aumento de los gastos sociales en salud y bienestar, aunque no hay una evidencia científica clara que soporte esta idea (Hazel, 2005).

1.2.2. Beneficios económicos del Turismo Social Accesible

Las políticas y análisis realizados en el campo del Turismo Social Accesible han estado predominantemente dirigidos a las necesidades y demandas de los clientes y no tanto a examinar las condiciones de la industria turística y a la capacidad de adaptación de las empresas. De hecho, no existe ningún estudio a nivel europeo que cuantifique los costes y beneficios económicos de la implementación de medidas de accesibilidad en las empresas turísticas (Ambrose, 2012). Sin embargo, el Turismo Social no sólo aporta beneficios a las personas que lo disfrutan y a los organismos públicos que lo promocionan como herramienta de Política Social, sino que su desarrollo se considera una oportunidad de negocio para las empresas turísticas por sus potenciales beneficios económicos. Además, el turismo desempeña un papel central en la industria mundial (Higgins-Desbiolles, 2011) y en la economía europea en particular ya que es una de las actividades económicas de mayor potencial para generar crecimiento y empleo en la Unión Europea (European Commission, 2010). De hecho, el turismo representa más del 5% del Producto Interior Bruto (en adelante, PIB) de la EU-27 y emplea entre 12 y 14 millones de personas (Eurostat, 2012b). En España, la actividad turística representa alrededor de un 10% del PIB empleando en 2011 entorno a un 12% de las personas ocupadas, siendo esta ocupación superior al 25% en economías regionales como las insulares (Instituto de Estudios Turísticos, 2012).

No obstante, el sector turístico europeo se enfrenta a una serie de retos tales como: el envejecimiento de la población, la creciente competencia externa, la demanda más especializada por parte de los turistas y la necesidad de desarrollar un turismo sostenible y más amigable con el medio ambiente (Commission of the European Communities, 2006). A nivel nacional, la Secretaría General de Turismo (2007) detectó los siguientes retos del turismo: excesiva concentración de la oferta; deterioro medioambiental como consecuencia de un excesivo y desordenado urbanismo; elevada presencia actual de tour-operadores extranjeros que limitan la actuación de los nacionales; fuerte dependencia de los mercados alemán, británico y francés; posicionamiento débil en los segmentos de la demanda con alto poder adquisitivo; fuerte estacionalidad de los flujos turísticos que implica la saturación de

los destinos en temporada alta y que afecta a los niveles de satisfacción de la demanda y a la calidad del empleo del sector; falta de mecanismos que permitan retener el talento; y deficiencias en la cualificación del personal del sector.

Esto llevó a que el Turismo Social Accesible se situara en el eje central de la estrategia de Lisboa como método para mejorar la competitividad del sector turístico en Europa y crear más y mejores empleos a través de un crecimiento sostenible y global (EESC, 2006). Así, a continuación se ofrece una revisión bibliográfica de los beneficios económicos asociados a la promoción del Turismo Social Accesible por parte de las empresas públicas y privadas. En primer lugar, en el ámbito **empresarial privado** se ha identificado que el Turismo Social Accesible contribuye a la consecución de los siguientes beneficios económicos o empresariales:

- Contempla un mercado creciente debido a los cambios demográficos que actualmente se están produciendo y que serán detallados más adelante en la presente tesis doctoral. Además, las personas mayores de 65 años han contribuido significativamente a la recuperación del sector turístico en la época de crisis actual. Así, mientras se ha producido una reducción de los turistas de los restantes grupos de edad, los turistas mayores de 65 años aumentaron un 6% de 2006 a 2011 (Demunter, 2012). Por su lado, se ha estimado que un 7-8% de los turistas internacionales tienen una discapacidad (Darcy 2003; HarrisInteractive Market Research, 2005).
- Ayuda a la desestacionalización del sector turístico, debido a que las personas mayores ya no trabajan y gran parte de las personas discapacitadas no participan de la vida laboral y, por tanto, ambos grupos tienen una amplia disponibilidad para viajar durante todo el año y no sólo en el periodo vacacional. Esto, a su vez, contribuye al empleo y al desarrollo regional (EESC, 2006) como se menciona en un punto posterior.
- Refuerza la competitividad y calidad del sector que adquiere un valor añadido al ser accesible a todo tipo de personas (Fraiz et al., 2008). Calidad y turismo accesible son dos conceptos que deben ir necesariamente de la mano pues no se puede hablar de turismo de calidad si no implica medidas relacionadas con la accesibilidad (González y Gutiérrez, 2009). Con el Turismo Social Accesible se genera una ventaja competitiva dado que la especialización y diferenciación en este turismo no supone la exclusión del resto de clientes, sino la posibilidad de atender a todos. Además, los destinos turísticos se enfrentan a una competencia creciente a nivel global en términos de precio y calidad. Por ello, las entidades turísticas, con el

apoyo del sector público, deben buscar formas de adaptarse al nuevo mercado. En este contexto, mejorar la accesibilidad puede ser una camino para incrementar la calidad del sector (Ambrose, 2012).

- Contempla los cambios en los estilos de vida. En la sociedad actual viajar se ha convertido en parte de nuestras vidas. En este sentido, existen numerosos países más evolucionados en materia de accesibilidad que España lo que propicia que sus miembros con ciertas limitaciones se planteen la necesidad de viajar como una actividad más de su vida cotidiana (Fraiz et al., 2008).
- Contribuye al desarrollo regional. Los programas de Turismo Social Accesible inciden positivamente en los destinos gracias a aspectos socio-culturales como la conservación de tradiciones y la mejora de infraestructuras, y a aspectos económicos (de Aguiar et al., 2012).
- Favorece la fidelidad de los clientes. En un estudio realizado por la Universidad de Aveiro (Portugal) y la fundación INATEL (de Aguiar et al., 2012), los agentes encuestados identificaron la fidelidad y la captación de nuevos clientes como un impacto positivo del Turismo Social Accesible.
- Mejora la imagen de la entidad que lo promociona. En un estudio realizado por Stamm et al. (2011) para conocer el punto de vista de los proveedores de programas de Turismo Social Accesible, algunas empresas identificaron esta provisión como uno de sus objetivos en términos de responsabilidad social corporativa. Con ello, consiguen motivar a sus empleados/as proporcionando de forma individual o familiar la oportunidad de irse de vacaciones.
- Crea empleo. Aspecto especialmente importante por las oportunidades que ofrece a los jóvenes que, en este sector, representan dos veces más mano de obra que en el resto de economías (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007). En los últimos años, el crecimiento del empleo en el sector turístico ha sido significativamente más elevado que en el resto de la economía, por lo que este sector ha contribuido significativamente al objetivo perseguido por la estrategia de Lisboa que potencia el Turismo Social Accesible como herramienta para crear más empleos y de mejor calidad debido a la desestacionalización de la demanda (Comisión de las Comunidades europeas, 2007). Por ejemplo, el Programa de Turismo Social Accesible *Europe Tourism Senior* llevado a cabo en nuestro país creó una cifra estimada de 609 puestos de trabajo directos en la temporada 2009-2010 (Innova Management, 2010; Ramboll Management Consulting et al.,

2010) y 880 puestos de trabajo directos y 130 indirectos en la temporada 2010-2011 (Innova Management, 2011). Asimismo, con el *programa de Vacaciones para Mayores* del IMSERSO promocionado también en España, se consiguen mantener o crear trece mil puestos de trabajo directos y hasta ochenta mil en total (PriceWaterHouseCoopers, 2008).

A estos efectos, es importante señalar que el Turismo Social Accesible no es un nicho de mercado, sino una respuesta racional a los cambios demográficos y una oportunidad económica para el sector turístico (Ambrose, 2012). Así y en vista a los beneficios detallados, algunas empresas turísticas están ampliando su oferta con el objetivo de llegar a todas las personas independientemente de sus limitaciones personales y económicas (Molina y Cánoves, 2010). No obstante, son pocas las empresas sensibilizadas en invertir en accesibilidad y pocos los estudios que analizan la rentabilidad de estas inversiones. En este sentido, el Gobierno alemán realizó un estudio para ofrecer argumentos contundentes a las empresas turísticas para invertir más en accesibilidad (Neumann y Reuber, 2004). Este estudio cuantifica en Alemania una facturación neta de turistas con discapacidad de más de un millón y medio de euros en vacaciones y de casi un millón en viajes cortos, cantidades que suman aproximadamente un total de dos millones y medio de facturación gracias a este grupo de la población y que implica 65.000 puestos de trabajo a tiempo completo. *VisitEngland* constató que las personas con algún tipo de discapacidad contribuían casi en mil millones de Libras al mercado turístico doméstico de Inglaterra en los primeros 6 meses de 2009 (European Network of Accessible TOurism - ENAT, 2009). Otros estudios han utilizado fuentes secundarias nacionales para extrapolar el mercado potencial de turistas con discapacidad, estimándolo en 1,3 mil millones de dólares en Australia (Darcy, 1998), 13 mil millones de dólares en EEUU (HarrisInteractive Market Research, 2002, 2005; Van Horn, 2007), 2,5 mil millones de euros en Alemania (Neumann y Reuber, 2004), y 80 mil millones en Europa (Buhalis et al., 2005).

En segundo lugar, las **entidades públicas** han visto en la promoción de programas de Turismo Social Accesible no sólo una herramienta social (por los beneficios enumerados en el sub-apartado anterior 1.2.1 relativo a los beneficios del Turismo Social Accesible para sus usuarios/as), sino también un instrumento de desarrollo regional, creación de empleo en el sector turístico, ingresos públicos, ahorro para el Gobierno y desarrollo de una agenda sostenible (EESC, 2006).

Un ejemplo numérico de los beneficios económicos de los programas de Turismo Social Accesible para los Gobiernos es el resultado obtenido por el programa *Europa Senior Tourism*, que ha conseguido que las Administraciones Públicas que lo financiaban hayan recuperado 1,30€ por euro invertido, gracias a la recaudación de

la Seguridad Social vía Impuesto sobre Sociedades, IRPF, IVA y ahorro en las prestaciones por desempleo (Innova Management, 2011; Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, 2011; Ramboll Management Consulting et al., 2010). Asimismo, se estima que las administraciones europeas podrían haber obtenido entorno a 1,5 millones de euros de ingresos por el impacto fiscal directo del programa que representa un 0,2€ por euro invertido (Innova Management, 2011). Para la temporada 2010-2011, el impacto agregado del programa *Europa Senior Tourism* se cifra en 35 millones de euros y un impacto global en el resto de Europa de 8 millones de euros, recayendo prácticamente el 43% en el sector hotelero y de restauración. Del mismo modo, el programa de Vacaciones para Mayores del IMSERSO se considera sostenible desde el punto de vista financiero, pues los 100 millones de euros invertidos en la temporada 2007-2008 se recuperaron por medio de ingresos y ahorros que el mismo programa reportó (concretamente un 154%) (PriceWaterHouseCoopers, 2008).

Otro ejemplo de la rentabilidad de los programas de Turismo Social Accesible para las Administraciones Públicas es el programa *Senior Tourism Programme*, programa similar a los promocionados por el IMSERSO llevado a cabo en Portugal. Este programa consigue un efecto multiplicador en la economía a través de efectos indirectos e inducidos que llevan a producir un efecto total en la economía portuguesa de 66 millones y medio de euros en producción, 1.031 empleos, 17 millones de ingresos para las familias y 23 millones de valor añadido. Asimismo, dicho estudio cifra en 3 millones y medio el impacto total del programa en impuestos y contribuciones, cifra que representa un 59% de la financiación pública del mismo. Este impacto fiscal se explica por los impuestos relacionados con un mayor consumo (IVA, Impuesto sobre Sociedades e Impuestos Especiales), por mayores rentas (IRPF) y por mayores contribuciones a la seguridad social gracias al empleo originado y los consecuentes menores gastos en prestaciones por desempleo (de Aguiar et al., 2012).

Por último, en un estudio realizado en Australia (Darcy et al., 2008) se estimó que los turistas con discapacidad, entre 2003 y 2004, gastaron entre 8.034,68 y 11.980,272 millones de dólares y contribuyeron entre un 12,27% y un 15,60% al Valor Añadido Bruto del turismo total, entre un 11,02% y un 16,41% al PIB turístico y entre un 11,6% y un 17,3% a la creación de empleos directos.

Además de este impacto económico y de los beneficios sociales y económicos analizados a lo largo del presente apartado, existen **otros aspectos positivos** relacionados con el turismo en general, como la conservación del medio ambiente gracias al ecoturismo (Richardson, 1993) o el mantenimiento de las costumbres a pesar de la globalización (Cohen y Kennedy, 2000). Estos beneficios no entran

dentro del objeto del presente estudio por lo que simplemente se han mencionado pero no se van a detallar en profundidad.

Lo expuesto a lo largo de los dos puntos anteriores refleja, por un lado, la diversidad de beneficios personales, sociales y económicos relacionados con el Turismo Social Accesible y, por otro lado, la escasez de estudios científicos al respecto. Concretamente, no existen análisis detallados que cuantifiquen el impacto del turismo en sus usuarios/as, ni estudios sobre la rentabilidad de este turismo para empresarios/as y Gobiernos, ni sobre el impacto económico concreto en la reducción del gasto del Estado al promocionar estas actividades.

1.2.3. Impactos negativos del turismo en general

A pesar de los beneficios estudiados en los sub-apartados anteriores, el turismo en general también se ha relacionado con efectos negativos para los destinos turísticos y, en ocasiones, para los propios turistas. Así, la actividad turística puede aportar instrumentos para el mantenimiento, renovación o construcción de expresiones culturales pero, del mismo modo, puede colaborar en procesos en los que las formas de vida locales degeneren en organizaciones comerciales para satisfacer las necesidades de los turistas y que suponen su hundimiento o su banalización (Amer, 2009; Archer et al., 2012). La repercusión que ejerza el turismo sobre las sociedades receptoras depende del volumen y perfil de los turistas (Amer, 2009; Archer et al., 2012). Esta repercusión es más intensa en contextos como islas o Estados pequeños con dos características principales: (i) una dependencia económica casi exclusiva del turismo y (ii) un ritmo de cambio muy rápido (Amer, 2009).

En este sentido, el clima, la vegetación, el entorno físico, el diseño arquitectónico, etc. sufren cambios importantes como consecuencia de la adaptación de los entornos al turismo. Por ejemplo, los bosques se han reducido para construir pistas de patinaje, con los consecuentes daños en erosión, inundaciones, etc.; las zonas de playa son cada vez más extensas con las consecuentes pérdidas de entornos vírgenes para la fauna y flora de la zona, etc. Además, los turistas son frecuentemente culpables de contribuir al deterioro del entorno, descuidando el mismo o arrancando flora.

Así, el turismo y los viajes contribuyen al cambio climático emitiendo aproximadamente el 5% de las emisiones de dióxido de carbono a nivel mundial. El transporte de los turistas hasta y en los destinos representa el 75% de todas las emisiones de dióxido del sector turístico. Al mismo tiempo, las previsiones establecen que bajo un escenario "usual" las emisiones de carbono en el sector turístico global aumentarán un 130% en 2035, atribuyendo la mayoría de estas

emisiones al transporte aéreo (World Tourism Organisation, 2009). Por otro lado, el turismo se ha relacionado con la creación de desigualdades en regiones y clases sociales (Amer, 2009), en particular, ofreciendo incentivos económicos para las zonas de costa y en detrimento de las zonas rurales (Archer et al., 2012). Por último, los turistas son susceptibles de caer víctimas de robos, y en casos extremos, el crimen, la prostitución, el juego y el tráfico de drogas son importados a zonas turísticas desde otras regiones cambiando significativamente los entornos tradicionales del destino (Brunt et al. 2000; Archer et al., 2012). Al mismo tiempo, la falta de higiene en ciertas zonas puede contribuir a la difusión de enfermedades (Archer et al., 2012).

No obstante, estos impactos negativos reciben cada vez más atención por parte de las entidades turísticas y de los propios turistas que buscan un turismo sostenible definido como el turismo que tiene plenamente en cuenta las repercusiones actuales y futuras, económicas, sociales y medioambientales para satisfacer las necesidades de los visitantes, de la industria, del entorno y de las comunidades anfitrionas (Organización Mundial del Turismo, 2012). Por tanto, la gestión sostenible del turismo se aplica a todas las formas de turismo y abarca aspectos medioambientales, económicos y socioculturales. Así, el turismo sostenible busca un equilibrio entre estas tres dimensiones para garantizar su sostenibilidad a largo plazo. En este sentido, su gestión exige la participación de todos los agentes de la cadena del sector turístico y un liderazgo político.

2.- El Turismo Social Accesible como estrategia de política social

La utilización del turismo como política social ha sido discutida en los estudios que han relacionado la participación en el turismo con beneficios relevantes en la salud e integración social de grupos socialmente excluidos (Minnaert y Schapmans, 2009). Por ello, y debido a que el turismo es una práctica social que engloba diversas actividades físicas, cognitivas y de relaciones sociales, puede utilizarse como medida de prevención de situaciones de dependencia en edades avanzadas, estrategia que se pretende justificar con la presente tesis doctoral. Además, su potenciación conlleva beneficios económicos para los agentes turísticos, tal y como se ha visto en el apartado anterior y como demuestra el hecho que el Turismo Social Accesible haya sido considerado elemento central de la estrategia de Lisboa como medida de sostenibilidad y recuperación del sector. En el nuevo contexto político Europa 2020, basado en un crecimiento inteligente, sostenible e inclusivo, las características del turismo hacen que sea un sector clave para la promoción de

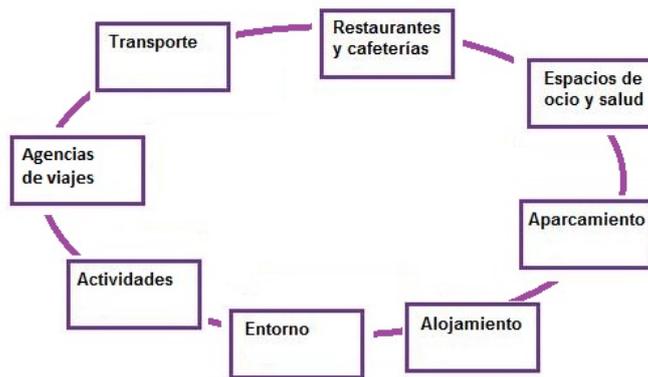
este crecimiento. De hecho, se reconoce el turismo como una de las prioridades bajo la temática *Política Industrial en la Era de la Globalización* (Ministry for Business and Labour, 2011).

Por todo ello, el presente apartado trata de justificar la utilización del Turismo Social Accesible como herramienta de Política Social para posteriormente analizar su promoción como estrategia de envejecimiento activo y saludable, a la vez que se potencia la competitividad del sector turístico, aspecto que constituye el objetivo teórico de la presente tesis doctoral. Consecuentemente, este apartado se centra sólo en las personas mayores y no en el resto de grupos a los que se dirige el Turismo Social Accesible, aunque en ocasiones se hace referencia a las personas con discapacidad por cuestiones de accesibilidad al entorno construido que también son beneficiosas para las personas mayores. En este sentido, este apartado ofrece una visión del posible uso del turismo como Política Social, de las políticas actuales en este campo y de las iniciativas dirigidas a la promoción del turismo para las personas mayores.

2.1.- La potencialidad del turismo como estrategia de Política Social

Europa es la zona turística más importante a nivel mundial como destino y como recurso (Eurostat, 2008), englobando la mayor densidad y diversidad de atracciones turísticas (Jonckers, 2005). Consecuentemente, en la Unión Europea el turismo es una actividad económica relevante (Eurostat, 2012b) que juega un papel importante por su potencial económico, de empleo y de desarrollo e integración de zonas subdesarrolladas (Eurostat, 2011a). De hecho, tal y como se ha mencionado anteriormente, el turismo representa más del 5% del PIB de la UE-27 y emplea entre 12 y 14 millones de personas (Eurostat, 2012b). En España, la actividad turística representa alrededor de un 10% del PIB empleando en 2011 a un 12% aproximadamente de las personas ocupadas, siendo esta ocupación superior al 25% en economías regionales como las insulares (Instituto de Estudios Turísticos, 2012). Además, el turismo es un sector transversal ya que envuelve diferentes ramas de la economía, desde hoteles y restaurantes hasta transportes e infraestructuras (Eurostat, 2011a), lo que se conoce como la cadena del sector turístico (Figura 3).

Figura 3: Cadena de la oferta del sector turístico.



Fuente: Ferri (2011).

Además, en relación a los beneficios señalados a lo largo del apartado anterior, el turismo es más que una industria: es una fuerza social (Higgins-Desbiolles, 2006). En los años 90, varios analistas, pertenecientes a perspectivas sociales, psicológicas y antropológicas, reconocieron el poder del turismo como fuerza social (Barnard y Spencer, 1998; Graburn, 1989; Krippendorf, 1987). Este reconocimiento se menciona en la Declaración de Manila que establece en su artículo 14: “El turismo moderno nace de la aplicación de esa política social que condujo a la obtención por los trabajadores de vacaciones anuales pagadas, lo cual equivale a la vez al reconocimiento de un derecho fundamental del ser humano al descanso y al ocio. Ha llegado a ser un factor de equilibrio social, de conocimiento mutuo entre los hombres y los pueblos, y de perfeccionamiento individual. El turismo ha adquirido además de sus conocidas dimensiones cuantitativas, una dimensión cultural y moral que es necesario favorecer y proteger contra los desajustes negativos debidos a factores económicos. Por consiguiente, los poderes públicos y los operadores técnicos deberían participar en el desarrollo del turismo con la formulación de líneas directrices que tiendan a estimular las inversiones apropiadas” (World Tourism Organisation, 1980).

Así, la capacidad del turismo para contribuir a objetivos sociales fue reconocida con el nacimiento del turismo moderno (Higgins-Desbiolles, 2011). Por ello, el Turismo Social Accesible puede incorporarse en las Políticas Sociales como herramienta para promocionar un envejecimiento activo, y de hecho, en España el *Programa de Vacaciones para la tercera edad*, y otros del mismo tipo como los *Programas de Termalismo*, se promocionan desde el área de Política Social del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y no desde el Ministerio de Industria, Energía y Turismo. No obstante, la marketización del turismo ha dejado de lado la capacidad del turismo como fuerza social y ha dado como resultado una visión reducida de sus capacidades (Higgins-Desbiolles, 2006). En este sentido, el Turismo

Social Accesible es uno de los pocos tipos de intervención social que puede conllevar un gran rango de efectos a corto plazo. Según Minnaert y Schapmans (2009), comparado con el coste de otras medidas sociales que persiguen los mismos objetivos, el Turismo Social Accesible puede verse como una medida eficiente.

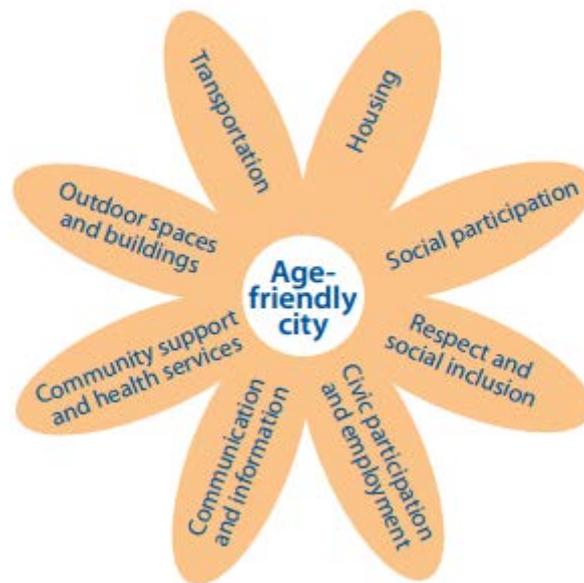
Por otro lado, la actual crisis económica ha tenido un impacto negativo en el sector turístico (World Tourism Organisation, 2011). A pesar de que el sector se está recuperando lentamente (Market Intelligence Group, 2012), y disfrutar de unas vacaciones sigue siendo parte de la vida de los europeos, el sector debe enfrentarse a una serie de retos si desea mantener su posición de liderazgo (Jonckers, 2005). Con este propósito, la Comisión Europea promulgó en 2006 la Comunicación "Una nueva política turística en la UE: hacia una mayor colaboración en el turismo europeo" que señalaba los siguientes retos del sector turístico: el envejecimiento de la población, la creciente competencia externa, la demanda más especializada de los clientes y la necesidad de desarrollar prácticas más sostenibles y amigables con el medioambiente (Commission of the European Communities, 2006). En esta misma línea, la Comisión Europea detectó una serie de retos, que constituyen a la vez oportunidades, en su comunicación "Europa, primer destino turístico del mundo: un nuevo marco político para el turismo Europeo" entre los que destacan: la crisis que conlleva una menor demanda turística, una competencia cada vez más acusada y el envejecimiento de la población que hace que se deban incluir sus necesidades específicas en la oferta de servicios (Comisión Europea, 2010a).

En este sentido, los Estados Miembros deberían promocionar una **Política de Turismo Social**, definida como la política cuyo objetivo es incrementar la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos haciendo el turismo accesible a las personas con necesidades especiales, al mismo tiempo generando beneficios sociales y de salud para sus usuarios/as e impactando en la eficiencia de los sistemas sociales y sanitarios (Garcés y Ferri, 2012). Para ello, los Gobiernos deben responder a las necesidades y requisitos de las personas mayores en su acceso al turismo. Así, el hecho de que las personas mayores se impliquen en actividades de ocio y/o turísticas supone que estas respondan a unas características adaptadas a sus necesidades y requerimientos (Espejo et al., 1998). También la calidad del entorno y del alojamiento, establecimiento o restaurante es un aspecto valorado por las personas mayores (Villar, 1999).

En la actualidad, una mayor concienciación social hacia el Turismo Social Accesible unida a los beneficios que aporta este tipo de turismo y la promulgación de diversas normativas al respecto, han provocado que en estos últimos años la accesibilidad de los equipamientos, recursos culturales y naturales y servicios turísticos haya

comenzado a ser abordada por el sector turístico a nivel Europeo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los entornos físicos y sociales son aspectos claves para que las personas puedan permanecer sanas, independientes y autónomas con la edad. Así, con la construcción de entornos amigables con la edad se pueden eliminar barreras y empoderar a las personas mayores a envejecer con mayor salud física y mental, promocionando su inclusión social y participación y ayudándoles a mantener una buena calidad de vida (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2012). En esta línea, la Organización Mundial de la Salud definió 8 dominios para la construcción de ciudades amigables (Figura 4), aplicables todos ellos a los destinos turísticos: transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información, apoyo de la comunidad y servicios sociales, y edificios y espacios al aire libre.

Figura 4: Áreas de una ciudad amigable con la edad.



Fuente: WHO (2007).

No obstante, y a pesar de los esfuerzos realizados en favor del derecho a la igualdad de trato en el ocio y en el turismo todavía queda mucho por hacer para lograr que las personas mayores puedan acceder a los destinos turísticos en las mismas condiciones que el resto de la población (Fernández, 2007). En esta línea, el siguiente sub-apartado muestra un análisis de las políticas públicas en accesibilidad.

2.2.- Políticas públicas en accesibilidad

Los estudios comparativos sobre legislación en materias de discapacidad señalan que solo 45 países cuentan con leyes específicas relacionadas con la discapacidad (Naciones Unidas, 2010). De entre ellas, a continuación se recoge la normativa a nivel europeo, nacional y regional que aborda temas de accesibilidad relacionada con el turismo así como criterios estandarizados en este campo.

2.2.1. Normativa

2.2.1.1. Normativa a nivel europeo

Muy pocos Estados Miembros disponen de legislación específica para la promoción del Turismo Social Accesible (Ramboll Management Consulting et al., 2010). En muchos casos existe una relación directa, especialmente, dirigida a facilitar la accesibilidad de las construcciones turísticas. En otros casos, la normativa se enfoca a aspectos fiscales que impactan en los servicios ofrecidos. De hecho, la mayoría de las políticas relacionadas con turismo están concebidas y reguladas a nivel individual de los 27 Estados Miembros y no a nivel Europeo (Ambrose, 2012). No obstante, la Comisión Europea adoptó una estrategia general para crear una Europa sin barreras para las personas con discapacidad en 2010 (Europa.eu, 2010). Esta estrategia se centra en la eliminación de barreras. Para ello, la Comisión Europea ha identificado los siguientes 8 ámbitos primordiales de actuación: accesibilidad, participación, igualdad, empleo, educación y formación, protección social, sanidad y acción exterior (Comisión Europea, 2010b). A continuación se enumeran las resoluciones y reglamentos más relevantes a nivel europeo que afectan a la accesibilidad del turismo según sus ámbitos de aplicación:

Instalaciones:

- RESOLUCIÓN del Consejo de 6 de mayo de 2003 sobre la accesibilidad de las infraestructuras y las actividades culturales para las personas con discapacidad.

Accesibilidad electrónica:

- RESOLUCIÓN del Consejo de 6 de febrero de 2003 sobre accesibilidad electrónica para mejorar el acceso de las personas con discapacidad a la sociedad del conocimiento.

Medios de transporte:

- COMUNICACIÓN de la Comisión, de 7 de agosto de 2008, sobre el alcance de la responsabilidad de las compañías aéreas y los aeropuertos en caso de

destrucción, daños o pérdida de equipos de movilidad de pasajeros aéreos con movilidad reducida en el transporte.

- REGLAMENTO del Parlamento Europeo y del Consejo 1.371/2007, de 23 de octubre, sobre los derechos y obligaciones de los viajeros de ferrocarril, que recoge, en su considerando décimo, las condiciones que el transporte por ferrocarril debe reunir para facilitar la accesibilidad de personas con discapacidad.
- REGLAMENTO (CE) 1.107/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de julio de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad o movilidad reducida en el transporte aéreo.
- REGLAMENTO 261/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2004, por el que se establecen normas comunes sobre compensación y asistencia a los pasajeros aéreos en caso de denegación de embarque y de cancelación o gran retraso de los vuelos, y se deroga el Reglamento (CEE) no 295/91.
- DIRECTIVA 2001/85/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, que entró en vigor en Febrero de 2004 y que especifica en su Anexo 7 las condiciones de accesibilidad que deben reunir los autobuses.

2.2.1.2. Normativa a nivel nacional

El ordenamiento jurídico español carece de una regulación específica sobre Turismo Social Accesible. No obstante, existe una abundante normativa sectorial que hace expresa mención a la accesibilidad (Santos, 2010). Así, en cumplimiento del artículo 49 de la Constitución que establece que *"Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran y los amparará especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos"*, se publica la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos (en adelante, LISMI) como marco general para recoger los derechos y deberes de las personas con discapacidad y todo un amplio catálogo de Leyes, Decretos, Órdenes Ministeriales, que recogen los requisitos de accesibilidad en diferentes ámbitos. A continuación se enumeran los más relevantes por área temática:

Instalaciones:

- ORDEN VIV/561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados.

- REAL DECRETO 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.
- ORDEN PRE/446/2008, de 20 de febrero, por la que se determinan las especificaciones y características técnicas de las condiciones y criterios de accesibilidad y no discriminación establecidos en el Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo.
- REAL DECRETO 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado.
- REAL DECRETO 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones entre otros.
- REAL DECRETO 57/2005, de 21 de enero, por el que se establecen prescripciones para el incremento de la seguridad del parque de ascensores existente.
- LEY 40/2002, de 14 de noviembre, reguladora del contrato de aparcamiento de vehículos.

Medios de transporte:

- REAL DECRETO 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad.
- REAL DECRETO 1036/2004, de 7 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1247/1999, de 16 de julio, sobre reglas y normas de seguridad aplicables a los buques de pasaje que realicen travesías entre puertos españoles.
- LEY 21/2003, de 7 de julio, de Seguridad Aérea.
- LEY 39/2003, de 17 de noviembre, del Sector Ferroviario.

Accesibilidad electrónica:

- REAL DECRETO 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.

Otros:

- LEY 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
- REAL DECRETO 3250/1983, de 7 de diciembre, por el que se regula el uso de perros-guía para deficientes visuales.

Del listado anterior se desprende que existe en nuestro país un marco legislativo que trata de promover un entorno accesible para todos desde distintos órganos nacionales. Adicionalmente, existen varios documentos oficiales publicados por Gobiernos y organizaciones que tratan de servir de informe o guía sobre algún tema en concreto. Entre los que tratan el área de la accesibilidad destacan:

1. Libro Blanco de Accesplan (Alonso, 2003).
2. Libro Verde de la Accesibilidad en España: Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras publicado por el IMSERSO (Alonso et al., 2002).
3. Los distintos planes de accesibilidad de carácter nacional, autonómico y local que coexisten en nuestro país, como el Plan de Accesibilidad de Vitoria-Gasteiz (Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 2013).
4. Plan de Accesibilidad Universal de Renfe (Renfe, 2010).

2.2.1.3. Normativa a nivel regional

La Constitución Española establece en su artículo 148.1.18 como competencia de las Comunidades Autónomas la de promoción y ordenación del turismo en su ámbito territorial. Por ello, el turismo se considera una competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas habiendo asumido todas ellas dicha competencia desde la primera redacción de los Estatutos de Autonomía. Como consecuencia, la competencia estatal en materia de turismo tiene carácter residual y es punto de referencia a fin de establecer unos determinados principios rectores que pretenden principalmente garantizar la igualdad de los ciudadanos en todo el Estado. No obstante, aquellas competencias que no hayan sido asumidas por las Comunidades Autónomas son asumidas por el Estado (Santos, 2010).

Dada la dispersión normativa y la falta de reglamentación específica en accesibilidad turística, a continuación se enumera la normativa relacionada con el Turismo Social Accesible para cada Comunidad Autónoma. En el listado se

enumeran normas de accesibilidad con repercusión en el ámbito turístico así como normas de no discriminación y de igualdad de oportunidades.

Andalucía

- DECRETO 72/92 de 5 de mayo, de la Consejería de la Presidencia, por el que se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte de Andalucía.
- DECRETO 133/92 de 21 de julio, de la Consejería de la Presidencia, por el que se establece el régimen transitorio en la aplicación de Decreto 72/92, de 5 de mayo, por el que se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte de Andalucía.
- ORDEN del 3 de mayo de 1995, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se crea una Comisión Técnica dependiente de la Comisión de Accesibilidad y Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y del Transporte en Andalucía.
- DECRETO 298/95 de 26 de diciembre, de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, por la que se aprueban los criterios para la adaptación de edificios, establecimientos e instalaciones de la Junta de Andalucía y sus empresas públicas al Decreto 72/92 de 5 de mayo.
- DECRETO 47/2004, de 10 de febrero, de establecimientos hoteleros.
- DECRETO 261/2007, de 16 de octubre, por el que se aprueba el Plan General del Turismo Sostenible de Andalucía 2008-2011.
- DECRETO 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía.
- DECRETO Ley 3/2009, de 22 de diciembre, por el que se modifican diversas leyes para la transposición en Andalucía de la Directiva 2006/123/CE, de 12 de diciembre de 2006, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a los servicios en el mercado interior.
- DECRETO 194/2010, de 20 de abril, de establecimientos de apartamentos turísticos.
- ACUERDO de 3 de mayo de 2011, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la Estrategia Andaluza de Sostenibilidad Urbana.
- ORDEN de 9 de enero de 2012, por la que se aprueban los modelos de fichas y tablas justificativas del Reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el

transporte en Andalucía, aprobado por el Decreto 293/2009, de 7 de julio, y las instrucciones para su cumplimentación.

Aragón

- DECRETO 126/1989, de 17 de octubre, de la diputación general de Aragón, por el que se crea la comisión interdepartamental para la supresión de barreras arquitectónicas.
- DECRETO 89/1991, de 16 de abril, de la Diputación General de Aragón para la Supresión de Barreras.
- ORDEN de 13 de mayo de 1991, del departamento de Sanidad, Bienestar Social y trabajo, por la que se establece un sistema de información y asesoramiento sobre las cuestiones de orden técnico que se planteen en la aplicación del decreto 89/1991, de 16 de abril de la diputación general de Aragón, para la supresión de barreras arquitectónicas.
- LEY 5/1995, de 6 de abril, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras.
- LEY 3/1997, de 7 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.
- DECRETO 19/1999, de 9 de febrero, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transporte y de la comunicación.
- DECRETO 108/2000, de 29 de Mayo, del Gobierno de Aragón, de modificación del decreto 19/1999, de 9 de febrero, del gobierno de Aragón, por el que se regula la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transportes y de la comunicación.

Asturias

- LEY 5/1995, de 6 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras.
- DECRETO 37/2003, de 22 de mayo, Aprueba el Reglamento de la Ley del Principado de Asturias 5/1995, de 6-4-1995 (LPAS 1995\87), de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras, en los ámbitos urbanístico y arquitectónico.

Islas Baleares

- LEY 3/1993, de 4 de mayo, para la Mejora de la Accesibilidad y de la Supresión de Barreras Arquitectónicas.

- DECRETO 96/94 de 27 de julio, de la Consellería de Obras Públicas y Ordenación del Territorio por el que se aprueba el Reglamento para la mejora de la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas.
- DECRETO 20/2003, de 28 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de supresión de barreras arquitectónicas.
- DECRETO 110/2010, de 15 de octubre, Aprueba el Reglamento para la mejora de la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas.
- DECRETO 94/2011, de 16 de septiembre, por el cual se modifica el Decreto 110/2010, de 15 de octubre, por el cual se aprueba el Reglamento para la mejora de la accesibilidad y la supresión de las barreras arquitectónicas.
- LEY 8/2012, de 19 de julio, del Turismo de las Illes Balears.
- ORDEN del consejero de Agricultura, Medio Ambiente y Territorio de 1 de octubre de 2012 por el cual se despliega el procedimiento para conceder exenciones del cumplimiento del Reglamento para la mejora de la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas.

Islas Canarias

- LEY 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.
- DECRETO 227/1997, de 18 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 8/95, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.
- ORDEN de 5 de octubre 1998, Regula el otorgamiento y utilización del Símbolo Internacional de Accesibilidad.
- DECRETO 148/2001, de 9 de julio, Modifica el Decreto 227/1997, de 18-9-1997, de Reglamento de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación.

Cantabria

- DECRETO 61/1990, de 6 de junio, de Evitación y Supresión de Barreras Arquitectónicas y Urbanísticas de Cantabria.
- LEY 3/1996, de 24 de septiembre, sobre Accesibilidad y Supresión de barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.

Castilla La Mancha

- DECRETO 71/85, de 9 de julio, sobre eliminación de barreras arquitectónicas.
- LEY 1/1994, de 24 de mayo, de Accesibilidad y Supresión de Barreras en Castilla - La Mancha.

- DECRETO 25/96 de 27 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Consejo Regional de Accesibilidad.
- ORDEN de 22 de mayo de 1996, de la Consejería de Bienestar Social por la que se desarrolla el decreto 25/96 de 27 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Consejo Regional de Accesibilidad.
- DECRETO 158/1997, de 2 de diciembre, Código de Accesibilidad.
- ORDEN de 2 de marzo 1998, Regula la acreditación de establecimientos, instalaciones y vehículos de transporte público accesibles.
- ORDEN de 28 de mayo 2008, establece los parámetros exigibles a los ascensores para que reúnan la condición de accesibles en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Castilla y León

- LEY 3/1998, de 24 de junio, de accesibilidad y supresión de barreras.
- DECRETO 100/00 de 4 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por el que se aprueba el reglamento de la Comisión asesora para la accesibilidad y la supresión de barreras de Castilla y León.
- DECRETO 100/00 por el que se aprueba el reglamento de la Comisión Asesora para la accesibilidad y la supresión de barreras en Castilla y León.
- DECRETO 217/2001, de 30 de agosto, Aprueba el Reglamento de accesibilidad y supresión de barreras.

Cataluña

- DECRETO 100/84 sobre supresión de barreras arquitectónicas.
- LEY 20/1991, de 25 de noviembre, de Promoción de la Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- DECRETO 256/92 de composición del Consejo asesor de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.
- ORDEN de Departamento de Bienestar Social de aprobación del Reglamento de régimen interno del Consejo para la promoción de la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas.
- DECRETO Legislativo 6/1994, de 13 de julio, Adecua la Ley 20/1991, de 25-11-1991 (LCAT 1991\479), de promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas a Ley 30\1992, de 26-11-1992 (RCL 1992\2512, 2775 y RCL 1993\246), de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

- DECRETO 135/1995, de 24 de marzo, de Desarrollo de la Ley 20/91, de 25 de noviembre, de Promoción de la Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas y de aprobación del Código de Accesibilidad.
- LEY 9/2003, de 13 de junio, de la movilidad.
- LEY 19/2009, de 26 de noviembre, de acceso al entorno de las personas acompañadas de perros de asistencia de Cataluña.
- ORDEN ASC/573/2010, de 3 de diciembre, de Desarrollo parcial de la Ley 19/2009, de 26-11-2009, del acceso al entorno de las personas acompañadas de perros de asistencia.

Comunidad Valenciana

- DECRETO 193/88 de 12 de diciembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueban las normas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.
- LEY 1/1998, de 5 de mayo, de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas y de la comunicación.
- DECRETO 5/00 del Gobierno Valenciano, por el que se crea la Comisión interdepartamental para la integración Social de las Personas con Discapacidad.
- DECRETO 39/2004, de 5 de marzo, desarrolla la Ley 1/1998, de 5-5-1998, de la Generalitat, en materia de accesibilidad en la edificación de pública concurrencia y en el medio urbano.
- ORDEN de 25 de mayo 2004, desarrolla el Decreto 39/2004, de 5-3-2004 (LCV 2004\76), del Gobierno Valenciano en materia de accesibilidad en la edificación de pública concurrencia.
- ORDEN de 9 de junio 2004, Desarrolla el Decreto 39/2004, de 5-3-2004 (LCV 2004\76), del Consell de la Generalitat, en materia de accesibilidad en el medio urbano.
- RESOLUCIÓN de 17 de diciembre de 2008, del director general de Relaciones con Les Corts y Secretariado del Consell, de la Conselleria de Presidencia, por la que se dispone la publicación del convenio de colaboración entre el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Generalitat, para el desarrollo de un programa de accesibilidad en las líneas regulares de autobuses interurbanos de la Comunitat Valenciana.
- DECRETO 151/2009, de 2 de octubre, por el que se aprueban las exigencias básicas de diseño y calidad en edificios de vivienda y alojamiento.
- LEY 9/2009, de 20 de noviembre, de Accesibilidad Universal al Sistema de Transportes de la Comunitat Valenciana (DOGV 07/10/09).

Extremadura

- LEY 8/1997, de 18 de junio, de Promoción de la Accesibilidad en Extremadura.
- DECRETO 153/97 de 22 de diciembre de la Consejería de Obras Públicas y Transportes por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de promoción de la accesibilidad en Extremadura.
- LEY 6/2002, de 27 de junio, Medidas de apoyo en materia de autopromoción de viviendas, accesibilidad y suelo.
- DECRETO 8/2003, de 28 de enero, por el que se aprueba el reglamento de la Ley de promoción de la accesibilidad en Extremadura.

Galicia

- DECRETO 81/87 de 26 de marzo, sobre movilidad y accesibilidad de los minusválidos en los edificios dependientes de la Xunta de Galicia.
- DECRETO 268/1992 de accesibilidad y eliminación de barreras.
- LEY 5/96 de 6 de junio de la Presidencia, sobre al acceso al entorno de las personas con deficiencia visual.
- LEY 8/1997, de 20 de agosto, de Accesibilidad y Eliminación de Barreras.
- DECRETO 35/2000, de 28 de enero, de accesibilidad y eliminación de barreras.
- DECRETO 66/2001, de 22 de marzo, Determina la documentación relativa a la justificación del cumplimiento de la normativa de accesibilidad y de prevención y protección contra incendios que deberán aportar los interesados en los procedimientos de autorizaciones turísticas.
- LEY 10/2003, de 26 de diciembre, sobre el acceso al entorno de personas con discapacidad acompañadas de perros de asistencia.
- Decreto 74/2013, de 18 de abril, por el que se modifica el Decreto 35/2000, de 28 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo y ejecución de la Ley de accesibilidad y supresión de barreras en la Comunidad Autónoma de Galicia, para su adaptación a la Directiva 95/16/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de junio, sobre aproximación de las legislaciones de los Estados miembros relativas a ascensores.

La Rioja

- DECRETO 38/88 sobre eliminación de barreras arquitectónicas.
- DECRETO 21/1989, de 7 de abril, por el que se modifica Decreto 38/88, de 16 de septiembre, sobre Eliminación de Barreras Arquitectónicas.

- DECRETO 12/91 de 18 de abril de la Consejería de Obras Públicas y Urbanismo, por el que se modifica el Decreto 38/88 de 16 de septiembre sobre eliminación de barreras arquitectónicas.
- LEY 5/1994, de 19 de julio, de Supresión de Barreras Arquitectónicas y Promoción de la Accesibilidad.
- DECRETO 19/2000, de 28 de abril, de accesibilidad en barreras urbanísticas y arquitectónicas.
- LEY 1/2000, de 31 de mayo, de perros guía acompañantes de personas con deficiencia visual.
- DECRETO 2/2005, de 28 de enero, por el que se aprueba el reglamento técnico sanitario de piscinas e instalaciones acuáticas de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Comunidad de Madrid

- LEY 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- DECRETO 138/1998, de 23 de julio, de especificaciones técnicas de la Ley 8/1993.
- LEY 23/1998, de 21 de diciembre, de acceso de las personas ciegas o con deficiencia visual usuarias de perros guía.
- DECRETO 13/2007, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

Murcia

- DECRETO 39/1987, 4 de junio, sobre Supresión de Barreras Arquitectónicas
- ORDEN de 15 de octubre de 1991, de la Consejería de Política Territorial, Obras Públicas y Medio Ambiente, sobre Accesibilidad de Espacios Públicos y Edificación.
- LEY 5/1995, de 7 de abril, de Condiciones de Habitabilidad en edificios de viviendas y de Promoción de la accesibilidad general.

Navarra

- DECRETO FORAL 74/1987, de 6 de marzo, sobre Eliminación de Barreras Arquitectónicas en obras y construcciones propias o subvencionadas por la Administración de la Comunidad Foral.
- LEY FORAL 4/88 sobre barreras físicas y sensoriales.

- DECRETO FORAL 250/1988, de 6 de octubre, Creación de la Comisión Interdepartamental de Barreras Físicas y Sensoriales.
- DECRETO FORAL 154/1989, de 29 de junio, por el que se aprueba el Reglamento para el Desarrollo y Aplicación de la Ley Foral 4/88, de 11 de julio, sobre Barreras Físicas y Sensoriales.
- DECRETO FORAL 57/1990, de 15 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento para la Eliminación de Barreras Físicas y Sensoriales en los Transportes.
- LEY FORAL 7/1995, de 4 de abril, reguladora del régimen de libertad de acceso, deambulación y permanencia en espacios abiertos y otros delimitados, correspondientes a personas con disfunción visual o severa y ayudadas por perros guía.
- DECRETO FORAL 4040/95 de 25 de septiembre, pro el que se modifica parcialmente el Decreto Foral 250/88 de 6 de Octubre, por el que se crea la Comisión interdepartamental de barreras físicas y sensoriales.
- LEY FORAL 5/2010, de 6 de abril, de accesibilidad universal y diseño para todas las personas de Navarra.

País Vasco

- DECRETO 59/1981, de 23 de marzo, sobre normativa para la supresión de barreras urbanísticas.
- DECRETO 16/83, de 19 de diciembre, sobre normativa para la supresión de barreras arquitectónicas.
- LEY 20/97, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad.
- DECRETO 68/2000, de 11 de abril, por el que se aprueban las normas sobre accesibilidad de los entornos urbanos, edificaciones e información y comunicación.
- ORDEN de 30 de junio, de la Consejería de Industria, Comercio y Turismo por la que se establecen medidas tendentes a promover el acceso universal de todos los ciudadanos a la oferta turística vasca.
- DECRETO 126/2001, de 10 de julio, aprueba las Normas Técnicas sobre Condiciones de Accesibilidad en el Transporte.
- DECRETO 42/2005, de 1 de marzo, Modifica el Decreto 68/2000, de 11-4-2000 (LPV 2000\223), que aprueba las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación.

Ceuta

- ORDENANZA para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas, del transporte y de la comunicación.

Melilla

- DECRETO del consejo de Gobierno por el que se adscribe a la junta arbitral de consumo de la ciudad autónoma de Melilla, la Junta Arbitral de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal.
- DECRETO de la Presidencia relativo a ordenanza de accesibilidad y eliminación de barreras Arquitectónicas en la Ciudad de Melilla, y la ORDENANZA de accesibilidad y eliminación de barreras en la Ciudad Autónoma de Melilla.

Este exhaustivo listado muestra que todas las Comunidades Autónomas han legislado en temas relacionados con la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas. Todas ellas han promulgado un decreto o ley de carácter general y otras han publicado normativas sobre aspectos dirigidos a determinadas instalaciones, como en el caso de Andalucía con dos decretos específicos uno para hoteles y otro para apartamentos turísticos. Algunas Comunidades han creado un órgano de asesoramiento o promoción de la accesibilidad, como es el caso de Aragón donde se crea en 1989 la comisión interdepartamental para la supresión de barreras arquitectónicas.

2.2.1.4. Normas y criterios consensuados

Además de las leyes que a nivel regional, nacional y europeo rigen la accesibilidad de los distintos espacios que conforman la cadena del sector turístico, existen normas y criterios consensuados comúnmente aceptados como es el caso de las Normas UNE. Las Normas UNE son unas normas de aplicación voluntaria que contienen especificaciones técnicas. Estas normas son elaboradas por AENOR, entidad legalmente responsable de su desarrollo (Aenor, 2012). Concretamente, en el área de accesibilidad destacan las siguientes:

1. Norma UNE 139802:2012. Requisitos de accesibilidad para contenidos web.
2. Norma UNE 41524:2010. Accesibilidad en la edificación. Reglas generales de diseño de los espacios y elementos que forman el edificio. Relación, dotación y uso.
3. Norma UNE 170002:2009 ERRATUM. Requisitos de accesibilidad para la rotulación.

4. Norma 139802:2009. Requisitos de accesibilidad del software.
5. Norma UNE 200007:2007 IN. Accesibilidad en las interfaces de las instalaciones eléctricas de baja tensión.
6. Norma UNE 170001-1:2007 sobre accesibilidad universal (criterios DALCO).
7. Norma UNE 139803:2004 sobre accesibilidad a contenidos Web.
8. Norma UNE 139801:2003 sobre requisitos de accesibilidad al ordenador (Hardware).
9. Norma UNE 139802:2003 sobre requisitos de accesibilidad al ordenador (Software).
10. Norma UNE 41520:2002. Accesibilidad en la edificación. Espacios de comunicación horizontal.
11. Norma UNE 41501:2002. Símbolo de accesibilidad para la movilidad. Reglas y grados de uso.
12. Norma UNE 41510:2011. Accesibilidad en el urbanismo.
13. Norma UNE 41522:2001. Accesibilidad en la edificación. Acceso a los edificios.
14. Norma UNE 41523:2001. Accesibilidad en la edificación. Espacios higiénico-sanitarios.
15. Norma UNE 41500:2001 IN. Accesibilidad en la edificación y el urbanismo. Criterios generales de diseño.
16. Norma UNE 41512:2001. Accesibilidad en las playas y su entorno.
17. Norma UNE 41513:2001. Itinerarios urbanos accesibles en casos de obras de calle.

2.2.2 Actuaciones encaminadas a promocionar y asegurar el Turismo Social Accesible para personas mayores

Esta sección ofrece una visión generalizada de las actuaciones que se están llevando a cabo hasta junio de 2013 en el ámbito del Turismo Social Accesible a nivel Europeo, nacional y regional, por entidades públicas, privadas y asociaciones sin ánimo de lucro dirigido en especial a personas mayores. A este respecto, los límites cronológicos temporales para definir el grupo de personas mayores están, cuanto menos, cuestionados (Fundación General CSIC, 2010). En España, el IMSERSO entiende por persona mayor aquella persona con una edad a partir de los 65 años, por ser la edad de jubilación tradicional. Del mismo modo la Organización

Mundial de la Salud (OMS) utiliza categorías que empiezan desde los 65 años. No obstante, la ONU ha fragmentado las edades desde los 60 años y por otro lado, en países en vías de desarrollo, la tercera edad puede considerarse funcionalmente a los 40 o 50 años. En el ámbito de este trabajo se define como persona mayor las personas con una edad igual o superior a los 65 años, tal y como se entiende a nivel nacional. Sin embargo, para las iniciativas que se van a mostrar a continuación se han tenido en cuenta todas aquellas que dicen dirigirse a la tercera edad.

2.2.2.1. Actuaciones a nivel europeo

El *European Partnership Innovation on Active and Healthy Ageing* promocionado por la Comisión Europea persigue construir entornos amigables con la edad como respuesta al envejecimiento de la población (European Commission, 2011b), mencionando el turismo como sector relevante en su Plan de Acción (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, 2012).

Concretamente en el ámbito turístico, recientemente, la Comisión Europea ha puesto en evidencia un creciente interés en la promoción del Turismo Social Accesible dirigido a personas mayores, motivado principalmente por la necesidad de adaptar los entornos a los cambios demográficos actuales y por la crisis experimentada por el sector turístico. Por ello, lanzó en el año 2009, el programa *Calypso* que trata de mejorar la vida de los ciudadanos más desfavorecidos de Europa, entre ellos pensionistas y mayores de 65 años que no pueden permitirse viajar o que simplemente se sienten intimidados/as o desalentados/as ante la idea de organizar un viaje (Comisión Europea, 2011). De los cuatro *target groups* a los que se dirige el programa *Calypso* (jóvenes, familias con pocos recursos, personas con discapacidad y personas mayores), el de las personas mayores es uno de los que está generando más iniciativas y movimientos debido a su flexibilidad para viajar en temporada baja (Ramboll Management Consulting et al., 2010). Dentro de este programa se han financiado los siguientes proyectos (Tabla 1):

Tabla 1: Convocatorias y proyectos financiados dentro del programa Calypso.

AÑO	CONVOCATORIA	PROYECTOS SELECCIONADOS
2012	Facilitando los intercambios en temporada baja en Europa a través del desarrollo de Turismo Social (CALYPSO)- <i>Facilitating transnational low-season exchanges in Europe through the development of social tourism (CALYPSO)</i>	<u>Holiday4All</u> - Sustainable Model for Social Tourism in the Danube macro-region <u>OFF2013</u> - Seniors and families taking time off in off-peak season, through exchanges between Hungary and Poland
2011	Facilitando los intercambios en	<u>Healtour</u> - Health Tourism

	temporada baja en Europa a través del desarrollo de Turismo Social - <i>Facilitating transnational low-season exchanges in Europe through the development of social tourism</i>	exchange program <u>FETE</u> – First European Travel Experience <u>ACA</u> – Accessible Culture for All
2011	Promocionando el Turismo social en Europa a través del desarrollo de una plataforma web para demanda y oferta - <i>Promoting social tourism in Europe through the development of a demand-supply web-based platform</i>	<u>STEEP</u> Social Tourism European Exchange Platform
2010	Facilitando los intercambios en temporada baja en Europa a través del desarrollo de Turismo Social - <i>Facilitating transnational low-season exchanges in Europe through the development of social tourism</i>	<u>Able Access for All</u> <u>European senior travellers</u> Social tourism opportunities in wellness and leisure activities (<u>SOWELL</u>) <u>Una rete di turismo sociale</u>

Fuente: Enterprise and Industry (2013).

Además, durante el 2013 se han abierto otras convocatorias relacionadas con Turismo Social Accesible como la convocatoria “Mapping the Skills and Training Needs to Improve Accessibility in Tourism Services”. Esta licitación convocada por la Comisión para la investigación durante 12 meses pretende identificar las necesidades de formación para mejorar la accesibilidad y la seguridad de los recursos turísticos analizando la existencia de formación especializada en los Estados Miembros o transferible de otros países (ENAT, 2013).

Por su parte los Estados Miembros están llevando a cabo iniciativas de carácter nacional dirigidas especialmente a promocionar el turismo entre las personas mayores. A continuación se enumeran algunas de las más relevantes:

Austria: financia el 3% del coste del viaje a personas mayores y a miembros de la federación social-democrática de mayores, solos/as o con sus parejas. Los viajes tienen como destino el mismo país y otros países de Europa con la misma estructura “todo incluido” en temporada baja (Ramboll Management Consulting et al., 2010).

Francia: el programa “Senior en vacances” financia el 50% del precio de los viajes dentro del país en temporada baja para personas mayores de 60 años y sus parejas (incluso si no tienen 60 años). Los viajes siguen la estructura de los viajes “todo incluido” con centros de salud cercanos, actividades y excursiones (Ramboll Management Consulting et al., 2010).

España-Portugal: desde 1999 se lleva a cabo un intercambio bilateral entre dos instituciones nacionales, IMSERSO en España e INATEL en Portugal con la participación de unas 4.000 personas por país y año. Cada institución selecciona los participantes, españoles o portugueses, y financia su desplazamiento hasta el destino, alojamiento y dietas. La ayuda recibida en España varía dependiendo de la modalidad y del destino, siendo la media de un 30% del coste total del viaje y casi la mitad de lo que pagan los participantes. En Portugal el estado financia el 45% y el resto se paga por los participantes.

Bélgica: desde 2003 la región de Flandes cuenta con una legislación en turismo para todos, que establece los términos para reconocer y apoyar a los centros turísticos y organizaciones sociales que promocionan el turismo social. Esta regulación se dirige principalmente a cuatro grupos entre los que se encuentran las personas mayores. En concreto, destaca el proyecto *European Holiday Experience* que consiste en el intercambio de turistas entre Francia, Flandes y Reino Unido y al que se pueden adherir las personas mayores en situación de vulnerabilidad (Ramboll, 2010a).

Bulgaria: una buena práctica destacada en este país es la que se lleva a cabo entre Lukoil JSC Company y Burgas Mineral Water Prophylactics Complex. Estas dos entidades cooperan con el objetivo de ofrecer a los pensionistas de Lukoil con necesidades especiales de cuidado por enfermedades profesionales unas vacaciones "todo incluido" con prescripciones médicas. La duración de estas vacaciones es de 10 días como mínimo y permite a Lukoil ayudar a 1.000 personas mayores por año en la región de Burgas (Détente Consultants, 2010a).

Grecia: entre las iniciativas de Turismo Social Accesible, Grecia ha liderado el proyecto *Travel AGEnts* y participa con el Ministerio de Industria y Turismo español en el programa *Europe Senior Tourism*. El proyecto *Travel AGEnt* financiado por la Comisión Europea en el marco de *ENEA preparatory action on active ageing and mobility for elderly people* perseguía ofrecer viajes, voluntariado, aprendizaje, intercambio cultural, entre otros, a personas mayores de 55 años en 10 países europeos (Détente Consultants, 2010b).

Eslovaquia: la confederación de sindicatos organiza estancias para personas que reciben una pensión de jubilación o discapacidad. Las estancias tienen lugar en hoteles SOREA que se financian con subvenciones estatales. En 2009 el estado subvencionó 70€ para 6 noches en habitaciones dobles, 6 desayunos, 5 comidas y 6 cenas. Los beneficiarios/as de estas subvenciones solo pueden recibirlas una vez al año (Détente Consultants, 2010c).

República Checa: no existen programas financiados específicamente dirigidos a las personas mayores. No obstante, existen varios descuentos ofrecidos por los proveedores de servicios como en el caso del transporte (Gombitova, 2010).

Polonia: el Fondo Nacional de Salud financia los viajes de las personas mayores si persiguen un objetivo de rehabilitación. Sin embargo, no existe una oferta de Turismo Social Accesible para las personas mayores y los transportes y establecimientos no están adaptados a sus necesidades. Aún así, existe una única compañía que proporciona servicios dirigidos a las personas mayores denominada Accessible Poland Tours (Ramboll, 2010b).

Chipre: los sindicatos financian viajes al extranjero, principalmente Grecia y cruceros de una semana con ofertas especiales para las personas mayores (Détente Consultants, 2010d).

Letonia: una ONG representativa de los ciudadanos sénior asiste con aspectos organizativos y económicos a las personas mayores que viajan (Gunita Kakteniece, 2010).

Austria: la agencia turística Asociación de Pensionistas Austríacos (Senioren Reisen Austria) organiza un programa disponible para todos sus miembros y para otras personas mayores no miembros de la asociación. Los viajes tienen una duración de 7 días y ofrecen servicios especialmente diseñados para personas mayores (Adria Partners, 2010).

2.2.2.2. Actuaciones a nivel nacional

España ha sido pionera en concebir el turismo sénior ofreciendo respuestas adaptadas a las necesidades de este grupo de la población (Álvarez, 2006) e incluso ha servido como modelo a otros países (Alén et al., 2010). Desde la época de los 90 una de las principales preocupaciones del IMSERSO ha sido abordar soluciones dirigidas a favorecer la integración social de las personas mayores y de las personas con discapacidad. En esta línea, se inició el Programa de Accesibilidad sobre la base normativa de la mencionada LISMI que realiza: (i) actuaciones de diagnóstico y planificación para lograr la accesibilidad, (ii) acciones correctoras para alcanzar la accesibilidad, (iii) actuaciones preventivas o de implantación de sistemas de gestión de la accesibilidad, (iv) actuaciones para potenciar el transporte accesible, fundamentalmente interurbano y (v) actuaciones de sensibilización, formación e innovación (Cuasapié et al., 2011).

Por otro lado, en el año 2007 el Consejo Español de Turismo acordó llevar a cabo un amplio proceso de revisión estratégica del sector turístico para hacer frente a los retos y tendencias que se avecinaban. Esta revisión se materializó en el *Plan del Turismo Español Horizonte 2020* que pretendía, entre otros objetivos, construir un entorno óptimo para la creación y desarrollo de negocios turísticos competitivos e

innovadores. Para ello, el eje *entorno competitivo* persigue como objetivo estratégico facilitar el acceso, la movilidad y las comunicaciones de los turistas, revalorizando turísticamente las infraestructuras de transporte, tecnologías y servicios con el propósito de consolidar en España un turismo accesible para todos. Con esta finalidad, el Ministerio ha realizado campañas de sensibilización, cursos de formación y publicaciones, y ha firmado convenios como el firmado con la Confederación Española de Hoteles (CEHAT) que sirvió para la implantación del Plan de Accesibilidad Turística. Asimismo, todas las iniciativas que se han puesto en marcha para la modernización de los destinos e infraestructuras turísticas han favorecido inversiones para la mejora de la accesibilidad. En esta línea, destacan los Planes Renove y FuturE, el Fondo para la Modernización de Infraestructuras Turísticas (FOMIT) y los Planes de Competitividad que más adelante se detallan.

Entre los **cursos de formación** en Turismo Social Accesible destacan los ofrecidos por el Real Patronato sobre Discapacidad, organismo público adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estos cursos tenían la finalidad de dotar a los estudiantes, futuros gestores de todos los eslabones de la cadena turística, de conocimientos y formación que potenciaran la equiparación de oportunidades en materia turística y que generaran un incremento de la participación de las personas con discapacidad en todo tipo de actividades de ocio (Polibeaturismo, 2007). Con este mismo propósito, el Instituto de Turismo de España (Turespaña), organismo dependiente del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, puso en marcha en 2010 un ciclo de cursos formativos encaminados a fomentar la accesibilidad en destinos y recursos culturales y naturales. Con esta iniciativa se llevaron a cabo 21 acciones formativas en 18 ciudades españolas repartidas entre 11 Comunidades Autónomas a técnicos de las administraciones públicas, empresarios turísticos y responsables de recursos culturales y naturales (Hosteltur.com, 2011a).

Entre los **convenios** firmados por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio para la consecución de un turismo para todos, destaca el firmado con el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) en 2007 y renovado en 2011 con una vigencia de 5 años. Este convenio de colaboración contempla la realización de acciones de promoción de la oferta turística accesible en Europa a través de las Oficinas de Turismo y busca mejorar la sensibilización de los profesionales de la industria turística, tanto en el sector público como privado, en términos de accesibilidad. Entre las acciones previstas se considera el desarrollo de seminarios, cursos y jornadas, así como la publicación de material didáctico. Además, el convenio estudia apoyar la creación de una marca específica en materia de accesibilidad en el turismo que permita facilitar una información fiable a los usuarios del Turismo Social Accesible. Asimismo, contempla la realización de

acciones concretas de promoción de la oferta turística accesible en Europa a través de las Consejerías de Turismo de España, mediante contactos con asociaciones de dichos países, turoperadores, agencias de viajes especializadas y entidades públicas del ámbito del turismo, de la discapacidad y de personas mayores, etc. También destaca el convenio firmado por el Ministerio con la Confederación Española de Hoteles (CEHAT) que sirvió, como se ha mencionado anteriormente, para el desarrollo y la implantación del Plan de Accesibilidad Turística.

Por otro lado, en 2003 se lanzó el primer **Plan Nacional de Accesibilidad** 2004-2012 que, aunque no se dirige expresamente al turismo accesible, ofrece un marco estratégico de acciones para conseguir que los entornos, productos y servicios nuevos se diseñen de forma accesible al máximo número de personas y que aquellos ya existentes se vayan adaptando adecuadamente. En total, la inversión para su ejecución se acercaba a los 626 millones de euros durante la vigencia del Plan (Minusval/MTAS, 2003).

En el 2005 surgen las Plataformas Tecnológicas Europeas como instrumentos para garantizar la Estrategia de Lisboa. Estas plataformas, lideradas por la industria, reúnen a todas las partes interesadas en un determinado ámbito para definir los objetivos de investigación y de desarrollo tecnológico a medio y largo plazo en dicho ámbito (Ministerio de Economía y Competitividad, 2013). En esta línea, el Instituto de Investigación Polibienestar creó en 2007 la Plataforma Tecnológica de Turismo Accesible *TourismAll* para responder a la necesidad de mejorar el grado de accesibilidad de los recursos y destinos turísticos a las personas con discapacidad a través del fomento de la cooperación en I+D+i y la unión de los diferentes agentes de los sectores del turismo y la discapacidad. Al mismo tiempo, existía a nivel nacional otra plataforma tecnológica perteneciente al sector turístico, RedHOTECH, que nació como una iniciativa del Instituto Tecnológico Hotelero (ITH) y que perseguía la agrupación de todos los agentes relacionados con el sector hotelero español. El Ministerio de Ciencia e Innovación, actual Ministerio de Economía y Competitividad, recomendó a ambas plataformas que se unieran para englobar a toda la cadena del sector turístico y así dar una mejor respuesta a las necesidades del sector. A esta iniciativa se unieron AETIC, actual AMETIC (Asociación Multisectorial de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones de España) y SEGITTUR (Sociedad Estatal para la Gestión de la Innovación y las Tecnologías Turísticas).

De esta unión surgió la **Plataforma Tecnológica del Turismo - ThinkTur⁸** que persigue la asociación de todos los agentes significativos del sector turístico español (alojamientos, restauración, turoperadores, mayoristas, agencias de viaje, receptivos, líneas aéreas, transporte terrestre, destinos, etc.), empresas TIC, empresas relacionadas con la sostenibilidad y eficiencia, la accesibilidad, el transporte, es decir, las empresas tecnológicas especializadas en áreas directa e indirectamente relacionadas con el turismo, así como los centros tecnológicos, asociaciones empresariales, organismos de investigación y universidades, de tal manera que de esta colaboración se puedan establecer las prioridades tecnológicas y de investigación necesarias para el desarrollo del sector a medio-largo plazo, así como coordinar y rentabilizar las inversiones, tanto públicas como privadas, en I+D+i. *ThinkTur* se ha consolidado como un foro de encuentro de todos los agentes del sistema de ciencia-tecnología-empresa, generando un intercambio fluido de información, donde se aúnan los agentes públicos y privados de la cadena de valor del sector turístico para detectar y definir las prioridades de investigación.

Además de priorizar en la identificación y puesta en marcha iniciativas que estén en consonancia con las prioridades definidas para conseguir la introducción efectiva de la investigación, el desarrollo y la innovación en el sector turístico, la Plataforma contribuye a mejorar la competitividad, empleo y crecimiento del sector turístico (Thinktur, 2011). Para ello, la plataforma se organiza en cinco grupos transversales (TICs; accesibilidad; eficiencia energética y medio ambiente; arquitectura, diseño y construcción; y sostenibilidad) y seis grupos sectoriales que cubren la totalidad de la cadena del sector (Figura 5). Polibienestar es miembro de la secretaría técnica y coordina el grupo de accesibilidad desde donde promociona el desarrollo de proyectos e iniciativas en Turismo Social Accesible.

Figura 5: Grupos de trabajo de Thinktur.



Fuente: Thinktur (2012).

⁸ Plataforma Tecnológica del Turismo – Thinktur (Referencia: RET-410000-2009-1) www.thinktur.org

A fecha de realización del informe de justificación de la plataforma correspondiente al ejercicio 2012, la Plataforma Tecnológica del Turismo estaba conformada por 941 organizaciones y 1.231 miembros pertenecientes a dichas organizaciones, siendo el 60% empresas principalmente del sector hotelero (Thinktur, 2012).

Por último, considerando las **ayudas económicas** que el Estado ha ofrecido en los últimos años para promocionar la accesibilidad turística destacan los planes que se describen a continuación:

- Plan de Renovación de Instalaciones Turísticas (Plan Renove Turismo)

El Plan Renove Turismo perseguía modernizar o complementar la oferta turística de los establecimientos de alojamiento y restauración para aumentar la competitividad y adecuarse así a los requerimientos de la demanda. Este era un plan flexible para impulsar la rehabilitación de los establecimientos turísticos, mediante la mejora de la calidad y la sostenibilidad de las infraestructuras turísticas financiando inversiones que contribuían a incrementar el valor añadido del producto, inversiones para mejorar el ahorro energético y la conservación y mejora del medio ambiente, inversiones encaminadas a la implantación de sistemas de calidad, la mejora de la accesibilidad y la implantación de nuevas tecnologías.

Este Plan se aprobó por Acuerdo del Consejo de Ministros el 21 de noviembre de 2008 y se instrumentó con una línea del Instituto de Crédito Oficial (en adelante, ICO) dotada con 400 millones de euros para 2009 con las características definidas en la tabla 2. Como respuesta a la elevada demanda, el Consejo de Ministros del 29 de mayo de 2009 aprobó la ampliación del crédito para 2009 en 600 millones de euros (Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2012a). En 2013, el Consejo de Ministros ha autorizado a los Ministerios de Hacienda y Administraciones Públicas y de Industria, Turismo y Comercio a adquirir compromisos de gasto con cargo a ejercicios futuros de este plan (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013).

- Plan FuturE

En el 2011 se aprobó la normativa de la tercera edición del Plan FuturE que dio continuidad al compromiso del Gobierno de mejorar la calidad de las infraestructuras turísticas. Este plan se configuraba también a través de una Línea ICO de inversión sostenible con las características detalladas en la tabla 2 que financiaba inversiones con determinadas finalidades, entre ellas: la mejora de la accesibilidad de sus establecimientos. Estas inversiones debían estar destinadas a la supresión de barreras arquitectónicas y a la adaptación a personas con algún tipo de discapacidad.

En los presupuestos para 2012, la partida destinada al Plan FuturE se sustituyó con tres nuevas líneas de actuación dotadas en conjunto con 318,24 millones de euros. Estas tres líneas estaban destinadas a jóvenes emprendedores en Turismo, dotada con 41,24 millones de euros; a empresas del sector turístico, con 275 millones; y la línea ICO para la Isla del Hierro Turismo, con un presupuesto de 2 millones de euros (Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2012b). En 2013, el Consejo de Ministros ha autorizado a los Ministerios de Hacienda y Administraciones Públicas y de Industria, Turismo y Comercio a adquirir compromisos de gasto con cargo a ejercicios futuros también de este plan (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013).

- Fondo Financiero del Estado para la Modernización de las Infraestructuras Turísticas (FOMIT)

El objetivo principal del FOMIT es la financiación a municipios para la mejora de destinos turísticos a través de la rehabilitación de equipamientos y entornos urbanos y naturales, como adecuación de paseos marítimos o planes de accesibilidad, convirtiéndose en un instrumento de colaboración entre las administraciones y el sector privado para asegurar la sostenibilidad y competitividad del sector turístico (Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2012c) (Tabla 2).

Durante la convocatoria de 2008, la Secretaría de Estado de Turismo concedió préstamos por importe de 157,29 millones de euros a un total de 65 municipios de once Comunidades Autónomas con cargo a este fondo. La concesión de estos préstamos supuso el mayor presupuesto aprobado desde que naciera esta iniciativa en el año 2005. Así, en anteriores convocatorias se destinaron 73,1 millones (2005), 80 millones (2006) y 110,7 millones (2007) (Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2012d).

Tabla 2: Ayudas económicas estatales a la promoción del Turismo Social Accesible

Programa	Características	Vigencia	Coste
Plan Renove 2009⁹	Préstamos de hasta el 90% de la inversión (hasta 1 millón de euros) y hasta 12 meses de amortización con un interés del 1,5%.	2009	1.000 millones de euros.
	Entre las finalidades: facilitar la accesibilidad y eliminar barreras arquitectónicas para las personas con discapacidad.		
FuturE¹⁰	Entre las finalidades: facilitar la accesibilidad y eliminar barreras arquitectónicas para las personas con discapacidad.		
FuturE 2009	Préstamo ICO hasta el 90% de la inversión neta a financiar hasta 2 millones de euros. Amortización hasta 12 años y tipo de interés variable (referencia ICO variable menos el 1%).	2009 o agotamiento de dotación presupuestaria	500 millones de euros.
FuturE 2010	Préstamo ICO con un importe máximo de financiación de 2 millones de euros en una o varias operaciones para el 100% de los proyectos. Plazo de amortización hasta un máximo de 12 años. Las entidades financieras podían aplicar hasta un 1,5%.	2010 o agotamiento de dotación presupuestaria	de 400 millones de euros.
FuturE 2011	Préstamo ICO con un importe máximo de financiación de 10 millones de euros en una o varias operaciones para el 100% de los proyectos. Plazo de amortización hasta un máximo de 20 años. Interés en función del plazo de amortización y carencia.	2011 o agotamiento de la dotación económica	300 millones de euros.

⁹<http://www.minetur.gob.es/turismo/es-es/sostenibilidad/destinosmaduros/planrenoveturismo/paginas/planrenoveturismo.aspx>

¹⁰ <http://cde.bluevista.es/1X4aadf521dc54d012.cde/page/1>

FOMIT ¹¹	Objetivo: potenciar actuaciones que cuenten con la participación activa del resto de administraciones territoriales y del sector privado. Actuaciones en infraestructuras susceptibles de financiación: adecuación de paseos marítimos o planes de accesibilidad, la instalación de contenedores soterrados, etc.		
	Préstamos hasta el 100% de la inversión neta financiable (máximo 6 millones de euros y mínimo 300.000 euros beneficiario/año). Tipo de interés fijo del 0,50%. Reembolsables en el plazo máximo de 15 años (período de carencia: 5 años).		73,1 millones (2005), 80 millones (2006), 110,7 millones (2007), 157 millones (2008), 150 millones (2010).
	Condiciones para 2011 y 2012:		
	<u>Préstamos a 3 años</u> : fijo hasta el 5,068%; Cálculo: 3,568% + hasta 1,5% margen de intermediación; periodo máximo de carencia: un año. <u>Préstamos a 5 años</u> : fijo hasta el 6,049%; Cálculo: 4,549% + hasta 1,5% margen de intermediación; periodo máximo de carencia: dos años. <u>Préstamos a 10 años</u> : fijo hasta el 6,895%; Cálculo: 5,395% + hasta 1,5% margen de intermediación; Periodo máximo de carencia: 3 años.		En 2012 la financiación de FOMIT se reduce un 99% dado que la actividad se realizará por la existencia en el Fondo de un saldo positivo de tesorería
	<u>Préstamos a 15 años</u> : fijo hasta el 7,167%; Cálculo: 5,667% + hasta 1,5% margen de intermediación; Periodo máximo de carencia: 5 años.	Establecido por cada CCAA	de 130 millones de euros.

Fuente: Elaboración propia.

¹¹ <http://www.boe.es/boe/dias/2009/07/14/pdfs/BOE-A-2009-11646.pdf>

Cabe destacar que existen ayudas que aunque no están dirigidas al sector turístico en concreto pueden ser útiles para los empresarios/as del sector. Este es el caso de los *Planes Avanza*¹² que tratan de promover el uso de las TIC entre las empresas y ciudadanos españoles, aspectos que pueden ser aplicados al entorno turístico. Avanza es el primer Plan que ha supuesto una verdadera apuesta real del Gobierno y de la Sociedad Española por el desarrollo de la Sociedad de la Información y del Conocimiento. Desde el punto de vista presupuestario, Avanza ha dedicado más de 5.000 millones de euros entre 2005 y 2008 por parte del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, a través de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información. Uno de los principales objetivos del Plan Avanza2 es contribuir a la recuperación económica de nuestro país gracias al uso intensivo y generalizado de las TIC, con una especial atención a los proyectos que compaginen, además, la sostenibilidad y el ahorro energético (Plan Avanza2, 2012). Las iniciativas de Avanza2 se agrupan en los siguientes cinco ejes de actuación, todos ellos relacionados significativamente con el sector turístico:

- Desarrollo del sector TIC
- Capacitación TIC.
- Servicios Públicos Digitales.
- Infraestructura.
- Confianza y Seguridad.

Entre los proyectos financiados con este plan relacionados con Turismo Social Accesible destacan el *Portal Web de Turismo Accesible Puedo Viajar* proyecto de la Federación Provincial de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Jaén y el Proyecto *GATACA, Guía Accesible de Turismo Adaptada a Castilla-La Mancha* llevado a cabo por Eptisa TI en colaboración con otras entidades. El primer de ellos, tiene como objetivo ofrecer información completa, fiable y actualizada sobre turismo y ocio accesible, además de ser un punto de encuentro para compartir información, experiencias y para expresar sugerencias, felicitaciones y quejas relacionadas con el turismo, los viajes y la accesibilidad. El segundo, busca permitir a las personas con diversidad funcional conocer en todo momento cuál es el mejor itinerario para alcanzar puntos de interés turístico como museos, restaurantes, centros de ocio, etc. en función de sus necesidades de accesibilidad y otras condiciones del terreno.

Otra línea de financiación es la ofrecida por el Ministerio de Economía y Competitividad, anterior Ministerio de Ciencia e Innovación para proyectos de I+D+i. Concretamente, en el Programa Nacional de Proyectos de Investigación

¹² <https://www.planavanza.es/Paginas/Inicio.aspx>

Fundamental, en el Subprograma de Proyectos de Investigación Fundamental no Orientada se financia el proyecto *Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos en España –Socialtourism* (ref.:CSO2010-15425) llevado a cabo por el Instituto de Investigación Polibienestar de la Universidad de Valencia que tiene como objetivo aumentar la sostenibilidad y competitividad del sector turístico español a través de la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos. Este proyecto está permitiendo dotar a la Administración y a las empresas relacionadas con el sector turístico de herramientas para implementar el turismo para todos y mejorar la calidad de vida y el bienestar social de los ciudadanos. El proyecto se dirige a paliar las carencias actuales del Turismo Social Accesible, dando lugar como resultados finales: (i) un modelo de accesibilidad universal turística, (ii) un modelo de buenas prácticas para la promoción del Turismo Social Accesible y (iii) un modelo de formación en Turismo Social Accesible, que será difundido y transferido a la comunidad científica, a las Administraciones y las empresas, a través principalmente de Thinktur y Segittur (ambas Entes Promotores Observadores de este proyecto). Hasta el momento, el equipo a cargo del proyecto ha desarrollado el Modelo de Autoevaluación de Accesibilidad Universal Turística (Durá et al., 2011, 2012a, 2012b, 2012c; Ferri, 2011, 2013) que ha sido volcado en la plataforma web SOCIALTOURISM platform (www.socialtourismplatform.com) y que al final de este apartado se describirá.

Además de los programas y ayudas anteriores, desde la Administración central se han lanzado algunos **planes** para la consecución de entornos accesibles. Así, el Ministerio de Medio Ambiente lanzó en 2001 el *Plan de Accesibilidad a las playas españolas*. Las acciones contenidas en el plan tenían un horizonte temporal de tres años (2001-2003) y un presupuesto global de ejecución de 24.607.058 euros para un total de 770 kilómetros de playa de 10 Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla (CERMI, 2002).

Concretamente, en la promoción de **viajes para la tercera edad**, el Ministerio de Industria y Turismo español ha desarrollado el programa *Europa Senior Tourism*, enmarcado dentro de la iniciativa *Calypso*, por el que los ciudadanos europeos mayores de 55 años pueden disponer de un completo programa vacacional en España durante la temporada turística baja. Las estancias ofrecidas tienen una duración de 8 a 29 días y las tarifas incluyen el desplazamiento, las actividades y un seguro (Ramboll Management Consulting et al., 2010). Este programa ha traído a unos 100.000 turistas de 16 nacionalidades diferentes entre octubre de 2009 y junio de 2011 con resultados positivos en su satisfacción. Los resultados

económicos de esta iniciativa se han presentado en la sección de beneficios económicos del Turismo Social Accesible en la presente tesis doctoral.

Asimismo, España presentó junto a Portugal y Polonia el proyecto *European Senior Travellers* que supone un paso más allá del programa *Europa Senior Tourism* debido a que ya no se trata sólo de atraer turistas sénior extranjeros, sino de posibilitar intercambios de turistas españoles con otros países europeos (SEGITTUR, 2011). Ésta es una iniciativa cofinanciada por la Comisión Europea en el marco del mencionado programa *Calypso* desarrollada conjuntamente por la Fundación INATEL (Portugal), el Ministerio de Deportes y Turismo (Polonia) y SEGITTUR (España) (European Senior Travellers, 2012).

Por último, desde hace 25 años el IMSERSO lleva promocionando el conocido *Programa de Vacaciones* para mayores que pretende proporcionar a este colectivo la oportunidad de acceder al disfrute de unas vacaciones. Al finalizar la temporada 2009-2010 y desde el momento de su creación, un total aproximado de 11.200.000 viajeros/as se han beneficiado del mismo. Los requisitos para ser beneficiario/a del programa son: ser residente en España o español residente fuera de España, con al menos 65 años cumplidos o bien pensionistas de jubilación del sistema público de pensiones, de viudedad del sistema público de pensiones con 55 o más años cumplidos, u otros pensionistas del sistema público de pensiones y prejubilados, en ambos casos con 60 años cumplidos. El programa se ejecuta a través de paquetes de viajes durante los meses de octubre a junio que incluyen: viaje de ida y vuelta, alojamiento en pensión completa, póliza de seguros colectiva, servicio médico y servicio de animación. Este programa goza de reconocimiento internacional como buena práctica de Turismo Social Accesible y, en este sentido, diversos países han solicitado información sobre la gestión y desarrollo del mismo (Causapié et al., 2011).

Otro programa gestionado por el IMSERSO es el *Programa de Termalismo Social*, considerado como una prestación sociosanitaria complementaria a las prestaciones de la Seguridad Social. El objetivo de este programa es proporcionar a las personas mayores, que por prescripción facultativa precisen de tratamientos para problemas osteo-articulares o respiratorios, la posibilidad de acceder al disfrute de turnos de estancia en balnearios a precios reducidos. Las y los beneficiarios de estos programas son pensionistas de jubilación e invalidez así como pensionistas con otros tipos de pensión, siempre que tengan cumplidos los 60 años de edad y precisen de los tratamientos que se prestan en los balnearios. Este programa se ejecuta también a través de paquetes que incluyen el alojamiento en pensión completa, póliza de seguros colectiva, servicio de animación y tratamientos termales (Cuasapié et al., 2011).

En resumen, las iniciativas a nivel nacional han ido dirigidas principalmente a la sensibilización, formación del sector y a acercar agentes a la vez que a facilitar el acceso a la financiación para adaptar sus instalaciones. Este último aspecto se ha visto reducido como consecuencia de la actual crisis económica a pesar de la relevancia del sector en nuestro país como se verá más adelante. Destacan además los programas de vacaciones y termalismo promocionados por el IMSERSO con un reconocimiento internacional. Por último, cabe mencionar que en la página de turismo de España¹³ existe un enlace directo con información, aunque reducida, sobre Turismo Social Accesible en nuestro país con guías sobre recursos accesibles en determinadas ciudades y propuestas de Turismo Social Accesible.

A continuación se describe el modelo de Autoevaluación de Accesibilidad Universal Turística (Self-Assessment Model of Accessible Social Tourism – SAMAST) dado que se ha desarrollado en el proyecto *Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos en España* (ref-CS02010-15425) por el equipo de investigación donde se enmarca esta tesis doctoral. Este modelo de accesibilidad universal a los recursos turísticos ha sido diseñado para que las empresas y Administraciones relacionadas con el sector turístico evalúen el grado de accesibilidad de sus recursos turísticos, faciliten información turística accesible fiable y sepan implementar mejoras de accesibilidad basadas en criterios de diseño universal. Para la elaboración del SAMAST, el equipo de Polibienestar ha seguido las siguientes fases:

1. En primer lugar, se han clasificado los elementos a evaluar por tipo de recurso turístico considerando la totalidad de la cadena turística (Figura 1, página 20): transporte público; alojamiento; restauración; espacios culturales, de ocio y de salud; aparcamientos; entorno; y actividades. Para cada uno de dichos eslabones de la cadena del sector turístico, se han desglosado los tipos de elementos y áreas a analizar en las siguientes categorías:
 - Gestión
 - Personal
 - Entorno
 - Aparcamiento
 - Accesos
 - Vestíbulo o sala de espera
 - Información y señalización
 - Comunicaciones verticales y horizontales

¹³ www.spain.info/es

- Aseos
- Sistemas de emergencia y evacuación

Además de las categorías anteriores, se han incluido unas zonas propias de cada elemento de la cadena turística, concretamente para el caso de: alojamiento; transporte; espacios de ocio, cultura y salud; y actividades.

2. En segundo lugar, se han establecido los criterios de accesibilidad universal a los recursos turísticos en base a la bibliografía disponible en la actualidad sobre accesibilidad, personas con necesidades especiales, diseño universal, etc. y la experiencia previa de los investigadores en proyectos relacionados con Turismo Social Accesible y dependencia. Concretamente, se ha considerado:

- A nivel europeo:

- o La Directiva 2001/85/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, que entró en vigor en Febrero de 2004 y que especifica, en su Anexo 7, las condiciones de accesibilidad que deben reunir los autobuses.
- o La Resolución del Consejo de 6 de mayo de 2003 sobre la accesibilidad de las infraestructuras y las actividades culturales para las personas con discapacidad.
- o La Resolución del Consejo de 6 de febrero de 2003 sobre accesibilidad electrónica para mejorar el acceso de las personas con discapacidad a la sociedad del conocimiento.
- o Reglamento 261/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2004, por el que se establecen normas comunes sobre compensación y asistencia a los pasajeros aéreos en caso de denegación de embarque y de cancelación o gran retraso de los vuelos, y se deroga el Reglamento (CEE) no 295/91.
- o El Reglamento (CE) 1.107/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de julio de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad o movilidad reducida en el transporte aéreo.
- o El Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo 1.371/2007, de 23 de octubre, sobre los derechos y obligaciones de los viajeros de ferrocarril, recoge, en su considerando décimo, las condiciones que el transporte por ferrocarril debe reunir para facilitar la accesibilidad de personas con discapacidad.
- o La Comunicación de la Comisión, de 7 de agosto de 2008, sobre el alcance de la responsabilidad de las compañías aéreas y los aeropuertos en caso de destrucción, daños o pérdida de equipos de movilidad de pasajeros aéreos con movilidad reducida en el transporte.

- A nivel nacional:
 - o Orden VIV/561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados.
 - o Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.
 - o Orden PRE/446/2008, de 20 de febrero, por la que se determinan las especificaciones y características técnicas de las condiciones y criterios de accesibilidad y no discriminación establecidos en el Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo.
 - o Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.
 - o Real decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad.
 - o Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
 - o Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones entre otros.
 - o Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado.
 - o Real Decreto 57/2005, de 21 de enero, por el que se establecen prescripciones para el incremento de la seguridad del parque de ascensores existente.
 - o Real Decreto 1036/2004, de 7 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1247/1999, de 16 de julio, sobre reglas y normas de seguridad aplicables a los buques de pasaje que realicen travesías entre puertos españoles.
 - o Ley 21/2003, de 7 de julio, de Seguridad Aérea.

- o Ley 39/2003, de 17 de noviembre, del Sector Ferroviario.
- o Ley 40/2002, de 14 de noviembre, reguladora del contrato de aparcamiento de vehículos.
- o Decreto 1247/1999, de 16 de julio, sobre reglas y normas de seguridad aplicables a los buques de pasaje que realicen travesías entre puertos españoles.
- Publicaciones y estudios científicos:
 - o Guía de accesibilidad para empresas publicada por Rovira-Beleta y Folch (2010).
 - o Guías de accesibilidad de los distintos recursos turísticos publicadas por diversas asociaciones como PREDIF y Centre for Accesible Environments.
 - o Documentos técnicos elaborados por entidades públicas nacionales y europeas.
- Planes y libros blancos y verdes:
 - o Libro Blanco de Aceplan (Alonso, 2003).
 - o Libro Verde de la Accesibilidad en España: Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras publicado por el IMSERSO (Alonso et al., 2002).
 - o Los distintos planes de accesibilidad de carácter nacional, autónomo y local que coexisten en nuestro país.
 - o Plan de Accesibilidad Universal de Renfe (Renfe, 2010).
- Normas y criterios consensuados:
 - o Norma UNE 170001-1: 2007 sobre accesibilidad universal (criterios DALCO).
 - o Norma UNE 139801:2003 sobre requisitos de accesibilidad al ordenador (Hardware).
 - o Norma UNE 139802:2003 sobre requisitos de accesibilidad al ordenador (Software)
 - o Norma UNE 139803:2004 sobre accesibilidad a contenidos Web.

Como se ha mencionado, los requisitos de accesibilidad se han establecido a partir de la bibliografía anterior y de la experiencia previa de los investigadores considerando aquellos criterios que responden a un diseño universal. Esto es, aquel diseño que busca permitir el uso de productos y servicios por el mayor número de personas sin necesidad de adaptaciones ni de un diseño especializado (The Center for Universal Design, 1995). Por eso se han considerado los criterios más exigentes a la hora de responder de manera efectiva, segura y con dignidad las necesidades del mayor número de personas. Así, en ocasiones hacen referencia a una medida concreta y en

otras ocasiones al cumplimiento de un requisito. Estos criterios se han clasificado en Accesible/practicable/no accesible debido a que esta clasificación es la seguida por la mayoría de las normativas autonómicas referentes a accesibilidad. En todas ellas, la definición de los diferentes niveles es prácticamente idéntica (Durá et al., 2011):

- Accesible o adaptado: conjunto de características que permiten a cualquier persona la utilización y disfrute en condiciones de seguridad y de autonomía del elemento en cuestión.
- Practicable: elemento que, sin ajustarse a todos los requerimientos que le hacen accesible o adaptado, permite una utilización autónoma por las personas con movilidad reducida o cualquier otra limitación funcional.
- No accesible: elemento cuyas características no permiten que personas con necesidades especiales puedan utilizarlo de forma autónoma.

Además, para cada elemento y área se indica el requisito de accesibilidad universal para los distintos tipos de discapacidad que pueden verse afectados. En concreto, el modelo diferencia entre deficiencias físicas, mentales y sensoriales, distinguiendo para éstas últimas discapacidad visual y auditiva-habla.

En base a lo anterior se han obtenido una serie de requisitos de accesibilidad universal por área del tipo de recurso y discapacidad. Por ejemplo, dentro del área de gestión de los transportes públicos, concretamente en la asistencia personal a personas con necesidades especiales se han indentificado los requisitos detallados en la tabla 3.

3. En tercer lugar, se ha elaborado el cuestionario de valoración de la accesibilidad universal turística a partir de los requisitos de accesibilidad universal anteriores. Para ello, se ha atendido a criterios de practicidad y no redundancia de la información. En este sentido, se ha realizado un cuestionario por fichas donde cada ficha corresponde a una estancia o área del recurso, de forma que cada ficha recoge un elemento no redundante del recurso a evaluar. Así, si se desea evaluar un hotel se usará una ficha para evaluar el aparcamiento, otra para las zonas comunes, otra para las habitaciones, otra para la piscina, otra para la cafetería y otra para el restaurante. Pero no en todos los hoteles se deberán usar todas estas fichas y, por ejemplo, la ficha de restaurante será aplicable a un restaurante independiente o a un recurso que tenga restaurantes como puede ser un

parque de atracciones. La estructura final de las fichas es la que se muestra en la tabla 4.

Tabla 3: Asistencia personal a personas con necesidades especiales en los medios de transporte accesibles.

	Discapacidad física				Discap. auditiva y del habla				Discapacidad visual				Discapacidad mental			
	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P
Existencia de un lugar, dentro o fuera de la estación, donde las personas con movilidad reducida y/o discapacitadas puedan anunciar su llegada a la estación y, en su caso, solicitar asistencia.	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P
El servicio de asistencia cubre el mismo horario que el resto de servicios de la compañía de transporte.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
Existencia de personal responsable de la asistencia a personas con discapacidad o dependientes.	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P
Prestación del servicio sin coste adicional.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
Preparación de la recepción de un/a viajero/a con discapacidad.	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P
Antes de embarcar, el personal se asegura de que la persona con discapacidad tiene toda la medicación necesaria en su equipaje de mano y con la cantidad necesaria en caso de retraso.	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P	Sí	A	No	P
La asistencia personalizada incluye:																
• Ayuda en el embarque y desembarque del medio de transporte.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Ayuda con el equipaje.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia durante el viaje en el desplazamiento desde la puerta del medio de transporte hasta su asiento o zona	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA

reservada, si es preciso.																
• Asistencia en el desplazamiento a los servicios, si es preciso.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia en el paso de controles, si es preciso.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia con la silla de ruedas o con las ayudas técnicas.	Sí	A	No	NA												
• Asistencia en las conexiones con otros medios de transporte si el/la viajero/a lo requiere.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	P	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia en la expedición de billetes.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	P	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia informativa.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	P	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia para prepararse para comer, por ejemplo, abrir paquetes de alimentos.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
El tiempo de antelación que se pide a una persona con movilidad reducida y/o con discapacidad para que se persone con el objetivo de recibir asistencia:																
-Transporte ferroviario: no puede exceder de 60min a la hora de salida publicada o a la hora que se pide a los demás viajeros/as que embarquen ¹⁴ .	Sí	A	No	NA												
- Transporte aéreo, como mínimo ² : una hora antes de la hora	Sí	A	No	NA												

¹⁴Reglamento CE 1371/2007 del Parlamento europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2007 sobre los derechos y las obligaciones de los viajeros de ferrocarril. Diario Oficial de la UE 3.12.2007.

² Reglamento CE 1107/2006 del Parlamento europeo y del Consejo de 5 de julio de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad o movilidad reducida en el transporte aéreo. Diario Oficial de la UE 26.07.2006.

de salida del vuelo publicada en la facturación o dos horas antes de la hora de salida del vuelo publicada en los puntos designados dentro del aeropuerto.																
Existencia de ayuda asistencial aunque el/la viajero/a no lo haya solicitado con anterioridad.	Sí	A	No	NA												
Esta ayuda incluye:																
• Ayuda en el embarque y desembarque del medio de transporte.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Ayuda con el equipaje.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia durante el viaje en el desplazamiento desde la puerta del medio de transporte hasta su asiento o zona reservada, si es preciso.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia en el desplazamiento a los servicios, si es preciso.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia en el paso de controles, si es preciso.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia con la silla de ruedas o con las ayudas técnicas.	Sí	A	No	NA												
• Asistencia en las conexiones con otros medios de transporte si el/la viajero/a lo requiere.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	P	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia en la expedición de billetes.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	P	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia informativa.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	P	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA
• Asistencia para prepararse para comer, por ejemplo, abrir paquetes de alimentos.	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	A	Sí	A	No	NA	Sí	A	No	NA

Tiempo exigido de preaviso para recibir asistencia:																
- Transporte ferroviario: mínimo de 48 horas antes del momento en que se precise la asistencia ¹ .	Sí	A	No	NA												
- Transporte aéreo: mínimo de 48 horas antes de la hora de salida del vuelo publicada ¹⁵ .	Sí	A	No	NA												
En el caso de que el billete permita realizar varios viajes, basta con una sola notificación siempre que se proporciona suficiente información sobre los horarios en que se realizaran los sucesivos viajes para recibir asistencia.	Sí	A	No	NA												
Las ayudas técnicas se devuelven a sus dueños/as armadas y en las mismas condiciones en que se guardaron.	Sí	A	No	NA												

Nota: A= Accesible. NA=No Accesible. P=Practicable
Fuente: Durá et al. (2011).

¹Reglamento CE 1371/2007 del Parlamento europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2007 sobre los derechos y las obligaciones de los viajeros de ferrocarril. Diario Oficial de la UE 3.12.2007.

¹⁵ Reglamento CE 1107/2006 del Parlamento europeo y del Consejo de 5 de julio de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad o movilidad reducida en el transporte aéreo. Diario Oficial de la UE 26.07.2006.

Tabla 4: Fichas por tipo de recurso turístico del cuestionario de accesibilidad universal.

Nº Ficha	FICHAS	TRANSPORTE							ALOJAMIENTO				RESTAU. CAFET			ESPACIOS CULTURALES, DE OCIO Y SALUD								APARC AM.	ENTORNO			ACTIVIDADES									
		Infraestructura de transporte	Autobús	Taxi	Ferrocarril	Tranvía / metro	Línea aérea	Compañía marítima	Servicio de transporte especial	Hotel / Hostal / parador	Apartamento turístico	Casa rural	Camping	Infraestructura del establecimiento	Restaurantes y cafeterías	Buffet	Infraestructura del espacio	Museos / salas de exposiciones	Patrimonio cultural	Salas de teatro / cine/ espectáculos	Bibliotecas	Instalaciones deportivas y de salud	Parques de ocio	Comercios	Discotecas / pubs	Edificios públicos	Aparcamientos	Zonas urbanas	Playas	Espacios naturales	Excursiones	Talleres	Actividades deportivas				
1	Gestión																																				
	1.A.Aspectos comunes	X							X	X	X	X	X			X												X					X	X	X		
	1.B.Aspectos propios del transporte		X	X	X	X	X	X																													
	1.C.Aspectos propios del alojamiento								X	X	X	X																									
	1.D.Aspectos propios de la restauración								X	X	X	X		X	X																						
	1.E.Aspectos propios de los espacios culturales, de ocio y salud								X	X	X	X				X																					
	A.F. Aspectos propios de las actividades								X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X		X							X	X	X			
2	Personal																																				
	2.A.Aspectos comunes	X							X	X	X	X	X			X											X						X	X	X		
	2.B.Aspectos propios del transporte		X	X	X	X	X	X																													
	2.C.Aspectos propios del alojamiento								X	X	X	X																									

	7.A. Aspectos comunes	X							X	X	X	X	X			X							X	X	X	X				
	7.B.Aspectos propios del entorno urbano																													
	7.C.Aspectos propios del sistema de emergencia	X							X	X	X	X	X			X														
	7.D.Aspectos propios de los medios de transporte		X	X	X	X	X	X																						
8	Comunicaciones																													
	8.A.Comunicaciones verticales	X		No					X	X	X	X	X			X														
	8.B.Comunicaciones horizontales	X		No					X	X	X	X	X			X														
	8.C.Comunicaciones propias de los medios de transporte				X																									
9	Aseos comunes	X		No					X		X	X	X			X														
10	Sistema de emergencia y evacuación																													
	10.A.Aspectos comunes	X		No					X	X	X	X	X			X														
	10.B.Aspectos propios del transporte		X		X	X	X	X																						
11	Zonas propias del alojamiento																													
	11.A. Aspectos generales								X	X	X	X																		
	11.B. Habitaciones								X	X	X	X																		
	11.C. Baño								X	X	X	X																		

Cada una de las fichas enumeradas en la tabla 4 está formada por preguntas sobre los requisitos de accesibilidad universal a los que debe responder el recurso. Estas preguntas conforman el test de accesibilidad universal turística derivado del SAMAST. Con este test se evalúa el grado de accesibilidad del recurso en cuestión. Siguiendo con el ejemplo anterior, en la gestión de los transportes públicos accesibles, concretamente en la atención personal a personas con necesidades especiales en la ficha correspondiente se pregunta las cuestiones contenidas en la tabla 5:

Tabla 5: Cuestiones correspondientes a la asistencia personal a personas con necesidades especiales en los medios de transporte accesibles.

		Tipo de respuesta		
1	¿Existe un lugar, dentro o fuera de la estación, donde las personas con discapacidad puedan anunciar su llegada a la estación y, en su caso, solicitar asistencia?	Sí	No	N.P.
2	¿El servicio de asistencia cubre el mismo horario que el resto de servicios de la compañía de transporte?	Sí	No	N.P.
3	¿Existe personal responsable de la asistencia a personas con discapacidad o dependientes?	Sí	No	N.P.
4	¿Se presta este servicio sin coste adicional?	Sí	No	N.P.
5	¿Se prepara la recepción de un viajero/a con discapacidad cuando se sabe con anterioridad?	Sí	No	N.P.
6	Antes de embarcar, ¿el personal encargado de la asistencia personal se asegura de que la persona asistida tiene toda la medicación necesaria en su equipaje de mano y con la cantidad necesaria en caso de retraso?	Sí	No	N.P.
7	La asistencia personalizada incluye:			
	¿Ayuda en el embarque y desembarque del medio de transporte?	Sí	No	N.P.
	¿Ayuda con el equipaje?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia durante el viaje en el desplazamiento desde la puerta del medio de transporte hasta su asiento o zona reservada, si es preciso?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en el desplazamiento a los servicios, si es preciso?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en el paso de controles, si es preciso?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia con la silla de ruedas o con las ayudas técnicas?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en las conexiones con otros medios de transporte si el viajero/a lo requiere?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en la expedición de billetes?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia informativa?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia para prepararse para comer, por ejemplo, abrir paquetes de	Sí	No	N.P.

	alimentos?			
8	El tiempo de antelación que se pide a una persona con movilidad reducida y/o con discapacidad para que se persone con el objetivo de recibir asistencia:			
	- Transporte ferroviario: es inferior a 60 minutos de antelación a la hora de salida publicada o a la hora que se pide a los demás viajeros/as que embarquen.	Sí	No	N.P.
	- Transporte aéreo: como mínimo una hora antes de la hora de salida del vuelo publicada en la facturación o dos horas antes de la hora de salida del vuelo publicada en los puntos designados dentro del aeropuerto.			
9	¿Se presta ayuda asistencial aunque el/la viajero/a no lo haya solicitado con anterioridad?	Sí	No	N.P.
	En caso afirmativo esta ayuda incluye:			
	¿Ayuda en el embarque y desembarque del medio de transporte?	Sí	No	N.P.
	¿Ayuda con el equipaje?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia durante el viaje en el desplazamiento desde la puerta del medio de transporte hasta su asiento o zona reservada, si es preciso?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en el desplazamiento a los servicios, si es preciso?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en el paso de controles, si es preciso?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia con la silla de ruedas o con las ayudas técnicas?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en las conexiones con otros medios de transporte si la o el viajero lo requiere?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia en la expedición de billetes?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia informativa?	Sí	No	N.P.
	¿Asistencia para prepararse para comer, por ejemplo, abrir paquetes de alimentos?	Sí	No	N.P.
10	¿Cuánto tiempo se pide de preaviso para recibir asistencia?			
	- Transporte ferroviario, ¿se pide un preaviso mínimo de 48 horas antes del momento en que se precise la asistencia o inferior?	Sí	No	N.P.
	- Transporte aéreo, ¿se pide un preaviso mínimo de 48 horas antes de la hora de salida del vuelo publicada o inferior?			
11	En el caso de que el billete permita realizar varios viajes, ¿basta con una sola notificación siempre que se proporciona suficiente información sobre los horarios en que se realizaran los sucesivos viajes para recibir asistencia?	Sí	No	N.P.
12	¿Las ayudas técnicas se devuelven a sus dueños/as armadas y en las mismas condiciones en las que se guardaron?	Sí	No	N.P.

Nota: N.P.= No Procede
Fuente: Durá et al. (2012a).

4. En cuarto lugar, se ha elaborado una guía de implantación de mejora de la accesibilidad universal turística para cada elemento y área detectados en base a los requisitos de accesibilidad universal definidos. El diagnóstico con el cumplimiento de criterios de accesibilidad universal es muy útil para las empresas para conocer su grado de accesibilidad, pero no aporta información sobre cómo ser accesibles. Por ello, con este instrumento se ha elaborado una guía de accesibilidad universal a los recursos turísticos que sirve de modelo para efectuar los cambios oportunos y que están en relación con la herramienta diagnóstica. Es decir, en base a los resultados obtenidos con el cuestionario, el modelo ofrece una serie de recomendaciones. Si, siguiendo con el ejemplo, al completar la ficha del cuestionario sobre la atención a las personas con necesidades especiales dentro del área de gestión de los transportes se hubiéramos obtenido una valoración negativa de la accesibilidad, el sistema remitiría a la ficha que se muestra en la tabla 6.

Tabla 6: Guía de implantación de mejora de la asistencia personal a personas con necesidades especiales en los medios de transporte accesibles.

Asistencia personal a personas discapacitadas o dependientes en los medios de transporte

El Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de los modos de transporte para personas con discapacidad establece que, en las instalaciones de transporte público de entidad tal que su gestión lo permita, se dispondrá de un servicio asistencial, debidamente formado, para atender a las personas con discapacidad, en su tránsito por la instalación, facilitarles la información que precisen y atenderles en la expedición de billetes.

Por ello, en la gestión de los medios de transporte se debe:

- Disponer de un lugar, dentro o fuera de la estación, donde las personas con movilidad reducida y/o con discapacidad puedan anunciar su llegada a la estación y, en su caso, solicitar asistencia. Este dispositivo, además debe disponer de información en braille, ser sencillo e intuitivo en su utilización y de una videocámara para su comunicación por personas con deficiencias auditivas. Asimismo, si el punto de llamada no establece una comunicación con algún miembro del personal del medio de transporte sino que simplemente les avisa, el punto de llamada debería mostrar de manera visual y sonora que el aviso se ha realizado correctamente y el tiempo de espera hasta que llegue la asistencia requerida.

- El servicio de asistencia debe cubrir el mismo horario que el resto de servicios de la compañía de transporte, de manera que todas las personas puedan viajar a cualquier hora y además prestarse sin coste adicional.
- El servicio de asistencia se presta por personal que cuenta con esta tarea entre sus responsabilidades. Las pautas a seguir en esta asistencia son:

- o Se prepara con anterioridad la recepción de un/a viajero/a con discapacidad, si se dispone de reserva previa.
- o Antes de embarcar, se asegura que la persona con discapacidad tiene toda la medicación necesaria en su equipaje de mano y con la cantidad necesaria en caso de retraso.
- o Se le ayuda:

- En el embarque y desembarque del medio de transporte.
- Con el equipaje.
- En el desplazamiento desde la puerta del medio de transporte hasta su asiento o zona reservada, si es preciso.
- En el desplazamiento a los servicios, si es preciso.
- En el paso de controles.
- Con la silla de ruedas o con las ayudas técnicas.
- En las conexiones con otros medios de transporte.
- En la expedición de billetes.
- Con la información necesaria o que solicite.
- Para prepararse para comer, por ejemplo, abrir paquetes de alimentos.

- o Al desembarcar, se devuelven a sus dueños/as las ayudas técnicas armadas y en las mismas condiciones en que se guardaron

- El tiempo exigido con anterioridad a la salida del medio de transporte para que la persona con movilidad reducida y/o con discapacidad se persone en el lugar designado para recibir la asistencia no puede exceder de 60 minutos a la hora de salida publicada o a la hora que se pide a los demás viajeros/as que embarquen en el transporte ferroviario o de la hora de salida del vuelo publicada en la facturación en el transporte aéreo; o bien dos horas antes de

la hora de salida del vuelo publicada en los puntos designados dentro del aeropuerto.

- Si el viajero/a con necesidades especiales no avisa con anterioridad, se le presta el mismo servicio de asistencia en la medida en que sea posible.
- El tiempo exigido mínimo de preaviso para recibir asistencia es de 48 horas antes de que se precise la asistencia en el transporte ferroviario y de 48 horas antes de la salida del vuelo publicada.
- En el caso de que el billete permita realizar varios viajes, basta con una sola notificación siempre que se proporciona suficiente información sobre los horarios en que se realizaran los sucesivos viajes.

Fuente: Durá et al. (2012b).

5. Por último, el SAMAST se ha volcado en la plataforma web SOCIALTOURISMplatform (www.socialtourimplatform.com) donde las entidades turísticas públicas o privadas pueden acceder de forma gratuita, auto-evaluar el grado de accesibilidad de sus recursos y conocer las pautas para implementar mejoras gracias a las guías de mejora de la accesibilidad basadas en diseño universal. La plataforma cuenta con los siguientes apartados, algunos de los cuales sólo son accesibles una vez el usuario se ha registrado:

- Presentación: es la página que se muestra cuando se accede a la plataforma SOCIALTOURISM desde cualquier ordenador. Esta primera pantalla es visible para todas aquellas personas que accedan a la página web aunque no estén registradas en el sistema y contiene información sobre el funcionamiento de la plataforma y los promotores de la misma (Figura 6).

Figura 6: SOCIALTOURISM platform.



Funcionamiento de la plataforma

El modelo de accesibilidad turística informatizado contenido en esta web es el resultado del Paquete de Trabajo I Diseño de un modelo de accesibilidad universal turística enmarcado dentro del proyecto SocialTourism (Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos en España) financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (CS0210-15425).

Esta plataforma y su contenido se dirige a empresas y Administraciones del sector turístico que deseen conocer el grado de accesibilidad de sus instalaciones o servicios turísticos, facilitar a sus clientes información veraz sobre su oferta turística accesible y aplicar mejoras en la accesibilidad de sus recursos basándose en criterios de diseño universal.

Para ello, el sistema contiene el modelo de accesibilidad universal turístico que permite la evaluación de la accesibilidad mediante un cuestionario. Gracias a este autodiagnóstico, las entidades obtienen su grado de cumplimiento general de la accesibilidad mediante un porcentaje por tipo de accesibilidad (física, auditiva y del habla, visual y mental). Junto a este porcentaje, el sistema destaca los elementos a modificar para conseguir la accesibilidad universal del recurso y dirige a la entidad usuaria a consultar la guía de implantación de mejoras de accesibilidad específica según las debilidades encontradas.

Las entidades públicas y/o privadas que deseen utilizar este modelo deben registrarse en el sistema e indicar una serie de datos. Los datos facilitados se podrán utilizar de forma anónima y agregada para futuros estudios de accesibilidad turística en España pero siempre respetando el anonimato de las personas e instituciones.

Centro e investigadores/as implicados/as

El modelo de accesibilidad turística ha sido desarrollado por el Instituto de Investigación Polibienestar de la Universitat de València y en él han participado la Dra. Estrella Durá, el Dr. Jorge Garcés y la Técnico de investigación Mireia Ferré.

Fuente: Durá et al. (2012c).

Desde esta página inicial, el visitante puede registrarse o bien introducir su nombre de usuario y clave si ya está registrado/a para entrar en el sistema. Para su registro, el/la interesado/a debe cumplimentar unos datos básicos (nombre, tamaño, tipo de recurso, etc.). Una vez registrado, puede evaluar tantos recursos como deseen en el apartado de cuestionarios así como consultar las guías de implementación de la accesibilidad universal en el apartado de descargas.

- **Cuestionarios:** en esta página los usuarios/as pueden iniciar tantas evaluaciones como deseen. Además, la plataforma permite guardar las respuestas por lo que la persona usuaria puede contestar el cuestionario (fichas) en varias sesiones. Una vez dado de alta el recurso, a mano izquierda, se indican las distintas fichas que se deben cumplimentar y el porcentaje cumplimentado hasta el momento y, a mano derecha, las preguntas a contestar en cada ficha (Figura 7).

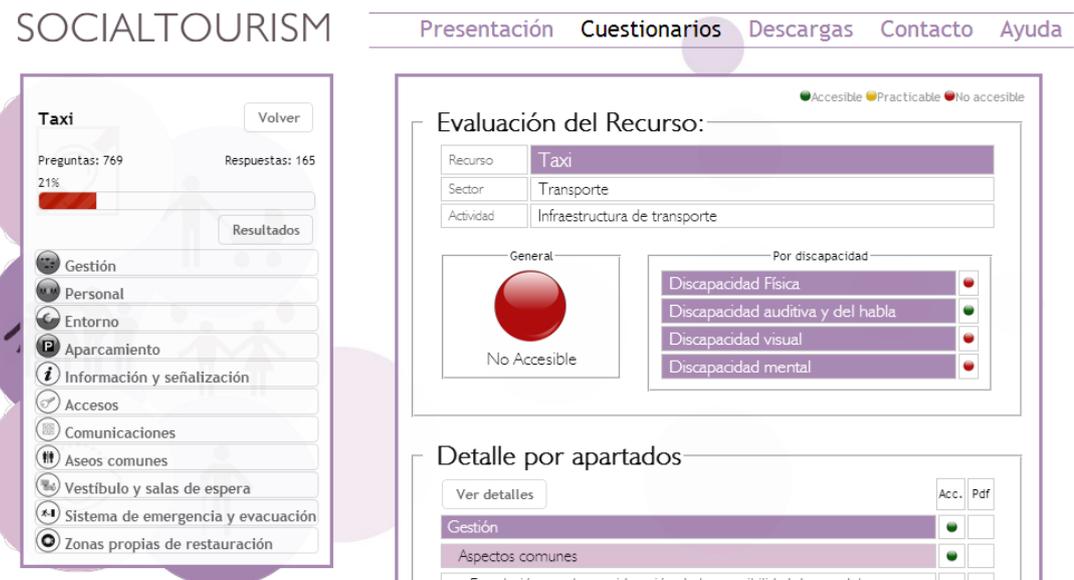
Figura 7: Ejemplo de recurso en proceso de evaluación en la plataforma SOCIALTOURISM.



Fuente: Durá et al. (2012c).

A la izquierda de la pantalla aparece una casilla "resultados" donde se puede consultar el diagnóstico de accesibilidad del recurso evaluado hasta el momento. En este sentido, se indica el diagnóstico global y por tipo de discapacidad siguiendo las distintas calificaciones contempladas en el modelo SAMAST (verde: accesible; amarillo: practicable; rojo: no accesible) (Figura 8).

Figura 8: Ejemplo de los resultados ofrecidos por la plataforma SOCIALTOURISM.

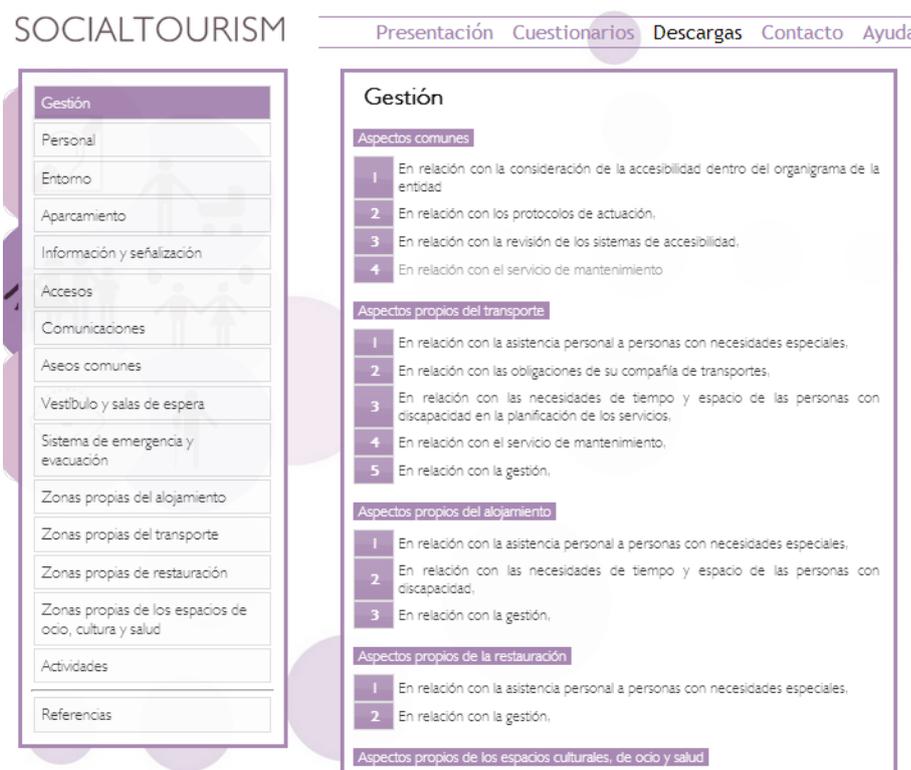


Fuente: Durá et al. (2012c).

Debajo del diagnóstico se indica el detalle por apartados y se facilita el link al pdf que contiene la guía de implantación de mejoras en accesibilidad.

- **Descargas:** en este apartado se pueden consultar todas las guías de implementación de mejoras que el sistema recomienda sin necesidad de cumplimentar el cuestionario pero siempre que el/la usuario/a esté registrado/a (Figura 9).

Figura 9: Apartado de descargas de la plataforma SOCIALTOURISM.



Fuente: Durá et al. (2012c).

- **Contacto:** en esta parte se encuentran los datos de los participantes en el proyecto y un formulario para quejas, consultas, incidencias, etc. de acceso libre.
- **Ayuda:** esta página dispone de información sobre el funcionamiento de la plataforma y es también de acceso libre.

2.2.2.3. Actuaciones a nivel regional

En esta sub-sección se analizan a partir de la información disponible en las páginas de las Consejerías de Turismo de cada Comunidad Autónoma y de la realización de algunas llamadas telefónicas, las acciones dirigidas a promocionar un turismo para todos.

Andalucía

Desde la Consejería de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía se acometió el *II Plan de Calidad Turística 2010-2012*, que pivota en torno a la figura del turista y su satisfacción como garantía de éxito para el destino (Consejería de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía, 2011) con un presupuesto

de 7 millones de euros (Diariodecadiz.es, 2011). Entre sus objetivos instrumentales destaca el propósito de aplicar prácticas de accesibilidad en los destinos turísticos para conformar una región turística para todos que ofrezca garantías de acceso para el colectivo de personas mayores y/o con discapacidad. Para ello, la Consejería propuso entre sus ejes de innovación uno dedicado a la accesibilidad con las siguientes actuaciones:

- Análisis del segmento turístico accesible (2011-2012).
- Manuales de buenas prácticas de turismo accesible (2011-2012).
- Creación del distintivo de accesibilidad (2011-2012).
- Servicios de asesoría para la adecuación de infraestructuras y servicios (2010-2012).
- Apoyo a la accesibilidad (2011-2012).
- Turismo deportivo accesible (2010-2012).
- Andalucía turística accesible (acciones de sensibilización) (2011-2012).
- Espacios turísticos accesibles (2011-2012).

En esta línea, la Consejería de Turismo, Comercio y Deporte pone a disposición de las empresas y servicios turísticos andaluces un servicio gratuito de consultoría y asistencia técnica para la implantación de la norma UNE 170.001-2 de accesibilidad universal. Una vez efectuada la solicitud, una empresa especialista en implantación de sistemas de gestión de calidad, medioambiental y de accesibilidad en el subsector correspondiente realiza un diagnóstico de la situación actual del recurso para posteriormente entregarle un informe sobre la viabilidad del proyecto de implantación, en su caso, y las recomendaciones a seguir. Si el resultado del diagnóstico es positivo, la empresa consultora se pone a trabajar con la organización solicitante del servicio con el objetivo de implantar la norma elegida y obtener la certificación. Los resultados de estas certificaciones así como los establecimientos y espacios certificados con ISO 9001, ISO 14001, Marca Parque Natural-Turismo de Naturaleza, Marca Q de Calidad Turística, Reglamento EMAS, Bandera Azul, Carta Europea de Turismo Sostenible, Compromiso de Calidad Turística y la Etiqueta Doñana 21 se pueden buscar en el directorio de establecimiento y espacios certificados, actualmente disponible a fecha 2011 (Consejería de Turismo y Comercio, 2013).

Además, esta Consejería puso en marcha en 2008 el proyecto de *Playas Accesibles* con un presupuesto inicial de siete millones de euros para el litoral malagueño (Laopiniondemalaga.es, 2012) dentro del *Plan Qualifica* de recalificación de destinos maduros. Desde su comienzo se han invertido 105,8 millones de euros por parte de la Junta y de los ayuntamientos beneficiados. Entre los programas ejecutados, durante estos años se encuentra el de modernización de la planta hotelera (35

millones de euros); el de revalorización de centros urbanos (10,5 millones) o la revitalización del frente litoral (8,4 millones). También se ejecutó, en una segunda fase, la renovación del modelo de información turística (un millón de euros); el programa de señalización turística (2,5 millones); y el de potenciación de productos emergentes, este último en colaboración con empresarios y el Gobierno central (un millón de euros) (Europa Press, 2012a). También el turismo de ski de Andalucía trata de permitir que las personas con distintas discapacidades disfruten de la oferta turística andaluza. Con este objetivo, en 1996 se estableció como prioridad estratégica acoger a todos los potenciales turistas en Sierra Nevada, lo que llevó a que en la temporada 2010-2011 el esquí adaptado ascendiera a más de 2.600 horas de clase y 2.500 pernoctaciones (Ollero, 2012).

Además, esta Consejería dispone de *Andalucía Lab*, un centro pionero nacido para atraer y generar conocimiento, para transferirlo al sector turístico y para ofrecer soluciones prácticas e innovadoras a las Pymes y Micropymes turísticas andaluzas y a los diversos actores que participan en dicha industria (Consejería de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía, 2012). Con estos objetivos, *Andalucía Lab* celebró en 2012 el Foro de Accesibilidad y Turismo con el propósito de dar a conocer las ventajas de proporcionar servicios turísticos accesibles y soluciones accesibles aplicadas al turismo (Andalucía Lab, 2012).

Otro aspecto a destacar es su *Guía de Accesibilidad en Comunicación para Alojamientos Turísticos*¹⁶ lanzada en 2008 que cuenta con información online relativa a la satisfacción del turista con necesidades especiales. Además, esta guía cuenta con un cuestionario auto-diagnóstico, similar al del proyecto SOCIALTOURISM aunque menos extenso y dirigido explícitamente a alojamientos turísticos en materia de accesibilidad en la comunicación. Por último, la Junta de Andalucía ha publicado numerosas guías de turismo accesible, entre ellas destacan las siguientes:

- Turismo accesible. (2008). [Recurso electrónico]: dossier / elaborado por el Centro de Documentación. -- [Sevilla]: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte, Centro de Documentación
- Turismo accesible. (2011). [Recurso electrónico]: dossier / elaborado por el Centro de Documentación y Publicaciones. --2ª ed. -- [Sevilla]: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte, Centro de Documentación.

Aragón

En el apartado dedicado al turismo en la página web del Gobierno de Aragón no se aprecia información sobre la oferta turística accesible ni sobre las iniciativas que

¹⁶ <http://www.turismoandaluz.com/sites/accesibilidad/>

dentro de este ámbito lleva a cabo el Gobierno de Aragón. Tampoco aparece información sobre la oferta turística accesible en la página web de turismo de Aragón¹⁷ donde sí se hace mención al turismo de aventura, turismo con niños y turismo de salud, entre otros. No obstante, dentro de las ayudas al sector turístico, desde el año 2007 se convocan ayudas para promocionar la accesibilidad. Por ejemplo, en el año 2011 se convocaron subvenciones a fondo perdido con destino a empresas para actuaciones de infraestructura turística¹⁸ y ayudas para la subsidiación de créditos con destino a empresas y asociaciones sin ánimo de lucro para inversiones en el sector turístico¹⁹. Las subvenciones se destinaron a actuaciones, entre otras, dirigidas a facilitar la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas con un máximo del 20% del coste elegible de la inversión. Por su parte, las ayudas se dedicaron a proyectos de modernización y aumento de la calidad de las instalaciones y servicios de los establecimientos turísticos y oferta complementaria, así como a actuaciones destinadas a facilitar la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

Además, Aragón cuenta con un *Plan de Accesibilidad e Inclusión Social de la Red Natural de Aragón* que ejecuta el Departamento de Medio Ambiente del Gobierno de Aragón con el objetivo de hacer accesibles los espacios naturales de la Red Natural de Aragón. Con este plan se han revisado hasta 2011 las infraestructuras de uso público de los espacios naturales protegidos de Refugio de Fauna Silvestre de Sariñera, el Camino Natural de La Alfranca e instalaciones de la Comarca de Calatayud y Comarca de Belchite. Para ello, entre 2005 y 2011 el Departamento de Medio Ambiente invirtió cerca de 195.000 euros en actuaciones de sensibilización, mejora de infraestructuras y adecuación de instalaciones del Parque Natural de la Sierra y Cañones de Guara (Vivirenaragon, 2011).

En esta misma línea en 2012 el Gobierno de Aragón y "la Caixa" desarrollaron 12 acciones en el marco del *Cuarto convenio para la conservación de los espacios naturales protegidos de Aragón* con un presupuesto de 500.000 euros. Una de ellas fue la obra de mejora de accesibilidad de La Pradera del Parque Nacional de Ordesa que contempla la finalización del sendero accesible para personas con discapacidad. Esta actuación es la continuación de una primera fase proyectada en el interior del

¹⁷ www.turismodearagon.com

¹⁸ ORDEN de 4 de febrero de 2011, del Departamento de Industria, Comercio y Turismo, por la que se convocan subvenciones a fondo perdido con destino a empresas para actuaciones de infraestructura turística.

¹⁹ ORDEN de 17 de febrero de 2011, del Departamento de Industria, Comercio y Turismo, por la que se convocan ayudas para la subsidiación de créditos con destino a empresas y asociaciones sin ánimo de lucro para inversiones en el sector turístico.

Parque Nacional de Ordesa y Monte Perdido que tiene como objetivo acercar la naturaleza aragonesa a todos (ASEBI – Asociación Bizkaia Espina Bífica e Hirofelia, 2012).

Asturias

En Asturias se comenzó a poner en práctica un ejercicio de concienciación sobre las barreras del turismo mediante la adaptación a usuarios/as con discapacidad del portal de información turística. El siguiente paso fue la puesta en valor de los recursos accesibles en la guía *Asturias para tod@s*, identificando las condiciones de practicabilidad que cumplen sus espacios naturales, rutas, museos y alojamientos, y animando a los que no las satisfacen a ofrecer un turismo accesible (InfoAsturias, 2012). Con este propósito, durante el ejercicio 2011 se llevó a cabo una campaña de sensibilización a los/as empresarios/as turísticos en temas de accesibilidad por parte de inspectores/as en este campo en la que se realizaron fichas de valoración y recomendación de la accesibilidad (información facilitada por teléfono en la Dirección General de Turismo de Asturias). Asimismo, Asturias cuenta con el programa *Playas Accesibles* desde el año 2000 en el que invirtió 20.000 euros para la gestión del servicio mediante un convenio con la Cruz Roja en 2010 (Europa Press, 2010) y una web destinada en exclusiva al turismo accesible. El portal de Turismo Accesible Cosa Nueva²⁰ cuenta con una selección de hospedajes accesibles que contienen una descripción detallada para que el usuario/a pueda valorar si es o no accesible a sus capacidades. Se tiene previsto ampliar este portal con contenido de rutas turísticas, playas, transporte, etc. (AsturAccesible, 2013).

Islas Baleares

La Consejería de Turismo y Deportes de las Islas Baleares trabaja, entre sus competencias, para garantizar que la oferta turística sea accesible a todas y todos los turistas, sin que se excluya a aquellas personas con algún tipo de discapacidad, movilidad reducida o necesidad especial (Govern de les Illes Balears, 2012). En esta línea lanzó en 2007 un programa cultural denominado *Turismo para todos* cuya finalidad era facilitar la participación y accesibilidad de las personas con discapacidad física, visual y auditiva a la cultura y el turismo de las islas (Govern de les Illes Balears, 2007). Del mismo modo, la Consellería de Agricultura, Medio Ambiente y Territorio ha adaptado, junto a "la Caixa" algunos itinerarios en parques naturales para personas con movilidad reducida. Concretamente, la iniciativa de adaptación del itinerario central del Parque Natural de s'Albufera supuso una

²⁰ www.AsturAccesible.com

inversión de 70.000 euros de la entidad financiera (Govern de les Illes Balears, 2011).

En este sentido, la Conselleria de Turismo y Deporte ha lanzado el *Plan Integral de Turismo de las Islas Baleares 2012 – 2015* con el objetivo de hacer accesible la participación en el turismo a toda la sociedad. Por ello, todas las categorías de turismo contempladas en la estrategia del producto turístico de baleares contemplan el concepto de accesibilidad universal con el objetivo de caminar hacia un turismo inclusivo. Además, dentro de la categoría de turismo de salud ha lanzado una línea de turismo accesible que se encuentra en fase de introducción (Conselleria de Turisme i Esports, 2012). Además, el 15 de noviembre de 2012 esta misma Conselleria organizó el *I Foro-Seminario de Turismo y Accesibilidad* junto a PREDIF en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social. Este foro constituyó un punto de encuentro entre los gestores de los destinos turísticos, profesionales y empresas del sector para el intercambio de conocimientos, experiencias y reflexiones en el marco del turismo para todos.

Islas Canarias

La Consejería de Turismo del Gobierno de Canarias ha optado por aplicar las últimas tecnologías con estándares web para facilitar el acceso a la información. Sin embargo, no cuenta con información detallada sobre la oferta accesible en su web turística²¹ aunque sí dispone de información sobre turismo con niños, turismo de deportes, etc. La Sociedad Insular para la Promoción de las Personas con Discapacidad (SINPROMI), entidad perteneciente al Cabildo Insular de Tenerife que se constituyó en 1993, trata de favorecer la integración social y laboral, así como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en la isla de Tenerife. Entre sus objetivos se encuentra favorecer la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad, potenciando el acercamiento a los recursos culturales y al disfrute del turismo y del ocio (SINPROMI, 2012a). Persiguiendo estos objetivos, esta sociedad realiza múltiples actuaciones para la consecución de un turismo para todos. Entre ellas:

- **Proyectos**

Infoaccesibilidad en los museos. Proyecto presentado en 2008 con el objetivo de mejorar el acceso a los contenidos expuestos en los museos dependientes de la Corporación Insular. Esta acción se llevó a cabo en virtud de un convenio de colaboración entre la Corporación insular, el IMSERSO y la Fundación ONCE con un presupuesto de 110.000 euros.

²¹ www.turismodecanarias.com

Proyecto TICA (Tecnologías de la Información y la Comunicación Accesibles). Este proyecto persigue utilizar las nuevas tecnologías como herramientas que posibiliten la integración de personas con dificultades. El presupuesto de este proyecto asciende a 546.589 euros, de los que el 85% han sido aprobados por el Comité de Gestión a través de la cofinanciación de los Fondos Europeos de Desarrollo Regional y el 15% restante lo aportan las tres entidades participantes (SINPROMI, Instituto Tecnológico y de Energías Renovables y el Instituto de Acção Social Direcção Regional da Solidariedade e Segurança Social) (SINPROMI, 2010).

Proyecto TAMAC (Desarrollo de Destinos Turísticos Accesibles en la Macaronesia). Este proyecto pretendía impulsar el Turismo Accesible en la Macaronesia desde enero de 2010 a junio de 2012, a través de las siguientes actuaciones:

- o Desarrollar un destino turístico accesible, mediante la realización de proyectos piloto para la mejora e implantación de la accesibilidad universal en áreas turísticas de los archipiélagos macaronésicos.
- o Gestionar, promocionar, divulgar y facilitar la búsqueda de información por los potenciales usuarios/as con la creación de una guía de lugares accesibles de la Macaronesia que permita consultas a través de internet.
- o Formar y sensibilizar al personal de los destinos turísticos con el fin de concienciar sobre las diversas necesidades de personas con movilidad y comunicación reducida.
- o Orientar a los distintos agentes implicados para la consecución de la certificación en la norma europea de accesibilidad universal.
- o Promover y difundir las acciones puestas en marcha en favor de la consecución de entornos y servicios accesibles, que garanticen el acceso y uso en igualdad de condiciones a todas las personas, independientemente de sus capacidades.

En el marco de este proyecto se organizó en 2012 un curso gratuito dirigido a responsables de la gestión de establecimientos turísticos de los servicios de recepción, restauración y mantenimiento denominado *Tenerife, un destino accesible* (SINPROMI, 2012b). También en 2011, enmarcados en el proyecto TAMAC, se organizaron los talleres sobre *Accesibilidad Universal en establecimientos hoteleros y servicios relacionados con el sector turístico y Atención a Personas con Movilidad y Comunicación Reducida* (SINPROMI, 2011).

- Premios

SINPROMI instauró en 2003 los premios de Arquitectura Accesible con carácter bienal con el objeto de fomentar la proyección y ejecución de entornos y edificaciones accesibles, reconociendo públicamente las intervenciones, tanto públicas como privadas, donde se haya contemplado la accesibilidad de manera ejemplar con dos categorías: obra finalizada y proyecto fin de carrera (SINPROMI, 2012c).

Por otro lado, el Cabildo Insular de Tenerife, la Asociación Provincial de Agencias de Viajes de Santa Cruz de Tenerife (APAV) y la Asociación Hotelera y Extrahotelera de Tenerife, La Palma, Gomera y El Hierro (ASHOTEL) ponen a disposición de los mayores de 65 años con alguna discapacidad el programa *Vacaciones en mi Isla* con el objetivo de acercar a este grupo de población los lugares más paradisíacos de la isla y los hoteles y apartamentos de calidad a precios adaptados (Cabildo de Tenerife, 2013).

Entre las subvenciones a proyectos turísticos relacionados con la accesibilidad, la Consejería de Turismo de Canarias promulgó la Orden de 23 de abril por la que se aprobaban las bases reguladoras de la convocatoria de concesión de subvenciones destinadas a la implantación y renovación de sistemas de gestión de calidad, de gestión medioambiental y de accesibilidad universal en establecimientos turísticos para el año 2010. Esta Orden declaraba como proyectos subvencionables los proyectos de inversión destinados a la aplicación de la Norma UNE 170001 de accesibilidad universal (Gobierno de Canarias, 2010).

Cantabria

En el portal oficial de turismo de Cantabria existe un apartado específico con información sobre la oferta accesible de la Comunidad Autónoma²² con zonas a visitar, playas accesibles y recursos naturales, entre otros. Además, en el *Plan de Marketing Turístico de Cantabria 2012* (Consejería de Innovación, Industria, Turismo y Comercio, 2012) menciona explícitamente su intención de mejorar la accesibilidad de los museos de Cantabria. Por otra parte, el Gobierno de Cantabria promulgó en 2012 la Orden INN/17/2012, de 30 de abril por la que se establecían las bases reguladoras y se convoca la concesión de subvenciones a las empresas turísticas para inversiones en alojamientos turísticos, restaurantes y cafeterías y campamentos de turismo. Estas ayudas, a las que podían acogerse alojamientos, restaurantes, cafeterías y campamentos, así como agencias de viaje y los ayuntamientos, tenían por objeto favorecer las inversiones y promocionar la calidad

²²<http://www.turismodecantabria.com/inicio/resultados-de-su-busqueda/buscador-aWRab25hPSZldGIxdWV0YXM9MzUm>

en los distintos subsectores turísticos. En concreto, en el ámbito de la accesibilidad se subvencionan obras para mejorar la accesibilidad de personas con movilidad reducida con una inversión mínima de 6.000 euros en alojamientos turísticos y de 2.000 euros en restaurantes y cafeterías (Gobierno de Cantabria, 2012).

Castilla La Mancha

Uno de los objetivos prioritarios de la Administración de Castilla La Mancha es impulsar el cumplimiento de la normativa sobre accesibilidad y la utilización del entorno urbano, los edificios, medios de transporte y sistemas de comunicación sensorial de manera integral a favor de cualquier persona, independientemente de sus limitaciones personales. Así, la accesibilidad integral se ha convertido desde 1994, año en que se aprobó la Ley de Accesibilidad de Castilla La Mancha, en un reto. En el ámbito de esta Ley se creó el Consejo Regional de Accesibilidad (Castilla-La Mancha, 2012a), órgano de participación y consulta para la promoción de la accesibilidad y la eliminación de barreras. Debido a su doble carácter, en él participan órganos de todas las Administraciones Públicas con competencias en la materia y tiene funciones de asesoramiento, fomento y propuesta en los ámbitos que regula la mencionada Ley. Asimismo, en el marco de esta Ley se han organizado numerosas campañas, programas y publicaciones (Castilla-La Mancha, 2012b) como el Manual de Accesibilidad Integral²³, iniciativa de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha e impulsada desde la Consejería de Bienestar Social que tiene por objetivo promocionar información útil, práctica y bien organizada que facilite el diseño del entorno de acuerdo con los requisitos de accesibilidad en urbanismo, edificación, transporte, señalización y comunicación (Castilla- La Mancha, 2006).

Por otro lado, dentro del *Plan de Ciudadanía de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales* destacan dos programas: (i) accesibilidad urbanística y (ii) accesibilidad en la edificación, en el transporte y en la comunicación. Por último, desde la Consejería de Turismo tienen previsto comenzar con actuaciones dirigidas a la promoción del turismo accesible aunque todavía no han definido nada concreto (información facilitada por vía telefónica).

Castilla y León

Una información actualizada y rigurosa sobre los servicios y recursos turísticos accesibles a las personas con discapacidad es imprescindible si se quiere ofrecer turismo de calidad. Este es precisamente el empeño que anima la voluntad del Gobierno de la Comunidad de Castilla y León en su guía de alojamientos turísticos

²³ <http://pagina.jccm.es/social/aaccesibilidad/index.html>

accesibles²⁴. Esta guía selecciona y aporta información detallada y objetiva sobre alojamientos turísticos accesibles para personas con discapacidad física y sensorial, de diferentes categorías, tipologías y localización geográfica. Así, no realiza valoraciones subjetivas sobre el grado de accesibilidad que presenta, sino que describe sus características específicas para que cada persona decida y escoja aquel alojamiento que reúna unos parámetros adecuados a sus necesidades. Para llevar a cabo esta guía se constituyó un equipo multidisciplinar configurado por técnicos/as especializados/as en turismo y accesibilidad. A partir de los datos ofrecidos por la Consejería de Cultura y Turismo, se realizó un sondeo telefónico con el fin de detectar los alojamientos turísticos de Castilla y León que tenían al menos una habitación adaptada. Una vez identificados, el equipo técnico se desplazó hasta ellos y realizó *in situ* un diagnóstico de accesibilidad donde se detectaron las características positivas y las dificultades que presentaba cada alojamiento (Turismocastillayleon.com, 2012).

En esta línea, la Comunidad firmó en 2008 y volvió a suscribir en 2012 un Convenio Marco con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con algún tipo de discapacidad. En el marco de este convenio se abarcan diferentes áreas, entre las que se encuentran: la organización de actividades de formación para el personal técnico de las entidades firmantes, así como a guías, intérpretes, agentes sociales y operadores privados que presten servicios públicos para visitantes de los espacios naturales de Castilla y León (Discapnet, 2012).

Del mismo modo, el programa *Castilla y León, Accesible por Naturaleza* desarrollado y promocionado por la Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Castilla y León y la Fundación Patrimonio Natural de Castilla y León, con la participación de Gerencia de Servicios Sociales y la colaboración de la Obra Social "la Caixa" ha habilitado, como experiencia pionera, cuatro espacios naturales de la Comunidad: Reserva Natural Valle de Iruelas (Ávila), Parque Natural Lago de Sanabria y alrededores (Zamora), Monumento Natural Monte Santiago (Burgos) y Monumento Natural La Fuentona (Soria) (Junta de Castilla y León et al., 2010) con una inversión total de 4,3 millones de euros en accesibilidad (Europa Press, 2012b). Asimismo, la Comunidad ha concedido durante 2008, 2009, 2010 y 2012 subvenciones para la mejora de la calidad en las infraestructuras turísticas en destino para entidades locales con una dotación presupuestaria de 3.250.000€ en 2008, 1.750.000€ en 2009 (Consejería de Cultura y Turismo, 2008), 1.740.000€ en 2010 y 1.300.000€ en 2011 (Consejería de Cultura y Turismo, 2010). Entre las actuaciones subvencionables se enmarcaban la mejora de la accesibilidad y

²⁴ <http://www.turismocastillayleon.com/at accesibles/index.html>

señalización de los recursos turísticos, incluyendo: (i) actuaciones de mejora de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas en el acceso a los bienes, recursos y rutas turísticas existentes y (ii) actuaciones destinadas a facilitar el acceso de las personas con algún tipo de discapacidad sensorial a los recursos e información turística.

Cataluña

El turismo accesible se ha convertido en una de las principales líneas estratégicas de la Agencia Catalana de Turismo. Así, en su página web existe un apartado específico para el Turismo Accesible donde se indica que actualmente Cataluña es un destino de referencia para el Turismo Social Accesible a nivel nacional con más de 1.100 recursos turísticos (Agencia Catalana de Turismo, 2013). En este sentido, en los últimos años Cataluña ha realizado números actuaciones a favor de un turismo para todos. Entre ellas, destaca la línea promocional de turismo de Cataluña *Turisme per a tothom* (turismo para todos) enfocada especialmente a personas con discapacidad. Mediante esta iniciativa, la Agencia Catalana de Turismo facilita a través de una web²⁵ información sobre la accesibilidad no sólo de destinos sino también de los equipamientos, recursos y servicios turísticos que disponen de facilidades para personas con discapacidad, distinguiendo en cada caso: accesible para usuarios/as con silla de ruedas, accesible para personas con deficiencias visuales, accesible para personas con movilidad reducida y accesible para personas con deficiencias auditivas. Otro de los proyectos destacados es el proyecto *Accessí Turisme*, con un presupuesto de 621.000 euros hasta el 2011, que tenía como objetivo principal crear un servicio integral para la accesibilidad turística en los destinos catalanes (FullTurisme, 2010). Y la accesibilidad en el camino de Santiago Catalán, iniciativa presentada como buena práctica en el *Crossroads of Europe* dedicado a las rutas culturales y religiosas europeas. El *Camino de Santiago para todos*²⁶ es un referente de ámbito nacional e internacional en la aplicación de soluciones para facilitar la accesibilidad a todas las personas (Gencat.cat, 2012).

En esta línea, los premios de promoción de la Agencia Catalana de Turismo incorporaron en 2010 la accesibilidad en una de sus categorías con el objetivo de distinguir a aquella empresa, entidad pública o privada que a lo largo del año haya desarrollado en la Comunidad una iniciativa innovadora, una mejora destacada, etc. (Generalitat de Cataluña, 2011). Por otro lado, la Agencia Catalana de Turismo recibió en 2012 uno de los galardones de turismo responsable concedidos en el

²⁵ <http://www.turismeperatohom.com/ca/>

²⁶ <http://www.camidesantjaumeperatohom.cat/>

marco de la feria de *World Travel Market* en reconocimiento a su labor en la promoción del Turismo Accesible (Hosteltur.com, 2012).

Asimismo, Cataluña ofrece ayudas dirigidas a las empresas turísticas que deseen invertir en accesibilidad. Así, en 2010 otorgó subvenciones a programas de desarrollo turístico de Cataluña, entre los que se encontraban, las mejoras en accesibilidad de establecimientos turísticos y de interés turístico. En la misma línea otorgó préstamos a PyMES del sector turístico para mejorar la accesibilidad de sus establecimientos.

Comunidad Valenciana

En los últimos siete años la Consejería de Turismo de la Comunidad Valenciana ha destinado cerca de 3,4 millones de euros en la eliminación de barreras en establecimientos turísticos y más de 1,3 millones de euros en pasarelas de ancho especial para las playas (Europa Press, 2011). En este sentido, el Plan Estratégico Global del Turismo de la Comunidad Valenciana 2010-2020 identifica como programa de actuación de la competitividad empresarial de la Comunidad el programa *Turismo para todos*, subrayando que el esfuerzo público y privado de la Comunidad en materia de Turismo Accesible se mantendrá desde el punto de vista de la accesibilidad total, incorporando además de las actuaciones empresariales, la visión global de destino (INVAT-TUR, 2010). El programa *Turismo para todos* desarrolla las siguientes líneas de actuación del *Plan de Turismo Accesible* que la Agencia Valenciana del Turismo despliega en colaboración con la Conselleria de Justicia y Bienestar Social (Conselleria de Turismo, Cultura y Deporte, 2012):

1. Asesoramiento y ayudas a establecimientos para su adaptación para personas con movilidad reducida.
2. Adaptación de las oficinas Tourist Info.
3. Actividades formativas en la Red del Centro de Turismo de Valencia.
4. Información de establecimientos y recursos turísticos accesibles en las web oficial de la Comunitat Valenciana.
5. Evaluación/inventario de la oferta turística accesible.
6. Actividades de concienciación del sector.
7. Plan de Playas Accesibles.

Entre las actuaciones programadas para 2012, en el *Plan Operativo de Turismo* se especificaba que se iba a continuar con la mejora y la potenciación de la accesibilidad de las playas mediante el suministro de elementos adaptados a las necesidades de las personas con movilidad reducida (pasarelas). Este programa fue puesto en marcha en el año 2000 por la Conselleria de Bienestar Social para que las personas con movilidad reducida pudieran acceder a la orilla con facilidad y

bañarse con total seguridad (Conselleria de Bienestar Social, 2012a). En 2010 la inversión en playas adaptadas fue de 240.000€ en infraestructuras y equipamientos (eEconomista, 2010). Además, el programa de *Turismo Litoral* contempla la puesta en marcha de zonas delimitadas de baño para personas con discapacidad sensorial visual, consistentes en una zona delimitada por boyas dotadas de un sistema de aviso acústico. En 2013, La Diputación de Valencia, con el fin de promover la generación y el mantenimiento del empleo hotelero en temporada baja, así como facilitar un plan de vacaciones para las personas mayores en la provincia de Valencia, ha lanzado el *Programa Provincial por el Empleo Hotelero y el Turismo Social* con el objetivo de promover el envejecimiento activo y paliar las consecuencias que en materia de empleo produce la estacionalidad del sector, todo ello a través de un programa de vacaciones sociales para las personas mayores (Diputación Provincial de Valencia, 2013).

En la página web de la Conselleria de Turisme existe un enlace directo con el nombre de *Turismo Accesible* donde se ofrece información sobre ayudas y subvenciones relacionadas así como normativa de aplicación y documentos útiles. En el ámbito de la accesibilidad, se han ofrecido dos tipos principales de ayudas. Las primeras, *Programa 3.7 Apoyo a inversiones de mejora de las condiciones de supresión de barreras a la diversidad funcional, física, visual, auditiva, intelectual y orgánica*, tienen como objetivo apoyar hasta con un 50% de intensidad a aquellas inversiones que persigan garantizar la accesibilidad y uso de los establecimientos turísticos en condiciones tendentes a la igualdad de todas las personas con discapacidad, sean cuales sean sus limitaciones (Generalitat Valenciana, 2012a). Las segundas, *Programa 3.8 Apoyo a la implantación y certificación de sistemas de gestión de la accesibilidad*, tienen como propósito apoyar las iniciativas que desarrollen proyectos para la implantación de Sistemas de gestión de la accesibilidad global en los establecimientos turísticos de la Comunitat Valenciana y que conduzcan a la obtención de la certificación que acredite el cumplimiento de los requisitos de la norma española UNE 170.001 (Generalitat Valenciana, 2012b).

Entre las ayudas para el 2012 también se ofrecían otro tipo de ayudas relacionadas con la accesibilidad turística. Así, el programa 3.3. *Apoyo a mejoras sustanciales en las condiciones y servicios de los establecimientos de alojamiento y restaurantes y a proyectos de interés singular que fortalezcan la oferta turística valenciana*, contaba entre sus criterios generales de evaluación con el compromiso de la empresa con la accesibilidad. Concretamente, estas ayudas valoraban positivamente que la entidad solicitante contara con un certificado de gestión de la accesibilidad reconocido por el programa Qualitur de la Agència Valenciana del

Turisme²⁷, o bien por la ejecución de inversiones en el establecimiento en materia de accesibilidad durante los tres últimos años y, en el supuesto de creación de establecimientos, se valoraban preferentemente los proyectos que tuvieran en cuenta la accesibilidad (con un máximo de 2 puntos sobre 10) (Generalitat Valenciana, 2012c). En la misma línea, el programa 3.4. *Apoyo a mejoras en las condiciones y servicios de la oferta turística complementaria en la Comunitat Valenciana* (Generalitat Valenciana, 2012d) y el programa 3.5. *Apoyo a mejoras en las condiciones y servicios de la oferta de turismo activo y de naturaleza en la Comunitat Valenciana* (Generalitat Valenciana, 2012e), con una financiación de hasta el 50%, valoraban positivamente el compromiso de la empresa con la accesibilidad.

Por último, destaca la organización de algunos cursos y seminarios gratuitos sobre accesibilidad como el *Curso Básico de Accesibilidad al Medio Físico en la Ingeniería Agroforestal*, el *XIII Seminario Medios de Comunicación sin barreras*, el *Curso Básico de Accesibilidad al Medio Físico* y *La accesibilidad al medio físico, la ingeniería y el diseño* (Conselleria de Bienestar Social, 2012b). Las últimas, *I Jornadas de Turismo Accesible* se celebraron en 2012 como parte de la primera fase del *Plan Provincia Accesible – Provincia para todos* que el Patronato de Turismo de València Terra i Mar ha puesto en marcha. En estas Jornadas, una celebrada en Cullera para los municipios costeros y otra en Xàtiva para el turismo de interior, se trasladó a los responsables y técnicos de las áreas de turismo y cultura de la provincia de Valencia las dificultades con las que se encuentra el colectivo de personas con discapacidad, las posibles soluciones y las herramientas y fuentes de consulta para crear/adaptar sus productos turísticos. Las siguientes fases de ejecución del citado Plan son: diagnóstico, planificación y comunicación (INVAT-TUR, 2012).

Extremadura

En la página web de la Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo del Gobierno de Extremadura se establece que constituye un deber de los poderes públicos garantizar el máximo bienestar posible de vida a todos los ciudadanos y facilitar su participación en la vida política, económica, cultural y social. Además, remarca que la Dirección General de Arquitectura y Vivienda tiene encomendada la tarea de gestionar, promover y controlar las medidas tendentes a

²⁷ Qualitur apoya la certificación en accesibilidad basada en la Norma UNE 170001 que garantiza disponer de las mismas posibilidades de acceso a cualquier parte del entorno y al uso y disfrute de los servicios en ella prestados todo ello, con la mayor autonomía posible en su utilización.

eliminar progresivamente y de manera definitiva las barreras que impiden a las personas que padecen alguna limitación, el pleno disfrute de sus derechos de ciudadanos constitucionalmente reconocidos (Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo, 2012a). Para la consecución de estos objetivos, Extremadura cuenta desde 2004 con un *Plan Director de Accesibilidad* que pretendía dar respuesta a toda la Comunidad para que se materializaran las soluciones oportunas para adecuar el entorno a toda su ciudadanía, antes de la finalización del año 2007, tal como determinaba la normativa vigente sobre accesibilidad (Consejería de Fomento. D.G. de Urbanismo, Arquitectura y Ordenación del Territorio, 2004).

Asimismo, Extremadura dispone de un servicio especializado en materia de accesibilidad de promoción, asistencia y formación de carácter regional y gratuito denominado OTAEX (Oficina Técnica de Accesibilidad de Extremadura) (Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo, 2012b) que presentó en 2012 la *Guía de Accesibilidad para Alojamientos Turísticos* (Extremadura.com, 2012a). Además, la Comunidad ofrece varias ayudas a la supresión de barreras arquitectónicas. Por ejemplo, la Dirección General de Vivienda y Arquitectura ofrece ayudas a la rehabilitación de edificios y viviendas; y la Consejería de Sanidad y Dependencia ofrece ayudas individuales dirigidas a personas con discapacidad. En esta línea, durante los años 2008, 2009 y 2010 se han otorgado subvenciones para fomentar la adaptación de los edificios y espacios de uso público de titularidad pública de los entes locales del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.

Concretamente, en el ámbito turístico, el Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino (MARM) aprobó la puesta en marcha de un proyecto trasnacional para promover un turismo rural más accesible para los/as viajeros/as con movilidad y percepción reducidas. Dicho proyecto *Rutas sin barreras + Turismo para todos* es una iniciativa presentada por el Centro de Desarrollo Comarcal de Tentudía, que se desarrollará en Extremadura y Portugal (Hosteltur.com, 2011b). Entre las acciones a desarrollar se encuentra la celebración de jornadas como la celebrada en Olivenza en 2012 (Extremadura.com, 2012b).

Galicia

Durante el periodo 2011-2012 la Xunta de Galicia destinó 10 millones de euros en ayudas al sector turístico, primando el concepto de accesibilidad con otros como el de calidad o potenciación de nuevas tecnologías (Hosteltur.com, 2011c). En esta línea, el Diario Oficial de Galicia recoge en 2012 cuatro resoluciones publicadas por la Secretaría General para el Turismo de la Xunta por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones dirigidas a entidades turísticas en

las que se promociona la accesibilidad. Estas ayudas están cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa operativo FEDER Galicia 2007-2013. Así, las primeras estaban destinadas a las agencias de viajes para que comercializaran y promocionasen el destino Galicia y recogían, entre otros, proyectos de adecuación de los soportes de promoción a los parámetros de accesibilidad para personas discapacitadas o con dificultades de acceso a la información, siempre que los productos ofertados contemplaran estas discapacidades²⁸. El segundo tipo de subvenciones estaba destinado a las obras de mejora en los campamentos turísticos apoyando proyectos de accesibilidad que adaptasen espacios e instalaciones del campamento a las normas de accesibilidad física y sensorial²⁹. También se ofrecían ayudas para la mejora de albergues, concretamente para obras destinadas a mejorar las condiciones de accesibilidad y supresión de barreras³⁰, entre otras. Y en cuarto lugar, la Secretaría establecía subvenciones a establecimientos turísticos en los procesos de certificación, seguimiento y renovación de las correspondientes normas UNE al objeto de la obtención y/o el mantenimiento de la marca Q de Calidad Turística del Instituto para la Calidad Turística Española (ICTE)³¹.

²⁸ RESOLUCIÓN de 22 de mayo de 2012, de la Secretaría General para el Turismo, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión, en régimen de concurrencia competitiva, de las subvenciones a agencias de viaje para la promoción y comercialización del destino Galicia, y se procede a su convocatoria para el año 2012, cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa operativo FEDER Galicia 2007-2013.

²⁹ RESOLUCIÓN de 22 de mayo de 2012, de la Secretaría General para el Turismo, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, a actuaciones de mejora de los campamentos de turismo en Galicia, y se procede a su convocatoria para el año 2012, cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa operativo FEDER Galicia 2007-2013.

³⁰ RESOLUCIÓN de 22 de mayo de 2012, de la Secretaría General para el Turismo, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión, en régimen de concurrencia competitiva, de subvenciones a entidades privadas para incentivar el turismo mediante la mejora de albergues turísticos existentes en la Comunidad Autónoma de Galicia, cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa operativo FEDER Galicia 2007-2013, y se procede su convocatoria para el año 2012.

³¹ RESOLUCIÓN de 22 de mayo de 2012, de la Secretaría General para el Turismo, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión, en régimen de concurrencia competitiva, de las subvenciones a establecimientos de turismo rural, establecimientos hoteleros, apartamentos y viviendas turísticas, campamentos de turismo, agencias de viajes, cafeterías, bares, restaurantes y empresas de servicios turísticos complementarios, en los

Por último, desde el programa *Vive Galicia*, la sección de *Turismo Accesible Galicia* acerca los recursos turísticos accesibles a sus potenciales turistas. En su web³² se ofrecen propuestas de turismo accesible con detalles de rutas. Además, Galicia cuenta con una guía de turismo accesible en internet y para teléfonos móviles que recoge de forma contrastada la accesibilidad de un gran número de puntos de interés y recursos turísticos existentes en Galicia³³. Esta guía es un proyecto cofinanciado por la Xunta de Galicia y la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

La Rioja

La Consejería de Turismo, Medio Ambiente y Política Territorial de la Rioja está desarrollando una serie de actuaciones que persiguen facilitar el acercamiento de todas y todos los ciudadanos a sus espacios naturales protegidos, mediante la mejora de la accesibilidad en los distintos equipamientos de uso público y también con proyectos que sirvan para dar a conocer a las personas con necesidades especiales la riqueza y los valores naturales del medio ambiente riojano. Bajo esta premisa, en 2009 la Consejería de Turismo, Medio Ambiente y Política Territorial, en colaboración con la Consejería de Servicios Sociales, puso en marcha el programa *Naturaleza sin barreras* pensado específicamente para favorecer un contacto con la naturaleza de todas las personas. Durante los últimos veranos se han llevado a cabo actividades donde las y los participantes han tenido la oportunidad de sentir el contacto con la naturaleza. Concretamente en 2010, el Gobierno invirtió en este proyecto unos 8.500 euros (Larioja.org, 2010).

Durante ese mismo periodo, la Consejería impulsó dos proyectos de accesibilidad centradas en Cebollera y en los Sotos de Alfaro. Las actuaciones llevadas a cabo en el sendero del Parque Natural Sierra de Cebollera han supuesto una inversión cercana a los 70.000 euros y las actuaciones en la Reserva Natural de los Sotos del Ebro en Alfaro disponen de un presupuesto de 35.600 euros (Larioja.org, 2011).

En 2012 se lanzó la Guía *La Rioja: ocio, turismo y cultura*³⁴ representando la apuesta del Gobierno de La Rioja por facilitar la accesibilidad a los recursos

procesos de certificación, seguimiento y renovación de las correspondientes normas UNE al objeto de la obtención y/o el mantenimiento de la marca Q de Calidad Turística del Instituto para la Calidad Turística Española (ICTE), y se procede a su convocatoria para el año 2012, cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa operativo FEDER Galicia 2007-2013.

³² <http://www.turgalicia.es/vg.asp?cidi=E&t=k>

³³ <http://www.signo-geo.com/turismo-accesible/>

³⁴ http://www.lariojasinbarreras.org/guia_larioja_accesible/

turísticos de la región. Esta guía ha sido desarrollada por la Asociación Rioja sin Barreras, creada en 1990 con el objeto de trabajar por la integración del colectivo de personas con discapacidad física. La guía está estructurada en 12 categorías (alojamientos, bodegas, etc.) y contiene callejeros interactivos de los principales municipios de La Rioja (Larioja.org, 2012).

Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid cuenta con un Consejo para la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras creado como un órgano de participación externa y consulta adscrito a la Consejería competente para la coordinación de actuaciones en este campo, en la actualidad, la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio (Consejo para la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras, 2012). Las funciones de este consejo, lógicamente, están relacionadas con la promoción de un turismo para todos.

Concretamente en 2009, la Dirección General de Turismo impulsó el *Plan de Accesibilidad Turística de la Comunidad de Madrid*, junto con el Instituto Tecnológico Hotelero (ITH) y en colaboración con la Asociación Empresarial Hotelera de Madrid (AEHM) y la Confederación Española de Hoteles y Alojamientos Turísticos (CEHAT). El objetivo de este Plan consistía en identificar aquellos productos o destinos turísticos que reunían las condiciones necesarias para ser promocionados a todos los turistas, sin excluir a aquellos con algún tipo de discapacidad, movilidad reducida o necesidades especiales, mediante la creación de un Club de Producto denominado *Turismo Accesible - Turismo para Todos*³⁵ (Fabra, 2010).

Murcia

Entre los criterios generales del modelo turístico *del Plan Director de Turismo de la Región de Murcia 2006/2012* se encuentra la accesibilidad de instalaciones y equipamientos propios de los productos turísticos por parte de las personas con discapacidad, mediante una adecuada planificación de las actividades turísticas, posibilitando un turismo accesible (Región de Murcia, 2006a). Así, entre los 22 planes y programas operativos que recogen los objetivos del Plan se contemplaba el Turismo Accesible con el objetivo de dotar a los municipios turísticos y potencialmente turísticos de una serie de medidas que proporcionaran al turista con movilidad reducida vivir su experiencia turística con total garantía. Las acciones y medidas detalladas en este programa son dos: el plan de accesibilidad de playas y

³⁵ <http://www.turismomadridaccesible.es/>

el impulso de la accesibilidad en destinos, recursos y establecimientos turísticos (Región de Murcia, 2006b).

El Plan Regional de Accesibilidad a las Playas ha sido elaborado por FAMDIF/COCEMFE-MURCIA (Federación de Asociaciones Murcianas de Personas con Discapacidad Física y/u Orgánica), bajo la coordinación y supervisión de la Dirección General de Infraestructuras de Turismo, y con la colaboración de los Ayuntamientos costeros implicados y la Administración regional y estatal competente en materia de Costas. El Plan se realizó en las 3 fases siguientes mediante las que se consiguió que en el verano de 2006 el 7,27% de las playas fueran accesibles sin barreras, el 58,73% de las playas accesibles equipadas y el restante 40% playas con punto accesible (Región de Murcia, 2012):

- Fase I: Diagnóstico de la accesibilidad en las playas de la Región.
- Fase II: Bases del Plan Regional de Accesibilidad a playas.
- Fase III: Plan Regional de Accesibilidad a Playas.

Con respecto a las ayudas ofrecidas por la Región de Murcia en los últimos años, éstas se han dirigido a financiar obras e instalaciones de accesibilidad en hoteles, campings y casas rurales³⁶ por importe de 200.000 euros.

Navarra

El Gobierno de Navarra, a través del Departamento de Cultura y Turismo, aprobó en 2009 la convocatoria de ayudas a PyMES turísticas para fomentar la calidad y la accesibilidad turística por importe de 150.000 euros (Navarra.es, 2009). No obstante, en la actualidad la Comunidad no cuenta con ningún plan promovido por la Consejería de Cultura y Turismo (información facilitada por teléfono). Aún así, en mayo de 2012 se celebraron las *I Jornadas sobre Turismo Accesible y Sostenible* organizadas por la cooperativa social Gure Sustraiak donde desde la Consejería de Cultura, Turismo y Relaciones Institucionales se abogó porque Navarra se convierta en referencia del turismo accesible y sostenible (Navarra.es, 2012).

Por su parte, la Consejería de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte presentó en 2010 el primer *Plan Integral de Atención a personas con discapacidad para el periodo 2010-2013* en Navarra con un presupuesto de 129 millones de euros. Entre las actuaciones de este plan se pretende avanzar hacia la accesibilidad universal del entorno navarro (Navarra.es, 2010).

³⁶ Orden de 9 de marzo de 2009, de la Consejería de Cultura y Turismo, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones a empresas privadas con destino a financiar obras e instalaciones de accesibilidad en hoteles, campings y hospederías rurales.

País Vasco

El *Plan de Competitividad e Innovación del Turismo Vasco 2010-2013* identifica como una de sus líneas de actuación la calidad y la accesibilidad como elementos referenciales del destino. Con ello, el Gobierno vasco trata de ofrecer una oferta turística de calidad para todas las personas extendiendo para ello el Modelo de Accesibilidad Turística de Euskadi a toda la cadena del servicio turístico (Viceconsejería de Comercio y Turismo, 2010).

En este sentido, desde la Agencia Vasca de Turismo se está trabajando en implantar los sistemas de calidad en destino que, junto a otros programas como la accesibilidad y la movilidad, son objeto de seguimiento y coordinación desde el *Plan Director de Turismo de la Costa Vasca* (Iratxeta et al., 2010). Este Plan apuesta por propugnar actuaciones encaminadas en la mejora de la accesibilidad de los establecimientos de uso turístico del conjunto de la Comunidad Autónoma (siendo este uno de los objetivos del *Sistema Integral de Calidad Turística en Destinos*). Por ello, y regulados por el *Modelo de Accesibilidad Turística de Euskadi*, se facilitan medidas de apoyo a su implantación a través del programa de promoción del acceso universal de la oferta turística de Euskadi a los establecimientos ubicados en el ámbito de Costa Vasca (línea 3.1. del plan). En el mismo sentido, la línea 4.2 del citado Plan persigue mejorar la oferta y dotación de contenidos en las playas, priorizando las acciones necesarias para mejorar su accesibilidad.

Como se ha mencionado, el Ministerio de Industria, Innovación, Comercio y Turismo dispone de un *modelo de Accesibilidad Turística*. El objetivo de este modelo es mejorar la accesibilidad de la oferta turística de Euskadi teniendo en cuenta la diversidad funcional de las personas y aplicando el concepto de accesibilidad como un factor de valor añadido y excelencia. Con este modelo, los establecimientos turísticos pueden solicitar a Euskalit la realización de un diagnóstico de accesibilidad o bien la Viceconsejería de Turismo del Gobierno Vasco a través de Euskalit. Durante la evaluación se visita el establecimiento y se valoran los criterios definidos en el modelo, se identifican posibles mejoras y se ofrece información provisional sobre el resultado del diagnóstico. Posteriormente, se hace llegar al establecimiento un modelo de Ficha con las calificaciones concretas. Si el establecimiento es accesible al menos en una diversidad funcional, y ha solicitado el diploma de compromiso con la accesibilidad recibe el *Sello de Accesibilidad* correspondiente y se promocionara dicho sello junto con el resto de la información del establecimiento. Si el establecimiento no dispone del *Sello de Accesibilidad*, se ofrecerá la información del grado de accesibilidad obtenido en cada una de las diversidades funcionales diagnosticadas junto al resto de la información de los servicios e infraestructuras del establecimiento. El establecimiento, posteriormente,

podrá acometer la realización de las mejoras priorizadas en el diagnóstico y una vez finalizadas, podrá solicitar a Euskalit la actualización del diagnóstico y en su caso la correspondiente actualización del *Sello de Accesibilidad* y del *Diploma de Compromiso con la Accesibilidad*. En todo caso y transcurridos 5 años desde el último diagnóstico, la información caducará, y el *Sello de Accesibilidad* y el *Compromiso con la Accesibilidad* también; por lo que se deberá reiniciar todo el proceso nuevamente (Viceconsejería de Turismo, 2009).

Durante los últimos años, la Viceconsejería de Comercio y Turismo ha convocado ayudas para el apoyo a la modernización de empresas turísticas. Estas ayudas subvencionan, entre otras, actuaciones destinadas a mejorar la accesibilidad en los establecimientos adheridos al mencionado Modelo de Accesibilidad de Euskadi, mediante la adaptación de los servicios a los diferentes tipos de diversidad funcional de las personas (física, visual, auditiva, intelectual y orgánica). Para el ejercicio 2012 estas ayudas contaron con una dotación presupuestaria de 1.346.000€ (Departamento de Industria, Innovación, Comercio y Turismo, 2012).

En base a lo descrito a lo largo de esta sub-sección se observa que algunas Comunidades Autónomas no informan de la oferta de Turismo Social Accesible en su página oficial de turismo y la falta de políticas de Turismo Social Accesible integrales que combinen las distintas Conserjerías involucradas (turismo, salud, bienestar social, urbanismo, etc.). Así, existen ayudas para la adaptación de infraestructuras y planes con escasa información sobre el coste real acometido y las actividades finales llevadas a cabo.

Además de las iniciativas mencionadas desde el Gobierno central o autonómico, existen en nuestro país **asociaciones** con un papel relevante en la promoción del turismo para todos. Por ejemplo, la asociación sin ánimo de lucro de ámbito estatal PREDIF (Federación de Personas con Discapacidad Física y Psíquica) con más de 30 años de experiencia que representa y realiza programas a favor de más de 30.000 personas con discapacidad con el objetivo de promover la igualdad de oportunidades y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad física gravemente afectados (PREDIF, 2011a). Desde el año 2002, PREDIF desarrolla un programa de Turismo Accesible que nace de la reivindicación del colectivo de personas con discapacidad de su derecho a la autonomía y normalización en el ocio y turismo. Para ello, PREDIF enfoca sus actividades tanto al sector (sensibilización, formación, investigación y asesoría) como a los usuarios finales (información, edición de guías y buscador online) (PREDIF, 2011b). Como ejemplo de asociación de ámbito local destaca la Fundación Handisport, fundación privada sin ánimo de lucro localizada en Calvià (Mallorca) que impulsa y facilita la

integración social de personas con discapacidad a través de la práctica deportiva (Handisport, 2009). Con este objetivo el fundador de Handisport participó en el *I Foro de Accesibilidad y Turismo de las Islas Baleares* en 2012 (Handisport, 2012). Esta asociación puso en marcha en 2012 un área dedicada íntegramente al turismo accesible para asesorar, formar y capacitar en temas de accesibilidad universal, trato y comunicación hacia las personas con discapacidad (Handisportmallorca.org, 2013).

3.- El Turismo Social Accesible como política social para el envejecimiento activo y saludable

En este apartado se va a abordar el turismo dirigido a las personas mayores como estrategia de promoción de un envejecimiento activo y saludable como respuesta sostenible al reto de envejecimiento y dependencia al que se enfrenta Europa y España.

3.1.- El reto del envejecimiento y la dependencia en Europa y España

Uno de los retos mencionados a los que se enfrenta el sector turístico y la sociedad en general es el envejecimiento de la población. Este reto requiere una respuesta a tiempo y bien planeada que contenga sus efectos negativos y económicos y lo convierta en una oportunidad económica capaz de ofrecer mejores perspectivas, proporcionando a la población sénior una mayor calidad de vida, salud y bienestar. Así, el envejecimiento debe ser concebido como una oportunidad y no como una carga. Para ello, se necesitan nuevas soluciones donde la innovación puede jugar un papel decisivo en el cambio del modo en que las sociedades están diseñadas y organizadas. En esta línea, Garcés (2000) propuso un modelo sociosanitario que implica una reformulación normativa, sanitaria, económica, administrativa, cultura y axiológica proporcionando un entorno de respuesta a las necesidades de cuidados de larga duración sin poner en peligro el bienestar de futuras generaciones.

Efectivamente, Europa está asistiendo a un aumento del número de personas mayores dependientes y las proyecciones futuras apuntan a una tendencia creciente de este grupo de la población (OECD, 2007). En un escenario pesimista, con tasas de dependencia constantes a las actuales, se estima un incremento del 50% de personas con dependencia hasta los 2,3 millones de personas de todos los grados en España (Causapié et al., 2011). Este aumento se debe a la conjunción de factores demográficos y epidemiológicos.

Desde el punto de vista **demográfico**, el envejecimiento de la población presenta una tendencia de crecimiento a largo plazo en todos los países que conforman la Unión Europea y que consiste en un cambio de la estructura poblacional y un aumento del porcentaje de personas de 65 y más años respecto al total de la población. Este envejecimiento demográfico es consecuencia de un aumento de la esperanza de vida y una menor tasa de fecundidad. La esperanza de vida al nacer³⁷ se estimó para el año 2009 en los países que conforman la EU-27 en 76,7 años para varones y 82,6 años para mujeres, siendo en España ligeramente superior, 78,7 y 84,9 años, respectivamente, para el mismo periodo (Eurostat, 2012c). Las previsiones de EUROPOP2008, basadas en las proyecciones de población de 2008 del Eurostat para EU-27, establecen que la esperanza de vida al nacer en Europa va a seguir incrementándose hasta los 84,5 años para varones y 89 años para mujeres en el año 2060 (Eurostat, 2010). Por otro lado, la tasa de fecundidad ha ido disminuyendo en los países europeos desde 1960 hasta niveles lejos de la tasa ideal de fecundidad para mantener la población constante que se sitúa en 2,1 nacimientos por mujer, esto es, la media de nacimientos requeridos por mujer para mantener la población constante sin considerar migraciones (Eurostat, 2012d). La tasa de fertilidad³⁸ en los países de la UE-27 muestra una débil recuperación alcanzando 1,59 nacimientos por mujer en 2009 en Europa (Eurostat, 2012d) y 1,40 en España para el mismo periodo (Instituto Nacional de Estadística - INE, 2010). Este ligero incremento no es suficiente debido a que adicionalmente a estos dos factores, el hecho de que las generaciones del baby-boom³⁹ estén comenzando a engrosar los grupos de edad avanzada también contribuye al incremento del número de personas mayores.

Como consecuencia, las personas de 65 y más años representan en la actualidad un 17,50% de la población total europea y se espera que en 2060 pasen a ser un 29,50% (Eurostat, 2012a). En España, la población actual de personas mayores asciende a un 17,40% (Abellán y Ayala, 2012) y las previsiones establecen un porcentaje del 36,00% en 2060 (Allen y Lanzieri, 2008). Como consecuencia, estamos ante un grupo de población que crece y que, según las proyecciones, va a

³⁷ La esperanza de vida al nacer es el número de años que una persona puede esperar vivir al nacer si se somete durante el resto de su vida a las condiciones actuales de mortalidad.

³⁸ La tasa de fertilidad es el número de hijos por mujer.

³⁹ Se denomina baby-boom al aumento de la fecundidad que se dio entre 1946 y 1964, tras la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia de la recuperación de nacimientos pospuestos por el conflicto y al optimismo que generó el Estado de Bienestar. En España este fenómeno se situó entre 1957 y 1977, periodo durante el cual nacieron casi 14 millones de niños que representan actualmente un tercio de la población española (IMSERSO, 2009).

seguir ampliándose a nivel nacional y europeo. En este incremento, es importante destacar que es el grupo de personas de 80 y más años, el que va a experimentar un aumento más significativo, en cuanto que va a triplicarse en los próximos 30 años (Eurostat, 2012a). Las cifras indican que pasarán de representar el 4% y 5% de la población europea y española actual, respectivamente, a un 12% y un 14% de dichas poblaciones en 2060 (European Commission, 2008).

A estos efectos, resulta importante destacar que estas proyecciones tienen un bajo nivel de incertidumbre respecto a que Europa, y en consecuencia España, se va a enfrentar a un envejecimiento masivo de la población (Scherbov y Mamolo, 2006). De este modo, existe un 80% de probabilidad de que el ratio de dependencia (relación entre personas de 65 y más años y la población en edad activa) se duplique de 0,25 (en 2006) a más de 0,5 en 2050. Asimismo, con una probabilidad de más del 95%, la proporción de personas mayores de 80 años se duplicará en las próximas décadas e incluso, con una posibilidad del 60%, pueden llegar a triplicarse o más. Esto implica que probablemente a mediados de siglo más de uno de cada ocho ciudadanos europeos estará por encima de los 80 años, mientras que en la actualidad esta relación es de 1 cada 25.

Desde el punto de vista **epidemiológico**, el incremento de la esperanza de vida ha estado acompañado por la aparición y mayor prevalencia de enfermedades crónicas frente a las enfermedades infecciosas. Las enfermedades crónicas no están asociadas con la mortalidad y conforman una de las principales causas de la dependencia en la edad mayor. Así, las enfermedades crónicas limitan la realización de las actividades diarias, aumentan con la edad avanzada, y se muestran de forma múltiple y comórbida con otras patologías crónicas (OMS, 2002a). De hecho, el Indicador de Años de Vida Saludable⁴⁰ establece que en 2011 en la EU-27, los varones y las mujeres viven una media de 61,8 y 62,2 años sin discapacidad al nacer, respectivamente. Estas cifras representan el 80% y el 75% del total de esperanza de vida, respectivamente (Eurostat, 2013a). En España, la esperanza de vida libre de discapacidad al nacer se estima en 63,8 años para varones y en 63,3 años para mujeres (European Commission, 2011a)⁴¹, ligeramente superior a la europea.

Los citados cambios demográficos y epidemiológicos llevan a que en el año 2011 un 17,20% de la población europea auto-percibía cierta limitación en la realización de

⁴⁰ El Indicador de Años de Vida Saludable (Healthy Life Years) indica el número de años que una persona a cierta edad puede vivir sin discapacidad.

⁴¹ Este indicador muestra diferencias notables entre los distintos países europeos, donde se alcanzan valores que van desde los 52,1 a los 70,5 años (18,4 años de diferencia) para hombres y desde 52,3 a 70,6 años (18,3 años de diferencia) para mujeres (European Commission, 2011a).

sus actividades diarias y un 7,90% auto-percibía una limitación fuerte. Entre las personas mayores estas limitaciones aumentan con la edad. Así, un 13,40% de las personas con edades comprendidas entre los 65 y 74 años declaraba padecer limitaciones fuertes en la realización de sus actividades diarias en dicho periodo y el 31,60% limitaciones moderadas; los mayores con edades entre 75 y 84 años padecían limitaciones fuertes y moderadas en un 23,20% y un 31,80% respectivamente, y entre los mayores de 85 y más años las limitaciones fuertes eran sufridas por un 36,10% y las moderadas por un 36,90% (Eurostat, 2013b).

En España, para el mismo período, un 15,00% reconocía tener alguna limitación mientras que un 3,90% afirmaba tener una limitación fuerte en la realización de las actividades cotidianas. Entre los mayores de 65 a 74 años, un 31,80% sufre algún tipo de limitación para la realización de las actividades de la vida diaria, siendo severa para el 7,20%; para los mayores entre 75 y 84 años, la limitación es suave para el 41,70% y severa para el 15,4%; finalmente para las personas de 85 y más años, las limitaciones percibidas son suaves para el 42,60% y severas para el 23,80% (Eurostat, 2013b).

En este punto, resulta relevante definir qué se entiende por dependencia y discapacidad. La dependencia se define como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de recibir asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades cotidianas de la vida diaria (Consejo de Europa, 1998). Es decir, la persona se ve limitada y necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Entre las actividades de la vida diaria se distinguen (Querejeta, 2004a):

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen:
 - o El auto-cuidado: asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo/a al servicio, poder quedarse solo/a durante la noche, comer, etc.
 - o El funcionamiento básico físico: desplazarse dentro del hogar.
 - o El funcionamiento básico mental: reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Son actividades más complejas que las anteriores y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Entre ellas se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies,

subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero.

Por su parte la discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales (OMS, 2001). Por tanto, la dependencia es un estado en el que la persona necesita ayudas importantes en la realización de sus actividades cotidianas como consecuencia de la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual. Por ello, la dependencia está ligada a condiciones de salud alteradas a consecuencia de un importante grado de discapacidad. A estos efectos, es importante resaltar que discapacidad no implica dependencia, en el sentido que una persona discapacitada puede no requerir ayuda aunque en ocasiones tenga graves dificultades para efectuar sus actividades diarias. Así, la dependencia es atributo inseparable de la discapacidad, pero pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia (Querejeta, 2004b).

El número de personas dependientes actual y futuro representa un significativo porcentaje de la población europea que requiere y requerirá una serie de prestaciones y cuidados que impactan económica y socialmente en el Estado, en las familias de las personas dependientes y en la propia persona dependiente. Concretamente, las personas dependientes requieren cuidados de larga duración que consisten principalmente en recibir apoyo en varias facetas de su vida durante un tiempo prolongado, principalmente en aspectos relacionados con las ABVD mencionadas anteriormente (Colombo et al., 2011). A continuación se describen los principales impactos del incremento del número de personas dependientes en los agentes implicados.

Por un lado, el **Estado** debe responder a las necesidades de cuidados desde sus sistemas social y sanitario como es el caso de España. Con la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante, LAAD), en el año 2007 se reguló en nuestro país los servicios sociales y las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. En concreto, las personas en situación de dependencia para las

ABVD⁴² pueden beneficiarse de prestaciones económicas y/o sociales en función del grado y nivel de dependencia que padezcan.

Entre los servicios sociales, la LAAD comprende servicios de promoción de la autonomía personal y servicios de atención a la dependencia. Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal tratan de prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación. Entre los servicios de atención a la dependencia se encuentran los servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio, centros de día y de noche y atención residencial.

Excepcionalmente y cuando se cumplen los requisitos para ello⁴³, la LAAD contempla tres tipos de prestaciones económicas: (i) prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, (ii) prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores/as no profesionales cuando excepcionalmente la persona dependiente esté siendo atendida por su entorno familiar, y (iii) prestación económica de asistencia personal con el objeto de contribuir a la contratación de una asistencia personal.

Junto a las prestaciones sociales, la atención sanitaria ofrecida por profesionales médicos a través de hospitales para enfermos/as crónicos/as y de larga estancia, unidades de psiquiatría, unidades de salud mental, unidades de conductas adictivas y unidades de hospitalización domiciliaria, es un factor clave en la atención a las personas dependientes por diversos motivos, entre ellos:

- Las enfermedades son la causas principales que se relacionan con el desarrollo de la dependencia (OECD, 2007).
- En muchas ocasiones la medicina preventiva podría haber paliado o reducido esas enfermedades (Cobo, 2006).

⁴² La Ley 39/2006 considera ABVD las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

⁴³ El estudio de las características de cada tipo de prestación no es el objeto de la presente tesis doctoral, por ello remitimos a lo expuesto en los artículos 17 a 19 de LAAD si se desea obtener más información al respecto.

- La mayoría de las enfermedades que ya están causando dependencia requieren controles y tratamientos para evitar que la dependencia progrese y proporcionar mayor calidad de vida al individuo (Cobo, 2006).

La tendencia creciente de personas mayores y/o dependientes conlleva un incremento del gasto público en los servicios sociales y sanitarios detallados a nivel estatal y autonómico. Así, el gasto en las prestaciones de la LAAD alcanzó un importe estimado en 2010 de 5.969,91 millones de euros, un 46% más que en el ejercicio 2009 (44% destinado a servicios sociales y 56% destinado a prestaciones económicas). Asimismo, los gastos sanitarios también se ven incrementados como demuestra el hecho que el 97% de la población mayor de 65 años sea atendida por los equipos de atención primaria (Causapié et al., 2011) y que el número medio de consultas realizadas al médico de familia presente una tendencia creciente conforme aumenta la edad de la población, salvando las consultas realizadas en los primeros años de vida (INE, 2008) lo que lleva a que el 58,3% de las personas de 65 años y más haya consultado a algún médico de atención primaria en las últimas 4 semanas (Causapié et al., 2011). Del mismo modo, la tasa de utilización hospitalaria aumenta con la edad (Causapié et al., 2011), siendo también las personas mayores las que permanecen en promedio un número mayor de días en el hospital (INE, 2008). Sin embargo, el uso de los servicios de urgencias presenta un patrón diferente ya que son las personas de 34 y menos años las que más utilizan este servicio (Causapié et al., 2011; INE, 2008).

Concretamente, los gastos públicos en cuidados de larga duración, que son los requeridos por las personas mayores dependientes, representaron en 2007 un 0,50% del PIB español (Patxot et al., 2011) y las proyecciones apuntan hacia un incremento debido al aumento de personas con dependencia severa. Las proyecciones del gasto público en cuidados de larga duración resaltan el problema del desarrollo de la dependencia en personas mayores, desde el punto de vista de las finanzas públicas (OECD, 2007). Estas proyecciones se realizan siguiendo tres tipos de escenarios: (i) uno central que asume que las personas dependientes disminuirán en un ratio igual a la mitad de las ganancias en esperanza de vida, (ii) un escenario de compresión de la dependencia en el que las ganancias en esperanza de vida van acompañadas con una reducción equivalente de dependencia severa, y (iii) el escenario de expansión de la dependencia que asume que los ratios de dependencia permanecerán constantes. Considerando los países de la OCDE, el primero de los escenarios establece un crecimiento de los gastos en cuidados de larga duración de 1,1% en 2005 a 2,30% en 2050, el segundo, un aumento al 1,90% del PIB en 2050 y, el último, hasta un 2,80% del PIB (OCDE, 2007). En España, las proyecciones apuntan hacia un incremento del 1,40% en

2050 (Colombo et al., 2011) y 2060 (European Commission, 2009), lo que implica una variación del 180%. Este notable incremento se debe en gran parte a las prestaciones ofrecidas en la LAAD y no sólo al envejecimiento de la población (Patxot et al., 2011).

El aumento del número de personas dependientes impacta también en la sostenibilidad económica y social de las **familias**. Esto se debe a que en la actualidad la familia sigue siendo la principal proveedora de cuidados a las personas mayores dependientes, mayoritariamente la pareja o la hija de la persona dependiente tal y como se desprende de la investigación a nivel nacional e internacional (Carretero et al., 2006; Carretero et al., 2008; Carretero et al., 2009; Cuasapié et al., 2011; Nies et al., 2010). La intensidad y diversidad de cuidados, unido con una frecuente falta de formación de los cuidadores/as informales así como el aumento de responsabilidades de cuidado conforme va progresando la enfermedad, impacta negativamente sobre la persona cuidadora, en cuanto que representa un acontecimiento vital estresante confirmando, lo que se ha sido conceptualizado por Zarit (2002) como carga del cuidador informal (Carretero et al., 2006). Esta carga tiene importantes consecuencias sobre la salud mental y física de la persona cuidadora así como en su vida laboral y social (Carretero et al., 2006).

La dependencia y los impactos negativos de ésta sobre el Estado y las familias tienen, asimismo, un efecto negativo sobre las **personas dependientes**, siendo ésta una de las preocupaciones más relevantes entre la población mayor (Fundación General CSIC, 2010). Al margen de las evidentes consecuencias negativas sobre la salud, independencia y calidad de vida de las personas mayores afectadas, éstas pueden sufrir malos tratos en algunos casos debido a la carga de los cuidadores informales y formales aspecto que afecta a un 2,7% de la población mayor europea siendo mayor este porcentaje, un 25%, en el caso de personas mayores vulnerables que requieren cuidados (WHO, 2011b). De hecho, los sentimientos de ira y resentimiento son comunes entre los cuidadores informales y pueden llevarle a protagonizar episodios de violencia (International Psychogeriatric Association, 2002). No obstante, las personas mayores que reciben cuidados formales son más vulnerables a sufrir maltratos (WHO, 2011b).

3.2.- Promoción del envejecimiento activo y saludable a través del turismo

La dependencia supone, en vista a lo desarrollado a lo largo del sub-apartado anterior, un reto para la sociedad debido al actual número de personas

dependientes y sus perspectivas futuras y por el impacto económico y social que supone. Por ello, entidades a nivel nacional y europeo tratan de dar respuesta a esta situación promocionando un envejecimiento activo y saludable que prevenga el desarrollo de los factores causantes de la dependencia así como estrategias que incrementen la calidad de vida de las personas ya dependientes.

A estos efectos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el **envejecimiento activo** como el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. De esta manera, se puede extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas (OMS, 2002b). A partir de esta definición podemos afirmar que no sólo el ejercicio físico es importante para garantizar el bienestar de las personas mayores, sino que también la actividad social y mental debe ser potenciada en este grupo.

En esta línea, la participación en el turismo y en actividades lúdicas puede contribuir al envejecimiento activo y saludable de las personas mayores debido a los beneficios relacionados con el turismo por diversos autores y detallados en la sección 1.2.1. Así, el programa de vacaciones del IMSERSO define como uno de sus principales objetivos promocionar un envejecimiento activo y prevenir situaciones de dependencia (IMSERSO, 2011) ya que el turismo ayuda a la persona mayor a mantenerse activa (Alén et al., 2010; Armadans et al., 2000). Además, a pesar de que se asume que las personas sanas son las que viajan, realizar este tipo de actividad contribuye a mejorar su salud (Mautso et al., 2003). Los beneficios del turismo para sus participantes detallados al inicio de esta tesis doctoral se referían en su mayoría a familias con pocos recursos económicos. No obstante, y a pesar de que existen pocos estudios científicos sobre los beneficios del turismo en las personas mayores, se han enumerado algunos estudios realizados con este grupo de la población en dicha sección. A modo de síntesis, se enumeran a continuación los beneficios asociados al turismo para el caso concreto de las personas mayores:

- Bienestar subjetivo que implica mayor bienestar físico, mental y social (IMSERSO, 2011; Lee y Tideswall, 2005).
- Sentimiento de satisfacción con la vida (Lee y Tideswell, 2005).
- Salud auto-percibida (de Aguiar et al., 2012; PriceWaterHouseCoopers, 2004), actividad física (IMSERSO, 2011; Paulo et al., 2004), salud funcional (Ferri et al., 2011) y salud mental (Paulo et al., 2004).
- Oportunidad de relax, de conocer nuevos lugares y de escapar de la rutina (de Aguiar et al., 2012; McGuire, 1996).
- Desarrollo personal (IMSERSO, 2011) y enriquecimiento cultural (de Aguiar et al., 2012; IMSERSO, 2011).

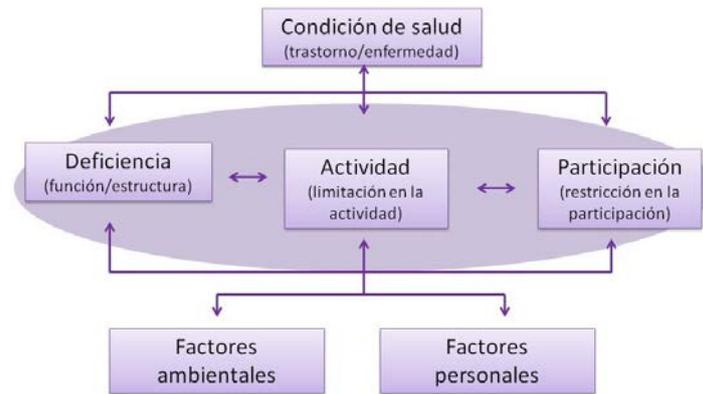
- Inclusión social al contrarrestar la soledad y fomentar la socialización (de Aguiar et al., 2012; IMSERSO, 2011) y establecer nuevas relaciones (IMSERSO, 2011).

Como ya hemos señalado, la mayoría de los estudios mencionados se han realizado por consultoras con escaso rigor científico en lo que a la determinación de los beneficios para los participantes se refiere. Por ello, existe una falta de evidencia científica que determine los beneficios del turismo en la salud de las personas mayores y cómo así el turismo ayuda a prevenir situaciones de dependencia y promocionar un envejecimiento activo y saludable. En este sentido, el segundo de los objetivos de esta tesis doctoral es ofrecer a la comunidad científica un instrumento validado de evaluación de los impactos del turismo en la salud de las personas mayores y los consecuentes efectos en los sistemas sociales y sanitarios. Además, pretende ofrecer un modelo estructural sobre el impacto del Turismo Social Accesible en la salud de las personas mayores. Para ello, hemos partido del modelo conceptual de la salud y la discapacidad propuesto por la OMS.

En este sentido, el **modelo CIF** (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) intenta proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social (OMS, 2001). Así, el CIF integra los modelos biomédico y social de la discapacidad y asume el modelo bio-psicosocial como marco conceptual. Por lo tanto, el modelo CIF intenta conseguir una síntesis y, de este modo, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. Para ello, el CIF explica el funcionamiento de una persona a través de tres componentes (Figura 10):

- (i) Deficiencia: tiene que ver con la ausencia o alteración de las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos;
- (ii) Actividad: se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que el individuo tiene para realizarlas (limitaciones); y
- (iii) Participación: que comprende la capacidad del individuo de desenvolverse en las situaciones sociales y ante los problemas que encuentra (restricciones).

Figura 10: Modelo integral del funcionamiento y la discapacidad de la CIF.



Elaboración propia. Fuente: OMS (2001).

Estos tres componentes (deficiencia, actividad y participación) dependen tanto de la condición de salud de la persona como de factores personales y ambientales, es decir, las condiciones de enfermedad y los factores contextuales delimitan el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo:

Las **condiciones de salud**: la salud funcional es la que recibe cada vez más la atención en los trabajos de investigación sobre el envejecimiento, debido al aumento de personas mayores y discapacitadas y a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (OMS, 2002a). El estado funcional de una persona puede definirse como su capacidad para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar (OMS, 2002a). En las personas mayores se define como la capacidad de la persona para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra (Sanjoaquín et al., 2007). Este estado se estudia a través de la valoración que realiza la propia persona sobre su salud y discapacidad (OMS, 2002a) y la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria (OMS, 2002a; Sanjoaquín et al., 2007).

Los **factores ambientales**: entendidos como las influencias externas al individuo, también contribuyen al funcionamiento, discapacidad y salud del mismo según el modelo CIF. En este sentido, los productos y tecnologías desarrolladas en nuestra sociedad en beneficio de las y los ciudadanos, el entorno natural o físico donde el individuo vive, el apoyo y las relaciones sociales que mantiene, sus actitudes, costumbres y creencias, así como los servicios ofrecidos y la legislación influyen en su estado de salud. Por ello, en el entorno europeo y español cada vez más se llevan a cabo políticas de promoción de una vida saludable y prevención de la dependencia que tratan de influir positivamente en estos factores externos al individuo, dando unos servicios adecuados y promocionando estilos de vida saludables como una buena alimentación y la realización de ejercicio (WHO, 2011c).

Los **factores personales**: constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Estos factores incluyen: el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de afrontamiento”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características (OMS, 2001). Entre estos factores la edad es una de las variables demográficas relacionadas con la dependencia, tal y como se ha comentado anteriormente. Efectivamente, el incremento de las situaciones de dependencia evoluciona más rápidamente a partir de los 50 años (IMSERSO, 2003) con una aceleración notable alrededor de los 80 años (Casado y López, 2001; Observatorio de Personas Mayores, 2000). Asimismo, los individuos de 75 y más años presentan un riesgo de dependencia 2,6 veces superior al que sufre la población entre 65 y 74 años (Fundación Pfizer, 2001) y entre las personas de 65 y más años, los individuos de más edad (85 o más años) son los que padecen mayores problemas de dependencia (Casado y López, 2001). Otras variables sociodemográficas identificadas como factores causantes o facilitadores del desarrollo de la dependencia son: el sexo femenino, la viudedad, el bajo nivel de estudios y el bajo nivel de ingresos (Carretero et al., 2006).

Por tanto, a la hora de valorar el impacto del turismo en la salud de las personas mayores, deberemos considerar variables referidas a condiciones de salud, factores ambientales y factores personales en los que pueda influir el turismo. A modo de resumen se establecen los siguientes factores que afectan la salud y discapacidad según el modelo CIF estudiado y que es necesario considerar a la hora de evaluar el impacto del turismo en las personas mayores (Tabla 7):

Tabla 7: Factores que afectan la salud y discapacidad clasificados según el modelo CIF.

Condición de salud	Factores Ambientales	Factores personales
Salud funcional: - Salud auto-percibida - Capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria	- Productos y tecnologías - Entorno natural - Apoyo y relaciones - Actitudes - Servicios, sistemas y políticas	- Edad - Sexo - Estado civil - Nivel de ingresos - Nivel de estudios - Hábitos alimenticios y deportivos - Demencia

Elaboración propia. Fuente: OMS (2001).

3.3.- Situación actual del Turismo Social Accesible enfocado a las personas mayores

Una vez conocidas las iniciativas regionales, nacionales y europeas dirigidas a promocionar el Turismo Social Accesible y analizada su potencialidad como estrategia de Política Social ante el envejecimiento de la población, este subapartado analiza la situación actual del Turismo Social Accesible. En este sentido, el mencionado estudio sobre el programa *Calypso* refleja que el potencial del Turismo Social Accesible todavía no es una realidad, debido en parte a la connotación negativa y a la malinterpretación del término Turismo Social Accesible como un turismo sin calidad y, en parte, a la resistencia o dudas de los Estados Miembros a invertir en este campo (Ramboll Management Consulting et al., 2010). Esto hace que la consecución de un turismo accesible para todos en Europa esté lejos todavía de cumplirse (Ambrose, 2012). Así, no existe en la actualidad un compromiso por parte de los Estados Miembros ni de la mayoría de las regiones en relación a la adopción del Turismo Social Accesible para personas mayores, ni de las actuaciones que implican el disfrute pleno del turismo por parte de este grupo de la población, como es por ejemplo, la adopción de la accesibilidad en el turismo. Se necesitan grandes esfuerzos para ofrecer destinos accesibles reales; no obstante, Europa tiene todavía la oportunidad de convertirse en el líder mundial del Turismo Social Accesible (Ambrose, 2012).

En situaciones de recesión económica los estados deben enfrentarse a reducciones presupuestarias y a la necesidad de intervenir en diversos aspectos para minimizar los efectos negativos en la sociedad a consecuencia de la crisis económica. Esta situación contribuye generalmente a la reducción de políticas públicas y, entre ellas, las Políticas de Turismo Social, a la vez que los precios crecen al contrario que los

ingresos de las familias. Estas alteraciones sociales contribuyen a la exclusión social que se traduce en una mayor necesidad de desarrollar políticas que contribuyan a la participación turística de personas excluidas del turismo (de Aguiar et al., 2012). Así, el turismo es una práctica que debido a sus características puede luchar contra la exclusión social gracias a los beneficios sociales detallados al inicio de la presente tesis doctoral.

Por su lado, las empresas privadas perciben una falta de rentabilidad en la inversión de proporcionar un turismo para todos a pesar de los beneficios económicos y empresariales detallados en la presente tesis (sección 1.2.2). No obstante, algunas empresas turísticas sí están ampliando su oferta con el objetivo de llegar a todas las personas independientemente de sus limitaciones personales (Molina y Cánoves, 2010). Para ello, los empresarios/as deben responder a unos criterios de accesibilidad, entendiendo el concepto de accesibilidad desde una perspectiva transversal ya que afecta a todas las actividades de la sociedad (González y Gutiérrez, 2009) y en base a un diseño universal como se ha visto en la definición de Turismo Accesible. Sin embargo, el sector turístico todavía no responde a la demanda y las necesidades del Turismo Social Accesible, tal y como evidencian los siguientes estudios:

Por un lado, el sector turístico no ofrece información exhaustiva, sistematizada y fiable sobre la oferta turística accesible. Los datos y la información sobre recursos turísticos se ofrece de forma fragmentada (Molina y Cánoves, 2010) y son el resultado de análisis aislados realizados por entidades diferentes y basándose en parámetros también distintos (Carretero et al., 2011). En general, la información de las guías oficiales de turismo sobre accesibilidad de los establecimientos es dada por las personas responsables de los establecimientos como resultado de un auto-diagnóstico realizado con escaso rigor. De hecho, los turistas prefieren obtener la información por parte de familiares o amistades así como de asociaciones de personas con discapacidad (Darcy, 2006; Huesca y Ortega, 2005). Concretamente, el 38% de los turistas internacionales con necesidades especiales eligen el destino turístico en función de la información facilitada por familiares o amigos (Modiano, 2012). En este sentido, cabe destacar que el acceso a la información para el público con necesidades especiales, tanto en contenido como en forma, es un factor decisivo en la organización y gestión previa al viaje.

Por otro lado, las normativas sobre accesibilidad no están resultando eficientes para conseguir la accesibilidad total de los recursos turísticos, porque: a) existe una falta de ajuste de las normativas de accesibilidad de los recursos turísticos con el diseño universal, lo que conlleva que, aún cuando los establecimientos cumplan con la normativa, siguen sin ser totalmente accesibles a los diferentes tipos de

discapacidad y b) el desarrollo de las normativas de accesibilidad autonómicas son diferentes entre las Comunidades Autónomas (Fernández, 2007); así existen normativas de accesibilidad muy completas mientras que otras son ya obsoletas. Como consecuencia, los gerentes de recursos turísticos no disponen de un modelo óptimo de accesibilidad universal que les permita conseguir una accesibilidad total de los recursos turísticos y, por lo tanto, no puedan ofrecer este servicio.

Además, las mejoras técnicas y tecnológicas de los recursos y destinos turísticos para su accesibilidad y adaptabilidad a las necesidades de las personas con discapacidad son limitadas y puntuales. Por ejemplo, en España únicamente un 0,7% de los hoteles de 3 y 4 estrellas, el 5% de los "campings" de 1ª, 2ª y 3ª categoría y el 6% de las casas rurales cumplen con los estándares óptimos de accesibilidad (Alonso et al., 2002; Cayo, 2005; Consumer-Grupo Eroski, 2002; Fernández, 2007). Así, en ocasiones, la accesibilidad es percibida como una carga para los empresarios turísticos, tal y como se ha mencionado anteriormente (European Commission, 2012).

Los profesionales del sector no disponen de la competencia profesional para atender este segmento. No existe una formación acreditada y reconocida en los estudios de grado universitario de turismo sobre Turismo Social Accesible, por lo que los profesionales del sector no saben atender este sector de la población ni tampoco conocen sus necesidades (Molina y Cánoves, 2010). Por ejemplo, en un estudio realizado por Fernández (2007), se obtuvo que el 90% de los directores de hoteles conocía la normativa aplicable a la accesibilidad, aunque tan solo uno de cada diez había recibido formación sobre el comportamiento de las personas con discapacidad física como turistas. En la actualidad se están llevando a cabo distintas jornadas promocionadas a nivel estatal y autonómico, como se ha visto anteriormente, que aunque no suplen la formación requerida sí ayudan a sensibilizar al sector sobre la necesidad de formación específica en Turismo Social Accesible.

Existe una falta de concienciación y sensibilización respecto a la accesibilidad por parte de las empresas. Este hecho se ha puesto de manifiesto en el proyecto europeo LivingAll liderado por el Instituto de Investigación Polibienestar el que se mostraba que una de las principales barreras al libre movimiento de las personas con discapacidad era la falta de aplicación de la normativa de accesibilidad (Garcés et al., 2007).

Por último, falta información sobre las características de la demanda de recursos turísticos accesibles, que permita estimar de forma fiable su potencial y orientar el mercado hacia estos clientes. Por un lado, no existen encuestas oficiales que recojan información estadística sobre usuarios del Turismo Social Accesible. Por

ejemplo, es necesario conocer el número de personas que vienen a nuestro país, los principales destinos elegidos, datos que revelen si la mayor inversión en accesibilidad en una determinada zona turística conlleva una mayor atracción de turistas, el movimiento de personas dentro y fuera de España, las épocas del año en las que hay más visitas de turistas extranjeros, la distribución del gasto de los turistas con necesidades especiales, su perfil (edad, sexo, grado de discapacidad, poder adquisitivo, etc.), etc. así como de otros datos estadísticos que puedan demostrar su potencial de demanda y su cuota de mercado. Por otro lado, no existe información sobre las necesidades, demandas y preferencias de las personas usuarias de los recursos turísticos accesibles. Como consecuencia, el 43% de los turistas internacionales con necesidades especiales se quejan durante su viaje de acuerdo con el índice Travelsat⁴⁴ (Modiano, 2012). En este sentido, la promoción del Turismo Social Accesible está casi exclusivamente orientada a conseguir la accesibilidad total de los recursos turísticos, mientras que no se realizan estudios que permitan determinar las preferencias, gustos y necesidades de las personas usuarias o sobre el impacto que tiene el Turismo Social Accesible sobre ellos en relación a su salud y su bienestar social. No obstante, la tendencia actual es desarrollar una oferta no especializada en lugar de una oferta de Turismo Social Accesible. De hecho, las encuestas realizadas revelan que todos los turistas tienen las mismas motivaciones y necesidades cuando van de vacaciones. Por ello, las Políticas de Turismo Social deben ir encaminadas a ofrecer a las personas que no pueden disfrutar de unas vacaciones, las mismas vacaciones que las personas que sí pueden, sin ningún tipo de segregación. Así, el desarrollo de productos especializados en Turismo Social Accesible no debe consistir en productos o instalaciones específicas sino en la preparación, ayuda, bienvenida, etc. (Ramboll Management Consulting et al., 2010).

En la Comunicación de la Comisión Europea “Europa, primer destino turístico mundial” se hace una especial mención a los nuevos retos generados como consecuencia del envejecimiento de la población y la necesidad del sector turístico de adaptarse rápidamente si quiere mantener su competitividad (Demunter, 2012). Del mismo modo, nuestro país, que es el segundo país del mundo en ingresos por turismo (el primero de Europa) y el cuarto en llegadas de turistas (Marín, 2012), debe responder al envejecimiento actual de la población si desea seguir manteniendo su posición de liderazgo: dando una mayor importancia a las infraestructuras y accesos a servicios sanitarios de calidad; promocionando turismo

⁴⁴ El índice competitivo Travelsat es el estándar líder de referencia para encuestas globales e independientes de calidad competitiva de los destinos usando datos comparables.

de cruceros, estancias más cortas y viajes en temporada baja; y por supuesto, adaptando las instalaciones. De hecho, en España el Turismo Social Accesible es un área bastante incipiente y por ello resulta imprescindible ponerse al día para atender la demanda de personas mayores nacionales e internacionales. El sector turístico debe, por tanto, atender esta nueva realidad social que implica una mejora para todos e inclusión por parte de la Administración, la sociedad y las empresas turísticas. Además, esto adquiere una relevancia mayor siendo España el primer destino elegido para vacaciones (Eurostat, 2012b) y países de nuestro entorno más próximo y claros competidores ya han adaptado su oferta a esta realidad (Molina y Cánoves, 2010). Consecuentemente, la no adaptación puede llevar a España a perder su posición de liderazgo en el turismo.

De hecho, los turistas mayores comienzan a adquirir una importancia estratégica destacada que va a seguir ganando peso en un futuro debido a que: cada vez más en los países occidentales se dedica buena parte de la madurez y de la jubilación a disfrutar del ocio y a viajar; el poder adquisitivo de los turistas sénior se sitúa por encima de la media; comer bien forma parte de su estilo de vida; realizan cada vez más ejercicio (senderismo, golf...); buscan la calidad en sus compras y están dispuestos a pagar por ella; y disponen de una mayor predisposición a disfrutar de la vida (Innova Management, 2011). En el mismo sentido, el informe sobre tendencias turísticas en Europa evidencia que el segmento de turismo sénior crecerá rápidamente a medio plazo gracias a que las personas mayores disfrutan cada vez de mayor salud y disponen del tiempo y dinero para viajar (Market Intelligence Group, 2012). Sin embargo, debido a la reducción de las pensiones y una tendencia al alargamiento de la edad de jubilación se puede ralentizar el desarrollo del turismo sénior a largo plazo (Innova Management, 2011).

3.4.- Perfil de las personas mayores que viajan

En este último sub-apartado se analiza el perfil de las personas mayores que viajan en la actualidad a partir de estudios y datos estadísticos disponibles en bases de datos nacionales como el Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE) y europeas como el Eurostat. Conocer este perfil contribuirá a conocer la aceptación de los programas de Turismo Social Accesible entre las personas mayores y permitirá diseñar el tipo de producto de ocio-turístico que se adecue a sus necesidades y que contribuya a hacer del viaje una experiencia satisfactoria desde el punto de vista de las personas mayores así como para los empresarios/as del sector. En este sentido, en un estudio realizado sobre el sector turístico, se establece que el destino que goce de infraestructuras sanitarias de calidad y que

tenga una oferta hotelera adecuada a las características de la tercera edad estará en mejor posición competitiva que el resto de destinos (Marín, 2012). Además, a la hora de estudiar los beneficios de la participación en el turismo de las personas mayores, Milman (1998), al no poder confirmar empíricamente el impacto que tiene el viaje en la experiencia turística, el bienestar y el nivel de felicidad, sugirió que sin descartar las evidencias dadas por la literatura cabía pensar que otras variables no suficientemente estudiadas como el nivel de viaje, el tipo, etc. están implicadas. Por todo ello, resulta relevante conocer estas características.

Hasta el momento, la mayoría de los estudios han tratado de forma homogénea a las personas mayores que viajan agrupándolas y categorizándolas bajo el nombre de "tercera edad" y basándose en la simple pertenencia a una categoría social económicamente desfavorecida. Estos estudios les han atribuido de manera uniforme una serie de razones por las que viajan o no viajan, tales como: económicas, de salud, familiares, no les gusta viajar, no quieren viajar solos, les da miedo viajar, etc. (Ortega, 1989). No obstante, los estudios más recientes consideran que este grupo está formado por una diversidad de turistas que reflejan de forma heterogénea intereses, actitudes y pautas de consumo hacia el turismo y el ocio (Cleaver et al., 1999; You y O'Leary, 1999), diferentes de otros grupos en intensidad, tipo de jornada y actividades desarrolladas (Armadans et al., 2002). En este sentido, las conclusiones de la jornada *Turismo Social Accesible de Calidad para las Personas Mayores* destacaron la heterogeneidad de este segmento que exige cada vez más un turismo personalizado (Jornada celebrada en Valencia el 21 de mayo de 2013).

Así, Armadans et al., (2000) consideran que existen tres grandes grupos de factores que intervienen en el acceso a la actividad de ocio-turística por parte de las personas mayores: (i) factores socializadores, lo que se piensa del ocio turístico, de los que comporta la actividad, los beneficios y consecuencias que uno piensa que obtiene; (ii) factores del ciclo vital, tales como la edad biológica y social, el estado de salud, el status social adquirido y la situación y nivel de vida; (iii) factores de ocupación del tiempo libre, es decir, la distribución y frecuencia entre diferentes opciones de actividades. Por tanto, existe una diversidad de razones y condiciones por las cuales una persona mayor decide viajar o no, las cuales pueden actuar tanto en sentido motivador como limitador.

Según Zimmer et al., (1995) en la literatura se ha prestado poca atención a tratar de identificar qué es lo que distingue a los que viajan de los que no viajan. Por esta razón, estos autores llevaron a cabo una investigación con personas mayores de 64 años para tratar de discernir la influencia que una serie de variables podían tener en la decisión de viajar. Los resultados reflejaron que al aumentar la edad y al

aparecer dificultades de movilidad la realización de viajes turísticos disminuía. Al contrario, al aumentar el nivel de educación se originaba un aumento de los viajes. Otras variables detectadas en este estudio como significativas a la hora de viajar fueron: la valoración subjetiva y objetiva de la salud y el mayor interés en gastar dinero en viajes y recreación. Del mismo modo, Armadans et al., (2000) detectaron la variable edad como muy significativa a la hora de realizar un viaje por las personas mayores. Otros aspectos detectados por estos autores fueron: la situación familiar (el hecho de estar casado influye positivamente pero el hecho de tener muchos hijos influye negativamente posiblemente por tener más obligaciones familiares); estilos de vida tales como hacer deporte favorecen la posibilidad de hacer un viaje así como la realización de salidas culturales; el haber viajado o no anteriormente; tener el tiempo ocupado en otras actividades de ocio, como por ejemplo el caso de ver la TV como factor limitador que potencia más bien un ocio pasivo.

Por último, en un estudio realizado con 353 personas mayores en Barcelona y su área metropolitana (Armadans et al., 2002) se obtuvo el siguiente perfil de personas mayores que viajan: más jóvenes de los que no viajan, mujeres, residentes en la ciudad de Barcelona, activas laboralmente o jubiladas con buena salud, ejerciendo o han ejercido una profesión de comerciantes o han trabajado en un comercio, casadas o conviven con la pareja, deportistas, realizan salidas culturales y de ocio, realizan compras de todo tipo, probablemente participan socialmente (aunque no siempre se da esta circunstancia), tienen amigos que también viajan, le dan importancia y recomiendan viajar a sus mejores amigos. En este estudio también se ofrece el siguiente perfil de las personas mayores que no viajan: mayores que los que viajan, residen fuera de Barcelona, jubiladas y poseen una salud deficiente, viudas o conviven con familiares, no suelen realizar deporte ni salidas culturales ni de ocio, realizan menos compras tanto cotidianas como de afición, puede que estén participando socialmente en algunos casos pero no tienen amigos que viajen y le dan menos importancia y recomiendan viajar en menor medida. En consecuencia, este estudio concluye que factores como la edad, el lugar de residencia, la profesión, la salud objetiva, el estado civil y la convivencia son aspectos significativos para el consumo del viaje turístico.

En este sentido, a continuación se detallan, a partir de la literatura y de datos estadísticos, las principales características de las personas mayores que viajan y la tipología de viajes desarrollados:

A nivel general, se suele considerar que las personas mayores disponen de suficiente **tiempo libre** para ocuparlo en actividades de ocio y turismo (Armadans et al., 2002; Demunter, 2012). No obstante, disponer de tiempo libre no garantiza

ni la disponibilidad para el ocio y/o el turismo ni el que sea propiamente un tiempo libre (Munné y Codina, 1996). Por lo tanto, que las personas mayores dediquen su tiempo libre a actividades de ocio y/o turismo comporta necesariamente una serie de condiciones. En este sentido, las cifras revelan que los españoles de 65 y más años disponen casi de 7 horas al día de tiempo libre (INE, 2011). Este tiempo libre lo dedican principalmente a ver la televisión (alrededor de un 80,00%), a hacer ejercicio físico como pasear (alrededor de un 50%), a leer (un 25,70% entre semana y un 21,70% los festivos o fines de semana), a reunirse con los amigos fuera de casa (un 16,00% los días laborables y un 26,10% los festivos o fines de semana) y a salir a "tomar algo" con la pareja o la familia (desde un 8,30% entre semana a un 21,50% en festivos y fines de semana). Así, una de las actividades a las que las personas mayores dedican gran parte de su tiempo libre son las actividades sociales. En el año 2007, un 39% de los españoles mayores de 65 años dedicaron parte de su tiempo libre a estas actividades (IMSERSO, 2009). Sin embargo, el tiempo libre de la población española mayor se caracteriza por ser de tipo pasivo con un uso intenso de los medios de comunicación, con una baja participación en las actividades culturales, sociales, deportivas o asociativas, aunque con una cierta propensión a realizar viajes y participar en asociaciones (Armadans et al., 2002).

Relacionado con los **hábitos de viaje**, el 45,00% de la población europea mayor de 65 años participó en algún tipo de viaje en 2008 (Eurostat, 2011b). En nuestro país, hubo en 2009 más de dos millones y medio de turistas mayores, cifra que representa casi el 34% de la población de 65 y más años. De ello se deriva que el turismo es una de las prácticas de ocio activo más extendidas entre la población mayor. De hecho, sólo el grupo de edad de más de 65 años ha incrementado el número de viajes en 2011 comparándolos con los realizados en 2006. Para el resto de edades el número de viajes ha disminuido (Demunter, 2012).

Con respecto a cómo las personas mayores distribuyen su renta y, concretamente, qué **proporción destinan a actividades relacionadas con el turismo y el ocio**, se obtienen unas pequeñas diferencias en cuanto a sexos entre la población mayor: los varones dedican un 5,23% de su renta al ocio, espectáculos y cultura y un 6,69% a hoteles, cafés y restaurantes. Por su parte, las mujeres emplean un 4,12% de su renta en ocio, espectáculos y actividades culturales y un 3,90% a hoteles, cafés y restaurantes (INE, 2009). Estos porcentajes reflejan que tras cubrir las necesidades básicas, las personas mayores emplean sus recursos económicos en actividades relacionadas con el ocio y turismo, entre las que también se puede incluir el transporte.

En cuanto al **destino**, el 79,40% de los españoles mayores prefieren viajar a un lugar fijo de España, siendo en un 40% de los casos a un pueblo de la costa o cercano a ella, en un 21,20% a un pueblo en el campo o en la montaña, en un 18,80% a una ciudad costera y en un 15,20% a una ciudad del interior (IMSERSO, 2009). En general, las personas mayores prefieren viajar a lugares donde la temperatura es más agradable dentro de las fechas en las que viajan (Villar, 1999). En este sentido, el programa *Calypso* evalúa la **estacionalidad** desde el punto de vista de la demanda del Turismo Social Accesible teniendo en cuenta sus preferencias que, para las personas mayores, son principalmente primavera y verano debido a los descuentos ofrecidos en estas épocas y al clima (Ramboll Management Consulting et al., 2010).

La **duración media** de los viajes realizados por las personas mayores fue de 26,1 días en 2011 para viajes largos, siendo superior a la media del resto de los grupos de edad que fue de 21,2 días (Demunter, 2012) aunque los viajes de un solo día son especialmente populares. En los viajes del IMSERSO la duración media es de 10 días (Rodríguez, 2010).

En cuanto al **gasto medio**, algunos autores destacan que el dinero gastado y las actividades realizadas no difiere de otros grupos de edad (Ouellette, 1996). Sin embargo, otros autores demuestran que los viajeros mayores gastan más dinero que los jóvenes. En concreto, Demunter (2012) establece que las personas mayores supusieron el 20% de todo el gasto turístico de los residentes Europeos en 2011. Así, la media del gasto en 2011 en viajes largos por los turistas mayores fue de 1.344€ mientras que la media general ascendió a 1.203€. En los viajes cortos el grupo de edad mayor gastó menos que el grupo de 45 a 64 años, 586€ y 613€ respectivamente; sin embargo, esto se puede deber a que el grupo de menos edad hace más viajes cortos fuera de su país.

En España, el gasto turístico de los residentes varía con la edad, tanto en el caso del turismo interno como en el del turismo emisor. Los tramos correspondientes a las edades intermedias son los que realizan mayor gasto si se compara con el realizado por la población más joven y con la tercera edad. En el caso del turismo emisor, es el estrato comprendido entre los 55 y 64 años el que incurre en mayor gasto por persona y día, seguido en segundo lugar por el tramo de edad comprendido entre 65-74 años (Tabla 8). Con respecto al turismo interno, el tramo de edad que incide en más gasto es el comprendido entre 45 y 54 años, seguido del de 25-44, 55-64 y 65-74 años.

Tabla 8: Gasto medio diario del turistas residentes en España por tramos de edad para 2010.

Tramo de edad	Turismo interno	Turismo emisor
0-14 años	25,4€	49,9€
15-24 años	31,8€	68,7€
25-44 años	38,0€	14,0€
45-54 años	40,9€	95,3€
55-64 años	37,5€	114,8€
65-74 años	30,1€	109,5€
Mayores de 75 años	24,1€	80,4€

Elaboración propia. Fuente: Turismo en cifras (2012).

Respecto a la **compañía** con la que disfrutan de esos días de vacaciones, la mayoría (un 61,60%) dice hacerlo con la familia con la que convive habitualmente, un 12,20% lo hace con la familia con la que no convive, un 6,90% viaja en solitario y sólo un 3,40% con un grupo de amigos (IMSERSO, 2009). Si lo comparamos con la media del resto de edades, destaca el hecho de que las personas mayores prefieren viajar solas en mayor medida que el resto de la población y menos con un grupo de amigos/as (IMSERSO, 2009).

En cuanto a los **motivos** por los que las personas mayores viajan, destacan: descansar y relajarse, relacionarse, conocer nuevos lugares y vivir nuevas experiencias (Fleischer y Pizan, 2002); disfrutar de la restauración, relajarse, interactuar socialmente, realizar ejercicio físico, aprender, vivir emociones y nostalgia (Guinn, 1980); visitar a amigos y familiares (Anderson y Langmeyer, 1982; Shoemaker, 1989); relajarse, visitar nuevos lugares y aprender (Esichaikul, 2012); o simplemente por puro placer (Cleaver et al., 1999; Oullette, 1996). De los mayores que no disfrutan de unas vacaciones fuera de su residencia habitual, un 32,40% afirma que el motivo de no hacerlo es por problemas de salud, propios o familiares, un 31,60% no viaja debido a su situación económica, siendo sólo un 15,60% el que declara que el motivo principal es que no le gusta salir de casa (IMSERSO, 2009). Respecto a la **capacidad económica**, las personas mayores en España disponen de unos 11.434 euros al año, dedicando los varones casi un 12,00% a actividades de ocio y las mujeres aproximadamente un 8,00%, tal y como se ha analizado anteriormente, aspecto que no debería ser limitador del ejercicio del turismo si se consideran los viajes bonificados organizados por el IMSERSO y otras entidades regionales. La consideración de la capacidad económica como un factor limitador del turismo para las personas mayores puede ser debido a la actual crisis económica y al generalizado sentimiento de ahorro que tiene la sociedad española y no realmente a la falta de capacidad económica de este grupo de población.

La fuente de **información** utilizada por las personas mayores para organizar sus viajes es principalmente su propia experiencia previa contrastada con otros medios externos tales como prensa o radio. No suelen utilizar información de carteles o folletos debido a las dificultades propias de la vejez (visión, comprensión, etc.) (Armandans et al., 2002). Además, la **seguridad** de los destinos es un aspecto muy importante para las personas mayores (Esichaikul, 2012; Hsu, 2001; Linqvist y Bjork, 2000).

Por último, para poder dar respuesta a este mercado es conveniente tener en cuenta algunos de los principios de realización y de las condiciones técnicas anunciadas por el Bureau Internacional de Turismo Social (BITS) actual ISTO (Wallingre, 1998):

Principios de realización:

- El turista mayor presenta características particulares. Habiendo ya aprovechado su periodo activo, las mejoras sociales y culturales de la sociedad de consumo, demanda un abanico más amplio de prestaciones. Además, desea conservar o mantener su vitalidad, busca agrandar su círculo de amistades, desea aprovechar su tiempo libre para viajar a los lugares soñados que durante su vida laboral no pudo visitar.
- Es un turismo activo que debe contribuir a la actividad de las personas mayores y no a mantener su pasividad, respetando siempre su ritmo. Asimismo, no tiene como elemento esencial el sol sino la novedad, el descubrimiento y confort.
- La tercera edad presenta necesidades diversas que deberán ser cubiertas por las personas organizadoras de los programas de Turismo Social Accesible.
- Se debe insertar el turismo de las personas mayores en la vida habitual del destino.
- Requiere de la participación de los poderes públicos y de los empresarios/as.

Condiciones técnicas para un buen desarrollo:

- Evitar la concentración de personas mayores y tratar de integrar las diferentes edades de la tercera edad.
- Tener en cuenta el carácter dominante del sexo femenino.
- Contar con suficiente personal en número y en formación adecuada a las necesidades, atención y actividades de las personas mayores.
- Acordar una libertad total en las instalaciones pero atendiendo a la seguridad de las personas mayores.
- Preparar más que animar.
- Animar más que guiar.

- Luchar contra el aislamiento de los participantes.
- Organizar reuniones para resolver dudas.
- Tener en cuenta los ritmos distintos en base a la edad y vitalidad de los participantes.
- Apoyarse tanto en la canción, poesía y música como en la actividad física.
- Servir alimentos y bebidas variadas y adaptadas a sus necesidades.
- Ofrecer confort en el alojamiento.
- Disponer de instalaciones accesibles.
- Disponer de un guardia por la noche y asegurar la concurrencia de un médico y una enfermera.
- Responder a viajes "todo incluido".

III. METODOLOGÍA Y RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Este capítulo recoge el procedimiento metodológico seguido en este estudio, comenzando con la determinación del objetivo empírico y de los objetivos específicos del mismo en base al marco teórico desarrollado en el capítulo anterior y a partir del cual se plantean una serie de hipótesis que finalmente serán objeto de análisis estadístico. Asimismo, se describe el procedimiento de selección de la muestra y recogida de información y se detalla el instrumento utilizado para la consecución de los objetivos y la verificación de las hipótesis planteadas. Finalmente, se describen los análisis estadísticos realizados y los resultados obtenidos

1.- Planteamiento de los objetivos y de las hipótesis de trabajo

Esta tesis doctoral se plantea el siguiente **objetivo empírico**, además del objetivo teórico desarrollado en el marco teórico: analizar el perfil de salud de las personas mayores que viajan a través de un cuestionario validado para estudiar los efectos del turismo en la salud de las personas mayores.

En base a este objetivo se establece la siguiente **hipótesis general**: las personas mayores que viajan gozan de un perfil de mayor salud que las personas mayores que no viajan porque viajar influye de forma positiva en la salud de las personas mayores.

Así, el objetivo empírico del estudio pretende comparar el perfil de salud de las personas mayores que participan en el turismo con las que no y conocer qué distingue a las personas mayores que viajan de las que no viajan en aspectos relacionados con la salud así como estudiar si viajar influye en su salud. Para ello se ha seguido como base el modelo CIF estudiado en el Marco Teórico (OMS, 2001). Tal y como se ha visto, el modelo CIF señala los siguientes tres factores como determinantes del funcionamiento, discapacidad y salud de la persona: (i) condiciones de salud, (ii) factores ambientales y (iii) factores personales. A continuación se analizan dichos factores considerando aspectos propios de las

personas mayores y, en base a ello, se definen los **objetivos específicos** del objetivo empírico del estudio y se plantean las **hipótesis específicas** del mismo. No obstante, los factores personales se han utilizado para homogeneizar los dos grupos de comparación (personas mayores que viajan y personas mayores que no viajan), tal y como se describe en el apartado correspondiente a la muestra, para analizar así las variables de salud sobre las que el turismo podría incidir.

Las condiciones de salud: la salud funcional es la que recibe cada vez más la atención en los trabajos de investigación sobre el envejecimiento, debido al aumento del número de personas mayores y discapacitadas y a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (OMS, 2002a). En las personas mayores, la salud funcional se define como la capacidad de la persona para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra (Sanjoaquín et al., 2007). Este estado se estudia a través de la valoración que realiza la propia persona sobre su salud y discapacidad (OMS, 2002a) y la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria (OMS, 2002a; Sanjoaquín et al., 2007). Entre las actividades de la vida diaria se distinguen, tal y como se ha visto en el marco teórico (Querejeta, 2004a), las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

El presente análisis pretende estudiar la salud funcional de las personas mayores que viajan frente a las que no y, por tanto, deberá medir el impacto del mismo en la salud auto-percibida y en su capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria. Entre las actividades de la vida diaria, en este estudio se analizan las AIVD debido a que son más complejas y se considera que si un individuo tiene la capacidad para desempeñarlas puede también desempeñar las ABVD. Por tanto, se plantean dos objetivos específicos y dos hipótesis relacionados con este factor:

Objetivo 1.- Estudiar la salud auto-percibida de las personas mayores de 65 años que viajan y de las personas mayores de 65 años que no viajan.

Objetivo 2.- Estudiar la capacidad para desempeñar las AIVD de las personas mayores de 65 años que viajan y de las personas mayores de 65 años que no viajan.

Hipótesis 1: Las personas mayores que viajan disponen de una mayor salud auto-percibida que las personas mayores que no viajan.

Hipótesis 2: Las personas mayores que viajan presentan una mayor capacidad para desempeñar las AIVD que las personas mayores que no viajan.

En este ámbito, la calidad de vida en la vejez es un concepto multidimensional que debe comprender impresiones subjetivas como la satisfacción con la vida y los factores ambientales (Iglesias-Souto y Dosil, 2005; Terol et al., 2000). Es por ello por lo que se añade, dentro de las condiciones de salud, un tercer objetivo para

estudiar la satisfacción con la vida de las personas mayores que viajan frente a las que no, ya que los factores ambientales son abordados a continuación siguiendo el modelo CIF.

Objetivo 3.- Conocer el grado de satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años que viajan y de las personas mayores de 65 años que no viajan.

Hipótesis 3: Las personas mayores que viajan están más satisfechas con su vida que las personas mayores que no viajan.

Los factores ambientales: entendidos como las influencias externas al individuo, también contribuyen al funcionamiento, discapacidad y salud del mismo según el modelo CIF. Entre los factores ambientales, se consideran en este estudio aquellos que se pueden medir a partir del propio individuo y, por tanto, este estudio selecciona el apoyo y las relaciones sociales que mantiene. Además, las relaciones sociales construidas a lo largo de la vida juegan un papel importante en la consecución de un envejecimiento saludable (Otero et al., 2006). En base a ello queda definido el cuarto objetivo específico y la cuarta hipótesis específica en relación con el segundo de los factores determinados en el modelo CIF:

Objetivo 4.- Conocer las relaciones sociales de las personas mayores de 65 años que viajan y de las que no viajan.

Hipótesis 4: Las personas mayores que viajan están socialmente más integradas que las que no viajan.

Como consecuencia de las potenciales diferencias en la salud de las personas mayores que viajan frente a las que no viajan, resulta relevante estudiar si estas diferencias dan lugar a distintos consumos de los sistemas sociales y sanitarios, es decir, si las personas que viajan al auto-percibir un mayor estado de salud consumen menos recursos sociales y sanitarios provistos por el Estado y las familias. De hecho, las consecuencias de la no participación en el turismo han sido relacionadas con un aumento de los gastos sociales, en salud y bienestar, aunque no hay una evidencia científica clara que soporte esta idea (Ferri et al., 2011; Hazel, 2005). En base a ello definimos el quinto objetivo específico y la quinta hipótesis específica:

Objetivo 5.- Estudiar el consumo de los recursos sociales y sanitarios por parte de las personas mayores que viajan y de las personas mayores que no viajan.

Hipótesis 5: Las personas mayores que viajan realizan un menor consumo de recursos sociales y sanitarios que las personas mayores que no viajan.

En base a todo lo anterior, se establece el siguiente objetivo que persigue analizar si viajar influye en la salud de las personas mayores, objetivo que nos permitirá justificar la utilización del Turismo Social Accesible como estrategia de envejecimiento activo y saludable:

Objetivo 6.- Analizar si viajar influye de forma positiva en la salud de las personas mayores.

Hipótesis 6: Viajar influye de forma positiva en la salud de las personas mayores Finalmente, con el propósito de conocer los hábitos de viaje de las personas mayores para adecuar la oferta turística a sus gustos y necesidades se establece en último objetivo:

Objetivo 7.- Plantear propuestas de mejora para la incorporación al Turismo Social Accesible dirigido a personas mayores en base a sus preferencias y hábitos de viaje.

2.- Procedimiento de recogida de información

El procedimiento seguido para la recogida de datos se ha llevado a cabo a través de un cuestionario elaborado a tal efecto, y cuyas variables y escalas se describen en el siguiente apartado. Para ello, se contactó de forma telefónica con los 6 centros que consintieron formar parte del estudio y que organizan actividades para personas mayores en la ciudad de Valencia y alrededores. En la llamada telefónica se les informó sobre el objetivo y el contenido del estudio, se resaltó el carácter anónimo de los datos y se solicitó su colaboración. Los centros que participaron en el estudio son:

- Centro municipal de servicios sociales Sant-Marcelí
- Centro municipal de actividades para personas mayores de Benicalap
- Centro municipal de actividades para personas mayores Tendetes
- Centro municipal de actividades para personas mayores Trafalgar
- Centro municipal de actividades para personas mayores Grau-Port
- C.E.A.M Burriana

Además, se contó con la colaboración de profesores/as de la Universidad de Valencia que nos permitieron presentar en algunas clases esta investigación y contar con la participación del alumnado en la recogida de datos.

El procedimiento seguido en los centros que accedieron a participar fue distinto al seguido con el alumnado:

En los centros, una vez obtenido su consentimiento se procedió del siguiente modo en todos ellos: en primer lugar, se acudió al centro y nos presentamos al presidente o a la persona responsable que en ese momento estuviera en el centro para explicar el objetivo del estudio; en segundo lugar, para la cumplimentación del cuestionario, se procedió de diversas formas según las características del centro y la forma en que prefirieron participar. Como consecuencia, la recogida de información se realizó: (i) mediante reuniones integradas en el horario de

actividades impartidas en el centro, (ii) dejando cuestionarios en el centro y (iii) mediante entrevista personal. Tanto en las reuniones como en las entrevistas personales se siguió un protocolo concreto de actuación bastante similar:

1. Presentación al monitor/a de la actividad que se iba a impartir y que previamente había accedido a cedernos un espacio de tiempo antes o al terminar la misma, o bien, a la persona que estaba en la sala donde se nos había permitido llevar a cabo entrevistas personales.
2. Presentación a las personas mayores de la sala en voz alta y clara y explicación del motivo de la encuesta, el carácter confidencial de los datos facilitados y el carácter voluntario de su participación.
3. A las personas que voluntariamente declararon su intención de participar se les repartió el cuestionario o bien se inició la entrevista.
4. Al finalizar, se recogieron los cuestionarios cumplimentados y se agradeció la colaboración de los participantes.

Todos los cuestionarios llevaban incluido en su primera página un consentimiento informado (Anexo I) en el que se presentaba el equipo de investigación que llevaba a cabo este estudio, se describía la actividad y se hacía referencia a información sobre el estudio, cuestiones legales de privacidad de datos y derecho de abandono. En la segunda página, se pedía a los participantes que dieran su consentimiento a la utilización de sus datos mediante su firma sin que sea posible identificar a la persona con los datos ofrecidos ya que los cuestionarios son anónimos. Con este propósito, nada más firmar el consentimiento informado se rasgaba esta página y se separaba del cuestionario.

En los grupos de estudiantes donde presentamos el estudio, tras el consentimiento del profesor/a a cargo de la clase, se presentó el proyecto de estudio y se animó al alumnado a que participara en la recogida de datos entrevistando a sus familiares de 65 o más años. A aquellos que mostraron interés en participar se les repartió el cuestionario y se les contestó a cualquier duda al respecto, asimismo se les explicó cómo debían proceder en la recogida de datos. Una vez cumplimentado por los/as alumnos/as o sus familiares, éstos/as devolvieron el cuestionario al profesor/a encargado/a de la clase quien nos los facilitó.

3.- Variables y escalas

Para la recogida de datos se confeccionó un instrumento de valoración consistente en un cuestionario (Anexo I) que supone una revisión y mejora de un cuestionario previo testado en 43 personas de 65 y más años. El testeo del cuestionario inicial nos han permitido eliminar preguntas que no eran entendidas por las personas

mayores así como mejorar la redacción de algunos ítems, eliminar variables no significativas y añadir una escala validada adicional. En base a este cuestionario inicial y a las hipótesis y objetivos planteados en la sección anterior, se ha obtenido un instrumento de valoración del perfil de las personas mayores que viajan frente a las que no viajan formado por escalas (la mayoría estandarizadas) que mide las siguientes variables: (i) salud auto-percibida, (ii) capacidad para realizar las AIVD, (iii) satisfacción con la vida, (iv) integración social, (v) consumo de recursos sociales y sanitarios, (vi) hábitos y preferencias de viaje y (vii) características socio-demográficas. A continuación se detalla cada uno de estos ámbitos, especificando las variables medidas y los índices utilizados que, posteriormente, se resumen en la tabla 10.

3.1.-Salud auto-percibida

Para la evaluación de la salud auto-percibida de la muestra, se ha empleado la versión española del cuestionario SF-12 Health Survey (Alonso et al., 1998; Vilagut et al., 2005). El SF-12 es una versión reducida del cuestionario SF-36 (Alonso et al., 1998) diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo, como es el caso del presente estudio que pretende incentivar la participación de las personas mayores con dificultad para responder a instrumentos largos. En el estudio previo, el instrumento incluía el cuestionario SF-36 y una de las recomendaciones obtenidas al final del estudio consistía en reducir el tamaño del cuestionario utilizando una versión reducida de dicho instrumento (Ferri et al., 2011) por lo que se decidió utilizar el SF-12 en este estudio.

Como medida general del estado de salud, el SF-12 no clasifica por grupos de edad, enfermedad o tratamiento, por ello es útil para encuestas tanto en población general o específica (Ware et al., 2009). Además, este índice es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un índice auto-administrado aunque también se puede cumplimentar utilizando una persona entrevistadora. Existen dos versiones, una estándar que pregunta acerca de cómo se encuentra el individuo en las últimas cuatro semanas y otra más precisa que utiliza un periodo temporal de una semana (Ware et al., 2009). En este estudio se utiliza la forma estándar (con período temporal de 4 semanas) ya que es la forma recomendada para casos en los que el cuestionario es administrado sólo una vez como sucede en este estudio.

El SF-12 se compone de 12 ítems que detectan las siguientes 8 dimensiones del estado de salud de la persona encuestada (Ware et al., 2009):

- Función física (2 ítems): grado en que la salud limita la realización de actividades físicas moderadas.
- Rol físico (2 ítems): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo un rendimiento menor que el deseado y limitación o dificultad en el tipo de actividades realizadas.
- Dolor corporal (1 ítem): intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual.
- Salud general (1 ítem): valoración personal de la salud.
- Vitalidad (1 ítem): valoración personal del sentimiento de vitalidad.
- Función social (1 ítem): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- Rol emocional (2 ítems): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
- Función mental (2 ítems): valoración personal del sentimiento de tranquilidad y tristeza.

Las opciones de respuesta forman escalas tipo Likert. Para cada una de las dimensiones, los ítems son codificados de 0 a 100 siendo 0 el peor estado de salud para esa dimensión. El índice no está diseñado para generar un índice global de salud. No obstante, permite el cálculo de puntuaciones resumen mediante combinaciones de cada dimensión: (i) salud física con la suma de las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal y salud general; y (ii) salud mental con el sumatorio del resto de dimensiones.

Para la valoración de las puntuaciones obtenidas, se han tomado como valores poblacionales de referencia los datos obtenidos a partir de un estudio realizado con la versión española del SF-12 (Schmidt et al., 2012) y que se detallan en la siguiente tabla por grupo de edad (Tabla 9). Asimismo, se muestran en la tabla 9 los valores mínimos y máximos para la forma estándar del SF-12 (Ware et al., 2009):

Tabla 9: Valores de referencia para las dimensiones de salud del SF-12 según Schmidt et al. (2012) y rango de posibles valores según Ware et al. (2009).

Dimensión	Valores de referencia según Schmidt et al. (2012)		Rango de posibles valores T (Ware et al., 2009)	
	Entre 65 y 74 años	75 años y más	Mínimo	Máximo
Función física	43,6	38,8	22,11	56,47
Rol físico	46,4	43,3	20,32	57,18
Dolor corporal	47,8	45,6	16,68	57,44
Salud general	44,2	43,7	18,87	61,99
Vitalidad	48,0	45,0	27,62	67,88
Función social	47,8	45,1	16,18	56,57
Rol emocional	47,8	47,3	11,35	56,08
Función mental	49,1	49,0	15,77	64,54
Componente Sumario Físico (CSF): Salud física	44,2	40,2	4,62	76,36
Componente Sumario Mental (CSM): Salud mental	50,1	50,3	1,32	79,48

Elaboración propia. Fuente: Schmidt et al. (2012) y Ware et al. (2009).

Este índice ha mostrado su validez en la población española, concretamente en la población catalana (Schmidt et al., 2012) y murciana (Monteagudo et al., 2011). Además, muestra una fiabilidad adecuada con α de Cronbach entre 0,94 (Wells, 2010) y 0,72 (Resnick y Parker, 2001), por lo que se considera un instrumento adecuado para medir la salud de la población. En este estudio el α de Cronbach es de 0,80 para la salud física y 0,66 para la salud mental.

3.2.-Capacidad funcional para desempeñar las AIVD

Para evaluar la capacidad funcional de la muestra para desempeñar las AIVD se ha utilizado el índice de Lawton y Brody (1969) desarrollado en el Centro Geriátrico de Filadelfia para población anciana, institucionalizada o no, con el objetivo de evaluar la capacidad funcional para realizar tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales de la vida diaria. Este instrumento consta de 8 ítems que recogen actividades diarias como el cuidado de la casa, hacer la compra, usar el teléfono, etc.

Cada ítem tiene diferentes alternativas de respuesta que se puntúan con un 0 (algún grado de dependencia) o con un 1 (independencia) en función de la

capacidad que tenga la persona para realizar cada actividad. Las mujeres son evaluadas en los 8 ítems del índice y para los hombres se ha eliminado tradicional y habitualmente las actividades relacionadas con preparar la comida, cuidar la casa y hacer la colada (Graf, 2007). En el presente estudio se han eliminado también estas tareas para los varones ya que algunos de los encuestados no han respondido a estos ítems alegando que esas tareas eran realizadas por su mujer o una persona contratada y, por lo tanto, su no desempeño no se puede asociar a una mayor o menor capacidad.

Así, la puntuación total oscila entre 0 puntos (máxima dependencia) y 8 puntos (independencia total) para las mujeres y entre 0 y 5 puntos para los varones. En este sentido, para las mujeres la dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7, y severa cuando es inferior a 4 (Suárez et al., 2001). Para los hombres, la dependencia se considera severa cuando es inferior a 2, moderada entre 2 y 3 y ligera cuando alcanza un valor de 4 (Jiménez, 2005). En nuestro estudio uniremos la calificación de dependencia moderada y ligera para el caso de los varones con el objeto de disponer de unas escalas comparables entre ambos sexos.

El índice de Lawton y Brody (1969) es uno de los instrumentos más utilizado para medir la capacidad para desempeñar las AIVD a nivel internacional y el más utilizado en las unidades de geriatría de España debido a su adecuada fiabilidad con valores α de Cronbach entre 0,81 (Lyons et al., 2002) y 0,93 (Montorio et al., 1998). En este estudio el índice alcanza un valor de fiabilidad del 0,87, algo superior al obtenido en el estudio previo (Ferri et al., 2011).

3.3.- Satisfacción con la vida

El índice elegido para medir la satisfacción con la vida es la escala de Diener (Diener et al., 1985). Esta escala se desarrolló para evaluar el grado de satisfacción de las personas con su vida considerada de forma global (Diener et al., 1985). El índice consta de 5 preguntas con escala likert de 7 puntos en las que el individuo debe indicar su grado de satisfacción, desde altamente insatisfecho hasta extremadamente satisfecho. Las puntuaciones pueden oscilar entre los 5 y los 35 puntos, indicando una mayor satisfacción vital las puntuaciones más altas, dando lugar a las siguientes categorías:

- Valor muy alto/ altamente satisfecho (30-35 puntos): las personas que están en esta categoría están plenamente satisfechas con su vida y piensan que las cosas les están yendo muy bien.

- Valor alto/ satisfecho (25-29 puntos): a las personas en este nivel les gusta su vida y piensan que las cosas les están yendo bien.
- Puntuación media / ligeramente satisfecho (20-24 puntos): las personas en esta clasificación están generalmente satisfechas con su vida pero hay ciertos aspectos que les gustaría mejorar.
- Valor ligeramente por debajo de la media / ligeramente insatisfecho (15-19 puntos): las personas con esta puntuación tienen normalmente pequeños problemas pero significativos en varias áreas de sus vidas, o bien, muchos de los aspectos de su vida van bien pero hay un área que representa un problema fundamental para dicha persona.
- Insatisfecho (10-14 puntos): las personas cuyo resultado está en esta categoría están sustancialmente insatisfechas con sus vidas.
- Extremadamente insatisfecho (5-9 puntos): los individuos categorizados en este nivel están extremadamente infelices con su vida actual.

En el primer estudio realizado para validar este instrumento en una muestra representativa de adultos en España se obtuvo una media de 23,36 (D.T.=6,24) para las personas mayores de 65 años (Vázquez et al., 2012). En este estudio se utiliza esta media para comparar las puntuaciones alcanzadas por la muestra.

Esta escala no se consideró en el estudio anterior debido a que la variable satisfacción con la vida no fue analizada. No obstante, tras dicho estudio inicial quedó reflejado que los aspectos emocionales no estaban recogidos y que éstos incidían en la salud de las personas mayores. Por ello, se decidió ampliar el instrumento inicial con esta variable e incluir esta escala en el cuestionario final.

La escala de Diener (Diener et al., 1985) ha sido aplicada a una diversidad de muestras de estudio y los coeficientes α de Cronbach oscilan entre 0,89 y 0,79 (Pavot y Diener, 1993). En este estudio la escala alcanza un α de Cronbach del 0,83.

3.4.- Relaciones sociales

Para evaluar la participación social de las personas mayores encuestadas se ha utilizado el índice de Berkman-Syme (1979) (Berkman-Syme Social Network Index) que mide el grado de integración y apoyo social del individuo. Este índice consiste en un cuestionario auto-administrado compuesto por cuatro tipos de relaciones: (i) estado civil, (ii) sociabilidad, (iii) pertenencia a grupos religiosos y (iv) pertenencia a otros grupos o asociaciones. Para la valoración de este índice se han valorado estos cuatro tipos de relaciones de 0 a 1 y se han sumado. Con ello, el índice ofrece cuatro niveles de sociabilidad o integración social: bajo (0-1), medio (2), medio-

alto (3) y alto (4); dando una puntuación total al individuo entre 0 (aislado) y 4 (muy integrado/a).

Sobre este índice hay pocos datos aunque tiene buenos resultados de fiabilidad test-retest (Otero et al., 2006) y en nuestro estudio previo presentó un buen nivel de fiabilidad (0,84) (Ferri et al., 2011), alcanzando en el presente estudio un α de Cronbach de 0,37, lo que nos indica un bajo nivel de fiabilidad que tendremos en cuenta al valorar los resultados obtenidos.

3.5.- Uso de recursos sociales y sanitarios

El uso de recursos sociales y sanitarios se evalúa a través de 9 preguntas confeccionadas para esta investigación, validadas en el estudio previo, y que recogen información sobre los siguientes aspectos en los últimos 12 meses:

- Mediante preguntas abiertas se obtiene información sobre:
 - o Número de consultas médicas realizadas.
 - o Frecuencia de hospitalización y utilización del servicio de urgencias.
- Mediante preguntas cerradas que incluyen en su mayoría una opción abierta "otros":
 - o Profesionales consultados.
 - o Lugar de las visitas.
 - o Principales motivos de las consultas.
 - o Pruebas efectuadas.
 - o Utilización de los servicios de hospitalización y urgencias.
 - o Utilización del servicio de ayuda a domicilio, frecuencia y tipo de servicio.
 - o Recepción del apoyo de un cuidador o cuidadora.

3.6.- Hábitos y preferencias de viaje

Como se ha comentado anteriormente, los hábitos y preferencias de viaje se recogen en este estudio con el objetivo de conocer las experiencias y sensaciones de las personas mayores ante el turismo. Se ha optado por la elaboración propia de esta parte del cuestionario, ya que no existe en la actualidad ningún índice estandarizado que recoja la evaluación de esta variable.

El primer ítem de esta parte del cuestionario pregunta a los participantes si viajan o no viajan. En función de su respuesta se les preguntan los siguientes aspectos relacionados con el turismo:

- Si se responde afirmativamente al primer ítem: se pregunta sobre los hábitos y preferencias de viaje. En concreto:
 - o Mediante ítems abiertos se pregunta sobre el número y duración de los viajes y excursiones realizadas durante el año anterior.
 - o Mediante preguntas cerradas en las que se incluye una última opción abierta "Otros" en la que se pide a la persona participante que indique su respuesta en el caso de no estar contemplada en las alternativas ofrecidas, se les pregunta por:
 - Tipo de alojamiento utilizado en los viajes realizados.
 - Fuente de información empleada para la organización de los viajes o excursiones.
 - Motivos de sus viajes.
 - Compañía con la que prefieren viajar.
 - Utilización de viajes organizados.
 - Época en la que prefiere viajar.
- Si se responde tanto de manera afirmativa como negativa al primer ítem: se pregunta sobre la opinión acerca de los recursos turísticos que componen la cadena de viaje (mediante preguntas cerradas incluyendo una última opción abierta "otros") y sobre actitudes hacia el turismo (mediante una escala tipo Likert de 5 puntos). Los aspectos considerados son:
 - o Medio de transporte preferido.
 - o Obstáculos percibidos en transporte, alojamiento, actividades de ocio, medio urbano y medio natural.
 - o Actitudes en relación al turismo:
 - Si disfruta viajando.
 - Si viajar le supone un gasto extraordinario y una gran dificultad debido a sus necesidades especiales.
 - Si viajar le genera inseguridad y pérdida de autonomía.
 - Si no viaja para evitar los posibles problemas que se puede encontrar.
 - Si viajar le ayuda a evadirse de sus problemas diarios.
 - Si le gusta conocer lugares y gente nueva.

La distinción efectuada en las preguntas se debe a que aunque el objetivo fundamental del estudio es analizar los hábitos de viaje de aquellas personas de la muestra que viajan, también resulta útil conocer la opinión de toda la muestra respecto a la situación actual del sector turístico y sus actitudes ante el turismo.

3.7.- Datos socio-demográficos

En la última parte del cuestionario se recogen los datos socio-demográficos de las personas participantes en este estudio y que se ha empleado para homogeneizar los dos grupos de comparación (personas mayores que viajan y personas mayores que no viajan). Esta parte consta de 10 preguntas elaboradas específicamente para esta investigación que abarcan los siguientes aspectos de la persona encuestada:

- Mediante pregunta cerrada:
 - o Sexo.
 - o Estado civil.
 - o Máximo nivel de estudios.
 - o Principal fuente de ingresos.
 - o Nivel salarial mensual.
 - o Utilización de ayuda para moverse.
- Mediante pregunta abierta:
 - o Fecha de nacimiento.
 - o Localidad de residencia.
 - o Personas con las que vive.
- Mediante pregunta cerrada con una última opción "otros"
 - o Tipo de hogar en el que vive.

A modo de resumen se detallan en la siguiente tabla (Tabla 10) los índices empleados, las variables medidas con ellos así como su sistema de evaluación y fiabilidad:

Tabla 10: Instrumentos empleados, variables medidas, valoración y fiabilidad.

Instrumento	Variabes	Valoración	Fiabilidad
SF-12 (Alonso et al., 1998; Vilagut et al., 2005)	Salud auto-percibida física y mental.	Las opciones de respuesta se codifican de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). Para la valoración de las puntuaciones, se toman como valores poblacionales de referencia los datos obtenidos en Schmidt et al. (2012).	α de Cronbach: entre 0,94 (Wells, 2010) y 0,72 (Resnick y Parker, 2001). En este estudio= 0,80 para la salud física y 0,66 para la mental.
Índice de Lawton y	Capacidad para desempeñar las	Las respuestas de cada ítem se puntúan con un 0 (algún grado de	α de Cronbach entre 0,79 (Ferri

<p>Brody (1969)</p>	<p>AIVD.</p>	<p>dependencia) o con un 1 (independencia), obteniendo una puntuación total que califica el estado del individuo en las siguientes categorías:</p> <p>Para mujeres (Suárez et al., 2001):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 puntos: máxima dependencia. - Inferior a 4 puntos: dependencia severa. - Entre 4 y 7 puntos: dependencia moderada. - 8 puntos: independencia total. <p>Para varones (Jiménez, 2005):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 puntos: máxima dependencia. - Inferior a 2 puntos: dependencia severa. - Entre 2 y 3 puntos: dependencia moderada. - 4 puntos: dependencia ligera. - 5 puntos: independencia total. <p>En este estudio se unen las calificaciones de dependencia moderada y ligera para el caso de los varones para poder comparar las escalas entre ambos sexos.</p>	<p>et al., 2011) y 0,93 (Montorio et al., 1998). En este estudio = 0,87.</p>
<p>Escala de Diener (1985)</p>	<p>Grado de satisfacción con la vida.</p>	<p>Ofrece un valor total de satisfacción con la vida y los siguientes 6 niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valor muy alto/ altamente satisfecho (30-35 puntos). - Valor alto/ satisfecho (25-29 puntos). - Puntuación media / ligeramente satisfecho (20-24 puntos). - Valor ligeramente por debajo de la media / ligeramente 	<p>α de Cronbach = entre 0,89 y 0,79 (Pavot & Diener, 1993). En este estudio=0,83.</p>

		<p>insatisfecho (15-19 puntos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insatisfecho (10-14 puntos). - Extremadamente insatisfecho (5-9 puntos). 	
Índice de Berkman-Syme (1979)	Grado de integración y apoyo social.	El índice ofrece cuatro niveles de integración social: bajo (0-1), medio (2), medio-alto (3) y alto (4), permitiendo obtener además una puntuación total al individuo entre 0 (aislado) y 4 (muy integrado/a).	Buenos resultados de fiabilidad test re-test (Otero et al., 2006) y un α de Cronbach en el estudio preliminar de 0,84 (Ferri et al., 2011). En este estudio= 0,37.
Consumo de recursos sociales y sanitarios	Consumo de recursos sociales y sanitarios.	Variables categorizadas según la respuesta obtenida.	
Hábitos y preferencias de viaje	Hábitos y preferencias de viaje de las personas mayores que viajan. Impresiones sobre la cadena de viaje y actitudes hacia el turismo de las personas mayores.	Variables categorizadas según la respuesta obtenida.	
Datos demográficos	Datos demográficos.	Variables categorizadas según la respuesta obtenida.	

4.- Muestra

El universo de estudio está constituido por todas aquellas personas mayores de 65 años de la Comunidad Valenciana. De este universo poblacional se ha llevado a cabo un estudio observacional en el que se ha seleccionado una muestra de conveniencia de personas mayores de 65 años y más en la ciudad de Valencia y alrededores, entre personas usuarias de centros de actividades para personas mayores, asociaciones de jubilados/as y familias relacionadas con la Universidad de Valencia. Los criterios para formar parte del estudio fueron: tener 65 años o más y acceder a participar de forma voluntaria en el estudio.

Con estos requisitos, la muestra ha quedado configurada por 189 personas mayores de 65 años, concretamente, 127 mujeres (67,20%) y 62 hombres (32,80%) con edades comprendidas entre los 65 y los 85 años de edad, con una media de edad de 73,76 años. La mayoría de las personas encuestadas está casada (64,02%) y el resto es viuda (23,81%), soltera (4,76%), divorciada (3,70%) o separada (1,06%). Con respecto al nivel de estudios, la mayor parte de la muestra (41,27%) no tiene estudios primarios o, en segundo lugar, dispone del graduado escolar (23,28%). En relación a los ingresos mensuales, el 35,45% de la muestra recibe unos ingresos mensuales comprendidos entre una y dos veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (en adelante, IPREM)⁴⁵, es decir, ingresa mensualmente entre 532,51€ y 1.062,02€, principalmente mediante su pensión de jubilación (73,02%). En cuanto al tipo de hogar en el que viven las personas encuestadas, la mayor parte vive en su casa con su pareja (42,82%) o bien solo/a (17,46%) o con su pareja y sus hijos (12,17%). En cuanto al lugar de residencia, casi un 36% de la muestra vive en ciudades de más de 500.000 habitantes (35,98%), un 22,75% vive en ciudades de entre 30.001 y 50.000 y otro 22,75% en ciudades de entre 20.001 y 30.000.

Como se ha comentado a lo largo del estudio, la presente tesis doctoral pretende analizar el perfil de salud de las personas mayores que viajan en comparación a las que no viajan así como el efecto de viajar en su salud. Para ello, se utiliza la variable *viaja/no viaja* como variable central, evaluada a través del primer ítem del cuestionario donde se pregunta a las personas mayores encuestadas sobre si viajan, es decir, sobre si participan o no en el turismo. A partir de esta variable, se ha dividido la muestra y se ha comprobado que los dos grupos de comparación responden a las mismas características sociodemográficas, es decir, no existan

45 La Ley 39/2010, de 22 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2011. BOE num.311. estableció en 532,51€ el IPREM para el año 2011.

diferencias significativas ($p > 0,05$) en las distintas variables sociodemográficas. Una vez homogéneos, ambos grupos se han comparado para cada una de las escalas que componen el cuestionario. Así, tenemos dos grupos de comparación: 149 personas mayores que viajan que representan un 78,84% de la muestra y 40 personas mayores que no viajan que se corresponden con un 21,16% de la muestra (Tabla 11):

Tabla 11: n, %, \bar{X} , prueba t y χ^2 de las variables sociodemográficas de la muestra, de las personas que viajan y de las que no viajan. (N=189).

		Muestra (N=189)		Personas mayores que viajan (N=149)		Personas mayores que no viajan (N=40)		Diferencias (viaja/no viaja)	
				x ² / t	p				
Sexo	Hombre	62	32,80%	51	34,23%	11	27,50%	x ² = 0,648	0,421
	Mujer	127	67,20%	98	65,77%	29	72,50%		
Edad	Media	73,76		73,24		75,7		t = -2,568	0,110
	Estado civil	Soltero/a	9	4,76%	8	5,37%	1	2,50%	x ² = 4,952
Divorciado/a		7	3,70%	5	3,36%	2	5,00%		
Casado/a		121	64,02%	99	66,44%	22	55,00%		
Viudo/a		45	23,81%	31	20,81%	14	35,00%		
Separado/a		2	1,06%	1	0,67%	1	2,50%		
NS/NC		5	2,65%	5	3,36%	0	0,00%		
Nivel de estudios	Primarios incompletos	78	41,27%	56	37,58%	22	55,00%	x ² = 5,861	0,556
	Graduado escolar/ESO	44	23,28%	37	24,83%	7	17,50%		
	F.P. 1er ciclo	8	4,23%	7	4,70%	1	2,50%		
	F.P. 2o ciclo	4	2,12%	4	2,68%	0	0,00%		
	Bachillerato	24	12,70%	19	12,75%	5	12,50%		
	Diplomatura	8	4,23%	6	4,03%	2	5,00%		
	Licenciatura	9	4,76%	8	5,37%	1	2,50%		
	Máster o doctorado	3	1,59%	3	2,01%	0	0,00%		
	NS/NC	11	5,82%	9	6,04%	2	5,00%		
Fuente de ingresos	Salario	3	1,59%	2	1,34%	1	2,50%	x ² = 5,621	0,467
	Prestación por desempleo	3	1,59%	3	2,01%	27	67,50%		
	Pensión por jubilación	138	73,02%	111	74,50%	0	0,00%		
	Pensión por invalidez	5	2,65%	4	2,68%	1	2,50%		
	Pensión viudedad	19	10,05%	14	9,40%	5	12,50%		

	Pensión jubilación cónyuge	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%		
	Ninguna	3	1,59%	1	0,67%	2	5,00%		
	NS/NC	17	8,99%	13	8,72%	4	10,00%		
Nivel salarial	Menos de 532,51€	30	15,87%	22	14,77%	8	20,00%	x ² = 1,839	0,765
	Entre 532,51€ y 1.062,02€	67	35,45%	52	34,90%	15	37,50%		
	Entre 1.062,02€ y 1.597,53€	22	11,64%	18	12,08%	4	10,00%		
	Entre 1.597,53€ y 2.130,04€	18	9,52%	16	10,74%	2	5,00%		
	Más de 2.130,04€	4	2,12%	3	2,01%	1	2,50%		
	NS/NC	48	25,40%	38	25,50%	10	25,00%		
Personas con las que vive en el mismo hogar	Solo/a	32	16,93%	24	16,11%	8	20,00%	x ² = 4,481	0,345
	Con una persona	93	49,21%	70	46,98%	23	57,50%		
	Con dos personas	28	14,81%	25	16,78%	3	7,50%		
	Con tres personas	13	6,88%	12	8,05%	1	2,50%		
	Con 4 personas	3	1,59%	2	1,34%	1	2,50%		
	NS/NC	20	10,58%	16	10,74%	4	10,00%		
Tipo de hogar	Vivo en mi casa solo/a	33	17,46%	25	16,78%	8	20,00%	x ² = 9,37	0,497
	Vivo en mi casa con mi pareja	81	42,86%	63	42,28%	18	45,00%		
	Vivo en mi casa con mis hijos/as	18	9,52%	13	8,72%	5	12,50%		
	Vivo en mi casa con mi pareja y mis hijos/as	23	12,17%	21	14,09%	2	5,00%		
	Vivo en una residencia	3	1,59%	3	2,01%	0	0,00%		
	Vivo en la casa de un familiar	4	2,12%	4	2,68%	0	0,00%		
	Vivo en mi casa con un familiar	4	2,12%	3	2,01%	1	2,50%		
	Vivo en mi casa con una persona que no es de mi familia	1	0,53%	0	0,00%	1	2,50%		
	Vivo en mi casa con mi pareja y un familiar	4	2,12%	3	2,01%	1	2,50%		

	Vivo en mi casa con mi cónyuge y un cuidador interno	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%		
	NS/NC	17	8,99%	13	8,72%	4	10,00%		
Lugar de residencia	Entre 501 y 1000	3	1,59%	2	1,34%	1	2,50%	x ² = 3,653	0,819
	Entre 3001 y 5000	10	5,29%	7	4,70%	3	7,50%		
	Entre 5001 y 10000	6	3,17%	4	2,68%	2	5,00%		
	Entre 10001 y 20000	8	4,23%	6	4,03%	2	5,00%		
	Entre 20001 y 30000	43	22,75%	36	24,16%	7	17,50%		
	Entre 30001 y 50000	43	22,75%	33	22,15%	10	25,00%		
	Entre 50001 y 100000	5	2,65%	3	2,01%	2	5,00%		
	Más de 500000	68	35,98%	56	37,58%	12	30,00%		
NS/NC	3	1,59%	2	1,34%	1	2,50%			

5.- Análisis estadístico

Para probar las hipótesis planteadas se han llevado a cabo los análisis estadísticos que se detallan a continuación utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics versión 19 y el EQS 6 Structural Equations:

Para probar la hipótesis 1, que analiza si las personas mayores que viajan presentan de un perfil de salud auto-percibida mayor que las personas mayores que no viajan, se ha llevado a cabo, en primer lugar, un análisis descriptivo de la salud de las personas mayores que viajan y de las que no viajan mediante el cálculo de medias y desviaciones típicas, con el objetivo de determinar la salud de ambos grupos. Posteriormente, se han comparado las distintas dimensiones de salud que componen el SF-12 entre ambos grupos, y entre ellos y la población en general mediante pruebas t-Student.

En la comprobación de la hipótesis 2, que trata de estudiar las diferencias en la capacidad funcional de las personas que viajan en comparación a las que no viajan, se ha utilizado el índice de Lawton y Brody (1969) que mide la capacidad del individuo para desarrollar las AIVD. Tras realizar un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas por las personas mayores que viajan y las que no viajan, se ha procedido a comparar las calificaciones obtenidas en ambos grupos con una prueba t-Student. A continuación, se han clasificado a los individuos de la muestra en las categorías que define el índice y se ha estudiado si existen diferencias en esta clasificación entre las personas que viajan y las que no viajan con una prueba Chi-cuadrado (X²). Al respecto cabe señalar que se ha considerado hombres y

mujeres por separado ya que se han utilizado escalas diferentes del mismo índice tal y como se ha descrito en el apartado de variables y escalas. Por último, se han analizado individualmente las tareas que componen el índice y estudiado las diferencias existentes entre las personas mayores que viajan y no viajan mediante una Chi-cuadrado (X^2) para cada actividad sin tener en cuenta el sexo del individuo. Para probar la hipótesis 3, que trata de analizar si las personas mayores que viajan están más satisfechas con su vida que las que no viajan, se ha utilizado la escala de Diener (1985) que ofrece 6 niveles de satisfacción con la vida, desde altamente satisfecho hasta extremadamente insatisfecho. Para ello, se ha realizado un análisis descriptivo de ambos grupos de la muestra y se ha comparado su distribución en las distintas categorías con una prueba Chi-cuadrado (X^2). Además, se ha comparado la media de puntuación alcanzada entre los dos grupos y entre éstos y un valor de referencia de la población mediante pruebas t-Student.

En la verificación de la hipótesis 4 que analiza la integración social mediante el índice de Berkman-Syme (1979), tras categorizar la muestra en sus cuatro niveles de integración, se ha comparado la distribución de las personas mayores que viajan y no viajan en dichos niveles con una prueba Chi-Cuadrado (X^2).

Para la comprobación de la hipótesis 5 sobre el consumo de recursos sociales y sanitarios, se han utilizado medias y desviaciones típicas que describen el uso de estos recursos por parte de las personas mayores en función de si viajan o no. Teniendo en cuenta las características de los ítems contemplados se han comparado medias y frecuencias observadas mediante pruebas t-Student o Chi-Cuadrado (X^2).

Asimismo, se ha desarrollado un modelo de ecuaciones estructurales para evaluar el impacto de la participación en el turismo en la salud de las personas mayores, considerando las variables de salud de las hipótesis anteriores.

A continuación en el apartado de resultados, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los hábitos de viaje de las personas mayores que viajan y las preferencias y actitudes hacia el turismo de toda la muestra, con el objetivo de contribuir al objetivo teórico del estudio y proporcionar datos sobre el perfil turista de las personas mayores.

Por último, cabe destacar que en todas las pruebas estadísticas realizadas con el programa SPSS se ha asumido un grado de error α del 0,05 y para las pruebas realizadas con el programa EQS se han seguido las pautas establecidas en Bentler (2006).

6.- Resultados

En este apartado se analiza el perfil de salud y consumo de recursos sociales y sanitarios así como los hábitos y preferencias de viaje de las personas mayores que viajan en comparación a las que no viajan. Para ello, se ha dividido la muestra en dos grupos en función de la respuesta dada al primer ítem de la parte de hábitos, preferencias y actitudes de viaje del cuestionario (personas mayores que viajan y personas mayores que no viajan), y se ha comparado los resultados obtenidos por ambos grupos a partir de los índices y de las variables contenidas en el cuestionario (Anexo I) y detalladas en el apartado de variables y escalas de este Capítulo. Finalmente, se ha desarrollado un modelo de cómo el viajar influye en la salud de las personas mayores en base a las variables contempladas en el estudio utilizando ecuaciones estructurales.

6.1.- Perfil de salud de las personas mayores que viajan y no viajan

En este primer sub-apartado de resultados se analizan las diferencias de salud auto-percibida física y mental, de satisfacción con la vida, de capacidad para desempeñar las actividades instrumentales de la vida diaria y de integración social entre las personas mayores que viajan y las que no viajan. Para ello, se ha dividido la muestra en dos grupos (personas mayores que viajan y personas mayores que no viajan) y se ha comparado los resultados obtenidos en cada una de las variables detalladas en el apartado de variables y escalas del presente Capítulo.

6.1.1. Salud auto-percibida física y mental de las personas mayores que viajan y no viajan

Para evaluar las diferencias entre la salud auto-percibida física y mental de las personas mayores que viajan y de las que no viajan se ha empleado la versión española del instrumento validado SF-12 (Alonso et al., 1998; Vilagut et al., 2005) que, tal y como se ha definido en el apartado de variables y escalas, otorga un valor de 0 a 100 a cada ítem y a cada dimensión, siendo 0 el peor valor para esa dimensión y 100 el mejor estado de salud para dicha dimensión.

Siguiendo la valoración establecida para este instrumento se obtiene, tal y como se observa en la tabla 12, que las personas que viajan presentan una salud auto-percibida física media de 62,44 (D.T.=20,00) y mental de 70,15 (D.T.=15,51); y las personas que no viajan presentan una salud física media de 49,57 (D.T.=30,24)

y mental de 60,57 (D.T.=25,09). Estos datos reflejan que las personas mayores que viajan alcanzan valores superiores del índice en ambas dimensiones de salud que los mayores que no viajan. De hecho, estas diferencias son estadísticamente significativas para ambas dimensiones de salud ($p < 0,05$), por lo que las personas que viajan tienen una salud auto-percibida física y mental mayor que las que no viajan. Además, en el caso de las personas que no viajan los valores mínimos de ambas dimensiones están por debajo del valor mínimo de referencia poblacional establecido por el estudio de Ware et al., (2009) (4,62 para salud física y 1,32 para la salud mental), no ocurriendo lo mismo en el caso de las personas mayores que viajan. Por el contrario, para ambos grupos, el valor máximo de las dos dimensiones de salud alcanza el máximo valor de la escala (100) por encima de los valores máximos observados en el estudio de Ware et al. (2009) que sitúan el valor máximo de la salud física en 76,36 y el de la salud mental en 79,48.

Tabla 12: Valores máximos y mínimos, \bar{X} y D.T. de la salud mental y física y prueba t de comparación de \bar{X} entre personas que viajan y no viajan. (N= 189).

		Viaja (n=149)	No viaja (n=40)	Prueba t
Salud física	Media	62,44	49,57	t=3,21 p=0,02*
	D.T.	20,00	30,24	
	Mínimo	12,50	0,00	
	Máximo	100,00	100,00	
Salud mental	Media	70,15	60,57	t=3,00 p=0,03*
	D.T.	15,51	25,09	
	Mínimo	12,50	0,00	
	Máximo	100,00	100,00	

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

Para valorar las puntuaciones obtenidas, a continuación se comparan los valores alcanzados por ambos grupos de la muestra con un valor de referencia obtenido en el estudio realizado por Schmidt et al. (2012) con la versión española del SF-12 (Alonso et al., 1998). Para ello dividimos la muestra en dos grupos de edad, tal y como se realiza en el estudio de referencia, entre 65 y 74 años de edad y más de 75 años (Tabla 13):

- Entre los menores de 75 años, las personas de la muestra, tanto si viajan como si no, presentan valores superiores de salud física y mental en comparación al valor poblacional de referencia que se sitúa en 44,20 para la salud física y en 50,10 para la salud mental. De hecho, los análisis estadísticos establecen que los menores de 75 años de la muestra presentan una salud física mayor que el valor de referencia ($p < 0,05$), por lo que podemos afirmar que la salud física de la muestra menor de 75 años es

mayor que la de la población en general. Además, la salud mental de las personas que viajan también difiere significativamente del valor poblacional ($p < 0,05$), por lo que los menores de 75 años de la muestra que viajan tienen una salud mental mayor que el valor poblacional de referencia. Sin embargo, esto no es así para el caso de los menores de 75 años que no viajan que tienen una salud mental similar a la de la población general ($p > 0,05$).

- Entre las personas de 75 y más años, las personas que viajan presentan valores de salud física y mental superiores a las personas que no viajan y al valor poblacional de referencia que en este caso se sitúa en 40,20 para la salud física y 50,30 para la salud mental, siendo las diferencias observadas entre las personas que viajan y el valor de referencia estadísticamente significativas en ambas dimensiones ($p < 0,05$), por lo que las personas de 75 años y más que viajan presentan una salud física y mental superior a la población. No obstante, las personas de 75 años y más que no viajan presentan valores de salud física y mental inferiores a los del valor de referencia, aunque estas diferencias no son significativas ($p > 0,05$) por lo que su salud es similar a la población general.

Tabla 13: \bar{X} y D.T. de la salud mental y física y prueba t de comparación de \bar{X} entre personas que viajan y no viajan y el valor de referencia de Schmidt et al., (2012). (N= 189).

		Media	D.T.	t	P
Salud física < 75 años (valor población = 44,20)	Viaja (n=86)	66,38	18,78	10,95	0,00*
	No viaja (n=18)	63,90	28,07	2,98	0,01*
Salud mental <75 años (valor poblacional=50,10)	Viaja (n=86)	72,38	15,93	12,70	0,00*
	No viaja (n=18)	62,10	29,29	1,74	0,10
Salud física \geq 75 años (valor población = 40,20)	Viaja (n=63)	57,07	20,51	6,53	0,00*
	No viaja (n=22)	37,84	27,21	-0,41	0,68
Salud mental \geq 75 años (valor poblacional=50,30)	Viaja (n=63)	57,07	14,51	9,20	0,00*
	No viaja (n=22)	37,84	21,69	1,95	0,07

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

Al analizar cada una de las 8 dimensiones que componen el SF-12 de forma separada, tal y como se muestra en la tabla 14, se obtiene que para todas las dimensiones las personas que viajan alcanzan valores de salud superiores a los conseguidos por las que no viajan, estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las siguientes 5 dimensiones: salud general (valoración personal de la salud), función física (grado en que la salud limita la realización de actividades físicas moderadas), dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en el

trabajo habitual), función mental (valoración personal del sentimiento de tranquilidad y tristeza) y función social (grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social habitual). Es decir, las personas que viajan gozan de mayor salud en 5 de las 8 dimensiones.

Tabla 14: \bar{X} y D.T. de cada una las dimensiones de salud del SF-12 y prueba t de comparación de \bar{X} de las diferentes dimensiones de salud del SF-12 entre las personas que viajan y no viajan. (N=189).

		Media	D.T.	t	P
Salud General	Viaja (n=149)	44,13	19,58	2,82	0,01*
	No viaja (n=40)	33,75	24,38		
Función Física	Viaja (n=149)	67,52	28,36	3,35	0,00*
	No viaja (n=40)	49,39	37,20		
Rol Físico	Viaja (n=149)	65,35	29,46	1,21	0,23
	No viaja (n=40)	58,82	33,10		
Rol Emocional	Viaja (n=149)	73,16	26,50	1,15	0,25
	No viaja (n=40)	67,52	31,25		
Dolor Corporal	Viaja (n=149)	72,76	29,29	2,90	0,00*
	No viaja (n=40)	56,30	40,20		
Función Mental	Viaja (n=149)	68,86	19,14	3,25	0,00*
	No viaja (n=40)	56,89	25,83		
Vitalidad	Viaja (n=149)	63,99	22,70	1,76	0,08
	No viaja (n=40)	55,93	34,67		
Función Social	Viaja (n=149)	74,58	26,16	2,47	0,01*
	No viaja (n=40)	61,95	36,85		

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

Al comparar los valores alcanzados por las personas que viajan y no viajan con el valor de referencia poblacional del estudio de Schmidt et al. (2012), en función de la edad obtenemos los resultados de la tabla 15:

- En el primer grupo, personas menores de 75 años, se observa, tal y como se ha comentado con carácter general, que las valoraciones alcanzadas por la muestra son mayores que el valor de la población. En concreto, estas diferencias son significativas en las siguientes dimensiones ($p < 0,05$):
 - o Para ambos grupos (personas que viajan y no viajan): función física, rol físico, dolor corporal y función social. Es decir, la muestra del estudio presenta una mejor salud que el valor de referencia para dichas dimensiones.
 - o Para las personas que viajan: rol emocional, función mental y vitalidad. Es decir, los menores de 75 años que viajan presentan un

rol emocional, una función mental y una vitalidad mayor que la población general.

- o Por su parte las personas que no viajan menores de 75 años no presentan diferencias significativas con el valor de referencia ($p > 0,05$), salvo las señaladas para ambos grupos. Por lo que para el resto de dimensiones (salud general, rol emocional, función mental y vitalidad) presentan una salud similar a la de la población general.
- En el segundo grupo, personas de 75 años y más, las personas que viajan presentan valores de salud mayores al valor de referencia en todas las dimensiones salvo en la dimensión de salud general, siendo significativas estas diferencias ($p < 0,05$) en todas las dimensiones del SF-12 salvo en dicha dimensión. Es decir, las personas de 75 años y más que viajan tienen una salud mayor que el valor de referencia poblacional en 7 de las 8 dimensiones de salud del SF-12 (función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, función mental, vitalidad y función social) y una salud general similar. Por el contrario, las personas de 75 años y más que no viajan sobrepasan el valor de referencia poblacional en 5 dimensiones: rol físico, rol emocional, función mental, vitalidad y función social. Sin embargo, estas diferencias son sólo significativas en la dimensión de rol emocional ($p < 0,05$). En las dimensiones donde este grupo alcanza valores inferiores al valor de referencia (salud general, función física y dolor corporal) existen diferencias significativas en la salud general ($p > 0,05$). Por lo que las personas de 75 años y más que no viajan tienen una salud general inferior y un rol emocional mayor al valor de referencia.

Tabla 15: \bar{X} y D.T. de cada una las dimensiones de salud del SF-12 y prueba t de comparación de \bar{X} entre las personas que viajan y no viajan con respecto al valor de referencia y grupo de edad según el estudio de Schimdt et al. (2012). (N=189).

			Media	D.T.	T	p
Menores de 75 años	Salud general (valor población = 44,20)	Viaja (n=86)	47,38	19,56	1,51	0,14
		No viaja (n=18)	44,44	23,57	0,04	0,97
	Función física (valor poblacional=43,60)	Viaja (n=86)	72,70	25,68	10,51	0,00*
		No viaja (n=18)	66,57	36,15	2,70	0,02*
	Rol físico (valor poblacional = 46,40)	Viaja (n=86)	68,23	30,05	6,74	0,00*
		No viaja (n=18)	70,22	29,55	3,42	0,00*
Rol emocional	Viaja (n=86)	73,44	26,87	8,85	0,00*	

	(valor poblacional = 47,80)	No viaja (n=18)	61,13	35,85	1,58	0,13	
	Dolor corporal (valor poblacional=47,80)	Viaja (n=86)	77,19	25,65	10,63	0,00*	
		No viaja (n=18)	74,36	35,40	3,18	0,01*	
	Función mental (valor poblacional = 49,10)	Viaja (n=86)	69,93	18,99	10,17	0,00*	
		No viaja (n=18)	58,12	30,60	1,25	0,23	
	Vitalidad (valor poblacional=48,00)	Viaja (n=86)	69,47	20,62	9,66	0,00*	
		No viaja (n=18)	59,72	29,88	1,67	0,11	
	Función social (valor poblacional 47,80)	Viaja (n=86)	76,67	25,39	10,55	0,00*	
		No viaja (n=18)	69,44	35,93	2,56	0,02*	
	De 75 años o más	Salud general (valor población = 43,70)	Viaja (n=63)	39,68	18,86	-1,69	0,10
			No viaja (n=22)	25,00	21,82	-4,02	0,00*
		Función física (valor poblacional=38,80)	Viaja (n=63)	60,46	30,47	5,64	0,00*
No viaja (n=22)			35,34	32,44	-0,50	0,62	
Rol físico (valor poblacional = 43,30)		Viaja (n=63)	61,43	28,40	5,07	0,00*	
		No viaja (n=22)	49,50	33,54	0,87	0,40	
Rol emocional (valor poblacional = 47,30)		Viaja (n=63)	72,78	26,19	7,72	0,00*	
		No viaja (n=22)	72,75	26,63	4,48	0,00*	
Dolor corporal (valor poblacional=45,60)		Viaja (n=63)	66,70	32,88	5,10	0,00*	
		No viaja (n=22)	41,52	38,44	-0,50	0,62	
Función mental (valor poblacional = 49,00)		Viaja (n=63)	67,41	19,41	7,53	0,00*	
		No viaja (n=22)	55,89	21,87	1,48	0,15	
Vitalidad (valor poblacional=45,00)	Viaja (n=63)	56,52	23,41	3,91	0,00*		
	No viaja (n=22)	52,83	38,56	0,95	0,35		
Función social (valor poblacional 45,10)	Viaja (n=63)	71,73	27,12	7,80	0,00*		
	No viaja (n=22)	55,81	32,27	1,35	0,20		

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

6.1.2. Capacidad funcional de las personas mayores que viajan y no viajan

Como se ha comentado en el apartado de variables y escalas de este Capítulo, la capacidad funcional de las personas mayores encuestadas se ha valorado a través de la capacidad para desempeñar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en adelante, AIVD) a partir del índice de Lawton y Brody (1969). Este índice puntúa la capacidad funcional del individuo para realizar tareas cotidianas, 8 actividades para las mujeres y 5 para los hombres, con un 0 (algún grado de dependencia) o un 1 (independencia) en función del grado de dependencia de la persona para llevar a cabo cada acción. Como resultado, la puntuación total oscila entre 0 puntos (máxima dependencia) y 8 puntos en el caso de las mujeres y 5 puntos para los hombres (independencia total).

Como se observa en la tabla 16, la puntuación media alcanzada por los varones que viajan ($\bar{X}=4,56$; D.T.=0,72) es superior a la puntuación media de los que no viajan ($\bar{X}=3,95$; D.T.= 1,14), adquiriendo para los primeros un valor próximo a la independencia total (puntuación igual a 5) y para los segundos un valor próximo a la dependencia moderada (puntuación igual a 4). De hecho, estas diferencias son estadísticamente significativas ($p<0,05$), aspecto que indica que los varones que viajan tienen una independencia mayor que los que no viajan para desempeñar las AIVD. Del mismo modo, las mujeres que viajan presentan una media superior del índice ($\bar{X}=7,48$; D.T.=0,90) que las mujeres que no viajan ($\bar{X}=6,57$; D.T.=1,80). La prueba t nos lleva a afirmar también en este caso que existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que viajan y las que no viajan en su capacidad para desempeñar las AIVD ($p<0,05$). Es decir, las mujeres que viajan tienen una capacidad mayor para desempeñar las AIVD que las mujeres que no viajan.

Tabla 16: \bar{X} , D.T. y prueba t de comparación de \bar{X} del índice de Lawton y Brody (1969) entre mujeres y hombres mayores que viajan y no viajan. (N=189).

		\bar{X}	D.T.	Prueba t de comparación
Varón (n=62)	Viaja	4,56	0,72	t=2,30 p=0,03*
	No viaja	3,95	1,14	
Mujeres (n=127)	Viaja	7,48	0,90	t=3,70 p=0,00*
	No viaja	6,57	1,80	

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

Al evaluar la escala en función de los 4 niveles de dependencia establecidos por la misma y detallados en el apartado de variables, se obtiene que las diferencias se mantienen para el caso de las mujeres donde un porcentaje mayor de las mujeres

que viajan presentan una independencia total (68,37%) en comparación a las que no viajan (41,38%), siendo estas diferencias significativas ($p < 0,05$), por lo que se confirma que las mujeres que viajan son más independientes para desempeñar las AIVD que las mujeres que no viajan. Sin embargo, en el caso de los hombres, no existen diferencias significativas al considerar esta variable de forma categórica ($p > 0,05$) (Tabla 17).

Tabla 17: n, % de personas dependientes para las AIVD a partir del índice de Lawton y Brody (1969) según género y prueba χ^2 de comparación entre viajar y no viajar. (N=189).

	HOMBRE (n=62)				Chi-Square Tests	MUJER (n=127)				Chi-Square Tests
	Viaja (n=51)		No viaja (n=11)			Viaja (n=98)		No viaja (n=29)		
Máxima independencia	0	0,00%	0	0,00%	$\chi^2 = 2,21$ $p=3,31$	0	0,00%	0	0,00%	$\chi^2 = 10,81$ $p=0,04^*$
Dependencia severa	2	3,92%	1	9,09%		1	1,02%	3	10,34%	
Dependencia moderada	14	27,45%	5	45,45%		30	30,61%	14	48,28%	
Independencia total	35	68,63%	5	45,45%		67	68,37%	12	41,38%	

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

Al analizar de manera individual las distintas actividades que conforman el índice de Lawton y Brody (1969) se obtienen los resultados contenidos en la tabla 18. En este caso no se ha diferenciado el género del individuo en el análisis siendo el valor 0 (dependiente) ó 1 (independiente). Así, se obtiene que la mayoría de las personas mayores de la muestra son independientes en cada una de las tareas del índice, siendo las personas que viajan las que representan un porcentaje mayor de independencia en todas ellas. Destaca la actividad de lavado de ropa donde toda la muestra es independiente. Asimismo, resaltan cuatro actividades donde las personas que viajan presentan una independencia significativamente mayor ($p < 0,05$) que las personas que no viajan. Estas cuatro tareas son: cuidado de la casa (95,30% frente a 82,50%), uso del transporte (92,62% frente a 67,50%), manejo de su dinero (93,29% frente a 82,50%) y responsable de su medicación (96,64% frente a 85,00%).

Tabla 18: Tareas del índice de Lawton y Brody (1969) según si las personas viajan o no (n y %) y prueba χ^2 . (N=189).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		N=149	%	N=40	%	
Cuidado de la casa	Dependiente	7	4,70%	7	17,50%	$\chi^2 = 7,54$ p=0,01*
	Independiente	142	95,30%	33	82,50%	
Lavado de ropa	Dependiente	0	0,00%	0	0,00%	N.P.
	Independiente	149	100,00%	4	10,00%	
Preparación de comida	Dependiente	10	6,71%	5	12,50%	$\chi^2 = 1,45$ p=0,23
	Independiente	139	93,29%	35	87,50%	
Compras	Dependiente	26	17,45%	11	27,50%	$\chi^2 = 2,02$ p=0,16
	Independiente	123	82,55%	29	72,50%	
Uso del teléfono	Dependiente	3	2,01%	2	5,00%	$\chi^2 = 1,09$ p=0,30
	Independiente	146	97,99%	38	95,00%	
Uso del transporte	Dependiente	11	7,38%	13	32,50%	$\chi^2 = 17,95$ p=0,00*
	Independiente	138	92,62%	27	67,50%	
Manejo de su dinero	Dependiente	10	6,71%	7	17,50%	$\chi^2 = 4,49$ p=0,03*
	Independiente	139	93,29%	33	82,50%	
Responsable de su medicación	Dependiente	5	3,36%	6	15,00%	$\chi^2 = 7,80$ p=0,01*
	Independiente	144	96,64%	34	85,00%	

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

Nota: No Procede (N.P.) se consigna en los casos en que ambos grupos son independientes 100% en una misma actividad y, por tanto, no procede comparación.

6.1.3. Satisfacción con la vida de las personas mayores que viajan y no viajan

El instrumento elegido para medir la satisfacción con la vida es la escala de Diener (Diener et al., 1985) que consta de 5 preguntas con escala likert de 7 puntos en las que el individuo debe indicar su grado de satisfacción. Esta escala diferencia 6 categorías de satisfacción en base a la suma de la puntuación dada en los distintos ítems, tal y como se ha descrito en el apartado correspondiente.

En base a esta escala se obtiene que la mayor parte de las personas, tanto si viajan como si no, están satisfechas con su vida (Tabla 19), siendo mayor el porcentaje entre las personas que viajan (52,35%) frente a las que no (47,50%). El segundo mayor porcentaje es el de las personas muy satisfechas para ambos grupos, siendo del mismo modo mayor entre las personas que viajan (26,85% frente al 22,50%). Así, se observa que el porcentaje de personas en las categorías relacionadas con una mayor satisfacción (ligeramente satisfecho y superiores) es superior en las

personas mayores que viajan, mientras que en las categorías que indican una menor satisfacción (ligeramente insatisfecho y posteriores) el porcentaje es mayor entre las personas que no viajan. No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabla 19: n y % de la escala de Diener en las distintas categorías, de las personas mayores que viajan y de las que no viajan y prueba χ^2 . (N=189).

	Viaja		No viaja		χ^2	p
	n=149	%	n=40	%		
Muy satisfecho	40	26,85%	9	22,50%	4,88	0,30
Satisfecho	78	52,35%	19	47,50%		
Ligeramente satisfecho	19	12,75%	4	10,00%		
Ligeramente insatisfecho	8	5,37%	5	12,50%		
Insatisfecho	4	2,68%	3	7,50%		
Extremadamente insatisfecho	0	0,00%	0	0,00%		
Total	149	100,00%	40	100,00%		

Al comparar la media de las puntuaciones de la escala de Diener alcanzada por las personas que viajan ($\bar{X}=26,62$; D.T.=4,89) frente a las personas que no viajan ($\bar{X}=25,24$; D.T.=5,92) no existen diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). No obstante, al comparar la media obtenida por las personas que viajan con la media de los valores alcanzados en el estudio de Vázquez et al. (2012) obtenemos que la puntuación media de las personas que viajan es significativamente diferente ($p < 0,05$) a la media del estudio de referencia mientras que la media de las personas que no viajan no es significativamente diferente a ese valor de referencia ($p > 0,05$). Por lo que las personas mayores que viajan están más satisfechas con su vida que la población general tomando como referencia el estudio de Vázquez et al. (2012), no siendo así para el caso de las personas que no viajan (Tabla 20).

Tabla 20: \bar{X} , D.T. y prueba t de comparación de \bar{X} de la escala de Diener (1985) entre las personas mayores que viajan y no viajan y entre estos dos grupos y el valor de referencia. (N=189).

	Viaja (n=149)	No viaja (n=40)
Puntuación \bar{X}	26,62	25,24
D.T.	4,89	5,92
Prueba t de comparación con el estudio de Vázquez et al. (2012)	t=8,13 p=0,00*	t=2,00 p=0,05
Prueba t de comparación entre las personas que viajan y las que no en nuestro estudio		t=1,51 p=0,13

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

6.1.4. Integración social de las personas mayores que viajan y no viajan

En esta sección se analiza el perfil de integración social de las personas mayores que viajan y de las que no viajan en base al índice desarrollado por Berkman-Syme (1979) que, tal y como se ha detallado en el apartado de variables y escalas, mide el grado de integración y apoyo social mediante cuatro niveles: bajo, medio, medio-alto y alto.

Siguiendo esta clasificación, ninguna de las personas encuestadas se encuentra en el nivel alto de integración tal y como se extrae de la tabla 21. La mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel medio de integración siendo éste predominante entre las personas mayores que no viajan (52,50% frente al 44,97% de las personas que sí viajan). En el nivel bajo de integración predominan las personas mayores que viajan (37,58% frente al 30,00% de las personas que no viajan) y en el nivel medio-alto los dos grupos presentan un porcentaje similar (17,45% de las personas que viajan y 17,50% de las personas que no viajan). No obstante, las pruebas realizadas indican que las diferencias observadas de integración en base al índice de Berkman-Syme (1979) no son significativas ($p > 0,05$), por lo que participar en el turismo no se relaciona con la integración social de las personas mayores. No obstante, debemos resaltar que este índice no obtiene un valor adecuado de α de Cronbach en este estudio, tal y como se señaló en el apartado de variables.

Tabla 21: n, % y prueba X^2 del índice de Berkman-Syme (1979) entre personas que viajan y las que no viajan. (N=189).

	Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
	n=149	%	n=40	%	
Bajo	56	37,58%	12	30,00%	$X^2=0,89$ $p=0,64$
medio	67	44,97%	21	52,50%	
Medio-alto	26	17,45%	7	17,50%	
Alto	0	0,00%	0	0,00%	

6.2.- Consumo de recursos sociales y sanitarios por parte de las personas mayores que viajan y no viajan

En este sub-apartado se analiza el consumo de recursos sanitarios y sociales por parte de las personas mayores que viajan y se comparan con los resultados obtenidos por parte de las personas mayores que no disfrutaban del turismo.

En primer lugar, se preguntaba a las personas encuestadas sobre el número de **consultas médicas** realizadas durante los últimos 12 meses. El total de la muestra

ha visitado al médico una media de 8,93 veces en los últimos 12 meses, desde ninguna vez hasta un máximo 175 veces. Al respecto, cabe destacar que se han seguido las siguientes pautas de valoración de este ítem: la respuesta "varias" se ha considerado como nula, cuando los encuestados han dado un intervalo se ha tomado el valor medio y cuando han contestado "más de X visitas" se ha consignado ese valor X. Al comparar las personas que viajan frente a las que no viajan (Tabla 22) se obtiene que la media de visitas es superior entre las personas que no viajan ($\bar{X}=12,89$, D.T.=29,36 frente a $\bar{X}= 7,62$, D.T.=8,76). Entre las personas que no viajan se encuentra la persona que afirma haber ido 175 veces al médico, excluyendo este individuo las medias entre ambos grupos son más semejantes, ya que la media de visitas de las personas que no viajan pasa a ser de 7,98 (D.T.=6,56). No obstante, en ambos casos no existen diferencias significativas entre las personas mayores que viajan y las que no ($p>0,05$) en el número de consultas médicas.

Tabla 22: \bar{X} , valores mínimos y máximos y prueba t del número de consultas médicas realizadas por las personas mayores que viajan y que no viajan en el último año. (N=189).

TOTAL		Con todos los casos		Sin el individuo de 175 visitas	
		Viaja (n=149)	No viaja (n=40)	Viaja (n=149)	No viaja (n=39)
Valores válidos	137	103	34	103	33
Valores perdidos	52	46	6	46	6
Media	8,93	7,62	12,89	7,62	7,98
D.T.	16,49	8,76	29,36	8,76	6,56
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	175,00	52,00	175,00	52,00	35,00
t		-1,613		-0,22	
p		0,11		0,83	

En la siguiente tabla (Tabla 23) se detalla el tipo de **profesionales consultados** por las personas encuestadas durante los últimos 12 meses. En este sentido, las personas que viajan han visitado en mayor medida al médico de familia (87,25% frente a un 85,00% de las personas mayores que no viajan), mientras que las personas que no viajan han visitado más al especialista (72,50% frente a un 64,43% de las personas que viajan), aunque estas diferencias no son significativas ($p>0,05$) para ninguno de los dos casos.

Tabla 23: Tipo de profesional consultado y prueba X² por las personas mayores que viajan y que no viajan en los últimos 12 meses. (N=189).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		N=149	%	N=40	%	
Médico de familia	Sí	130	87,25%	34	85,00%	X ² =0,23 p=0,63
	No	18	12,08%	6	15,00%	
Especialistas	Sí	96	64,43%	29	72,50%	X ² =0,82 p=0,36
	No	52	34,90%	11	27,50%	
Perdidos		1	0,67%	0	0,00%	

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber consultado a varios profesionales.

En la tabla 24 se detallan los **lugares** donde se llevaron a cabo las consultas médicas mantenidas por la muestra durante el último año. Principalmente dichas consultas tuvieron lugar en los centros de salud tanto para las personas mayores que viajan (85,91%) como para las que no (87,50%). Las personas que no viajan asisten en mayor proporción al resto de posibles lugares de consulta salvo al médico particular (15,44% de las personas que viajan y 10,00% de las personas que no viajan) y la consulta telefónica (2,01% de las personas que viajan y ninguna persona que no viaje). Estas diferencias son sólo significativas ($p < 0,05$) en el caso de las visitas al ambulatorio, es decir, las personas que no viajan acuden en mayor medida al ambulatorio que las que viajan.

Tabla 24: Lugares de las consultas médicas por personas que viajan y que no viajan y prueba X². (N=189).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		N=149	%	N=40	%	
Centro de salud	Sí	128	85,91%	35	87,50%	X ² =0,03 p=0,87
	No	20	13,42%	5	12,50%	
Ambulatorio	Sí	57	38,26%	24	60,00%	X ² =5,93 p=0,03*
	No	91	61,07%	16	40,00%	
Consulta externa de hospital	Sí	53	35,57%	19	47,50%	X ² =1,82 p=0,18
	No	95	63,76%	21	52,50%	
Servicio de urgencias	Sí	17	11,41%	9	22,50%	X ² =3,14 p=0,08
	No	130	87,25%	31	77,50%	
Médico particular	Sí	23	15,44%	4	10,00%	X ² =0,79 p=0,38
	No	125	83,89%	36	90,00%	
En mi domicilio	Sí	2	1,34%	1	2,50%	X ² = 0,27 p=0,61
	No	146	97,99%	39	97,50%	
Consulta	Sí	3	2,01%	0	0,00%	X ² = 0,82 p=0,36

telefónica	No	145	97,32%	40	100,00%
Perdidos		1	0,67%	0	0,00%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber asistido a varios lugares.

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

La mayoría de las personas que viajan fueron al médico a por recetas (69,80%), seguido de revisión (63,76%) y diagnóstico de una enfermedad o problema de salud (51,01%); mientras que las personas que no viajan fueron en mayor proporción al médico por revisión (77,50%), por la dispensación de recetas (67,50%) y diagnóstico de una enfermedad o problema de salud (47,50%). Entre los **motivos** de consulta en ambos grupos no existen diferencias significativas ($p > 0,05$) para ninguno de los casos, por lo que las personas mayores que viajan y las que no viajan acuden al médico por los mismos motivos (Tabla 25).

Tabla 25: Motivos de las consultas médicas y prueba X^2 entre las personas que viajan y no viajan. (N=189).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		N=149	%	N=40	%	
Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud	Sí	76	51,01%	19	47,50%	$X^2 = 0,22$ $p = 0,64$
	No	71	47,65%	21	52,50%	
Accidente o agresión	Sí	9	6,04%	1	2,50%	$X^2 = 0,82$ $p = 0,37$
	No	138	92,62%	39	97,50%	
Revisión	Sí	95	63,76%	31	77,50%	$X^2 = 2,37$ $p = 0,12$
	No	52	34,90%	9	22,50%	
Dispensación de recetas	Sí	104	69,80%	27	67,50%	$X^2 = 0,16$ $p = 0,69$
	No	43	28,86%	13	32,50%	
Perdidos		2	1,34%	0	0,00%	

Las **pruebas** realizadas en los últimos 12 meses declaradas por la muestra se encuentran detalladas en la tabla 26. En la mayoría, el porcentaje de personas mayores que afirma haberse realizado dichas pruebas es mayor entre las personas que no viajan. En este sentido, solo existen diferencias significativas en la realización de resonancias y en la realización de TACs entre las personas que viajan (6,71% y 10,07%, respectivamente) y no viajan (15,00% y 22,50%, respectivamente), por lo que las personas mayores que no viajan se realizan estas pruebas en mayor proporción que las que viajan.

Tabla 26: Pruebas realizadas en los últimos 12 meses por personas que viajan y las que no viajan y prueba X². (N=189).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		N=149	%	N=40	%	
Radiografía	Sí	55	36,91%	14	35,00%	X ² =0,14 p=0,71
	No	89	59,73%	26	65,00%	
Ecografía	Sí	30	20,13%	12	30,00%	X ² =1,49 p=0,22
	No	114	76,51%	28	70,00%	
Análisis	Sí	115	77,18%	36	90,00%	X ² =2,17 p=0,14
	No	29	19,46%	4	10,00%	
TAC	Sí	15	10,07%	9	22,50%	X ² =4,03 p=0,05*
	No	129	86,58%	31	77,50%	
Resonancia	Sí	10	6,71%	6	15,00%	X ² =0,63 p=0,04*
	No	134	89,93%	34	85,00%	
Electrograma	Sí	2	1,34%	1	2,50%	X ² =0,24 p=0,62
	No	142	95,30%	39	97,50%	
Colonoscopia	Sí	1	0,67%	0	0,00%	X ² =0,28 p=0,60
	No	143	95,97%	40	100,00%	
Espriometria/ gasometria/ poligrafia	Sí	1	0,67%	0	0,00%	X ² =0,28 p=0,60
	No	143	95,97%	40	100,00%	
Mamografía	Sí	1	0,67%	1	2,50%	X ² =0,95 p=0,33
	No	143	95,97%	39	97,50%	
Perdidos		5	3,36%	0	0,00%	

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haberse realizado varias pruebas el último año.
La relación significante a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *.

Con respecto a la utilización del servicio de **hospitalización** y del servicio de **urgencias** durante el último año, los resultados, mostrados en la tabla 27, señalan que las personas que viajan han sido hospitalizadas en un 12,08% y han utilizado el servicio de urgencias en un 20,13%. Por su parte, las personas que no viajan han sido hospitalizadas un 17,50% y han utilizado el servicio de urgencias un 40,00% (porcentajes en ambos casos superiores a los de los mayores que viajan). Efectivamente estas diferencias son estadísticamente significantes ($p < 0,05$) en el caso de la utilización del servicio de urgencias, por lo que los mayores que no viajan utilizan significativamente este servicio más que las personas que viajan, no siendo así para las hospitalizaciones.

Tabla 27: Utilización del servicio de hospitalización y de urgencias, y prueba χ^2 entre personas que viajan y no viajan. (N=184).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		n=149	%	n=40	%	
Hospitalización	Sí	18	12,08%	7	17,50%	$\chi^2 = 0,64$ p=0,42
	No	126	84,56%	33	82,50%	
Urgencias	Sí	30	20,13%	16	40,00%	$\chi^2 = 6,13$ p=0,01*
	No	114	76,51%	24	60,00%	
Perdidos		5	3,36%	0	0,00%	

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber sido hospitalizada y haber utilizado el servicio de urgencias. La relación significante a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *.

Con respecto al número de veces que han utilizado estos servicios (Tabla 28), la media de las personas que viajan es superior ($\bar{X}=2,77$; D.T.=4,34) a la de las personas que no viajan ($\bar{X}=1,67$; D.T.=0,52), aunque las personas que no viajan permanecen una media de días hospitalizados mayor que los que viajan ($\bar{X}=29,50$ y D.T.=64,27 para las personas que no viajan y $\bar{X}=4,73$ y D.T.=4,83 para las que sí viajan). En el caso de la utilización del servicio de urgencias, la media de las personas que no viajan es superior ($\bar{X}=1,88$; D.T.=0,96) a la de los mayores que viajan ($\bar{X}=1,39$; D.T.=0,66). No obstante, las diferencias observadas en el consumo de estos servicios no son significativas ($p>0,05$).

Tabla 28: Número de veces de uso del servicio de hospitalización y de urgencias, número de días de hospitalización y pruebas t entre personas que viajan y no viajan. (N=189).

		Valores válidos	Valores perdidos	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Viaja (n=149)	Nº Veces hospitalización	13	136	2,77	4,34	1	17
	Nº días hospitalización	15	134	4,73	4,83	0	19
	Nº veces urgencias	23	126	1,39	0,66	1	3
No viaja (n=40)	Nº Veces hospitalización	6	34	1,67	0,52	1	2
	Nº días hospitalización	7	33	29,50	64,27	1	175
	Nº veces urgencias	12	28	1,88	0,96	1	4
Prueba t	Media del nº Veces hospitalización	t=0,61 p=0,55					

Media del nº días hospitalización	t=-1,53 p=0,14
Media del nº veces urgencias	t=-1,77 p=0,09

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber sido hospitalizada y haber utilizado el servicio de urgencias.

En relación a los motivos por los que las personas de la muestra han sido hospitalizadas, el motivo mayoritario es el de una intervención quirúrgica, siendo predominante en las personas que viajan (66,67% frente al 57,14%). En segundo lugar existen dos motivos con el mismo porcentaje dentro de cada grupo: el estudio médico para diagnóstico y tratamiento médico sin intervención quirúrgica con presencia predominante entre los mayores que no viajan (28,57% frente al 11,11%). Las diferencias reflejadas en la tabla 29 no son significativas por lo que ambos grupos no han sido hospitalizados por distintos motivos.

Tabla 29: Motivos de hospitalización y prueba X² entre personas que viajan y no viajan. (N=25).

	Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
	n=18	%	n=7	%	
Intervención quirúrgica	12	66,67%	4	57,14%	X ² =2,02 p=0,57
Estudio médico para diagnóstico	2	11,11%	2	28,57%	
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica	2	11,11%	2	28,57%	
Intervención quirúrgica + estudio médico	1	5,56%	0	0,00%	
NS/NC	1	5,56%	0	0,00%	

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber sido hospitalizada varias veces por distintos motivos.

Una vez estudiada la comparativa de utilización de los servicios sanitarios, a continuación se analiza el consumo de recursos **sociales**. En esta parte se estudia si existen diferencias entre el consumo de recursos sociales por parte de las personas mayores en función de si participan en actividades de turismo o no. Para ello, se preguntó a las personas mayores encuestas sobre su utilización del servicio de ayuda a domicilio y si recibían el apoyo de un/a cuidador/a.

Ante la primera pregunta, un total de 21 personas, que representan el 11,11% de la muestra, afirman contar con algún tipo de ayuda en su domicilio y 5 personas, el 2,65% de la muestra, contar con el apoyo de un/a cuidador/a. Ambos servicios son utilizados en mayor medida por las personas mayores que no viajan, tal y como se observa en la tabla 30. Así, un 22,50% de las personas que no viajan utilizan el servicio de ayuda a domicilio frente a un 8,05% de los mayores que viajan y un 7,50% de las personas que no viajan cuentan con el apoyo de un cuidador frente al 1,34% de las personas de la muestra que viajan. Esta diferencias son significativas para los dos tipos de servicios ($p < 0,05$). Así, se puede afirmar que las personas mayores que viajan utilizan en menor medida el servicio de ayuda a domicilio y cuentan en menor medida con una persona cuidadora que las personas mayores que no viajan.

Tabla 30: Utilización de los servicios de ayuda a domicilio y recepción del apoyo de un/a cuidador/a por parte de las personas mayores que viajan y las que no viajan (n, % y prueba X^2). (N=189).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		n=149	%	n=40	%	
Ayuda a domicilio	Si	12	8,05%	9	22,50%	$X^2 = 6,85$ $p = 0,01^*$
	No	131	87,92%	29	72,50%	
	Perdidos	6	4,03%	2	5,00%	
Cuidador/a	Si	2	1,34%	3	7,50%	$X^2 = 4,84$ $p = 0,03^*$
	No	132	88,59%	32	80,00%	
	Perdidos	15	10,07%	5	12,50%	

Nota: La relación significante a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *.

La siguiente tabla (Tabla 31) muestra los distintos tipos de ayuda a domicilio que recibe la muestra. Se observa que las personas que viajan utilizan en mayor medida la ayuda para actividades de la vida diaria que las personas que no viajan (83,33% frente a 66,67%), siendo para ambos grupos este tipo de ayuda el más utilizado. Por el contrario, en el segundo tipo de ayuda más utilizado, el denominado "alarma del pánico" es predominante entre las personas mayores que no viajan (33,33% frente a 16,67%). No obstante, las diferencias del tipo de ayuda empleado por ambos grupos no son significativas en ninguno de los casos ($p > 0,05$).

Tabla 31: Tipo de ayuda a domicilio recibida y prueba χ^2 entre las personas mayores que viajan y las que no viajan. (N=21).

		Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
		n=12	%	n=9	%	
Recibo ayuda con actividades de la vida diaria	Si	10	83,33%	6	66,67%	$\chi^2 = 0,06$ p=0,81
	No	2	16,67%	3	33,33%	
Recibo ayuda con mi cuidado personal	Si	0	0,00%	1	11,11%	$\chi^2 = 1,63$ p=0,20
	No	12	100,00%	8	88,89%	
Recibo la comida en mi domicilio	Si	0	0,00%	2	22,22%	$\chi^2 = 3,41$ p=0,07
	No	12	100,00%	7	77,78%	
Tengo instalado en mi hogar un centro de telemonitorización	Si	1	8,33%	1	11,11%	$\chi^2 = 0,11$ p=0,74
	No	11	91,67%	8	88,89%	
Llevo conmigo siempre un dispositivo de alarma por si tengo algún problema	Si	2	16,67%	3	33,33%	$\chi^2 = 1,17$ p=0,28
	No	10	83,33%	6	66,67%	
Me ayudan con la limpieza de mi hogar	Si	2	16,67%	0	0,00%	$\chi^2 = 1,41$ p=0,24
	No	10	83,33%	9	100,00%	
Perdidos		0	0,00%	1	11,11%	

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona utilizar distintos tipos de ayuda.

Por último, con respecto a la persona cuidadora, a partes iguales (50,00%) las personas de la muestra que viajan son atendidas por una persona contratada o por un familiar con la ayuda de una persona contratada, mientras que en el caso de los mayores que no viajan la persona cuidadora es principalmente un familiar (66,67%). No obstante, la prueba Chi-Square indica que no existen diferencias entre el perfil de persona cuidadora para ambos grupos ($p > 0,05$) (Tabla 32).

Tabla 32: Perfil de la persona cuidadora (n y %) y prueba X² entre las personas mayores que viajan y las que no viajan. (N=5).

	Viaja		No viaja		Chi-Square Tests
	n=2	%	n=3	%	
Un familiar	0	0,00%	2	66,67%	X ² = 3,33 p=0,19
Una persona contratada	1	50,00%	0	0,00%	
Un/a amigo/a	0	0,00%	0	0,00%	
Familiar + personas contratada	1	50,00%	1	33,33%	

6.3.- Modelo de influencia entre el viajar y la salud

En este sub-apartado se evalúa el modelo teórico planteado a lo largo de la presente tesis doctoral, es decir, la hipótesis de que viajar influye en la salud de las personas mayores lo que justificará la promoción del Turismo Social Accesible como estrategia de envejecimiento activo y saludable. Para ello, se han considerado las variables incluidas en el estudio en base al modelo CIF (salud auto-percibida física y mental, capacidad para desempeñar las AIVD, satisfacción con la vida y apoyo social).

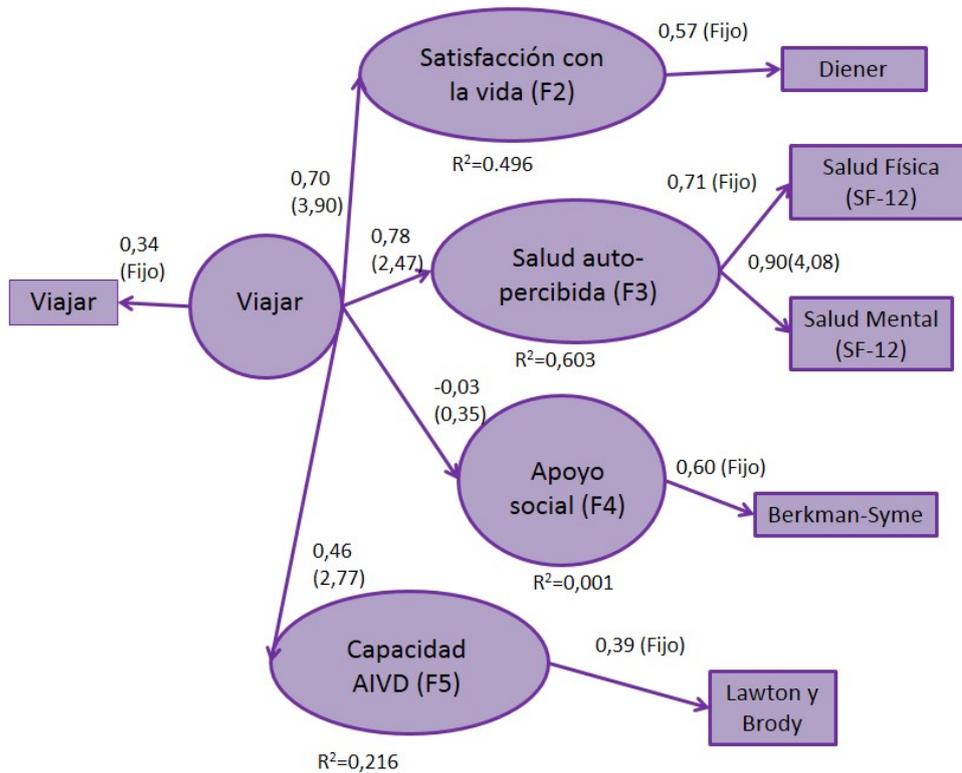
Para la elaboración del modelo se han incluido todas las variables mencionadas y se ha probado cuál de sus valoraciones se ajustaba mejor. Esto es, para las variables que se pueden medir de forma cuantitativa y categórica se ha probado con las dos valoraciones y se ha escogido la valoración que se ajustaba mejor. Así, se probó con las siguientes variables dependientes: satisfacción con la vida de forma categórica, salud física y mental de forma cuantitativa, apoyo social de forma categórica y capacidad para desempeñar las AIVD de forma categórica; obteniendo así una Chi-cuadrado significativa (Satorra Bentler X² (5) = 0.6226) aunque mejorable. Por ello, probamos cambiando la forma de evaluar la capacidad para desempeñar las AIVD, incluyendo esta variable de forma numérica y cambiando también la escala de satisfacción con la vida a numérica. Con este modelo, se obtenía un Chi-cuadrado mayor (Satorra Bentler X² (5) = 6.2897) superior a 0,05 aunque se necesitan más de 30 iteraciones para llegar a este modelo. Por ello, se decidió no modificar la escala de satisfacción con la vida, obteniendo así el modelo final que incluye como variable independiente viajar y como variables dependientes las siguientes:

- Satisfacción con la vida medida con el índice de Diener (Diener et al., 1985) de forma categórica.

- Salud física y mental medidas con la versión española del cuestionario SF-12 (Alonso et al., 1998; Vilagut et al., 2005). Este índice mide la salud de los individuos de forma cuantitativa.
- Apoyo social valorado con el índice de Berkman-Syme (1979). Esta escala mide el apoyo social del individuo en 4 categorías que coinciden con las valoraciones numéricas del mismo, por lo que en este caso la valoración numérica y categórica es la misma.
- Capacidad para desempeñar las AIVD con el índice de Lawton y Brody (1969) de forma cuantitativa.

El ajuste del modelo viene determinado por la probabilidad asociada a la Chi-cuadrado (Satorra Bentler $X^2(5) = 5.8927$) superior a 0,05 que indica que existe un ajuste global del modelo (Jöreskog y Sörbom, 1994). A partir del estadístico Chi-cuadrado podemos obtener otros indicadores de bondad de ajuste que comparan el valor obtenido de X^2 para el modelo con el del modelo base que supone la no asociación entre variables del modelo (caso peor). En este sentido el modelo obtiene los siguientes indicadores que confirman la bondad de ajuste del modelo: Comparative Fit Index (CFI) = 0,972, Bentler-Bonett Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0,917 y Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.052 con un intervalo de confianza del 90% (CI) [0.027, 0.077]. El impacto de viajar en la salud de las personas mayores se muestra en la Figura 11.

Figura 11: Modelo teórico contrastado



Elaboración propia.

Como se muestra en la figura 11, la única variable en la que viajar no influye es en el apoyo social ($p \geq 0,05$), mientras que para el resto de variables el análisis realizado confirma el modelo teórico propuesto. Este análisis permite afirmar que viajar influye en la salud de las personas mayores, concretamente, en su satisfacción con la vida, en su salud auto-percibida física y mental y en su capacidad para desempeñar las AIVD. Cabe destacar que el modelo une la salud física y mental como un único factor, aspecto lógico ya que ambas variables miden la salud auto-percibida.

6.4.- Hábitos, preferencias y actitudes de viaje de las personas mayores

En este sub-apartado se analizan los resultados obtenidos en el grupo de variables del cuestionario referentes a los hábitos y preferencias de viaje de las personas mayores. En primer lugar, se detallan los hábitos de viaje de las personas mayores de la muestra que viajan y, posteriormente, se analizan las preferencias de toda la muestra relacionadas con los medios de transporte, los obstáculos percibidos en los distintos eslabones que componen la cadena de viaje y ciertas actitudes hacia el

turismo. En esta segunda parte se ha considerado también las personas mayores que no viajan con el objetivo de conocer las actitudes de las personas mayores ante el turismo y su valoración de los recursos turísticos, tanto si viajan como si no, para su posterior interpretación. No obstante, respecto a los hábitos de viaje sólo se ha considerado, obviamente, a las personas mayores de la muestra que viajan.

6.4.1. Hábitos de viaje de las personas mayores

En esta sección se estudian los hábitos de viaje de las personas mayores por lo que, tal y como se ha comentado, sólo se consideran en el análisis las personas de la muestra que han declarado en la primera pregunta del cuestionario que viajan (un 78,84% de la muestra; N=149).

En primer lugar, como se recoge en la tabla 33, la media de **viajes realizados** durante el año anterior por las personas de la muestra que viajan es de 4,74 viajes (D.T.=9,29) siendo el máximo de viajes realizado 52. La media de excursiones realizada es inferior ($\bar{X}=1,60$; D.T.=4,98) con un máximo de 40. Cabe destacar que algunas personas encuestadas a pesar de haber contestado que viajan en el primer ítem del cuestionario no han viajado o no han realizado excursiones durante el año 2011 y por tanto el número mínimo de viajes y excursiones es cero. En cuanto a la duración, los viajes de una noche presentan una media inferior ($\bar{X}=1,64$; D.T.=6,58) a los viajes de más de una noche de duración ($\bar{X}=2,14$; D.T.=2,67), por lo que las personas mayores viajan en mayor medida en viajes de más de una noche de duración.

Tabla 33: \bar{X} y D.T. del número de viajes y excursiones y la duración de los viajes en 2011. (N=149).

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	D.T.
Nº viajes en 2011	0	52	4,74	9,29
Nº excursiones 2011	0	40	1,60	4,98
Viajes de 1 noche	0	52	1,64	6,58
Viajes de 2 a 4 noches	0	20	2,14	2,67

En cuanto al **alojamiento**, el hotel es el establecimiento más utilizado (83,22%), seguido de la casa de amigos o familiares (22,82%) y de la segunda residencia (14,77%), tal y como se refleja en la tabla 34. El resto de alojamientos (camping, balneario, crucero, albergue o casa de retiro) son utilizados por menos de un 5%.

Tabla 34: Alojamiento utilizado por las personas que viajan de la muestra (N=149).

	n	%
Hotel	124	83,22%
Casa de amigos o familiares	34	22,82%
Camping	1	0,67%
Apartamento alquilado	6	4,03%
Segunda residencia	22	14,77%
Balneario	5	3,36%
Crucero	3	2,01%
Albergue	2	1,34%
Casa de retiro	1	0,67%
NS/NC	8	5,37%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haberse hospedado en varios lugares.

Para la **organización** de los viajes realizados en 2011, la tabla 35 evidencia que la mayoría de las personas que viajan han utilizado los servicios de una agencia de viajes (61,74%); en segundo lugar, la información facilitada por una asociación (36,24%), por un amigo/a o familiar (20,13%) o consultada directamente en Internet (12,08%); y con menos de un 3% la información proporcionada en revistas, por su cuenta o a través de un asistente social (2,68%, 2,01% y 2,68%, respectivamente).

Tabla 35: Fuente de información para los viajes realizados. (N=149).

	n	%
Agencia	92	61,74%
Asociación	54	36,24%
Familiar/amigo	30	20,13%
Internet	18	12,08%
Revista	4	2,68%
Por su cuenta	3	2,01%
Asistente social	4	2,68%
NS/NC	11	7,38%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haberse informado por varias fuentes en la organización de sus viajes.

En la tabla 36 se detallan los **motivos** por los que las personas encuestadas viajaron en 2011. El principal motivo alegado por más del 80,00% de la muestra (82,55%) ha sido disfrutar de una temporada de ocio y/o vacaciones. Además de este motivo, los encuestados/as viajaron para visitar a familiares y/o amigos/as en un 25,50% de los casos, para recibir tratamientos de salud como estancias en

balnearios en un 17,45% de los casos, por motivos religiosos en un 5,37%, por deporte en un 2,01% y por descanso en un 0,67%.

Tabla 36: Motivos de los viajes realizados en 2011. (N=149).

	n	%
Visitar familiares/amigos	38	25,50%
Religiosos	8	5,37%
Salud	26	17,45%
Ocio	123	82,55%
Deporte	3	2,01%
Descanso	1	0,67%
NS/NC	9	6,04%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber viajado por varios motivos.

En relación al tipo de **acompañante** con el que prefieren realizar estos viajes, la tabla 37 señala que casi el 50% (48,99%) prefiere viajar con sus familiares, un 38,93% con grupos de personas mayores, un 31,54% con personas de todo tipo, un 14,77% solo/a y un 6,71% con sus amigos/as.

Tabla 37: Compañía con la que prefieren viajar las personas mayores. (N=149).

	n	%
Solo	22	14,77%
Con personas mayores	58	38,93%
Con personas de todo tipo	47	31,54%
Con familiares	73	48,99%
Con amigos/as	10	6,71%
NS/NC	2	1,34%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber consignado varias preferencias de compañía en los viajes.

Del total de personas mayores que viajan y han contestado a la pregunta sobre si suele viajar con viajes organizados, casi un 90% (87,20%) afirma viajar a menudo con **viajes organizados**. De estas personas, la tabla 38 muestra que la mayoría elige viajar con este tipo de viajes por su precio más económico (53,49%) y por su comodidad (52,71%), un 37,98% porque conoce a la gente que lo organiza y un 24,81% porque esta clase de viajes garantiza un viaje adaptado a sus necesidades.

Tabla 38: Motivos por los que los/as encuestados/as que hicieron algún viaje en 2011 eligen los viajes organizados. (N=129).

	n	%
Comodidad	68	52,71%
Precio	69	53,49%

Organizadores conocidos	49	37,98%
Adaptado a las necesidades	32	24,81%
Obligado por su pareja	1	0,78%
Le gusta	1	0,78%
Se visita más	0	0,00%
NS/NC	1	0,78%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede haber dado varios motivos por los que viaja con viajes organizados.

En cuanto a la **época**, las personas encuestadas que viajan prefieren viajar durante los meses de marzo abril y mayo (50,40%) y, en segundo lugar, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre (17,80%) y junio, julio y agosto (17,00%), tal y como se muestra en la tabla 39. El resto de personas prefieren viajar en todas las épocas del año (13,30%) y ninguna persona de la muestra ha contestado que prefiere viajar en la época correspondiente a los meses más fríos (diciembre, enero y febrero). Destaca el hecho de que un 28,57% no ha contestado correctamente esta pregunta ya que el enunciado pedía que se marcara sólo una opción y varios/as encuestados/as han marcado varias opciones. Estos casos no se han dado por válidos ya que el objetivo era determinar la época preferida para viajar por parte de las personas mayores.

Tabla 39: Época en la que prefieren viajar las personas mayores. (N=149).

Meses	n	%	% válido
Marzo, abril y mayo	68	36,00%	50,40%
Junio, julio y agosto	23	12,20%	17,00%
Septiembre, octubre y noviembre	24	12,70%	17,80%
En todas las épocas del año	18	9,50%	13,30%
NS/NC	2	1,10%	1,50%
Total valores válidos	135	71,40%	100,00%
Valores perdidos	54	28,60%	
TOTAL	189	100,00%	

Centrándonos en las personas que han elegido la época mayoritaria (marzo, abril y mayo), se obtiene que el motivo principal de esta elección es el clima (79,41%), como en el resto de épocas preferidas (Tabla 40). Así, este es el motivo elegido por el 82,61% de las personas que prefieren viajar en junio, julio y agosto; y por el 70,83% de las personas que prefieren viajar en septiembre, octubre y noviembre.

El segundo motivo por el que la mayoría de las personas encuestadas prefieren viajar en marzo, abril y mayo es el precio (26,47%), como ocurre para las personas que prefieren viajar en septiembre, octubre y noviembre (37,50%). No obstante, el segundo motivo de las personas que eligen como época preferida para viajar los meses de junio, julio y agosto es porque en esta época pueden viajar con familiares y amigos/as (34,78%).

Tabla 40: Motivos por los que las personas mayores prefieren viajar en cada época del año. (N=115).

	Marzo abril y mayo (n=68)		Junio, julio y agosto (n=23)		Septiembre, octubre y noviembre (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
Clima	54	79,41%	19	82,61%	17	70,83%
Por la mayor cantidad de turistas que hay	2	2,94%	0	0,00%	1	4,17%
Por la menor cantidad de turistas	4	5,88%	0	0,00%	6	25,00%
Porque es la época en la que puedo viajar con familiares y amigos	8	11,76%	8	34,78%	3	12,50%
Por el precio	18	26,47%	0	0,00%	9	37,50%
Porque es la época en la que el centro de mayores lo organiza	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
NS/NC	2	2,94%	0	0,00%	0	0,00%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede elegir una misma época por varios motivos.

6.4.2. Preferencias, obstáculos y actitudes hacia el turismo por parte de las personas mayores

En esta sección se analizan las dificultades y preferencias de las personas mayores encuestadas, tanto si viajan como si no, acerca de los distintos recursos turísticos que forman parte de la cadena de viaje así como ciertas actitudes hacia el turismo. Así, en un primer lugar, para estudiar las dificultades que las personas mayores encuentran al realizar un viaje se han considerado los distintos eslabones que componen la cadena de viaje: medios de transporte, alojamiento, restaurantes y cafeterías, actividades de ocio, medio urbano y medio natural. En todos ellos, se analizan los obstáculos percibidos por las personas mayores y, además, en el caso de los medios de transporte se estudia cuál es el medio preferido de desplazamiento. Se estudia esta particularidad con respecto a los medios de

transporte debido a la falta de accesibilidad que, en ocasiones, perciben las personas mayores y con el objetivo de determinar cuál es el medio de transporte en el que se sienten más cómodas.

Al igual que ocurría en la pregunta sobre en qué época del año prefieren viajar, el siguiente ítem preguntaba por su medio de transporte preferido indicando que sólo se marcara una opción de respuesta. En este caso el número de respuestas inválidas por haber contestado más de una opción es del 23,30%. Entre las respuestas válidas, el **medio preferido de transporte** para casi la mitad de las personas mayores encuestadas es el autobús (46,20%), seguido del coche propio (19,30%) y del avión (13,10%) tal y como se muestra en la tabla 41.

Tabla 41: Medios de transporte preferidos de las personas mayores. (N =189).

	n	%	% válido
Tren	11	5,80%	7,60%
Avión	19	10,10%	13,10%
Barco	1	0,50%	0,7%
Autobús	67	35,40%	46,20%
Con mi coche propio	28	14,80%	19,30%
Con el coche de algún familiar	16	8,50%	11,00%
NS/NC	3	1,60%	2,10%
Total valores válidos	145	76,70%	100,00%
Valores perdidos	44	23,30%	
TOTAL	189	100,00%	

Si comparamos los dos grupos, personas mayores que viajan y personas mayores que no viajan no existen diferencias significativas en las preferencias sobre medios de transporte ($p > 0,05$). Sin embargo, la tabla 42 muestra que las personas mayores que viajan prefieren viajar en mayor medida en autobús (50,40%), coche propio (19,50%), avión (15,00%) y barco (0,90%) que las personas mayores que no viajan (31,30%, 18,80%, 6,30% y 0,00%, respectivamente). Por el otro lado, las personas que no viajan prefieren desplazarse en el coche de un familiar (25,00%) y en tren (15,60%) en mayor medida que las personas mayores que viajan (7,10% y 5,30%, respectivamente). La caravana, la moto y la bicicleta no han sido elegidos por ninguna persona de la muestra.

Tabla 42: Medios de transporte preferidos de las personas mayores en función de si viajan o no viajan y prueba X². (N=189).

	Viaja			No viaja			Chi-square
	n	%	% válido	n	%	% válido	
Tren	6	4,00%	5,30%	5	12,50%	15,60%	X ² = 14,727 p= 0,22
Avión	17	11,40%	15,00%	2	5,00%	6,30%	
Barco	1	0,70%	0,90%	0	0,00%	0,00%	
Autobús	57	38,30%	50,40%	10	25,00%	31,30%	
Con mi coche propio	22	14,80%	19,50%	6	15,00%	18,80%	
Con el coche de algún familiar	8	5,40%	7,10%	8	20,00%	25,00%	
NS/NC	2	1,30%	1,80%	1	2,50%	3,10%	
Total	113	75,80%	100,00%	32	80,00%	100,00%	
Valores perdidos	36	24,20%		8	20,00%		
TOTAL	149	100,00%		40	100,00%		

En la pregunta sobre el **medio de transporte** en el que las personas mayores encuentran más **obstáculos** a la hora de viajar, se obtiene como resultado el avión por un 25,93% al mismo tiempo que un 24,87% no encuentra obstáculos en ningún medio de transporte, tal y como se observa en la tabla 43. Al dividir la muestra en los dos grupos de análisis, se obtiene que entre las personas mayores que viajan el mayor porcentaje de personas no encuentran obstáculos en los medios de transporte (28,19%) seguido las personas que encuentra en el avión el medio con más obstáculos a la hora de viajar (24,83%). Entre las personas mayores que no viajan, el avión es el medio de transporte con más obstáculos (30,00%), seguido del barco (20,00%), siendo en este caso solo un 12,50% los que nos encuentran ningún obstáculo.

Tabla 43: Medios de transportes en los que las personas mayores encuentran obstáculos. (N=189).

	TOTAL (n=189)		Viaja (n=149)		No viaja (n=40)	
	n	%	n	%	n	%
Tren	23	12,17%	18	12,08%	5	12,50%
Barco	26	13,76%	18	12,08%	8	20,00%
Metro	19	10,05%	15	10,07%	4	10,00%
Avión	49	25,93%	37	24,83%	12	30,00%
Autobús	31	16,40%	25	16,78%	6	15,00%
Tranvía	12	6,35%	8	5,37%	4	10,00%

Coche	2	1,06%	0	0,00%	2	5,00%
Ninguno	47	24,87%	42	28,19%	5	12,50%
NS/NC	23	12,17%	15	10,07%	8	20,00%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede encontrar obstáculos en varios medios de transporte.

Si consideramos el avión por ser el medio de transporte donde las personas mayores independientemente de si viajan o no encuentran más obstáculos, obtenemos que la principal barrera es el miedo a volar (57,14% de la muestra, 51,35% de las personas que viajan y 75,00% de las que no viajan) (Tabla 44). Otros obstáculos encontrados en el transporte aéreo son: el acceso físico, el acceso a la información y la comunicación con el personal.

Tabla 44: Obstáculos percibidos en el avión por el total de la muestra, por las personas mayores que viajan y por las personas que no viajan. (N=49).

	TOTAL		Viaja		No viaja	
	n=49	%	n=37	%	n=12	%
Acceso físico	6	12,24%	4	10,81%	2	16,67%
Acceso a la información	8	16,33%	4	10,81%	4	33,33%
Comunicación con el personal	4	8,16%	3	8,11%	1	8,33%
Miedo	28	57,14%	19	51,35%	9	75,00%
Cancelación y retrasos	2	4,08%	2	5,41%	0	0,00%
Tiempo de espera	3	6,12%	3	8,11%	0	0,00%
Claustrofobia	1	2,04%	1	2,70%	0	0,00%
NS/NC	6	12,24%	6	16,22%	0	0,00%

Nota: Las frecuencias y porcentajes se han obtenido sobre el total de respuestas emitidas dado que una misma persona puede encontrar varios obstáculos en el desplazamiento aéreo.

Respecto al **resto de recursos turísticos** que componen la cadena del sector turístico, la mayoría de los/as encuestados/as no resaltan ningún tipo de dificultad en su disfrute (68,42% en el caso de alojamiento; 65,26% en restaurantes; 55,26% en actividades de ocio; 54,21% en el medio urbano; y 62,11% en el medio natural), tal y como se observa en la tabla 45. Analizando cada recurso por separado, los principales obstáculos en el alojamiento son de acceso físico para las personas que no viajan (7,50%) y económicos para las que sí viajan (8,05%); en los restaurantes los principales obstáculos son, al igual que en el alojamiento, de acceso físico para las personas que no viajan (10,00%) y económicos para las que sí viajan (5,37%); en las actividades de ocio el acceso físico es el principal

obstáculos para ambos grupos (4,03% de las personas que viajan y 15,00% de las personas que no viajan); también en el medio urbano y natural ambos grupos señalan como obstáculo principal el acceso físico (5,37% y 6,71% de los que viajan y 27,50% y 20,00% de los que no viajan).

Tabla 45: Obstáculos en los distintos recursos turísticos a los que se enfrentan las personas mayores. (N= 189).

		TOTAL		Viaja		No viaja	
		n= 189	%	n=149	%	n=40	%
Alojamiento	Ninguna dificultad	130	68,42%	110	73,83%	20	50,00%
	Acceso físico	8	4,21%	5	3,36%	3	7,50%
	Comunicación con el personal	3	1,58%	3	2,01%	0	0,00%
	Acceso a los contenidos y a la información	2	1,05%	1	0,67%	1	2,50%
	Económicos	14	7,37%	12	8,05%	2	5,00%
	Le gusta estar en su casa	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%
	NS/NC	31	16,32%	17	11,41%	14	35,00%
Restaurantes	Ninguna dificultad	124	65,26%	101	67,79%	23	57,50%
	Acceso físico	8	4,21%	4	2,68%	4	10,00%
	Comunicación con el personal	3	1,58%	2	1,34%	1	2,50%
	Económicos	9	4,74%	8	5,37%	1	2,50%
	Otros	1	0,53%	0	0,00%	1	2,50%
	Le gusta estar en su casa	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%
	NS/NC	43	22,63%	33	22,15%	10	25,00%
Actividades de Ocio	Ninguna dificultad	105	55,26%	87	58,39%	18	45,00%
	Acceso físico	12	6,32%	6	4,03%	6	15,00%
	Comunicación con el personal	3	1,58%	3	2,01%	0	0,00%
	Acceso a los contenidos y a la información	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%
	Suciedad	2	1,05%	0	0,00%	2	5,00%
	Le gusta estar en su casa	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%
	NS/NC	65	34,21%	48	32,21%	13	32,50%
Medio	Ninguna dificultad	103	54,21%	87	58,39%	16	40,00%

Urbano	Acceso físico	19	10,00%	8	5,37%	11	27,50%
	Comunicación con el personal	2	1,05%	2	1,34%	0	0,00%
	Acceso a los contenidos y a la información	6	3,16%	5	3,36%	1	2,50%
	Económicos	3	1,58%	3	2,01%	0	0,00%
	Otros	4	2,11%	2	1,34%	2	5,00%
	Suciedad	1	0,53%	0	0,00%	1	2,50%
	Le gusta estar en su casa	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%
	NS/NC	50	26,32%	41	27,52%	9	22,50%
Medio	Ninguna dificultad	118	62,11%	97	65,10%	21	52,50%
Natural	Acceso físico	18	9,47%	10	6,71%	8	20,00%
	Comunicación con el personal	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%
	Acceso a los contenidos y a la información	2	1,05%	1	0,67%	1	2,50%
	Otros	1	0,53%	0	0,00%	1	2,50%
	Le gusta estar en su casa	1	0,53%	1	0,67%	0	0,00%
	NS/NC	48	25,26%	39	26,17%	9	22,50%

En las últimas preguntas del apartado de hábitos y preferencias de viaje se pregunta a la muestra sobre su **actitud** hacia el turismo a través de 8 frases en una escala likert de 5 puntos detalladas en la tabla 46. Con estas preguntas se obtiene que el 59,26% de las personas encuestadas disfrutaban viajando, concretamente el 61,07% de las personas que viajan y 52,50% de las personas que no viajan, siendo estas diferencias significativas ($p < 0,05$) por lo que las personas que viajan disfrutaban más viajando que las que no lo hacen.

En relación a si viajar les supone un gasto extraordinario debido a sus necesidades especiales, el mismo porcentaje está en desacuerdo y de acuerdo para el total de la muestra (18,52%), situándose el mayor porcentaje en el punto medio de la escala likert (19,58%). Al dividir por grupos en función de si viajan o no, los que viajan opinan mayoritariamente que no están ni en acuerdo ni en desacuerdo (22,82%) seguido de en desacuerdo (20,31%), mientras que los que no viajan se declinan principalmente por estar de acuerdo a esta afirmación (30,00%). No obstante,

estas diferencias no son significativas ($p > 0,05$), por lo que viajar no supone un gasto extraordinario diferente para ambos grupos.

Viajar no supone una dificultad a causa de las necesidades especiales de las personas mayores para la mayor parte de la muestra (41,27%) manteniéndose esta prevalencia si dividimos la muestra en dos grupos en función de si viajan. Para las personas que viajan, esta actividad no supone una dificultad en el 44,97% mientras que para las personas que no viajan este porcentaje se reduce a un 27,50%, estando un 25,00% de acuerdo con esta afirmación. Las diferencias en este caso sí son significativas ($p < 0,05$), por lo que las personas que no viajan sienten en mayor medida que viajar les supone una dificultad debido a sus necesidades especiales.

Respecto al sentimiento de inseguridad e independencia percibido por las personas mayores al viajar, casi la mitad de la muestra no está de acuerdo con la afirmación "Viajar me genera cierta inseguridad" (44,44%). Este porcentaje se incrementa hasta el 48,99% en el caso de personas mayores que viajan y se reduce al 27,50% en el caso de las que no viajan. En este segundo caso, un 22,50% está de acuerdo con dicha afirmación mientras que sólo un 7,38% de las personas que viajan están de acuerdo. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,05$), por lo que las personas que no viajan sienten una mayor sensación de inseguridad al viajar. No obstante, en la siguiente afirmación referente a la pérdida de autonomía en el viaje no existen diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). Así, la mayor parte de la muestra no está de acuerdo con esta afirmación (38,62%), siendo un 40,94% de las personas mayores que viajan y un 30,00% de las personas que no viajan.

Más de la mitad (55,56%) de los encuestados no evitan viajar por los posibles problemas que se pueden encontrar. Entre las personas que viajan este porcentaje alcanza el 61,74%, mientras que en el caso de las personas que no viajan es del 32,50%, afirmando que sí evitan viajar por los posibles problemas que se pueden encontrar un 25,00%. En esta afirmación sí existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre ambos grupos. Por ello, uno de los motivos que lleva a las personas mayores a no viajar es la preocupación a tener que enfrentarse a problemas en la realización de los viajes.

Por otro lado, el 38,10% de la muestra afirma que viajar le ayuda a evadirse de sus problemas diarios, frente a un 17,46% que dice no olvidarse de sus problemas cuando viaja. Al respecto, las personas mayores que viajan están mayoritariamente de acuerdo (40,94%) y bastante de acuerdo (25,50%) frente a las que no viajan que están en desacuerdo y en acuerdo en la misma proporción (27,50%). Estas diferencias son también estadísticamente significativas ($p < 0,05$), por lo que viajar

ayuda a las personas que viajan a evadirse de sus problemas en mayor medida que a las personas que no viajan.

Por último, casi un 60% de la muestra (58,73%) afirma que les gusta conocer lugares y gente nueva, siendo este porcentaje mayor entre las personas que viajan (61,74%) frente a las que no viajan (47,50%) pero sin diferencias entre ambos grupos ($p>0,05$).

Tabla 46: Actitudes e impresiones ante el turismo de las personas mayores (n, % y prueba χ^2). (N=189).

		TOTAL		Viaja		No viaja		Chi-square
		n=189	%	n=149	%	n=40	%	
Disfruto viajando	En desacuerdo	7	3,70%	2	1,34%	5	12,50%	$\chi^2 = 15,206$ $p=0,04^*$
	Bastante en desacuerdo	6	3,17%	4	2,68%	2	5,00%	
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	6,88%	10	6,71%	3	7,50%	
	Bastante de acuerdo	34	17,99%	31	20,81%	3	7,50%	
	De acuerdo	112	59,26%	91	61,07%	21	52,50%	
	NS/NC	17	8,99%	11	7,38%	6	15,00%	
Viajar me supone un gasto extraordinario debido a mis necesidades especiales	En desacuerdo	35	18,52%	30	20,13%	5	12,50%	$\chi^2 = 8,895$ $p=0,064$
	Bastante en desacuerdo	10	5,29%	8	5,37%	2	5,00%	
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	37	19,58%	34	22,82%	3	7,50%	
	Bastante de acuerdo	29	15,34%	24	16,11%	5	12,50%	
	De acuerdo	35	18,52%	23	15,44%	12	30,00%	
	NS/NC	43	22,75%	30	20,13%	13	32,50%	
Viajar me supone una gran dificultad a causa de mis necesidades especiales	En desacuerdo	78	41,27%	67	44,97%	11	27,50%	$\chi^2 = 17,403$ $p= 0,02^*$
	Bastante en desacuerdo	14	7,41%	12	8,05%	2	5,00%	
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	17	8,99%	16	10,74%	1	2,50%	
	Bastante de acuerdo	12	6,35%	6	4,03%	6	15,00%	
	De acuerdo	24	12,70%	14	9,40%	10	25,00%	
	NS/NC	44	23,28%	34	22,82%	10	25,00%	
Viajar me	En desacuerdo	84	44,44%	73	48,99%	11	27,50%	$\chi^2 =$

Mapa de las Políticas de Turismo Social Accesible en Europa: propuesta de una estrategia de política social para el envejecimiento activo y saludable.

genera cierta inseguridad	Bastante en desacuerdo	14	7,41%	14	9,40%	0	0,00%	25,990 p=0,00*
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	23	12,17%	21	14,09%	2	5,00%	
	Bastante de acuerdo	13	6,88%	6	4,03%	7	17,50%	
	De acuerdo	20	10,58%	11	7,38%	9	22,50%	
	NS/NC	35	18,52%	24	16,11%	11	27,50%	
Cuando viajo tengo menos independencia	En desacuerdo	73	38,62%	61	40,94%	12	30,00%	X ² = 9,184 p= 0,057
	Bastante en desacuerdo	13	6,88%	13	8,72%	0	0,00%	
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	29	15,34%	24	16,11%	5	12,50%	
	Bastante de acuerdo	21	11,11%	16	10,74%	5	12,50%	
	De acuerdo	17	8,99%	10	6,71%	7	17,50%	
	NS/NC	36	19,05%	25	16,78%	11	27,50%	
No viajo para evitar los posibles problemas que me voy a encontrar	En desacuerdo	105	55,56%	92	61,74%	13	32,50%	X ² = 39,080 p=0,00*
	Bastante en desacuerdo	11	5,82%	11	7,38%	0	0,00%	
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	9	4,76%	6	4,03%	3	7,50%	
	Bastante de acuerdo	11	5,82%	3	2,01%	8	20,00%	
	De acuerdo	17	8,99%	7	4,70%	10	25,00%	
	NS/NC	36	19,05%	30	20,13%	6	15,00%	
Viajar me ayuda a evadirme de mis problemas diarios	En desacuerdo	33	17,46%	22	14,77%	11	27,50%	X ² = 10,283 p=0,036*
	Bastante en desacuerdo	5	2,65%	4	2,68%	1	2,50%	
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	5,29%	10	6,71%	0	0,00%	
	Bastante de acuerdo	42	22,22%	38	25,50%	4	10,00%	
	De acuerdo	72	38,10%	61	40,94%	11	27,50%	
	NS/NC	27	14,29%	14	9,40%	13	32,50%	
Me gusta	En desacuerdo	14	7,41%	10	6,71%	4	10,00%	X ² =

conocer lugares y gente nueva	Bastante en desacuerdo	3	1,59%	3	2,01%	0	0,00%	4,596 p=0,331
	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	5,29%	6	4,03%	4	10,00%	
	Bastante de acuerdo	38	20,11%	31	20,81%	7	17,50%	
	De acuerdo	111	58,73%	92	61,74%	19	47,50%	
	NS/NC	13	6,88%	7	4,70%	6	15,00%	

Nota: La relación significativa a nivel de 0,05 (bilateral) está marcada con *

IV. DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES

Esta tesis doctoral se ha centrado en dos objetivos generales, uno teórico y otro empírico. Por un lado, el objetivo teórico ha estudiado la idoneidad del Turismo Social Accesible como estrategia de Política Social para la promoción del envejecimiento activo y saludable. Por el otro lado, el objetivo empírico ha analizado el perfil de salud de las personas mayores que viajan en comparación a las que no viajan y el impacto del turismo en su salud a través de un instrumento diseñado para estudiar los efectos del turismo en la salud funcional de las personas mayores así como el posible impacto en su consumo de recursos sociales y sanitarios.

Con respecto al **objetivo teórico**, se ha analizado a lo largo del capítulo II correspondiente al Marco Teórico, la idoneidad de la utilización del Turismo Social Accesible como estrategia de Política Social para la promoción del envejecimiento activo y saludable. Con este propósito, se ha analizado la potencialidad del turismo, que además de ser una práctica de ocio y entretenimiento, puede ser utilizado como Política Social debido a los efectos positivos que provoca en el bienestar de las personas mayores y, con ello, contribuir a contener el número de personas dependientes en el futuro a la vez que ayudaría a incrementar la sostenibilidad económica y social de las familias y del Estado y la calidad de vida de las personas mayores. Para ello, se ha partido del estudio del turismo como herramienta de Política Social, del conocimiento de políticas promulgadas en este ámbito y de algunas de las actuaciones que se están llevando a cabo a nivel europeo, nacional y autonómico para promocionar el turismo entre las personas mayores, se ha expuesto el reto del envejecimiento de la población y de la dependencia y se ha determinado cual es la situación actual del Turismo Social Accesible enfocado principalmente a las personas mayores. A continuación se destacan los aspectos más relevantes de la revisión realizada.

En primer lugar, el marco teórico define el concepto de **Turismo Social Accesible** como resultado de la unión de dos conceptos existentes en la literatura: Turismo Social y Turismo Accesible. El primero de ellos hace referencia a todas las iniciativas que hacen partícipes del turismo a personas con necesidades especiales (jóvenes, personas mayores, personas con discapacidad y familias con pocos

recursos) (EESC, 2006). El segundo, es un proceso de capacitación de las personas con necesidades de accesibilidad, principalmente, personas mayores y con discapacidad (Darcy y Dickson, 2009). Ambos conceptos se dirigen a incluir como activos participantes del turismo a grupos vulnerables de ser excluidos del mismo, promocionando al mismo tiempo beneficios para sus usuarios/as y para la sociedad. Integrando ambos conceptos se obtiene el concepto de Turismo Social Accesible definido como el conjunto de iniciativas dirigidas a facilitar la participación activa en el turismo de personas con necesidades especiales, principalmente financieras o de accesibilidad, a la vez que se promocionan beneficios sociales para sus usuarios/as y beneficios económicos para la sociedad y el mercado (Garcés y Ferri, 2012). Este nuevo concepto pretende acercar los dos conceptos utilizados en la literatura para conseguir una mejor colaboración y unir iniciativas con el mismo objetivo (Ferri, 2013; Garcés y Ferri, in press).

Tal y como establece su definición y el Modelo de Turismo Sostenible promulgado por Garcés y Ferri (2012), la utilización del Turismo Social Accesible conlleva una serie de beneficios tanto para sus usuarios/as como para el Estado y el mercado. Así, el modelo de Turismo Sostenible Garcés-Ferri propone la utilización del Turismo Social Accesible como herramienta política para: (i) incrementar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las y los ciudadanos gracias a los beneficios asociados a la participación en el turismo que han sido detallados en el sub-apartado 1.2 de esta tesis; (ii) fomentar la construcción de entornos amigables gracias al diseño universal tal y como se exige en la definición de Turismo Accesible (sub-apartado 1.1 de esta tesis); y (iii) mantener sistemas sociales y sanitarios eficientes como consecuencia de los beneficios en la salud y bienestar asociados al turismo.

En relación a los beneficios del Turismo Social Accesible, existe en la literatura un campo prolífero de estudios científicos que analizan los **beneficios** de la participación en el turismo de grupos socialmente excluidos del mismo. Estos estudios han constatado los siguientes beneficios:

- mayor bienestar subjetivo de niñas y niños pertenecientes a familias con pocos recursos (Quinn et al., 2008) y de sus padres (McCabe, 2009) como consecuencia de la generación de recuerdos agradables al vivir experiencias felices durante el viaje realizado, y bienestar emocional de personas mayores que participan en programas de turismo (IMSERO, 2011);
- sentimiento de satisfacción con la vida gracias al disfrute de un periodo vacacional (Gilbert & Abdullah, 2003), como es el caso de las personas mayores que afirman estar más satisfechas con su vida gracias a estos programas (Lee y Tideswell, 2005);

- salud auto-percibida (EESC, 2006), así las personas con discapacidad ven mejorado su estado de salud e incrementada su eficiencia y capacidad física (Bergier et al., 2010), del mismo modo, las personas mayores ven mejoradas sus condiciones de salud (de Aguiar et al., 2012; PriceWaterHouseCoopers, 2004) y su actividad física (IMSERSO, 2011; Paulo et al., 2004);
- salud mental relacionada con el stress causado por enfermedades o por el trabajo (McCabe, 2009);
- relax, aspecto que permite a sus usuarios/as desconectar de su situación diaria y generar recuerdos felices (McCabe, 2009; McCabe et al., 2010, Quinn et al., 2008), a la vez que les ayuda a olvidarse de preocupaciones y problemas financieros y concentrarse en cosas más positivas que cambian la perspectiva de sus vidas (McCabe, 2009; Minnaert et al., 2009), además disfrutar de unas vacaciones permite a las personas con discapacidad escapar de su estructurada vida diaria (Stilling y Nicolaisen, 2010);
- desarrollo personal y aprendizaje de sus usuarios/as (IMSERSO, 2011; Minnaert et al., 2009) a la vez que se enriquecen culturalmente (de Aguiar et al., 2012; IMSERSO, 2011);
- refuerza el sentimiento de ciudadanía (EESC, 2006) y las relaciones sociales tanto personales como familiares (Bergier et al., 2010; Minnaert et al., 2009; Quinn et al., 2008), aspectos que contribuyen a la inclusión social de sus beneficiarios/as (McCabe, 2009; Quinn et al., 2008) y a luchar contra la soledad de algunas personas mayores (de Aguiar et al., 2012; IMSERSO, 2011);
- autoestima de niños y niñas de familias con pocos recursos (Quinn et al., 2008); y
- sensación de autosuficiencia, independencia, seguridad y capacidad de personas con discapacidad que perciben en las vacaciones una oportunidad de verse como personas "capaces" (Stilling y Nicolaisen, 2010).

Debido a estos beneficios, el turismo puede tener efectos positivos en las Políticas Sociales enfocadas a la salud y el bienestar de los ciudadanos. Por ello, las consecuencias de la no participación en el turismo han sido relacionadas con un aumento de los gastos sociales en salud y bienestar (Hazel, 2005), aunque no existen evidencias científicas claras que soporten esta idea. Así, la mayoría de los estudios mencionados anteriormente se basan en análisis cualitativos a través de entrevistas personales, grupos focales y observación, por lo que se han obtenido experiencias de estos beneficios pero no una relación cuantitativa de dichos efectos. Otros estudios, de los citados anteriormente, son llevados a cabo por

consultoras enfocadas a promocionar dichos programas y, por tanto, carecen de rigor científico en lo que a la determinación de los beneficios sociales se refiere. Estos aspectos constituyen las principales críticas del estado actual del conocimiento científico sobre los beneficios del Turismo Social Accesible.

Asimismo, las entidades públicas han visto en la promoción de programas de Turismo Social Accesible no sólo una herramienta de cohesión social (por los beneficios enumerados en la sección 1.2.1), sino también un instrumento de desarrollo regional, creación de empleo en el sector turístico, ingresos públicos, ahorro para el Gobierno y desarrollo de una agenda sostenible (EESC, 2006), tal y como se detalla en la sección 1.2.2. Así, la utilización del sector turístico como Política Social, con relevancia a nivel europeo y nacional por su aportación al PIB y por su generación de empleo, ha sido discutida en otros estudios que resaltan el papel de las vacaciones como una forma de intervención (Minnaert y Schapmans, 2009). En este sentido, el Turismo Social Accesible es uno de los pocos tipos de intervención social que puede conllevar un gran rango de efectos a corto plazo. Según Minnaert y Schapmans (2009), comparado con el coste de otras medidas sociales que persiguen los mismos objetivos, el Turismo Social Accesible puede verse como una medida eficiente. No obstante, la marketización del turismo ha dejado de lado su capacidad como fuerza social y ha dado como resultado un visión reducida de sus capacidades (Higgins-Desbiolles, 2006).

En este sentido, los Estados Miembros podrían promocionar una **Política de Turismo Social**, definida como la política cuyo objetivo es incrementar la calidad de vida y el bienestar de las y los ciudadanos haciendo el turismo accesible a las personas con necesidades especiales, y al mismo tiempo generando beneficios sociales y de salud para sus usuarios/as e impactando en la eficiencia de los sistemas sociales y sanitarios (Garcés y Ferri, 2012). Para ello, los Gobiernos y las y los empresarios del sector deben responder a las necesidades y requisitos de las personas mayores en su acceso al turismo debido a que éstas encuentran múltiples dificultades o **barreras** en su participación, tal y como se ha analizado en el subapartado 1.1 al definir el concepto de Turismo Accesible. En concreto, las personas mayores se enfrentan a una falta de accesibilidad del destino, a precios elevados de los viajes y, en ocasiones, al miedo que les causa viajar fuera de su país. Asimismo, las personas mayores y/o dependientes tienen ciertas necesidades especiales de alojamiento, nivel de confort, alimenticias, servicios médicos, etc. que hacen que el destino deba reunir una serie de características concretas (Ramboll Management Consulting et al., 2010). Además, el acceso y disfrute al turismo por todas las personas independientemente de su limitación funcional es un aspecto clave para

asegurar el bienestar de la población y un **derecho** garantizado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948 y 2008; OMT, 2009).

En la actualidad, una mayor concienciación social hacia el Turismo Social Accesible unida a los beneficios que aporta y la promulgación de diversas normativas al respecto, han provocado que la accesibilidad de los equipamientos, recursos culturales y naturales y servicios turísticos haya comenzado a ser abordada por el sector turístico a nivel Europeo. En esta línea, el *European Partnership Innovation on Active and Healthy Ageing* promocionado por la Comisión Europea persigue construir ciudades amigables con la edad como respuesta al envejecimiento de la población (European Commission, 2011b). No obstante, y a pesar de los esfuerzos realizados en favor del derecho de este grupo a la igualdad de trato en el ocio y en el turismo todavía queda mucho por hacer para lograr que las personas mayores puedan acceder a los destinos turísticos en las mismas condiciones que el resto de la población (Fernández, 2007).

En esta línea, se ha ofrecido a lo largo del apartado 2 del Marco Teórico un análisis de las políticas públicas en accesibilidad a nivel normativo europeo, nacional y por Comunidades Autónomas (sección 2.2.1) y una revisión de las actuaciones encaminadas a promocionar y asegurar el Turismo Social Accesible entre las personas mayores a escala europea, nacional y regional (sección 2.2.2). De este estudio se evidencia que la mayoría de programas de Turismo Social Accesible dirigidos a personas mayores están promocionados por las Consejerías de Bienestar Social y no por las Consejerías de Turismo. Del mismo modo, los programas y ayudas autonómicas para la promoción de la accesibilidad en el entorno construido tampoco se promocionan en su mayoría por las Consejerías de Turismo sino por las Consejerías de Vivienda o Bienestar Social. De este análisis destacan los programas de vacaciones y termalismo del IMSERSO enmarcados dentro del área de envejecimiento activo. Este programa goza de un reconocimiento internacional como buena práctica de Turismo Social Accesible y, de hecho, diversos países han solicitado información sobre la gestión y desarrollo del mismo (Causapié et al., 2011).

Tras el estudio de la normativa e iniciativas en el ámbito del Turismo Social Accesible se ha abordado el reto del envejecimiento y de la dependencia en Europa y España. Este reto requiere una respuesta a tiempo y bien planeada que contenga los efectos negativos y económicos y lo convierta en una oportunidad capaz de ofrecer mejores perspectivas, proporcionando a la población sénior una mayor calidad de vida, salud y bienestar. Así, el envejecimiento debe ser concebido como una oportunidad y no como una carga (European Commission, 2011b). Por ello, se necesitan nuevas soluciones donde la innovación puede jugar un papel decisivo en

el cambio del modo en que las sociedades están diseñadas y organizadas. En esta línea, Garcés (2000) propuso un modelo sociosanitario que implica una reformulación normativa, sanitaria, económica, administrativa, cultura y axiológica proporcionando un entorno de respuesta a las necesidades de cuidados de larga duración sin poner en peligro el bienestar de futuras generaciones. Siguiendo con esta línea, esta tesis propone la utilización del Turismo Social Accesible como **estrategia para afrontar los cambios demográficos y epidemiológicos** que Europa y España están viviendo y contener el número de personas dependientes.

El número de personas dependientes actual y futuro representa un porcentaje significativo de la población europea que requiere y requerirá una serie de prestaciones y cuidados que impactan económica y socialmente en el Estado (por la cobertura de los costes de los cuidados de larga duración que necesitan), en las familias de las personas dependientes (por la carga asociada a su cuidado) y en la propia persona dependiente (por la reducción en su calidad de vida y la posibilidad de sufrir malos tratos), tal y como se analiza en detalle en el sub-apartado 3.1. De hecho, organismos nacionales e internacionales han comenzado a adoptar una serie de medidas centradas, principalmente, en mejorar la sostenibilidad y eficiencia de los sistemas sociales y sanitarios para la provisión de los cuidados de larga duración y desarrollar estrategias de envejecimiento activo y saludable, que permitan a las personas mayores vivir más tiempo de forma independiente.

En este contexto, este estudio propone la utilización del Turismo Social Accesible como estrategia de promoción de un envejecimiento activo y saludable debido a su potencialidad como Política Social. Sin embargo, en un estudio realizado sobre el programa *Calypso*, se refleja que el potencial del Turismo Social Accesible todavía no es una realidad, debido en parte a la connotación negativa y a la malinterpretación del término y, en parte, a la resistencia o dudas de los Estados Miembros a invertir en este campo (Ramboll Management Consulting et al., 2010). Esto hace que la consecución de un Turismo Social Accesible para todos en Europa esté lejos todavía de cumplirse; no obstante, Europa tiene todavía la oportunidad de convertirse en el líder mundial del Turismo Social Accesible (Ambrose, 2012).

Además, en situaciones de recesión económica como la actual los estados deben enfrentarse a reducciones presupuestarias y a la necesidad de intervenir en diversos aspectos para minimizar los efectos negativos en la sociedad a consecuencia de la crisis económica. Esta situación contribuye generalmente a la reducción de políticas públicas y, entre ellas, las Políticas de Turismo Social, a la vez que los precios crecen y los ingresos de las familias se ven reducidos. Estas alteraciones sociales contribuyen a la exclusión social que se traduce en una mayor necesidad de desarrollar políticas que contribuyan a la participación turística de

personas vulnerables de ser excluidas del turismo (de Aguiar et al., 2012). Así, el turismo es una práctica que debido a sus características puede luchar contra la exclusión social gracias a los beneficios sociales detallados al inicio de la presente tesis doctoral.

Por su lado, las **empresas privadas** perciben una falta de rentabilidad en la inversión de adaptar sus instalaciones y servicios a las necesidades del Turismo Social Accesible a pesar de los beneficios económicos detallados en la presente tesis (Ramboll Management Consulting et al., 2010) en la sección 1.2.2:

- Contempla un mercado creciente.
- Ayuda a la desestacionalización del sector turístico.
- Refuerza la competitividad y calidad del sector.
- Contempla los cambios en los estilos de vida.
- Contribuye al desarrollo regional.
- Favorece la fidelidad de los clientes.
- Mejora la imagen de la entidad que lo promociona.
- Crea empleo.

En este sentido, algunas empresas turísticas están ampliando su oferta con el objetivo de llegar a todas las personas independientemente de sus limitaciones personales (Molina y Cánoves, 2010). Para ello, los empresarios/as deben responder a unos criterios de accesibilidad, entendiendo el concepto de accesibilidad desde una perspectiva transversal ya que afecta a todas las actividades de la sociedad (González y Gutiérrez, 2009). Sin embargo, el sector turístico todavía no responde a la demanda y las necesidades del Turismo Social Accesible, tal y como evidencian los estudios detallados en el sub-apartado 3.3:

- No existe una información exhaustiva, sistematizada y fiable sobre la oferta turística accesible.
- Las normativas sobre accesibilidad no están resultando eficientes para conseguir la accesibilidad total de los recursos turísticos.
- Las mejoras técnicas y tecnológicas de los recursos y destinos turísticos para su accesibilidad y adaptabilidad a las necesidades de las personas con discapacidad son limitadas y puntuales.
- Los profesionales del sector no disponen de la competencia profesional para atender este segmento.
- Existe una alta de concienciación y sensibilización respecto a la accesibilidad por parte de las empresas.
- Falta información sobre las características de la demanda de recursos turísticos accesibles, que permita estimar de forma fiable el potencial de la demanda y orientar el mercado hacia estos clientes.

El sector turístico debe, por tanto, atender esta nueva realidad social que implica una mejora para todos. Además, esto adquiere una relevancia mayor siendo España el primer destino elegido para vacaciones (Eurostat, 2012b) y países de nuestro entorno más próximo y claros competidores ya han adaptado su oferta a esta realidad (Molina y Cánoves, 2010). Consecuentemente, la no adaptación puede llevar a España a perder su posición de liderazgo en el turismo.

A estos efectos, consideramos que la causa principal de que en nuestro país no se dé respuesta a esta realidad es la falta de evidencia científica que demuestre al Gobierno y a las empresas los beneficios del turismo para las personas mayores, razón de nuestro estudio. Ya que, a partir de la breve referencia realizada a los **hábitos actuales de viaje** de las personas mayores, se pone de manifiesto que éstas aceptan de forma positiva este tipo de políticas. De hecho, el turismo es una de las actividades más extendidas entre la población mayor tal y como demuestra el hecho de que el 45% de la población europea mayor de 65 años participó en algún viaje en 2008 (Eurostat, 2011b) y que en 2009 en España hubo más de dos millones y medio de turistas mayores lo que representa casi el 34% de la población de 65 y más años (IMSERSO, 2009).

Por otra parte, el **objetivo empírico** de la tesis, desarrollado en el Capítulo III correspondiente a la Metodología y Resultados, persigue analizar el perfil de salud de las personas mayores que viajan en comparación a las que no, y evaluar si viajar influye en la salud de las personas mayores. Para ello se ha utilizado un instrumento que analiza los efectos del turismo en la salud de las personas mayores. Este instrumento supone una revisión y mejora de un cuestionario previo testado en 43 personas de 65 y más años que se basa en el modelo CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) definido en el sub-apartado 3.2 del Marco Teórico. Este modelo establece que el funcionamiento de un individuo depende tanto de su condición de salud como de factores personales y ambientales:

Entre las condiciones de salud, la salud funcional es la que recibe cada vez mayor atención en los trabajos sobre envejecimiento, debido al aumento de personas mayores y discapacitadas y a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (OMS, 2002a). El estado funcional se estudia a través de la valoración que realiza la propia persona sobre su salud y discapacidad (OMS, 2002a) y la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria (OMS, 2002a; Sanjoaquín et al., 2007). Además la calidad de vida en la vejez es un concepto multidisciplinar que debe comprender impresiones subjetivas como la satisfacción con la vida (Iglesias-Souto y Dosil, 2005; Terol et al., 2006). Para medir estas variables, el cuestionario incluye los siguientes índices validados: (i) la versión española del índice SF-12

(Alonso et al., 1998; Vilagut et al., 2005) que valora la salud auto-percibida física y mental del individuo; (ii) el índice de Lawton y Brody (1969) que mide la capacidad del individuo para desempeñar las AIVD; (iii) y la escala de Diener (1985) que valora el grado de satisfacción con la vida del individuo.

Dentro de los factores ambientales o externos, destacan las políticas de promoción de una vida saludable y prevención de la dependencia que tratan de influir positivamente en el individuo así como las relaciones sociales que mantiene, sus creencias y actitudes. Para medir los factores ambientales, en el cuestionario se ha incluido el índice de Berkman y Syme (1979) que mide el grado de integración y apoyo social del individuo.

Los factores personales del individuo se han utilizado en el estudio para homogeneizar los dos grupos de comparación (personas mayores que viajan y personas mayores que no viajan) y poder así analizar las diferencias de salud funcional entre ambos grupos sin que los factores socio-demográficos puedan también influir.

Además de estas variables, el cuestionario incluye ítems que miden los hábitos y preferencias de viaje así como el consumo de recursos sociales y sanitarios.

Para el estudio de los objetivos establecidos y la validación de las hipótesis planteadas en el Capítulo III, se recogieron datos de una muestra de 189 personas de 65 y más años de la ciudad de Valencia y alrededores. Los resultados más relevantes en base a los objetivos e hipótesis planteadas a partir de este objetivo empírico se resumen a continuación:

Objetivo 1.- Estudiar la salud auto-percibida de las personas mayores de 65 años que viajan y de las personas mayores que no viajan.

El primero de los objetivos específicos de este estudio planteaba estudiar la salud auto-percibida física y mental de las personas mayores de 65 años que viajan en comparación a las que no viajan. Los resultados obtenidos al respecto establecen que:

Las personas mayores que viajan gozan de forma estadísticamente significativa de una salud física y mental mejor que las personas que no viajan (salud física: $t=3,21$, $p=0,02$; salud mental: $t=3,00$, $p=0,03$). Además, al comparar la salud física y mental de la muestra con la salud de la población en general, se observa que las personas que viajan presentan una salud, tanto física como mental mayor que dicho valor de referencia ($t=10,95$ y $p=0,00$ para la salud física de los menores de 75 años; $t=12,70$ y $p=0,00$ para la salud mental de los menores de 75 años; $t=6,53$ y $p=0,00$ para la salud física de los de 75 años y más; $t=9,20$ y $p=0,00$ para la salud mental de los de 75 años y más) . Por su parte, las personas mayores que no viajan menores de 75 años presentan valores también superiores al valor de

referencia aunque sólo significativos en la salud física ($t=2,30$ y $p=0,01$). No obstante, las personas de 75 años y más que no viajan presentan valores inferiores al valor de referencia en ambas dimensiones de salud aunque no se puede afirmar que tengan una salud inferior a la población ya que estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Al considerar las distintas dimensiones que componen el índice SF-12, se obtiene que las personas mayores que viajan gozan de una mayor salud general ($t=2,82$; $p=0,01$), función física ($t=3,35$; $p=0,00$), dolor corporal ($t=2,90$; $p=0,00$), función mental ($t=3,25$; $p=0,00$) y función social ($t=2,47$; $p=0,01$) que las personas mayores que no viajan. Al respecto, la salud general mide la valoración personal de la salud; la función física evalúa el grado en que la salud limita al individuo a realizar actividades físicas tales como realizar esfuerzos moderados (por ejemplo, mover una mesa o caminar más de una hora) y subir varios pisos por las escaleras; el dolor corporal mide el efecto del dolor en el trabajo habitual tanto dentro como fuera de casa; la función mental evalúa la valoración personal del sentimiento de tranquilidad y tristeza; y la función social mide el grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social habitual del individuo.

Al comparar las dimensiones de salud alcanzadas por la muestra con la salud de la población general se obtiene que la totalidad de la muestra menor de 75 años presenta una salud mayor que el valor de referencia en las siguientes dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal y función social. Por su parte, las personas menores de 75 años que viajan presentan un rol emocional, una función mental y una vitalidad mayor a la población general ($t=8,85$ y $p=0,00$; $t=10,17$ y $p=0,00$; $t=9,66$ y $p=0,00$; respectivamente). Con respecto a las personas de 75 y más años que viajan, éstas tienen una salud mayor que el valor de referencia en 7 de las 8 dimensiones del SF-12 [función física ($t=5,64$; $p=0,00$), rol físico ($t=5,06$; $p=0,00$), rol emocional ($t=7,72$; $p=0,00$), dolor corporal ($t=5,09$; $p=0,00$), función mental ($t=7,53$; $p=0,00$), vitalidad ($t=3,91$; $p=0,00$) y función social ($t=7,79$; $p=0,00$)]. Por el contrario, las personas de 75 y más años que no viajan presentan una salud mayor que el valor de referencia en sólo una dimensión, rol emocional ($t=4,48$; $p=0,00$); al mismo tiempo que su salud general es inferior a este valor de referencia ($t=-4,02$; $p=0,00$).

Por todo lo anterior,

Hipótesis 1: Las personas mayores que viajan disponen de una mayor salud auto-percibida que las personas mayores que no viajan.

Se **verifica** la hipótesis 2.1. ya que las personas mayores que viajan presentan una salud física y mental mayor que las personas mayores que no viajan en base al índice SF-12. Además, las personas mayores que viajan presentan una salud física

y mental mayor que el valor de referencia poblacional; mientras que entre las personas que no viajan, las personas menores de 75 años presentan una salud física superior a este valor de referencia pero una salud mental similar.

Considerando las distintas dimensiones que componen el instrumento SF-12, las personas mayores que viajan presentan una salud superior que las personas que no viajan en 5 de las 8 dimensiones: salud general, función física, dolor corporal, función mental y función social. Al comparar estas dimensiones con el valor de referencia, las personas menores de 75 años que viajan presentan un rol emocional, una función mental y una vitalidad mayor que la población general, mientras que las personas que no viajan tienen una salud mayor en las dimensiones en las que la totalidad de la muestra presenta una salud mayor que el valor de referencia (función física, rol físico, dolor corporal y función social). Por otro lado, las personas que viajan de 75 y más años tienen una salud mayor que el valor de referencia en 7 de las 8 dimensiones: función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, función mental, vitalidad y función social. Por el contrario, las personas de 75 y más años que no viajan presentan una salud mayor que el valor de referencia en sólo una dimensión, rol emocional, al mismo tiempo que su salud general es inferior a este valor de referencia.

En esta línea, un estudio realizado por la consultora PriceWaterHouseCoopers sobre el programa de vacaciones del IMSERSO establece efectos positivos sobre la salud auto-percibida y calidad de vida de sus usuarios constatando que los participantes se sienten más sanos con la realización de estos viajes (PriceWaterHouseCoopers, 2004). Igualmente, en un informe posterior emitido por el propio IMSERSO se establecen efectos positivos en la salud auto-percibida de los participantes en sus programas de vacaciones, donde además se añaden otros beneficios relacionados con la salud como un incremento de la capacidad física (IMSERSO, 2011). Del mismo modo, la Universidad de Aveiro y la Fundación INATEL evalúan un programa similar en Portugal donde un cuestionario administrado a 1.000 usuarios revela beneficios en las condiciones de salud de los participantes (de Aguiar et al., 2012). Asimismo, este estudio identifica como potenciales efectos positivos de los programas de Turismo Social Accesible beneficios físicos y de nivel psicológico. De la misma forma, un último estudio sobre un programa similar en Chile denominado "Vacaciones para la Tercera Edad en Baja Temporada" revela un impacto biomédico positivo de los viajes, concretamente en aspectos subjetivos de la salud tanto física como mental (Paulo et al., 2004). A la par, otros estudios identifican que el tiempo de ocio, fundamentalmente dedicado al turismo, influye en el bienestar físico, mental y social de las personas mayores (Lee y Tideswall, 2005). A estos efectos,

los beneficios encontrados no implican que el disfrutar de unas vacaciones constituya un remedio para las condiciones de salud individuales, sino que contribuyen a una valoración positiva de la propia salud (McCabe et al., 2010).

Objetivo 2.- Estudiar la capacidad para desempeñar las AIVD de las personas mayores de 65 años que viajan y de las personas mayores de 65 años que no viajan.

Este segundo objetivo específico buscaba relacionar la participación en el turismo con la capacidad para desempeñar las AIVD de las personas mayores que viajan en comparación a las que no viajan. Para analizar esta relación se han comparado las personas de la muestra según el género, debido a las diferencias culturales que se ha encontrado entre la población mayor y que provocan que todavía hoy las mujeres se ocupen en mayor medida de las tareas del hogar que los hombres en este grupo de edad. Por tanto, se ha utilizado la escala completa del índice de Lawton y Brody (1969) para las mujeres, que engloba 8 actividades, y una reducida, de 5 actividades, para los hombres.

Para ambos sexos el valor medio alcanzado del índice por las personas mayores que viajan tanto para varones como para mujeres es estadísticamente superior al de las personas mayores que no viajan ($t=2,30$ y $p=0,03$ para varones y $t=3,70$ y $p=0,00$ para mujeres) alcanzando un valor muy próximo a la categoría de independencia total entre las personas que viajan (5 para hombres y 8 para mujeres). Los resultados obtenidos con este índice permiten afirmar que las personas que viajan presentan una mayor capacidad para realizar las AIVD que las personas que no participan en el turismo. Las diferencias entre ambos grupos se confirman para el caso de las mujeres al evaluar la escala en función de las 4 categorías de dependencia que establece: máxima independencia, dependencia severa, dependencia moderada e independencia total ($X^2=10,81$; $p=0,04$). Por último, al analizar las tareas de forma independiente se obtiene que las personas que viajan presentan una independencia mayor que las que no viajan en las siguientes cuatro actividades: cuidado de la casa ($X^2=7,54$; $p=0,01$), uso del transporte ($X^2=17,95$; $p=0,00$), manejo de su dinero ($X^2=4,49$; $p=0,03$) y responsable de su medicación ($X^2=7,80$; $p=0,01$).

Como consecuencia,

Hipótesis 2: Las personas mayores que viajan presentan una mayor capacidad para desempeñar las AIVD que las personas mayores que no viajan.

Se **verifica** esta segunda hipótesis específica para ambos sexos y se confirma para el caso de las mujeres al comparar las categorías establecidas en el índice de Lawton y Brody (1969). Además, al comparar las tareas que componen el índice por separado se obtiene que las personas que viajan son más independientes que

las que no viajan en 4 de las 8 actividades (cuidado de la casa, uso del transporte, manejo de dinero y responsable de su medicación).

En este sentido, no existen en la literatura estudios que confirmen este beneficio para el caso de las personas mayores, pero sí estudios que identifican una mayor sensación de capacidad, autosuficiencia, independencia y seguridad por parte de las personas con discapacidad gracias a su participación en el turismo (Stilling y Nicolaisen, 2010). Además, en el citado informe del IMSERSO se menciona el desarrollo personal y el enriquecimiento cultural de las personas mayores gracias a los programas de Turismo Social Accesible, aspectos relacionados con su capacidad para desempeñar las AIVD.

Objetivo 3. Conocer el grado de satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años que viajan y de las personas mayores de 65 años que no viajan.

Este tercer objetivo específico perseguía estudiar la satisfacción con la vida de las personas que viajan frente a las que no viajan como impresión subjetiva a incluir dentro del concepto multidisciplinar de calidad de vida en la vejez. Para ello se ha utilizado la escala Diener (Diener et al., 1985) que ofrece una puntuación global y una categorización en 6 niveles de satisfacción.

En base a esta escala, se observa que el porcentaje de personas en las categorías relacionadas con una mayor satisfacción (ligeramente satisfecho y superiores) es superior entre las personas que viajan, mientras que en las categorías que indican una menor satisfacción (ligeramente insatisfecho y posteriores) el porcentaje es mayor entre los mayores que no viajan. No obstante, los análisis realizados no permiten afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas ni en la clasificación por categorías ni en la comparación de medias del valor alcanzado del índice en cada grupo ($p > 0,05$). Sin embargo, al comparar esta media con el estudio de Vázquez et al. (2012) se obtiene que las personas que viajan presentan una media estadísticamente superior al valor de referencia ($t=8,13$; $p=0,00$).

Por ello,

Hipótesis 3: Las personas mayores que viajan están más satisfechas con su vida que las personas mayores que no viajan.

Se **verifica parcialmente** la tercera de las hipótesis específicas ya que a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas en el valor alcanzado por el índice ni en la categorización del mismo entre las personas mayores que viajan y las que no, se obtiene que las personas que viajan presentan un valor del índice superior al valor de referencia obtenido en el estudio de Vázquez et al. (2012) sin que ocurra lo mismo para el caso de las personas mayores que no viajan.

A pesar de no constatar evidencias claras de este beneficio en las personas de nuestra muestra, existen en la literatura estudios que sí han verificado este efecto para este grupo de la población. Así, se ha comprobado que las personas mayores ven incrementado su sentimiento de satisfacción con la vida tras la experiencia vacacional ya que ésta les proporciona un cambio en la rutina diaria y les permite vivir experiencias nuevas (Lee y Tideswell, 2005). En la misma línea, el mencionado informe del IMSERSO define como uno de los beneficios del programa el incremento del bienestar emocional de los participantes (IMSERSO, 2011).

Objetivo 4.- Conocer las relaciones sociales de las personas mayores de 65 años que viajan y de las que no viajan.

Este cuarto objetivo específico planteaba analizar la integración social de las personas mayores que viajan en comparación a las que no viajan utilizando el índice de Berkman-Syme (1979).

Los resultados obtenidos muestran que las personas mayores, tanto si viajan como si no, presentan un nivel de integración social predominantemente medio. De hecho, los análisis realizados no permiten afirmar que existan diferencias estadísticamente entre ambos grupos ($p > 0,05$).

Por lo tanto,

Hipótesis 4: Las personas mayores que viajan están socialmente más integradas que las que no viajan.

No se cumple la cuarta hipótesis específica.

No obstante, la bibliografía al respecto indica que la inclusión social y la lucha contra la soledad que padecen algunas personas mayores es uno de los principales beneficios asociados a los programas de Turismo Social Accesible dirigidos a este grupo de la población (de Aguiar et al., 2012; IMSERSO, 2011). Además, la inclusión social de los participantes en programas de Turismo Social Accesible ha sido confirmada por diversos estudios para otros grupos de la población como familias con pocos recursos económicos (McCabe, 2009; Quinn et al., 2008). En este sentido, resulta relevante destacar que este índice no alcanza un α de Cronbach adecuado en nuestra muestra.

Objetivo 5.- Estudiar el consumo de los recursos sociales y sanitarios por parte de las personas mayores que viajan y de las personas mayores que no viajan.

El quinto objetivo específico planteaba analizar si los beneficios detectados en la salud funcional de las personas mayores que viajan inciden en un menor consumo de los recursos sociales y sanitarios y, consecuentemente, reducen el gasto del Estado y de las familias en estos ámbitos.

Respecto al consumo de recursos sanitarios:

Los resultados alcanzados revelan un consumo similar de las personas mayores en el último año, independientemente de si viajan o no, referente a: número de consultas médicas; tipo de profesionales consultados; motivos de las consultas; hospitalizaciones, número de días hospitalizados y motivo de hospitalización; y número de veces de utilización del servicio de urgencias.

Sin embargo, las personas que no viajan visitan en mayor medida el ambulatorio que las personas que viajan ($X^2=5,93$; $p=0,03$); se han realizado más TACs y resonancias que las personas que viajan ($X^2=4,03$, $p=0,05$; $X^2=0,63$, $p=0,04$); y han utilizado más el servicio de urgencias ($x^2=6,13$; $p=0,01$).

Respecto al consumo de recursos sociales:

Los resultados muestran que las personas que no viajan utilizan en mayor medida el servicio de ayuda a domicilio ($X^2=6,85$; $p=0,01$) y cuentan con los servicios de una persona cuidadora ($X^2=4,84$; $p=0,03$) que las personas mayores que no viajan. Por lo tanto,

Hipótesis 5: Las personas mayores que viajan realizan un menor consumo de recursos sociales y sanitarios que las personas mayores que no viajan.

Se **confirma parcialmente** la hipótesis específica 5 en la medida en que los resultados muestran un menor consumo por parte de las personas mayores que viajan frente a las que no viajan del servicio de ayuda a domicilio y de los servicios de un cuidador/a (recurso social); y visitas al ambulatorio, realización de TACs y resonancias, y utilización del servicio de urgencias (recursos sanitarios).

En este sentido, el mencionado informe del IMSERSO detecta también la potencial reducción en asistencia médica y farmacéutica gracias a las mejoras en la calidad de vida propiciadas por el programa (IMSERSO, 2011). Aunque en la literatura no existen evidencias científicas al respecto, las consecuencias de la no participación en el turismo han sido relacionadas con un aumento de los gastos sociales en salud y bienestar (Hazel, 2005).

Objetivo 6. Analizar si viajar influye de forma positiva en la salud de las personas mayores.

Este objetivo perseguía analizar si viajar influye en la salud de las personas mayores ya que el diseño comparativo utilizado en el estudio empírico sólo ha permitido comparar el perfil de los dos grupos sin poder atribuir las diferencias

encontradas a la práctica del turismo. En este sentido, el modelo analizado a través de ecuaciones estructurales y propuesto en base al modelo teórico seguido a lo largo de la presente tesis doctoral que define la salud del individuo a partir del modelo CIF permite realizar inferencias causales acerca de que la práctica de turismo influye positivamente en varias dimensiones de salud de las personas mayores. Concretamente, los resultados han permitido confirmar que viajar influye de forma positiva en la salud auto-percibida física y mental, en la satisfacción con la vida y en la capacidad para desempeñar AIVD de las personas mayores pero no en el apoyo social. Este modelo nos permite afirmar que efectivamente el viajar influye en la salud de las personas mayores, es decir, que existe una influencia positiva en esa dirección independientemente de que pueda existir también una influencia positiva en la dirección contraria. Por lo tanto,

Hipótesis 6: Viajar influye de forma positiva en la salud de las personas mayores

Se **confirma parcialmente** la hipótesis ya que viajar influye en la salud auto-percibida física y mental, en la capacidad para desempeñar las AIVD y en la satisfacción con la vida pero no en el apoyo social de las personas mayores.

En esta línea, existe en la literatura una falta de estudios científicos que analicen cuantitativamente el impacto del turismo en la salud de las personas mayores. No obstante, sí encontramos informes de valoración de programas de Turismo Social Accesible que corroboran la influencia positiva del turismo en la salud de las personas mayores y que han sido mencionados en el objetivo 1. El resultado obtenido con el modelo de ecuaciones estructurales confirma que viajar influye positivamente en la salud de las personas mayores. Así, a pesar de que se asume que encontrarse sano es una de las condiciones para participar en actividades, en este caso viajar, la participación en actividades también ayuda a que las personas se sientan mejor y más sanas (Matsuo et al., 2003). Esto puede ser debido a que viajar implica la realización de una serie de actividades físicas y cognitivas diferentes a las que las personas mayores realizan en su vida diaria. Precisamente, la realización de visitas, dar paseos y asistir a actividades son aspectos que inciden en el estado físico y anímico de los turistas mayores (PriceWaterHouseCoopers, 2004) y que ayudan a la persona mayor a mantenerse activa pudiendo aumentar su esperanza de vida (Alén et al., 2010).

Objetivo 7. Plantear propuestas de mejora para la incorporación del turismo social accesible para personas mayores, en base a sus preferencias y hábitos de viaje.

Este objetivo específico planteaba conocer los hábitos de viaje de las personas mayores para ofrecer recomendaciones sobre las características del tipo de viaje a ofrecer en el Turismo Social Accesible. Al respecto, cabe señalar que un 61,07% del

total de personas mayores que viajan y un 52,50% de las personas mayores que no viajan disfrutan viajando. De ello se deduce que algunas personas mayores encuentran dificultades en su participación en el turismo y por ello, aunque disfruten viajando no lo hacen. En efecto, las personas mayores que no viajan revelan, en mayor medida que las personas que viajan, que no viajan para evitar los posibles problemas que se pueden encontrar. Además, los resultados muestran que las dificultades no son económicas ya que sólo un 30,00% de las personas que no viajan declaran que viajar les supone un gasto extraordinario debido a sus necesidades, además se ha visto en el análisis descriptivo de la muestra que ambos grupos presentan unos ingresos mensuales similares.

Por otro lado, los análisis reflejan que las personas que no viajan sienten en mayor medida que viajar les supone una dificultad debido a sus necesidades especiales (40,00% de acuerdo o bastante de acuerdo) y un mayor sentimiento de inseguridad e independencia (40,00% de acuerdo o bastante de acuerdo) que las personas mayores que viajan (13,43% y 11,41% de acuerdo y bastante de acuerdo, respectivamente). Sin embargo, las personas que no viajan no sienten una pérdida de independencia diferente a la manifestada por las personas que viajan. Por otro lado, las personas mayores que viajan revelan que viajar les ayuda a evadirse de los problemas diarios en mayor medida que las personas que no viajan (66,44% frente a 37,50% de acuerdo o bastante de acuerdo). Esto refleja las barreras personales que las personas mayores que no viajan sufren en su acceso al turismo. En efecto, la seguridad de los destinos es un aspecto muy importante para las personas mayores (Esichaikul, 2012; Hsu, 2001; Linquist y Bjork, 2000).

Entre las barreras de acceso al turismo, la mayoría no declara encontrar obstáculos en el disfrute de alojamientos, restaurantes y cafeterías, actividades de ocio, entorno natural y entorno urbano. Respecto a los medios de transporte, destaca el autobús como medio preferido de la muestra (46,20%) y el avión como el medio de transporte asociado a más obstáculos, identificando como principales obstáculos el miedo a volar seguido del acceso físico, el acceso a la información y la comunicación con el personal.

Los hábitos detectados en las personas mayores tras realizar el análisis, teniendo en cuenta sólo a las personas que viajaron en 2011, son:

- la media de viajes realizados asciende a 4,74 siendo estos en mayor medida de varias noches de duración y la media de excursiones de 1,60;
- el hotel es el medio de alojamiento más utilizado seguido de la casa de familiares y/o amigos y la segunda residencia, siendo los hoteles los

- alojamientos ofrecidos en los programas promocionados por el IMSERSO y similares;
- la información sobre los viajes se obtiene principalmente en agencias y asociaciones, por el contrario en los estudios de Alén et al. (2010) y Armadans et al. (2002) se identifican como principales fuentes el boca a boca de familiares y amigos así como la prensa y radio;
 - el motivo principal de los viajes es disfrutar de una temporada de ocio y/o vacaciones, al igual que indican los estudios de Alén et al., (2010), Esichaikul (2012) y Fleischer y Pizan (2002);
 - prefieren viajar con sus familiares, tal y como se refleja en la literatura (IMSERSO, 2009);
 - suelen viajar con viajes organizados por la comodidad que les proporciona y su precio; así a nivel europeo el 30% de los paquetes turísticos son comprados por las personas mayores de 65 años (Demunter, 2012); y
 - prefieren viajar durante primavera, por los descuentos ofrecidos y el clima, tal y como indica el informe sobre el programa Calypso referenciado en varias ocasiones a lo largo de este estudio (Ramboll Management Consulting et al., 2010).

Por lo tanto, el **esquema de programa de Turismo Social Accesible propuesto** en base a las preferencias de las personas mayores es:

- Duración: varias noches.
- Alojamiento: hotel.
- Promoción a través de: agencias de viajes y asociaciones/clubes de personas mayores o jubiladas.
- Tipología: viaje organizado que incluya el desplazamiento, hotel, visitas, etc.
- Motivación: ocio y entretenimiento.
- Participantes: personas mayores y posibilidad de incluir familiares.
- Épocas: primavera.
- Medio de transporte: autobús.
- Otras consideraciones:

Propuestas:

Disponer de personal turístico con formación adecuada en materia de atención y necesidades de las personas mayores para eliminar los miedos e inseguridades de las personas mayores a participar en el turismo.

Contar con un seguro que asista a las personas mayores ante cualquier adversidad.

Asimismo, en la oferta de productos turísticos para las personas mayores se debe atender a la heterogeneidad de este grupo de la población que tiene distintos gustos y preferencias (Fleischer y Pizam, 2002). Por ello, a pesar de ofrecerse un esquema base los programas de Turismo Social Accesible, se deben procurar distintas posibilidades que se adapten a un grupo que cada vez más exige menos viajes de “mesa y mantel” y más viajes culturales, deportivos, etc. según las conclusiones ofrecidas en la jornada de “Turismo Social Accesible de Calidad para las Personas Mayores” celebrada en mayo de 2013 en Valencia.

V. CONCLUSIONES

Esta tesis doctoral confirma la idoneidad de la utilización del Turismo Social Accesible como estrategia de política social para la promoción del envejecimiento activo y saludable y analiza el perfil de salud de las personas mayores que viajan a la vez que ofrece a la comunidad científica un instrumento de valoración de los efectos del turismo en la salud funcional de las personas mayores y en su consumo de recursos sociales y sanitarios.

Así, la presente tesis ha llevado a cabo una amplia revisión bibliográfica sobre los beneficios sociales de la participación en programas de Turismo Social Accesible que se ha ampliado con el análisis de los resultados obtenidos con el instrumento diseñado y que han permitido establecer, con un modelo de ecuaciones estructurales, el hecho de que viajar influye de forma positiva en la salud auto-percibida física y mental, en la capacidad para desempeñar las AIVD y en la satisfacción con la vida de las personas mayores. Estas tres variables conforman las condiciones de salud del modelo CIF seguido a lo largo de la presente tesis. Estos resultados confirman algunos de los estudios e informes disponibles en la literatura y que han sido analizados en el Marco Teórico.

El apoyo social no aparece en nuestros resultados como una variable significativa dentro del modelo estructural propuesto. Sin embargo, la inclusión social y la lucha contra la soledad que padecen algunas personas mayores es uno de los principales beneficios asociados a los programas de Turismo Social Accesible dirigidos a este grupo de la población (de Aguiar et al, 2012; IMSERSO, 2011). Se requieren por tanto más estudios sobre esta variable utilizando quizá otro instrumento más ajustado a nuestro contexto actual, ya que además este instrumento no presentaba un buen nivel de fiabilidad en nuestro estudio.

A estos efectos, el perfil de salud de las personas mayores que viajan en comparación a las que no viajan ha quedado definido del siguiente modo:

- Las personas mayores que viajan presentan una salud física y mental mayor que las personas mayores que no viajan. Además, las personas mayores que viajan presentan una salud física y mental mayor que el valor de referencia poblacional.

- Las personas mayores que viajan presentan una capacidad mayor para desempeñar las AIVD.
- Las personas que viajan presentan una satisfacción con la vida superior a la población general.

Por otro lado, los beneficios económicos asociados a la promoción del Turismo Social Accesible se han analizado a partir de un amplia revisión bibliográfica que constata que la promoción de un turismo para todos es una oportunidad de negocio porque: contempla un mercado creciente, ayuda a la desestacionalización del sector turístico (EESC, 2006), refuerza la competitividad y calidad del sector (Fraiz et al., 2008), responde a los cambios en los estilos de vida (Fraiz et al., 2008), contribuye al desarrollo regional (de Aguilar et al., 2012; EESC, 2006), favorece la fidelidad de los clientes (de Aguilar et al., 2012), mejora la imagen de la entidad que lo promociona (Stamm et al., 2011) y crea empleo (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007). Sin embargo y a pesar de varias iniciativas, el sector turístico todavía no responde ante esta nueva realidad social debido, principalmente, a la connotación negativa del Turismo Social Accesible y a la falta de visión de la rentabilidad asociada a las inversiones necesarias para adaptar las infraestructuras y los servicios a todos (Ramboll Management Consultin et al., 2010).

En base a los beneficios del Turismo Social Accesible, el turismo puede utilizarse como estrategia en las Políticas Sociales enfocadas a la salud y el bienestar de los ciudadanos. Además, las entidades públicas han visto en la promoción de programas de Turismo Social Accesible no sólo una herramienta de cohesión social, sino también un instrumento de desarrollo regional, creación de empleo en el sector turístico, ingresos públicos, ahorro para el Gobierno y desarrollo de una agenda sostenible (EESC, 2006). En lo que a la reducción de gasto social y sanitario se refiere, los resultados obtenidos en la presente tesis revelan un menor consumo de las personas mayores que viajan en comparación a las que no viajan en el servicio de ayuda a domicilio y en la necesidad de un cuidador/a (recursos sociales) y en visitas al ambulatorio, realización de TACs y resonancias, y utilización del servicio de urgencias (recursos sanitarios). En esta línea y aunque en la literatura no existen evidencias científicas al respecto, las consecuencias de la no participación en el turismo han sido relacionadas con un aumento de los gastos sociales en salud y bienestar (Hazel, 2005).

En este sentido, la utilización del turismo como Política Social ha sido discutida en otros estudios que resaltan el papel de las vacaciones como una forma de intervención que, comparada con el coste de otras medidas sociales que persiguen los mismos objetivos, puede verse como una medida eficiente (Minnaert y Schapmans, 2009). Por ello, la presente tesis anima a los Estados Miembros a

desarrollar una Política de Turismo Social como estrategia innovadora de promoción de un envejecimiento activo y saludable a la vez que se potencian otros beneficios, tal y como se establece en el Modelo de Turismo Sostenible Garcés-Ferri (2012): beneficios económicos, construcción de entornos amigables y eficiencia de los sistemas sociales y sanitarios. A pesar de encontrarnos en una situación de recesión económica, donde los Estados deben enfrentarse a reducciones presupuestarias y a la necesidad de intervenir en diversos aspectos para minimizar los efectos negativos en la sociedad, consideramos que este tipo de políticas son eficientes y ayudan a la inclusión social de las personas que, como consecuencia de la crisis económica, no pueden acceder a unas vacaciones. Esto es especialmente relevante debido a que hoy en día hacer turismo es parte de la vida social de los europeos y no disfrutar de unas vacaciones se ha convertido en un indicador de pobreza (Dawson, 1988; Minnaert et al., 2010).

A estos efectos, consideramos que la causa principal de que en nuestro país no se dé respuesta a esta realidad es la falta de evidenciación científica que demuestre al Gobierno y a las empresas los beneficios del turismo para personas mayores, razón de nuestro estudio. Ya que el análisis realizado permite confirmar la aceptación de esta clase de programas entre las y los usuarios finales al afirmar la mayoría de las personas de la muestra, tanto si viajan como si no, que disfrutan viajando. Por ello, a lo largo de la tesis se han detallado los beneficios económicos para la Administración y para las empresas privadas así como los beneficios sociales asociados al Turismo Social Accesible y se ha demostrado su influencia en las condiciones de salud de las personas mayores así como sustituir el índice de Barkman y Syme ya que en este estudio no alcanza buenos niveles de fiabilidad.

Las limitaciones de la investigación se centran principalmente en el instrumento utilizado. Este instrumento es una revisión y mejora de un cuestionario previo testado en 43 personas de 65 y más años de edad. Sin embargo, el cuestionario sigue siendo demasiado largo lo que limita la participación de las personas mayores y además este aspecto retrasó la ejecución de la investigación ya que se quería conseguir una muestra representativa. Asimismo, su dimensión hace que en ocasiones, las personas mayores aun ofreciéndose a participar de forma voluntaria no contesten todas las preguntas dando lugar a numerosos valores perdidos que impactan negativamente en los análisis. Por ello, se recomienda para futuras investigaciones reducir la extensión del cuestionario mediante, por ejemplo, la utilización del SF-8 en lugar del SF-12 así como eliminar ítems de preferencias de viaje y consumo de recursos sociales y sanitarios. Por otro lado, la nueva escala introducida, la escala de Diener (Diener et al., 1985) que mide la satisfacción con la vida, resulta difícil de comprender por parte de los encuestados tal y como nos han

mostrado en las entrevistas personales realizadas, por lo que se recomienda utilizar otra escala más sencilla para medir esa variable.

Las líneas futuras de investigación se dirigen en dos direcciones principales. La primera en involucrar en el estudio a personas mayores de otras comunidades autónomas para comprobar si los resultados obtenidos son extrapolables a las personas mayores de fuera de Valencia y alrededores. En segundo lugar, sería interesante pasar el cuestionario a una misma muestra en dos momentos temporales para medir la evolución de los beneficios encontrados en el largo plazo.

VI. REFERENCIAS

Abellán, A. y Ayala A. (2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012*. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores nº 131.

Adria Partners. (2010). *Calypso Study on Social Tourism*. Austria. Country study.

AENOR. (2012). *¿Qué es una norma?*. [online]. [ref. 9 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.aenor.es/aenor/normas/normas/quees_norma.asp

Agencia Catalana de Turismo. (2013). *Turismo Accesible*. [online]. [ref. 10 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.act.cat/408/turismo-accesible/?lang=es>

Alén, M.E.; Domínguez, T. y Fraíz, A. (2010). El turismo sénior como segmento de mercado emergente. *Cuadernos de turismo*, nº26: pp. 9-24.

Allen, T. y Lanzieri, G. (2008). *Population projections 2008-2060: From 2015, deaths projects to outnumber births in the EU27*. Eurostat newsrelease.

Alonso, F.; Roca, A.; Calle, M.; Pazos, J.M.; García, M.; Sanz, A. y Vega, P. (2002). *Libro Verde de la Accesibilidad en España: Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras*. IMSERSO. Madrid.

Alonso, F. (2003). *Acceplan. Plan de accesibilidad 2003-2010*. Libro Blanco. Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales.

Alonso, J.; Regidor, E.; Barrio, G.; Prieto, L.; Rodríguez, C. y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 11 (111): pp. 410-416. Barcelona.

Álvarez, A. (1994). *El ocio turístico en las sociedades industriales avanzadas*. Editorial Bosch. Barcelona.

Álvarez, C. (2006). *Un ejemplo para Europa*. Turismo sénior un segmento que rejuvenece. Hosteltur, comunicado para el turismo del futuro.

Ambrose, I. (2012). *European Policies for Accessible Tourism*. Capítulo 2 del libro editado por Dimitros Buhalis, Simon Darcy y Ivor Ambrose *Best practice in accessible Tourism. Inclusion, Disability , Ageing Population and Tourism*. Channel View Publications. Bristol. Reino Unido.

Amer, J. (2009). Los debates sobre la percepción social del Turismo en las Islas Baleares. Universidad de las Islas Baleares. *Nimbus*, 23-24, 5-23.

Andalucía Lab. (2012). Foro *Estrategias de Negocios Inteligentes: Accesibilidad y Turismo*. [online]. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.andalucialab.org/eventos/foro-de-accesibilidad-y-turismo/>

Anderson, B. y Langmeyer, L. (1982). The Under 50 and Over Travelers: A Profile of Similarities and Differences. *Journal of Travel Research*, 20(4): pp. 20-24.

Archer, B.; Cooper, B. y Ruhanen, L. (2012). The positive and negative impacts of tourism. Capítulo 5 del libro editado por William F. F *Global Tourism*. Routledge. Reino Unido.

Armadans, I.; Sopena, J.M. y Pol, E. (2000). *Ocio-turístico de la gente mayor y redes neuronales*. Comunicación presentada en el VI Congreso Mundial de Ocio "Ocio y Desarrollo Humano", celebrado en Bilbao.

Armadans, I.; Pol, E. y Sopean M.J. (2002). *Actividad de ocio-turístico y personas mayores: Análisis de diferencias Psicosociales entre "Viajeros" y "No Viajeros"*. Tesis doctoral. Barcelona.

Arnaiz, S.M. y Dachary, A.C. (1998). Turismo una conceptualización necesaria. *Estudios y Perspectivas en Turismo* (7): pp. 47-62.

ASEBI - Asociación Bizkaia Elkartea espina bífica e hirocefalia (2012). *Gobierno de Aragón y la Caixa mejoran la accesibilidad del Parque Nacional de Ordesa* [online]. Noticias. [ref. 17 de febrero 2013]. Disponible en: <http://www.asebi.es/gobierno-de-aragon-y-la-caixa-mejoran-la-accesibilidad-del-parque-nacional-de-ordesa/>

AsturAccesible (2013). *Turismo Accesible en Asturias*. [online]. [ref. 17 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.asturaccesible.com/>

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. (2013). *Vitoria-Gasteiz accesible - Plan de Accesibilidad*. [online]. [ref. 16 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.vitoria-gasteiz.org/we001/was/we001Action.do?idioma=es&aplicacion=wb021&tabla=contenido&uid=u6a65209f_128a480144f__7ff3

Barnard, A. y Spencer, J. (1998). *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. Routledge. London.

Baumgartner, C. (2011). *Social Tourism Sustainability*. Capítulo 10 del libro editado por Scott McCabe, Lynn Minnaert y Anya Diekman *Social Tourism in Europe: Theory and Practice (Aspects of Tourism)*. Channel View Publications. Bristol. Reino Unido.

Bentler, P.M. (2006). EQS 6 Structural Equations Program Manual. Encino, CA. Multivariate Software, Inc.

Bergier, B.; Bergier, J. y Kubinska, Z. (2010). Environmental Determinants of Participation in Tourism and Recreation of People with Varying Degrees of

Disability. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A.* (73), Issue 17-18.

Berkman, L. y Syme, S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up of Alameda county residents. *Am J Epidemiol*, 109: pp. 186–204.

Brunt, P.; Mawby, R. y Hambly, Z. (2000). Tourist victimization and the fear of crime on holiday. *Tourism management*, 21: pp. 417-424.

Buhalis, D.; Michopoulon, E.; Eichhorn, v. y Miller G. (2005). *Accessibility market and stakeholders analysis – One-Stop-Shop for Accessible Tourism in Europe* (OSSATE). University of Surrey. Reino Unido.

Cabildo de Tenerife. (2013). *Turismo Accesible* [online]. [ref. 17 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.tenerife.es/wps/portal/!ut/p/c0/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnF1MPFzcPIwOD0CAjA08fMxMvFx9_P3dXE_3g1OJ412D9gmxHRQAAhHZv/

Carretero, S.; Garcés, J. y Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Tirant lo Blanch, Valencia.

Carretero, S.; Garcés, J.; Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2008). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40 (1): 74-79.

Carretero, S.; Garcés, J.; Ródenas, F.; Ferrando, M. y Cordero, L. (2009). *The role of informal care in LTC. National report Spain*. [online]. Interlinks. [ref. 25 de junio de 2012]. Disponible en: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_ES_final1.pdf

Carretero, S.; Cordero, L. y Garcés, J. (2011). *Agenda Estratégica de I+D+I del sector Turismo*. Plataforma Tecnológica del Turismo Thinktur. Grupo de Estrategia Transversal 1. GET1: Accesibilidad.

Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales, núm. 6. Fundación La Caixa. Barcelona

Castilla-La Mancha. (2006). *Manual de accesibilidad integral*. [online]. Introducción. [ref. 15 de junio de 2012]. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/social/aaccesibilidad/01intro/pag002.htm>

Castilla-La Mancha. (2012a). *Consejo Regional de Accesibilidad*. [online]. [ref. 1 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.jccm.es/web/index/campania1212675657778pl/1193043149153.html>

Castilla-La Mancha. (2012b). *Accesibilidad integral*. [online]. [ref. 1 de junio de 2012]. Disponible en:

<http://www.jccm.es/web/es/CastillaLaMancha/index/plan1212675666860pl/1212678115048.html>

Causapié et al. (2011). *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Cayo, L. (2005). *Plan de Acción del CERMI de Turismo Accesible para Todas las Personas*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).

CERMI. (2002). *El plan de Accesibilidad a las playas españolas. Nuestro mar sin barreras*. [online]. [ref. 15 de mayo de 212]. Disponible en: <http://www.cermi.es/es-ES/Cermi.es/Revista/Lists/Revistas/Attachments/14/1823.pdf>

Cleaver, M.; Muller T.E.; Ruys, H.M. y Wei, S. (1999). Tourism Product Development for the senior market, based on travel-motive research. *Tourism Recreation Research*, 24 (1): pp. 5-11.

Cobo, P. (2006). *El Libro Blanco. Conceptualización de la dependencia y su impacto sobre la población a proteger*. La Ley de la dependencia nuevo derecho a proteger. Claridad, 4ª Etapa: pp. 4-8.

Cohen, R y Kennedy, P. (2000). *Global Sociology*. Macmillan. London.

Colombo, F.; Llana-Nozal, A.; Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Comisión de las Comunidades Europeas. (2007). *Comunicación de la Comisión. Agenda para un turismo europeo sostenible y competitivo*. COM (2007) 621 final. Bruselas.

Comisión Europea. (2010a). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Europa, primer destino turístico del mundo: un nuevo marco político para el turismo europeo*. COM (2010) 352 final. Bruselas.

Comisión Europea (2010b). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Estrategia europea sobre discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*. COM (2010). 636 final. Bruselas.

Comisión Europea. (2011). *Iniciativa Calypso: el turismo al alcance de todos*. Luxemburgo.

Commission of the European Communities. (2006). *Communication from the commission: A renewed EU Tourism Policy: Towards a stronger partnership for European Tourism*. COM (2006) 134 final. Bruselas.

Consejería de Cultura y Turismo. (2008). *Orden CYT/212/2008 de 5 de febrero Convocatoria Subvenciones Mejora de la Calidad para Entidades Locales*. Junta de Castilla y León.

Consejería de Cultura y Turismo. (2010). *Orden CYT/1307/2010, de 10 de septiembre, por la que se convocan subvenciones destinadas a entidades locales para financiar actuaciones de mejora de la calidad en las infraestructuras turísticas en destino para el año 2010*. Comunidad de Castilla y León. Boletín oficial de Castilla y León, núm.186: pp. 72883-72896.

Consejería de Fomento. D.G. de Urbanismo, Arquitectura y Ordenación del Territorio. (2004). *Plan director de accesibilidad de Extremadura*. [online]. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: <http://fomento.gobex.es/informacion-ciudadano/accesibilidad/planes-ayudas-guias/PlanDirectorAccesibilidadExt.pdf>

Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo. (2012a). *Accesibilidad*. [online]. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: <http://fomento.gobex.es/informacion-ciudadano/accesibilidad.html>

Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo. (2012b). *Oficina Técnica de Accesibilidad de Extremadura*. [online]. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: <http://fomento.gobex.es/informacion-ciudadano/accesibilidad/otaex.html>

Consejería de Innovación, Industria, Turismo y Comercio. (2012). *Plan de Marketing Turístico de Cantabria 2012*. [online]. Gobierno de Cantabria. [ref. 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.santanderincoming.com/descargas/PLAN_MARKETING_TURISMO_CANTABRIA_2012.pdf

Consejería de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía. (2011). *PCTA 1012. Plan de Calidad Turística de Andalucía. Excelencia, Innovación: claves para un desarrollo turístico sostenible y responsable*. Plan de Calidad Turística de Andalucía 2012.

Consejería de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía. (2012). *Innovación: Andalucía Lab*. [online]. [ref. 19 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/opencms/organigrama/consejero/viceconsejeria/turismo/andalucia-lab/>

Consejería de Turismo y Comercio. (2013). *Consejería de Turismo y Comercio*. [online]. [ref. 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/turismoycomercio/opencms/organigrama/consejero/viceconsejeria/turismo/calidad/establecimientos-espacios-certificados/index.html>

Consejo de Europa. (1998). *Recomendación N° R (98) 11 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la organización de la atención sanitaria a los enfermos crónicos. Adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados de Ministros.*

Consejo para la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras. (2012). *Qué es.* [online]. Consejo. Información. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1174640573399&language=es&pageid=1174640573147&pagename=CASB%2FPage%2FCASB_pintarContenidoFinal

Conselleria de Bienestar Social. (2012a). *Playas accesibles.* [online]. Personas con discapacidad. Accesibilidad. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.bsosocial.gva.es/portal/portal?id=5330#>

Conselleria de Bienestar Social. (2012b). *Cursos sobre accesibilidad.* [online]. Personas con discapacidad. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.bsosocial.gva.es/portal/portal?id=6820&sec=1262012121959>

Conselleria de Turisme i Esports (2012). *Plan Integral de Turismo de las Islas Baleares 2012-2015.* Govern de les Illes Balears.

Conselleria de Turismo, Cultura y Deporte. (2012). *Plan Operativo del Turismo Comunitat Valenciana.* [online]. [ref. 25 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.turisme.gva.es/turisme/es/files/pdf/planificacion/Plan_Operativo_del_Turismo_en_la_Comunitat_Valenciana_2012.pdf

Consumer-Grupo Eroski. (2002). *Un centenar de campings de todo el país, analizados: Uno de cada tres suspende el examen.*

Cuypers, K.; Krokstand, S.; Lingaas, T.; Skjei, M.; Olov, L. y Holmen, J. (2011). *Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study.* *Epidemiol Community Health.* Norway.

Darcy, S. (1998). *Anxiety to access: tourism patterns and experiences of New South Wales people with a physical disability.* Tourism New South Wales. Sydney.

Darcy, S. (2003). *Disabling journeys: The tourism patterns of people with impairments in Australia.* Artículo presentado en Riding the Wave of Tourism and hospitality Research, CAUTHE-Southern Cross University. Lismore.

Darcy, S. (2006). *Setting a Research Agenda for Accessible Tourism.* CRC for Sustainable Tourism. Griffith University, Australia.

Darcy, S.; Cameron, B.; Dwyer, L.; Taylor, T.; Wong, E. y Thomson, A. (2008). *Visitors accessibility in urban centres.* CRC for sustainable Tourism.

Darcy, S. (2009). *Hotel accommodation, accessible tourism and market principles*.

Darcy, S. y Dickson, T.J. (2009). A Whole-of-Life Approach to Tourism: The Case for Accessible Tourism Experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 16: pp. 32–44.

Daruwalla, P. y Darcy, S. (2004). Personal and societal attitudes to disability. *Annals of Tourism Research*, 3 (32): pp. 549–570.

Dawson, D. (1988). Leisure and definition of poverty. *Leisure Studies*, 7(3): pp. 221-231.

de Aguiar, M.C.; Aibéo, M.J.; Kastenholts, E. y Dourado, H.M. (2012). *Social Tourism Programmes*. Report I. Universidade de Aveiro y Fundación INATEL.

Demunter, C. (2012). *Europeans aged 65+ spent a third more on tourism in 2011 compared with 2006*. Eurostat Statistics in focus 43/2012. Industry, trade and services. Population and social conditions.

Departamento de Industria, Innovación, Comercio y Turismo. (2012). *MET – Ayudas para la modernización de las empresas turísticas 2012*. [online]. Gobierno Vasco. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.industria.ejgv.euskadi.net/r44-ed006/es/contenidos/ayuda_subvencion/met_2012/es_met_20/es_arch.html

Détente Consultants. (2010a). *Calypso Study on Social Tourism*. Bulgaria. Country study.

Détente Consultants. (2010b). *Calypso Study on Social Tourism*. Greece. Country study.

Détente Consultants. (2010c). *Calypso Study on Social Tourism*. Slovakia. Country study.

Détente Consultants. (2010d). *Calypso Study on Social Tourism*. Cyprus. Country study.

Diariodecadiz.es. (2011). *El Plan de Calidad andaluz apuesta por un turismo accesible, transversal y sostenible*. [online]. Noticias. [ref. 2 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.diariodecadiz.es/article/economia/919800/plan/calidad/andaluz/apuesta/por/turismo/accesible/transversal/y/sostenible.html>

Diener, E.; Emmons, R.; Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49: pp. 71-75.

Diekman, A.; McCabe, S. y Minnaert, L. (2011). *Social Tourism Today: Stakeholders, and Supply and Demand Factors*. Capítulo 3 del libro editado por Scott McCabe, Lynn Minnaert y Anya Diekman *Social Tourism in Europe: Theory and Practice (Aspects of Tourism)*. Channel View Publications. Bristol. Reino Unido.

Diotallevi, M. (2013). *Informe sobre el Turismo Accesible*. [online]. Presentación en FITUR el 31 de enero de 2013 en Madrid. [ref. 2 de febrero de 2013]. Disponible en: http://dtxtq4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/2_-_m._diotallevi_-_informe_sobre_el_turismo_accesible_web.pdf

Diputación Provincial de Valencia. (2013). *Anuncio de la Excelentísima Diputación Provincial de Valencia sobre la publicación del Programa Provincial por el Empleo Hotelero y el Turismo Social para 2013*. Butlletí Oficial de la Província de València.

Discapnet. (2012). *Castilla y León accesible por Naturaleza*. [online]. [ref. 7 de junio de 2012]. Disponible en: <http://sid.usal.es/noticias/discapacidad/42206/1-1/castilla-y-leon-accesible-por-naturaleza.aspx>

Durá, E.; Garcés, J. y Ferri, M. (2011). *E.1.2. Informe sobre criterios de accesibilidad universal a los recursos turísticos*. Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos en España (SOCIALTOURISM), proyecto financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (ref.: CS0201015425).

Durá, E.; Garcés, J. y Ferri, M. (2012a). *E.1.3. Cuestionario de evaluación de la accesibilidad universal turística*. Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos en España (SOCIALTOURISM), proyecto financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (ref.: CS0201015425).

Durá, E.; Garcés, J. y Ferri, M. (2012b). *E.1.4. Guía de implantación de mejora de la accesibilidad universal*. Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos en España (SOCIALTOURISM), proyecto financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (ref.: CS0201015425).

Durá, E.; Garcés, J. y Ferri, M. (2012c). *E.1.5. Protocolo de uso del modelo de accesibilidad universal turística*. Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo Social Accesible para todos en España (SOCIALTOURISM), proyecto financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (ref.: CS0201015425).

EESC. (2006). *Opinion of the European Economic and Social Committee on Social tourism in Europe (2006/C 318/12)*. Official Journal of the European Union C 318/67.

Eichhorn, V.; Miller, G.; Michopoulou, E. y Buhalis, D. (2007). Enabling Disabled Tourists? Accessibility Tourism Information Schemes. *Annals of Tourism Research*.

elEconomista. (2010). *La Comunidad Valenciana destina 240.000 euros este año a la accesibilidad de sus playas*. [online]. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.eleconomista.es/turismo-viajes/noticias/2356484/08/10/La->

[Comunidad-Valenciana-destina-240000-euros-este-ano-a-la-accesibilidad-de-sus-playas.html](#)

ENAT. (2009). *UK Tourism Firms Encouraged to Improve Accessibility*. [online]. News. [ref. 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.accessibletourism.org/?i=enat.en.news.713>

ENAT. (2013). *EU Study: Mapping the Skills and Training Needs to Improve Accessibility in Tourism Services*. [online]. [ref. 25 de febrero de 2013] http://www.accessibletourism.org/?i=enat.en.enat_projects_and_good_practices.1408

Enterprise and Industry. (2013). *Calypso (social tourism)*. [online]. Main Activities. [ref. 25 de febrero de 2013] Disponible en: <http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/tourism/calypso/>

Esichaikul, R. (2012). Travel motivations, behavior and requirements of European senior tourists to Thailand. Pasos. *Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 10 (2): pp. 47-55.

Espejo, B., López, M.T. y Vega, T. (1998). Para Comprender el ocio. Publicado en el libro editado por Fernando Gil *Colección Para Leer, comprender, vivir*; 68, pp. 102-106. Editorial Verbo Divino. Navarra.

Europa Press. (2010). *El programa 'Playas Accesibles', dirigido a personas con movilidad reducida, funciona ya en 16 playas*. [online]. 20 minutos. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/759684/0/>

Europa Press. (2011). *Valencia se ha convertido en un destino turístico "accesible y global para todos sus visitantes"*. [online]. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.finanzas.com/noticias/economia/2011-06-03/496563_valencia-convertido-destino-turistico-accesible.html

Europa Press. (2012a). *La Junta invertirá 7 millones de euros en la mejora de las playas malagueñas*. [online]. Noticias. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.elmundo.es/elmundo/2012/01/23/andalucia_malaga/1327324690.html

Europa Press. (2012b). *Los espacios naturales de CyL, accesibles a personas con discapacidad*. [online]. [ref. 7 de Junio de 2012]. Disponible en: <http://www.europapress.es/castilla-y-leon/noticia-junta-fundacion-once-haran-accesible-espacios-naturales-personas-discapacidad-612-ciento-cyl-20120117152002.html>

Europa.eu. (2010). *Por una Europa sin barreras: la Comisión Europea quiere mejorar la accesibilidad para ochenta millones de personas con discapacidad*. [online]. Communiqués de presse RAPID. [ref. 6 de junio de 2012]. Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-10-1505_es.htm?locale=fr

European Commission. (2008). *The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. European Economy, 7. Luxemburgo.

European Commission. (2009). *The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2008-2060)*. European Economy N°. 2/2009.

European Commission. (2010). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Europe, the world's n°1 tourist destination - new political framework for tourism in Europe*. COM (2010) 352 final.

European Commission. (2011a). *Healthy life years at birth by gender* [online]. Database. [ref. 5 de octubre de 2011]. Disponible en:

<<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do;jsessionId=9ea7d07d30efdf544ac5145147a0817acfb32ea415f7.e340aN8PchaTby0Lc3aNchuMbh0Me0?tab=table&plugin=1&pcode=tsien180&language=en>>

European Commission. (2011b). *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Steering group working document. Final text adopted by the steering group on 7/11/11. Operation plan. Bruselas.

European Commission. (2012). *Call for tenders. Mapping and performance check of the supply of accessible tourism services*. 220/PP/ENT/PPA/12/6491, Tender specification.

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. (2012). *Action Plan on Innovation for Age Friendly Buildings, Cities and Environments*. Bruselas.

European Senior Travellers. (2012). *¿Qué es Europa Senior Travellers?*. [online]. [ref. 20 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.euseniortravellers.eu/es/>

Eurostat. (2008). *Panorama on tourism*. Statistical books. Luxemburgo.

Eurostat. (2010). *Work session on demographic projections*. Lisbon, 28-30 April 2010. Methodologies and Working Papers. European Commission. Luxemburgo.

Eurostat. (2011a). *Tourism statistics at regional level*. [online]. Statistics explained. [ref. 5 de octubre de 2011]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Tourism_statistics_at_regional_level

Eurostat. (2011b). *Number of tourists (persons participating in tourism) - holiday trips (4 or more overnight stays) - by age group - annual data*. Database.

Eurostat. (2012a). *Population structure and ageing*. [online]. European Commission. Statistics Explained. [ref. 22 de febrero de 2013] Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing

Eurostat. (2012b). *Tourism trends*. [online]. European Commission. Statistics Explained. [ref. 22 de febrero de 2013] Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Tourism_trends

Eurostat. (2012c). *Mortality and life expectancy statistics*. [online]. European Commission. [ref. 22 de febrero de 2013]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

Eurostat. (2012d). *Fertility statistics*. [online]. European Commission. [ref. 22 de febrero de 2013]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Fertility_statistics

Eurostat. (2013a). *Healthy life years statistics*. [online] European Commission. Statistics Explained. [ref. 22 de febrero de 2013] Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

Eurostat. (2013b). *Self-perceived limitations in daily activities* (activity limitation for at least the past 6 months) by sex, age and educational level (%) [hlth_silc_07]

Extremadura.com (2012a). *Aderco abre el debate sobre el turismo accesible en Extremadura*. [online]. Turismo. [ref. 17 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.extremadura.com/turismo/aderco_abre_el_debate_sobre_el_turismo_accesible_en_extremadura?id=14386

Extremadura.com (2012b). *Olivenza acoge las jornadas "Rutas sin barreras" sobre turismo accesible*. [online]. Turismo. [ref. 17 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.extremadura.com/turismo/olivenza_acoge_las_jornadas_rutas_sin_barreras_sobre_turismo_accesible?id=14360

Fabra, J.C. (2010). *Se pone en marcha la plataforma de proyecto de accesibilidad turística (PAT)*. [online]. Madrid. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.turismomadridaccesible.es/stories/se-pone-en-marcha-la-plataforma-de-proyecto-de-acc>

Fernández, M.T. (2007). *Turismo accesible: análisis de la accesibilidad hotelera en la provincia de Cádiz*. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.

Ferri, M. (2011). *SOCIALTOURISM: Research for the improvement of knowledge in accessible social tourism in Spain*. Artículo presentado en Espanet

2011 Conference. [ref. 5 de octubre de 2011]. Disponible en: http://espanet2011.files.wordpress.com/2011/08/st17a_ferri_cp2.pdf

Ferri, M. (2013). Sustainability of the Social Tourism Policy: the Self-Assessment Model of Accessible Social Tourism. Capítulo 12 del libro editado por Jorge Garcés e Irene Monsonís *Sustainability and transformation in European Social Policy*. Peter Lang. Reino Unido.

Ferri, M.; Carretero, S. y Garcés, J. (2011). *Investigación del impacto del turismo sobre la salud funcional de las personas mayores: el Turismo Social como estrategia de política social para la autonomía personal*. Trabajo de investigación. Universidad de Valencia.

Fleischer, A. y Pizam, A. (2002). Tourism constraints among israelí seniors. *Annals of Tourism Research*, 1 (29): pp. 106-123.

Fraiz, J.A.; Alén, M^a.E. y Domínguez, T. (2008). *La accesibilidad como oportunidad de mercado en el management de destinos turísticos*. Proyecto de investigación (ref. PGIDIT06CST30001PR) financiado por la Consellería de Innovación e Industria de la Xunta de Galicia.

Freudenberg, P. y Arlinghaus, R. (2009). Benefits and Constraints of Outdoor Recreation for People with Physical Disabilities: Inferences from Recreational Fishing. *Leisure Sciences*, 32 (1): pp. 55-71.

FullTurisme. (2010). *Simposio de Turismo Accesible: voluntad de liderazgo*. [online]. [ref. 8 de Junio de 2012]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/empresaiocupacio/20%20-%20Turisme/Observatori%20turisme/Full%20turisme/Documents/Arxiu/doc_22438853_1.pdf

Fundación General CSIC. (2010). *Informe de la I+D+i sobre envejecimiento*. Madrid.

Fundación Pfizer. (2001). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España*. Previsión al año 2010. Fundación Pfizer. Madrid.

Garcés, J. (2000). *La nueva sostenibilidad social*. Ariel. Barcelona.

Garcés, J.; Carretero, S.; Ferrando, M.; Róndenas, F.; García, S.; Derfler, P.; Herman, S. Ventrella, C.; Angelo, C. Sanchís, A. Morini, A.; Pomposini, R.; Biocca, L. Sendi, R.; Kerbler, B.; Chrisophersen, J. Watson, L. (2007). *Guide to best practices solutions supporting free movement and equal opportunities for people with disability* (LivingAll guide to best practices). Free Movements and Equal Opportunities For All (LivingAll).

Garcés, J. y Ferri, M. (2012). *E.1.1. Listado de recursos turísticos accesibles y sus áreas y elementos*. Investigación para la mejora del conocimiento en Turismo

Social Accesible para todos en España (SOCIALTOURISM), proyecto financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (ref.: CS0201015425).

Garcés, J. y Ferri. M. (in press). *Accessible Social Tourism: a new concept for developing social tourism policy in Europe*. OITS.

Gencat.cat (2012). *Un caso de buenas prácticas en turismo accesible en Cataluña: el Camino de Santiago*. [online]. Nº12 del Boletín FullTurisme. [ref. 17 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/portal/site/empresaiocupacio/menuitem.32aac87fcae8e050a6740d63b0c0e1a0/?vgnextoid=245dbc8a3c828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&vgnnextchannel=245dbc8a3c828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&vgnnextfmt=default&newLang=es_ES

Generalitat de Catalunya. (2011). *Turisme accesible*. [online]. [ref. 7 de Junio de 2012]. Disponible en: <http://www10.gencat.cat/gencat/AppJava/cat/actualitat2/2011/11205turismeaccsible.jsp>

Generalitat Valenciana. (2012a). *Programa 3.7 Apoyo a inversiones de mejora de las condiciones de supresión de barreras a la diversidad funcional, física, visual, auditiva, intelectual y orgánica*. [online]. Detalle de Procedimientos. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=13644

Generalitat Valenciana. (2012b). *Programa 3.8 Apoyo a la implantación y certificación de sistemas de gestión de la accesibilidad*. [online]. Detalle de Procedimientos. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=3168

Generalitat Valenciana. (2012c). *Programa 3.3. Apoyo a mejoras sustanciales en las condiciones y servicios de los establecimientos de alojamiento y restaurantes y a proyectos de interés singular que fortalezcan la oferta turística valenciana*. [online]. Detalle de Procedimientos. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=13645

Generalitat Valenciana (2012d). *Programa 3.4. Apoyo a mejoras en las condiciones y servicios de la oferta turística complementaria en la Comunitat Valenciana*. [online]. Detalle de Procedimientos. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=13646

Generalitat Valenciana (2012e). *Programa 3.5. Apoyo a mejoras en las condiciones y servicios de la oferta de turismo activo y de naturaleza en la Comunitat Valenciana*. [online]. Detalle de Procedimientos. [ref. 11 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=162686

Gilbert, D. y Abdullah, J. (2003). *Holidaying and the sense of well-being*. *Annals of Tourism Research*, 1(31): pp. 103–121.

Gobierno de Canarias. (2010). 2604 - ORDEN de 23 de abril de 2010, por la que se aprueban las bases reguladoras de la convocatoria de concesión de subvenciones destinadas a la implantación y renovación de sistemas de gestión de calidad, de gestión medioambiental y de accesibilidad universal en establecimientos turísticos, para el año 2010. Consejería de Turismo BOC - 2010/089. Viernes 7 de Mayo de 2010 – 2604. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2010/089/pda/009.html>

Gobierno de Cantabria (2012). CVE-2012-6773 Orden INN/17/2012, de 30 de abril, por la que se establecen las bases reguladoras y se convoca la concesión de subvenciones a las empresas turísticas para inversiones en alojamientos turísticos, restaurantes y cafeterías y campamentos de turismo. Boletín Oficial de Cantabria NÚM. 99. Consejería de Innovación, Industria, Turismo y Comercio.

Gombitova, D. (2010). *Calypso Study on Social Tourism*. The Czech Republic. Country study.

González, P. y Gutiérrez, C. (2009). *Diseño, producción y puesta en valor de los caminos tradicionales e históricos como modelo de producto turístico accesible*.

Govern de les Illes Balears. (2007). *Turismo para todos*. [online]. Noticias. [ref. 1 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.palmademallorca.es/IMI/PORTAL/PRD/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_4771_2.pdf

Govern de les Illes Balears. (2011). *La Conselleria de Agricultura, Medi Ambient i Territori y "la Caixa" adaptan el itinerario central del Parque Natural de s'Albufera para personas con movilidad reducida*. [online]. Noticias. [ref. 14 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?estmat=5545&coduo=1&lang=es&codi=973869>

Govern de les Illes Balears. (2012). *El presidente de las Islas Baleares y el consejero de Turismo y Deportes constatan en Fitur las buenas previsiones turísticas para el 2012*. [online]. Noticias. [ref. 1 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?lang=es&codi=1046471&coduo=2>

Graburn, N.H.H. (1989). *Tourism: The sacred journey*. En el libro editado por V.L. Smith *Hosts and guests: The anthropology of tourism*. University of Pennsylvania Press. Philadelphia.

Graf, C. (2007). *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale*. Try this 23. New York University College of Nursing.

- Guin, R. (1980). Elderly Recreational Vehicle Tourists: Motivation for Leisure. *Journal of Travel Research*, 19(2): pp.9-12.
- Gunita Kakteniece. (2010). *Calypso Study on Social Tourism*. Letonia. Country study.
- Handisport. (2009). *Quiénes somos*. [online]. [ref. 18 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.fundacionhandisport.org/nosotros.php>
- Handisport. (2012). *I Foro de Accesibilidad y Turismo de Baleares 15-11-2012*. [online]. [ref. 18 de febrero de 2013]. <http://www.fundacionhandisport.org/eventos.php?id=94>
- Handisportmallorca.org (2013). *Handitur, hacia un turismo accesible*. [online]. Handitur. [ref. 22 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.handisportmallorca.org/p/handitur.html>
- HarrisInteractive Market Research. (2002). *Research among adults with disabilities – travel and hospitality*. Open Doors Organisation. Chicago.
- HarrisInteractive Market Research. (2005). *Research among adults with disabilities – travel and hospitality*. Open Doors Organisation. Chicago.
- Hazel, N. (2005). Holidays for Children and Families in Need: An Exploration of the Research and Policy Context for Social Tourism in the UK. *Children & Society*, 19: pp. 225–236.
- Higgins-Desbiolles, F. (2006). More than an industry: tourism as social force. *Tourism management*, 27(6): pp. 1192-1208.
- Higgins-Desbiolles, F. (2011). Resisting the Hegemony of the Market: Reclaiming the Social Capacities of Tourism. Capítulo 4 del libro editado por Scott McCabe, Lynn Minnaert y Anya Diekman *Social Tourism in Europe: Theory and Practice (Aspects of Tourism)*. Channel View Publications. Bristol. Reino Unido.
- Hosteltur.com. (2011a). *El Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y el CERMI renuevan el acuerdo para mejorar la accesibilidad turística*. [online]. Noticias. [ref. 25 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.hosteltur.com/121500_ministerio-industria-turismo-comercio-cermi-renuevan-acuerdo-mejorar-accesibilidad-turistica.html
- Hosteltur.com (2011b). *Turismo rural accesible en Extremadura y Portugal*. [online]. Proyecto del Ministerio de Medio Ambiente, Rural y Marino. Actualidad turística. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.hosteltur.com/128970_turismo-rural-accesible-extremadura-portugal.html
- Hosteltur.com (2011c). *Galicia Invertirá 10 M € en ayudas al sector turístico*. [online]. Noticias. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en:

http://www.hosteltur.com/149200_galicia-invertira-10-m-ayudas-al-sector-turistico.html

Hosteltur.com. (2012). El turismo accesible de Cataluña recibe un galardón en la WTM. [online]. Noticias. [ref. 17 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.hosteltur.com/114830_turismo-accesible-cataluna-recibe-galardon-wtm.html

Hsu, C.H.C. (2001). Importance and dimensionality of senior motorcoach traveler choice attributes. *Journal of hospitality and Leisure Marketing*, 8(3/4): pp. 51-70.

Huesca, A.M. y Ortega, E. (2005). *Hábitos y Actitudes hacia el Turismo de las Personas con Discapacidad Física*. [online]. PREDIF. [ref. 13 de octubre de 2011] Disponible en: <http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/Bibliografia/H/Paginas/Habitos%20y%20Actitudes%20%20hacia%20el%20turismo%20de%20las%20personas%20con%20discapacidad%20fisica.%20Informe%20de%20resultados.aspx>

Iglesias-Souto, P.M. y Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(2): pp. 85-91.

IMSERSO (2003). *II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO. Madrid.

IMSERSO. (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008. Tomo I: Datos estadísticos estatales*. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos. Madrid.

IMSERSO. (2011). *Social Tourism Inquiry*. [online]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [ref. 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://nationbuilder.s3.amazonaws.com/appgonsocialtourism/pages/23/attachments/original/IMSERSO_-_SOCIAL_TOURISM_INQUIRY.pdf?1314889620

INE. (2008). *Encuesta nacional de Salud. Año 2006*. Database.

INE. (2009). *Estructura del gasto total por grupos de edad, según sexo*. Encuesta de Presupuestos Familiares. Base 2006.

INE. (2010). *Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Año 2009*. Datos provisionales. Nota de prensa.

INE. (2011). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010. Resultados definitivos*. [online]. Notas de prensa. [ref. 27 de octubre de 2011] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np669.pdf>

InfoAsturias. (2012). *La accesibilidad y el turismo*. [online]. Portal Oficial de Turismo. [ref. 19 de Mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/infoEmpresa/menuitem.3aaec2960e78bf64ddecc1020688a0c/?vgnextoid=1e48f866be64d110VgnVCM1000000286a8c0RCRD>

Innova Management. (2010). *Evaluación de la rentabilidad e impacto económico generado por el programa Turismo Sénior Europa*. Documento de trabajo.

Innova Management. (2011). *Evaluation of the profitability and economic impact generated by the European Senior Programme*.

Instituto de Estudios Turísticos. (2012). *Balance del Turismo. Año 2011*. [online]. Resultados de la actividad turística en España. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. [ref. 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.iet.tourspain.es/es-ES/estadisticas/analisisturistico/balantur/anuales/Balance%20del%20turismo%20en%20Espa%C3%B1a.%20A%C3%B1o%202011.pdf>

International Psychogeriatric Association. (2002). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack*. International Psychogeriatric Association.

INVAT-TUR. (2010). *Plan Estratégico Global del Turismo de la Comunitat Valenciana 2010-2020. Visión y ejes estratégicos: documento de síntesis*. [online]. Generalitat Valenciana. [ref. 20 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.turisme.gva.es/opencms/opencms/turisme/es/files/pdf/otros/Plan_Estrategico_Global_del_Turismo_de_la_Comunitat_Valenciana_2010-2020.pdf

INVAT-TUR. (2012). *Turismo accesible*. [online]. Generalitat Valenciana. [ref. 9 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.invattur.org/post/2012-11-13-primeras-jornadas-de-turismo-accesible-organizadas-por-el-patronato-provincial-de-turismo-valencia-terra-i-mar-diputacin-de-valencia>

Iratxeta, R.; Romano, L. y Apraiz, A. (2010). *Plan Director de Turismo de la Costa Vasca. Política Estratégica y Planificación*.

Jiménez, L. (2005). *Autonomía y calidad de vida de los ancianos válidos de una residencia en relación con las alteraciones visuales*. [online]. Biblioteca Lascasas, 1. [ref. 20 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0014.php>

Johnson, S. y McCabe, S. (2012). *Tourism, Well-being and Quality of Life: Exploring Issues Through Social Tourism*. Artículo presentado en la Conferencia TTRA Europe Performance Measurement and Management in Tourism celebrada en Bilbao.

Jonckers, P. (2005). General trends and skills needs in the tourism sector in Europe. Paper publicado en el libro editado por Olga Strietska-Ilina y Manfred Tessaring *Trends and Skills needs in Tourism*. Cedefop Panorama series, 115. Office for Official Publications of the European Communities. Luxemburgo.

Jöneskog, K.G. y Sörbom, D. (1994). LISREL 8 User's reference guide. Mooresville, IN: Scientific Software.

Junta de Castilla y León; Obra Social "la Caixa"; Patrimonio Natural de Castilla y León; Red de Espacios Naturales de Castilla y León y Servicios Sociales de Castilla y León. (2010). *Castilla y León. Accesible por Naturaleza*.

Krippendorff, J. (1987). *The holiday makers: Understanding the impact of leisure and travel*. Butterworth-Heinemann Ltd. Oxford.

Kwai-sang Yau, M.; McKercher, B. y Packer, T.L. (2004). Traveling with a disability – More than an Access Issue. *Annals of Tourism Research*, 31(4): pp.946-960.

Laopiniciondemalaga.es. (2012). *Siete millones de euros para mejorar las playas accesibles de la Costa del Sol*. [online]. Málaga-Costa del Sol. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://canales.opinionmalaga.com/turismo/2012/01/siete-millones-de-euros-para-mejorar-las-playas-de-la-costa-del-sol.html>

Larioja.org. (2010). *Medio Ambiente presenta una nueva edición del programa 'Naturaleza sin barreras' y dos nuevos proyectos para mejorar la accesibilidad en nuestros espacios naturales protegidos*. [online]. Noticias. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=502068&IdDoc=524467>

Larioja.org. (2011). *La Consejería de Turismo, Medio Ambiente y Política Territorial desarrollará actividades para personas con discapacidad en el Parque Natural Sierra de Cebollera*. [online]. Noticias. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=502068&IdDoc=524467>

Larioja.org. (2012). *Figuerola ha presentado 'La Rioja accesible: ocio, turismo y cultura', una guía que "elimina barreras"*. [online]. Noticias. [17 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=502068&IdDoc=722844>

- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9: pp. 179-186.
- Lee, S. H. y Tideswell, C. (2005). Understanding attitudes towards leisure travel and the constraints faced by senior Koreans. *Journal of Vacations Marketing*, 3(11): pp. 249-263.
- Lindqvist, L.J. y Bjork, P. (2000). Perceived safety as an important quality dimension among senior tourists. *Tourism Economics*, 6(2): pp. 151-158.
- Lyons, K.S.; Zarit, S.H.; Sayer, A.G.; Whitlatch y C.J. (2002). Caregiving as a Dyadic Process: Perspectives from Caregiver and Receiver. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 3 (57B): pp. 195-204.
- Marín, O. (2012). *Informe del Sector Turístico. Resumen ejecutivo Mayo 2012*. Banca March. Palma de Mallorca.
- Market Intelligence Group. (2012). *European Tourism in 2012: Trends & Prospects. Quarterly report (Q1/2012)*. A quarterly insights report produced for the Market Intelligence Group of the European Travel Commission (ETC) by Tourism Economics (an Oxford Economics Company). Bruselas.
- Matsuo, M.; Nagasawa, J.; Yoshino, A.; Hiramatsu, K. y Kurashiki, K. (2003). Effects of Activity Participation of the Elderly on Quality of Life. *Yonago Acta medica* (46): pp.14-24.
- McCabe, S. (2009). Who needs a holiday? Evaluating social tourism. *Annals of Tourism Research*, 36 (4): pp. 667-668.
- McCabe, S.; Joldersma, T y Chunxiao, L. (2010). Understanding the benefits of Social tourism: linking participation to wellbeing and quality of life. *International Journal of Tourism Research*. Issue 6 (12): pp. 761-773.
- McGuire, F.A. (1984). A factor Analytical Study of Leisure Constraints in Advanced Adulthood. *Leisure Sciences* 6(3): pp. 313-326.
- McGuire, F.A.; Boyd, R.K. y Tedrick, R.T. (1996). *Leisure and Ageing: Ulyssean Living in Later Life*. Sagamore Publishing. Champaign.
- Milman, A. (1998). The Impact of Tourism and Travel Experience on Senior Travelers' Psychological Well-Being. *Journal of Travel Research*, 37: pp. 166-170.
- Ministerio de Economía y Competitividad. (2013). *Plataformas tecnológicas*. [online]. Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo o Innovación. [ref. 20 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eeac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?vgnnextoid=b0b841f658431210VgnVCM1000001034e20aRCRD>
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. (2013). *Compromisos de gasto para Hacienda y Administraciones Públicas e Industria, Energía y Turismo*.

[online]. Nota de prensa del 10 de mayo de 2013. [ref. 7 de junio de 2013]
Disponible en:

<http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Notas%20Prensa/2013/CONSEJO%20DE%20MINISTROS/10-05-13%20Compromisos%20de%20gastos.pdf>

Ministerio de Industria, Energía y Turismo. (2012a). *Plan de Renovación de Instalaciones Turísticas (Plan Renove Turismo)*. [online]. Gobierno de España. [ref. 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.minetur.gob.es/turismo/es-es/sostenibilidad/destinosmaduros/planrenoveturismo/paginas/planrenoveturismo.aspx>

Ministerio de Industria, Energía y Turismo. (2012b). *Presupuestos 2012*. [online]. Gobierno de España. [ref. 7 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.minetur.gob.es/es-ES/GabinetePrensa/NotasPrensa/2012/Paginas/nppresupuestos2012180412.aspx>

Ministerio de Industria, Energía y Turismo. (2012c). Fondo Financiero del Estado para la Modernización de las Infraestructuras Turísticas (FOMIT). [online]. Gobierno de España. [ref. 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.minetur.gob.es/turismo/es-es/sostenibilidad/destinosmaduros/fomit/paginas/prestamosfomit.aspx>

Ministerio de Industria, Energía y Turismo. (2012d). *Industria concede 157 millones a 65 municipios para la modernización de infraestructuras turísticas. Notas de prensa del Ministerio de Industria, Energía y Turismo*. [online]. Gobierno de España. [ref. 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.minetur.gob.es/es-ES/GabinetePrensa/NotasPrensa/Paginas/NPresoluci%C3%B3nFomit.aspx>

Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. (2011). *El programa 'Turismo Senior Europa' del Ministerio de Industria genera más de 53,4 millones de actividad económica en España*. [online]. [ref. 19 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.mityc.es/es-ES/GabinetePrensa/NotasPrensa/2011/Paginas/npresultadosturismosenior190711.aspx>

Ministry for Business and Labour. (2011). *Tourism as the local point of European policy to encourage smart growth, sustainable growth and industrial growth*. [online]. Generalitat de Catalunya. [ref. 15 de junio de 2013]. Disponible en:

http://www20.gencat.cat/portal/site/empresaiocupacio/menuitem.32aac87fcae8e050a6740d63b0c0e1a0/?vgnextoid=9a3902a7ef613310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&vgnnextchannel=9a3902a7ef613310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&vgnnextfmt=default&newLang=en_GB

Minnaert, L.; Maitland, R. y Miller, G. (2009). Tourism and social policy- the value of social tourism. *Annals of Tourism Research*, 36(2): pp. 316-334.

Minnaert, L., y Schapmans, M. (2009). Tourism as a form of social intervention: the holiday Participation Centre in Flanders. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(3): pp. 42-61.

Minusval/MTAS. (2003). *Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012*. [online] [ref. 25 de junio de 2012]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.1.2-139/141/62_65_plan_accesibilidad.pdf

Modiano, D. (2012). *Is your destination truly accessible?*. [online]. [ref. 30 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://abouttourism.wordpress.com/2012/10/30/is-your-destination-truly-accessible/>

Molina, M. y Cánoves, G. (2010). *Turismo accesible, turismo para todos: la situación en Cataluña y España*. [online] Cuadernos de Turismo. [ref. 15 de julio de 2010] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=39813352002>.

Monteagudo, O.; Hernando, L. y Palomar, J.A. (2011). Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12v2 para la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria* 25(1): pp. 50-61.

Montorio, I.; Izal, M.; López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14 (2): pp. 229- 248.

Munné, F. y Codina, N. (1996). *Psicología social del ocio y del tiempo libre*. En J.L. Álvaro, A. Garrido, y J.R. Torregrosa (Eds) *Psicología social aplicada*, pp. 429-448. McGraw Hill Madrid.

Muñiz, D. (2001). *La política de turismo social*. Junta de Andalucía. Sevilla.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración de los derechos humanos*. Asamblea General de Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. [online]. [ref. 25 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Naciones Unidas. (2010). *Algunos datos sobre las personas con discapacidad* [online] Naciones Unidas Enable. [ref. 15 de octubre de 2010] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/overview.html>

Navarra.es. (2009). *Aprobadas convocatorias de ayudas a pymes turísticas para fomentar la calidad y la accesibilidad*. [online]. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2009/05/21/Ayudas+a+pymes+turismo.htm

Navarra.es. (2010). *Asuntos Sociales presenta el I Plan integral de atención a personas con discapacidad 2010-2013*. [online]. [ref. 12 de junio de 2012].

Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2010/10/26/presentacion+plan+integral+personas+discapacidad.htm

Navarra.es. (2012). *El consejero Sánchez de Muniáin aboga por que Navarra se convierta en referencia del turismo accesible y sostenible*. [online]. [ref. 18 de febrero de 2013]. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2012/05/07/Jornadas+turismo+accesible+y+sostenible.htm#comienzoContenido

Neuman, P. y Reuber, P. (2004). *Economic Impulses of Accessible Tourism for All* (Vol.526). Study commissioned for the Federal Ministry of Economics and Technology. Berlin.

Nies, H.; Leichsenring, K.; Van der Veen, R.; Rodrigues, R.; Gobet, P.; Holdsworth, L.; Mak, S.; Hirsch, E.; Repetti, M.; Mikkola, H.; Finne-Soveri, H.; Hujanen, T.; Carretero, S.; Cordero, L.; Ferrando, M.; Emilson, T.; Ljunggren, G.; Di Santo, P.; Ceruzzi, F. y Truk, E. (2010). *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care European Overview Paper*. Interlinks: Health systems and long-term care for older people in Europe. Modelling the interfaces and links between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care.

Observatorio de personas mayores. (2000). *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Asuntos Sociales. Boletín 2. Madrid.

OECD. (2007). *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat, and the Disability Study Expert Group Members. París.

Ollero, A. (2012). *El programa de esquí adaptado en Sierra Nevada*. [online]. Presentación en el foro de accesibilidad y turismo el 16 de febrero de 2012 celebrado por Andalucía Lab. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en:

<http://www.slideshare.net/andalucialab/andaluca-lab-el-esqu-adaptado-una-oportunidad-para-el-turismo-y-el-deporte-blanco-video-hd>

OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Versión española.

OMS. (2002a). *El envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*. Programa sobre Envejecimiento y Salud. Ginebra (Suiza) Traducción: Guiomar Manso de Zúñiga Spottorno.

- OMS. (2002b). *Active Ageing. A Policy Framework*. Madrid.
- Organización Mundial del Turismo. (2009). Estatutos de la Organización Mundial de Turismo.
- Organización Mundial del Turismo (2012). *Definición, Desarrollo del turismo sostenible*. [online]. [ref. 8 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://sdt.unwto.org/es/content/definicion>
- Ortega, E. (1989). Las vacaciones de los españoles de la Tercera Edad. *Estudios Turísticos*, 102 (6): pp. 75-111.
- Otero, A.; Zunzunegui, M.V.; Béland, F.; Rodríguez, A. y García, M.J. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Documentos de Trabajo n°9. Fundación BBVA. Bilbao.
- Ouellette, P. (1996). Ocio, envejecimiento y un modelo de participación para mujeres que pertenecen a una Universidad "Acadia" de la Tercera Edad. *Physical Activity and health in the Elderly*. (1ª ed.). Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- Patxot, C.; Rentería, E.; Scandurra, R. y Souto, G. (2011). *Annual National Report 2011. Pensions, Health Care and Long-term Care. Spain*. Analytical Support on the Socio-economic Impact of Social Protection Reforms.
- Paulo, P.; Carrasco, M.; Cabezas, M.; Gac, H.; Hoyl, T.; Duery, P.; Petersen, K. y Dussillant, K. (2004). Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos. *Rev Méd Chile*, 132: pp. 573-578.
- Pavot, W. y Diener. E. (1993). The affective and cognitive contest of self reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28: pp. 1-20
- Plan Avanza 2 (2012). *Plan Avanza2*. [online]. [ref. 25 de julio de 2012]. Disponible en: <https://www.planavanza.es/InformacionGeneral/ResumenEjecutivo2/Paginas/ResumenEjecutivo.aspx>
- Polibeurismo. (2007). *Eventos*. [online]. [ref. 25 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.polibeurismo.com/boletinesAnteriores/2007/diciembre/listadoEventos.htm>
- PREDIF. (2011a). *Quiénes somos*. [online]. [ref. 18 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.predif.org/strongpredifstrong>
- PREDIF. (2011b). *Turismo accesible*. [online]. [ref. 18 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.predif.org/turismo-strongaccesiblestrong>
- PriceWaterHouseCoopers. (2004). *Estudio sobre el Programa de Vacaciones para mayores del IMSERSO*.
- PriceWaterHouseCoopers. (2008). *Evaluación del Impacto del Programa de Vacaciones para Mayores del IMSERSO*.

Querejeta, M. (2004a). *Discapacidad/dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Querejeta, M. (2004b). Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la dependencia. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Clásica*, 8 (38): pp. 348-354.

Quinn, B.; Griffin, K. y Stacey, J. (2008). *Poverty, Social Exclusion and Holidaying: towards developing policy in Ireland*. Poverty Agency Policy Research Initiative Working Paper.

Ramboll. (2010a). *Calypso Study on Social Tourism. Belgium*. Country study.

Ramboll. (2010b). *Calypso Study on Social Tourism. Poland*. Country study.

Ramboll Management Consulting; Détente consultants y Labour Asociados. (2010). *Calypso study final report*. Aprobado por la DG Enterprise and Industry de la Comisión Europea.

Región de Murcia. (2012). *Plan Regional de accesibilidad a playas*. [online]. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11252&IDTIPO=100&RASTRO=c1095\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11252&IDTIPO=100&RASTRO=c1095$m)

Región de Murcia. (2006a). *Plan Director de Turismo de la Región de Murcia. Segunda Parte: Modelo Turístico y Líneas de Actuación. Punto 3: Modelo turístico de desarrollo de la región de Murcia*.

Región de Murcia. (2006b). *Plan Director de Turismo de la Región de Murcia. Segunda Parte: Modelo Turístico y Líneas de Actuación. Punto 4: Líneas estratégicas. Planes y Programas*.

Renfe. (2010). *Plan de Accesibilidad Universal de Renfe*. Ministerio de Fomento. Gobierno de España.

Resnick, B. y Parker, R. (2001). Simplified scoring and psychometrics of the revised 12-item Short-Form Health Survey Outcomes. *Manag Nurs Pract*, 5(4): pp.161-166.

Richardson, J. (1993). *Ecotourism and Nature-Based Holidays*. Marrickville: Choice Books. Australia.

Rodríguez, R. (2010). *Calypso Study on Social Tourism. Spain*. Country study.

Rovira-Beleta, E.; Folch A. (2010). *Accessibility guide for companies*. Club de la Excelencia en Sostenibilidad. Madrid.

Sanjoaquín, A.C.; Fernández, E.; Mesa, P. y García-Arilla E. (2007). *Valoración geriátrica integral*. Capítulo 4 del Tratado de Geriátrica para residentes publicado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Madrid.

Santos, M.P. (2010). *La intervención de la Administración Pública en la Accesibilidad Turística*. Especial referencia a la Comunidad Gallega.

Secretaría General de Turismo. (2007). *Turismo 2020: Plan del Turismo Español Horizonte 2020*. Plan del Turismo Español.

SEGITTUR. (2011). *Proyecto piloto European Senior Travellers*. [online] Proyectos. [ref. 1 noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.segittur.es/Proyectos/Proyectos-para-la-Secretaria-General-de-Turismo/node_1503

Scherbov, S. y Mamolo, M. (2006). *Probabilistic Population Projections for the EU-25*. European Demographic Research Papers 1. Vienna.

Schmidt, S.; Vilagut, G.; Garin, O.; Cunillera, O. Tresserras, R. Brugulat, P.; Mompart, A.; Medina, A.; Ferrer, M. y Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Med Clin* (Barc.).

Shoemaker, S. (1989). Segmentation of the Senior Pleasure Travel Market. *Journal of Travel Research*, 27(3): pp.14-21.

SINPROMI. (2010). *Proyecto TICA: La Accesibilidad Tecnológica*. [online]. Noticias. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.sinpromi.es/es/news/show/proyecto-tica-la-accesibilidad-tecnologica>

SINPROMI. (2011). *Sinpromi forma al personal del sector turístico*. [online]. Noticias. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.sinpromi.es/es/news/show/sinpromi-forma-al-personal-del-sector-turistico>

SINPROMI. (2012a). *Quiénes somos*. [online]. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.sinpromi.es/es/article/show/quienes-somos>

SINPROMI. (2012b). *Nuevo Curso "Tenerife, un destino accesible"*. [online]. Noticias. [ref. 13 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.sinpromi.es/es/news/show/nuevo-curso-tenerife-un-destino-accesible>

SINPROMI. (2012c). *Premios de Arquitectura Accesible*. [online]. Áreas de trabajo. Accesibilidad. [ref. 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.sinpromi.es/es/article/show/premios-de-arquitectura-accesible>

Son, J.; Lerstetter, D.L.; Yarnal, C.M. y Baker, B.L. (2007). Promoting Older Women's Health and Well-Being Through Social Leisure Environments: What we Have Learned from the Red Hat Society. *Journal of Women and Ageing*, 19(3-4): pp.89-104.

Stamm, C.; McCabe, S. y Johnson, S. (2011). *Supply side perspectives on social tourism*. [online]. Artículo presentado en Espanet 2011 Conference. [ref. 5 de octubre de 2011] Disponible en:

http://espanet2011.files.wordpress.com/2011/08/st17b_stamm_mccabe_johnson_op.pdf

Stilling, B. y Nicolaisen, J. (2010). Disabled travel: not easy, but doable. *Current Issues in Tourism*, 1(14).

Suárez, F.; Oterino, D.; Peiró, S.; Librero, J.; Barrero, C.; Parras, N.; Crespo, M.A. y Pérez-Martín, A. (2001). Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública*, 75: pp.237-248.

Terol, M.C.; López-Roig, S.; Rodríguez-Marín, J.; Pastor, M.A.; Mora, M.; Martín-Aragón, M.; Leyda-Menéndez, J.I.; Neipp, M.C. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16: pp. 111-122.

The Centre for Universal Design. (1995). *Universal Design*. North Carolina State University.

Thinktur. (2011). Memoria Técnica 2011.

Thinktur. (2012). Memoria Técnica 2012.

Turismocastillayleon.com. (2012). Metodología. Guía de alojamientos turísticos accesibles. [online]. [ref. 6 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.turismocastillayleon.com/at accesibles/metodologia/sec/101/index.html>

Turismo en cifras. (2012). *Edad, estudios y gasto turístico de los residentes en España*. [online]. [ref. 9 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.turismoencifras.info/gastoturistico/item/68-edad-estudios-y-gasto-tur%C3%ADstico-de-los-residentes-en-espa%C3%B1a.html>

Van Horn, L. (2007). *Disability Travel In The United States: Recent Research and Findings*. Paper presentado en la 11 Conferencia Internacional de Movilidad y Transporte para personas mayores y con discapacidad (TRANSED) – Benchmarking, Evaluation and Vision for the future celebrada en Montreal.

Vázquez, C.; Duque, A. y Hervás, G. (2012). *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos*. Department of CLinical Psychology, Complutense University of Madrid.

Viceconsejería de Turismo. (2009). *Modelo de Accesibilidad Turística de Euskadi. Departamento de Industria, Comercio y Turismo*. Gobierno Vasco.

Viceconsejería de Comercio y Turismo. (2010). *Plan de Competitividad e Innovación del Turismo Vasco 2010-2013 – Documento ejecutivo*. Gobierno Vasco.

Vilagut, G.; Ferrer, M.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda, G.; Quintana, J.M.; Santed, R.; Valderas, J.M.; Ribera, A.; Domingo-Salvany, A. y

Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2): pp. 135-50.

Villar, A. (1999). *Target senior. Turismo emergente Costa Dorada*. Manuscrito no publicado. Esade. Barcelona.

Vivirenaragon (2011). *Guara, referente en turismo accesible*. [online]. [ref.17 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.vivirenaragon.com/2011/03/11/guara-referente-en-turismo-accesible/>

Wallingre, N. (1998). *El Turismo Social, una alternativa para la realización de la tercera edad*. Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Psicología Social y Política. Universidad J.F.Kennedy. Buenos Aires, 1997. Publicado en Revista Universidad Kenedy, Enfoques de Turismo y sus modalidades, n°1.

Ware, J.E.; Kosinski, M.; Turner-Bowker, D.; Sundaram, M.; Gandek, B. y Maruish, M.E. (2009). *SF 12v2 Health Survey: Administration guide for clinical trial investigators*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.

Wells, M. (2010). Resilience in Older Adults Living in Rural, Suburban, and Urban Areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2 (10).

WHO. (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneva.

WHO. (2007). *Global Age-friendly Cities: a Guide*. Francia.

WHO. (2011a). *World Report on Disability*. Malta.

WHO. (2011b). *European report on preventing elder maltreatment*. Dinamarca.

WHO. (2011c). *Chronic diseases and health promotion*. [online]. Health topics. [ref. 20 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/en/>

World Tourism Organisation. (1980). *Manila Declaration on World Tourism*.

World Tourism Organisation. (2009). *From Davos to Copenhagen and Beyond: Advancing Tourism's Response to Climate Change*.

World Tourism Organisation. (2011). *UNWTO Annual Report. A year of recovery 2010*.

You, X. y O'Leary, J.T. (1999). Destination behavior of Older UK Travelers. *Tourism Recreation Research*, 24(1): pp. 23-34.

Zarit, S.H. (2002). *Caregiver's Burden*. En S. Andrieu y J.P. Aquino: Family and professional carers: findings lead to action. Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer. Paris.

Zimmer, Z.; Brayley, R.E. y Searle, M.S. (1995). Whether to Go and Where to Go: Identification of Important Influences on Seniors' Decisions to Travel. *Journal of Travel Research*, 33(3): pp. 3-10.

VII. ANEXO I

Cuestionario de evaluación del perfil
de las personas mayores que viajan
frente a las que no viajan.

Fecha:

Número de referencia de la encuesta:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO ACADÉMICO

Desde el Instituto de Investigación Polibienestar (Universidad de Valencia) estamos interesados por mejorar el bienestar de las personas mayores. Por ello, estamos llevando a cabo un estudio cuyo objetivo es conocer el perfil de las personas mayores que viajan en aspectos relacionados con su salud. Su participación, mediante la cumplimentación de este cuestionario es fundamental para la consecución de dicho objetivo.

Firmando este Consentimiento Informado consiente en participar en esta investigación y cumplimentar este cuestionario sobre aspectos relacionados con sus viajes, su salud y uso del sistema sanitario y social, bajo las siguientes condiciones:

1. Descripción de la actividad

El cuestionario se ha elaborado de modo que permite obtener información **sobre sus viajes, estado de salud y uso del sistema social y sanitario.**

2. Privacidad de los datos

El cuestionario es **anónimo** sin que sea posible identificarle, por lo que le aseguramos la **confidencialidad** de sus datos. Su nombre y sus datos sólo aparecen en este consentimiento y no en el cuestionario. Los datos recogidos se utilizarán sólo de forma conjunta y nunca de forma individual, por lo que sus respuestas nunca aparecerán vinculadas a su nombre.

Todos los datos recogidos serán utilizados únicamente para el objeto de este estudio, no se facilitarán a terceras personas y no se utilizarán en posteriores estudios. **Los cuestionarios se destruirán una vez termine el estudio.**

En caso de que usted desee ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, puede dirigirse en todo momento vía correo electrónico a la dirección mireia.ferri@uv.es o por correo postal al Instituto de Investigación Polibienestar - Edificio de Institutos de Investigación, Campus dels Tarongers; C/Serpis, número 29, 46022 Valencia.

3. Derecho de abandono

Su participación en esta encuesta es completamente **voluntaria** por lo que, en cualquier momento, **puede abandonarla.**

Yo, Dña./D. _____,
acepto participar voluntariamente en la encuesta sobre el perfil de las personas
mayores que viajan, y confirmo que he leído y entendido las condiciones y
derechos que se describen en este consentimiento informado y que estoy de
acuerdo con todos ellos.

En _____, a _____ de _____ de 2012

Nombre de la persona participante
y DNI

Firma

CUESTIONARIO

PARTE 1: HÁBITOS Y PREFERENCIAS DE VIAJE.

A continuación, se recogen una serie de preguntas sobre sus hábitos y preferencias de viaje.

1.1 ¿Viaja?

- Sí No **En caso negativo, pase a la pregunta 1.8**

1.2a ¿Cuántos viajes realizó durante el año pasado?

1.2b De los viajes que hizo el año pasado, ¿en cuántos fue y volvió el mismo día?

1.2c ¿En cuántos pasó una noche fuera?

1.2d ¿Y en cuántos entre 2 y 4 noches fuera?

1.2d ¿Dónde se alojó en dichos viajes? (Puede marcar más de una opción)

- En un hotel
 En casa de familiares y/o amigos/as
 En un camping
 En un apartamento alquilado
 En mi segunda residencia
 Otros, indique cuáles: _____

1.3 Para la organización de sus viajes o excursiones, ¿dónde se informó? (Puede marcar MÁS de una opción)

- En una agencia de viajes
 En una asociación
 Por un familiar o amigo/a
 En internet
 En una revista
 Otros, indique dónde: _____
 No sabe / No contesta

1.4 ¿Cuáles fueron los motivos de sus viajes? (Puede marcar MÁS de una opción)

- Visitar a familiares y/o amigos
 Motivos religiosos
 Ocio y/o vacaciones
 Prácticas deportivas
 Tratamientos de salud (como balnearios)
 Otros, indique cuáles: _____
 No sabe / No contesta

1.5 ¿Con quién prefiere viajar? (Puede marcar MÁS de una opción)

- Individualmente
- Con grupos de personas mayores
- Con grupos de personas de todo tipo
- Con mis familiares
- Otros, indique cuáles: _____

1.6a ¿Suele viajar con viajes organizados?

- Sí
- No

1.6b En caso de afirmativo, ¿por qué elige un viaje organizado? (Puede marcar MÁS de una opción)

- Por su comodidad
- Por su precio más económico
- Porque conozco a la gente que lo organiza
- Porque garantiza un viaje adaptado a mis necesidades
- Otros, indique cuáles: _____

1.7a ¿En qué época del año prefiere viajar? (Marque SÓLO UNA época)

- En diciembre, enero y febrero
- En marzo, abril y mayo
- En junio, julio y agosto
- En septiembre, octubre y noviembre
- En ninguna época del año **En este caso, pase a la pregunta 1.8**
- En todas las épocas del año **En este caso, pase a la pregunta 1.8**
- No sabe / No contesta **En este caso, pase a la pregunta 1.8**

1.7b ¿Por qué prefiere viajar en esa época? (Puede marcar MÁS de una opción)

- Por el clima
- Por la mayor cantidad de turistas que hay en esa época
- Por la menor cantidad de turistas que hay en esa época
- Porque es la época en la que puedo viajar con familiares y amigos/as
- Por el precio
- Otros, indique cuáles: _____

1.8 ¿Con qué medio de transporte prefiere desplazarse? (Indique SÓLO EL MEDIO DE TRANSPORTE QUE PREFIERE UTILIZAR en sus viajes o desplazamientos)

- En tren
- En avión
- En barco
- En autobús
- Con mi coche propio
- En caravana
- En moto
- En bicicleta
- Con el coche de algún familiar o amigo/a
- Otro, indique cuál: _____

1.9a Siguiendo con los medios de transporte, ¿en cuál encuentra usted más obstáculos a la hora de viajar? (Puede marcar MÁS de una opción)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> En tren | <input type="checkbox"/> En avión |
| <input type="checkbox"/> En barco | <input type="checkbox"/> En autobús |
| <input type="checkbox"/> Metro | <input type="checkbox"/> Tranvía |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> No sabe / No contesta |

1.9b ¿De qué tipo de obstáculos se trata? (Puede marcar más de una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso físico | <input type="checkbox"/> Acceso a la información |
| <input type="checkbox"/> Comunicación con el personal | <input type="checkbox"/> Miedo |
| <input type="checkbox"/> Otros. Indique cuáles: _____ | |
| <input type="checkbox"/> No sabe / No contesta | |

1.10 Marque con una cruz qué tipo de obstáculos encuentra o si no encuentra ningún obstáculo en:

	Ninguna	Acceso físico	Comunicación con el personal	Acceso a los contenidos e información	Económicas	Otras, indique cuáles	No sabe / No contesta
a Alojamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Restaurantes y cafeterías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Medio urbano (ciudades...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Medio natural (playas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2: ASPECTOS SOBRE LA SALUD Y VIDA COTIDIANA

A. Cuestionario de salud SF-12⁴⁶:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

- a Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora 1 2 3
- b Subir varios pisos por la escalera 1 2 3

⁴⁶ SF-12v2™ Health Survey © 1994, 2003 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated. All rights reserved. SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-12v2 Standard, Spain (Spanish))

3. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

a ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? 1 2 3 4 5

b ¿Estuvo limitado en el tipo de trabajo u otras actividades? 1 2 3 4 5

alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?

4. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

a ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? 1 2 3 4 5

b ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre? 1 2 3 4 5

5. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

- a se sintió calmado y tranquilo? 1 2 3 4 5
- b tuvo mucha energía? 1 2 3 4 5
- c se sintió desanimado y deprimido? 1 2 3 4 5

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

B. Escala de Diener:

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente

- 7 – Completamente de acuerdo**
- 6 – De acuerdo**
- 5 – Más bien de acuerdo**
- 4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- 3 – Más bien en desacuerdo**
- 2 – En desacuerdo**
- 1 – Completamente en desacuerdo**

- _____ 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.
- _____ 2. Las condiciones de vida son excelentes.
- _____ 3. Estoy satisfecho con mi vida.
- _____ 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.
- _____ 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.

C. Índice de Lawton y Brody: Las siguientes preguntas pretenden conocer la capacidad de desarrollo de tareas de la vida diaria:

VD.3.1. ¿Utiliza usted el teléfono?

- Utilizo el teléfono por iniciativa propia
 - Soy capaz de marcar bien algunos números
 - Puedo contestar pero no llamar
 - Soy incapaz de utilizarlo
-

VD.3.2. ¿Va usted de compras?

- Sí, realizo todas las compras
 - Sólo hago pequeñas compras por mí mismo/a
 - Sí, pero necesito que una persona me acompañe
 - Soy incapaz de ir de compras por mí mismo/a
-

VD.3.3 ¿Prepara usted la comida?

- Sí, planeo, preparo y sirvo la comida sin ayuda
 - Sí, preparo la comida si me dan los ingredientes
 - Preparo platos precocinados
 - Necesito que me preparen y sirvan la comida
-

VD.3.4. ¿Se encarga usted de cuidar su casa?

- Cuido la casa sin ayuda o con ayuda ocasional
 - Realizo tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas
 - Realizo tareas ligeras pero no mantengo un nivel de limpieza adecuado
 - Necesito ayuda para todas las tareas
 - Necesito que otra persona se encargue del cuidado de la casa
-

VD.3.5. ¿Se encarga usted de lavar su ropa?

- Sí, lavo mi ropa personalmente
 - Sólo lavo pequeñas prendas
 - Necesito que otra persona se encargue de lavar mi ropa
-

VD.3.6. ¿Utiliza usted el transporte?

- Conduzco o viajo sin compañía en transporte público
 - Viajo en taxi sin compañía pero no utilizo otros medios de transporte
 - Necesito acompañamiento cuando viajo en transporte público
 - Utilizo el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros
 - No viajo
-

VD.3.7. ¿Se responsabiliza usted de sus medicamentos?

- Sí, soy responsable de mi medicación
 - Alguien tiene que prepararme la medicación
 - Soy incapaz de hacerlo por mí mismo/a
-

VD.3.8. ¿Maneja usted su dinero?

- Realizo las compras de cada día, pero necesito ayuda en grandes compras y bancos
 - Soy incapaz de manejar mi dinero
-

PARTE 3: USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES

A continuación, se le van a preguntar algunos aspectos relacionados con el uso que hace usted de los servicios sanitarios y sociales.

SS.3.1 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha asistido a una consulta médica (personalmente o por teléfono)?

SS.3.2 ¿Qué tipo de profesionales ha consultado en los últimos 12 meses?

(Puede marcar MÁS de una opción)

- Médicos de familia
- Especialistas
- No sabe / no contesta

SS.3.3 ¿Dónde tuvieron lugar dichas consultas? (Puede marcar MÁS de una opción)

- Centro de salud
- Ambulatorio/centro de especialidades
- Consulta externa de hospital
- Servicio de urgencias
- Médico particular
- En mi domicilio
- Consulta telefónica
- Otro lugar. Indique cuál: _____

SS.3.4 ¿Cuáles fueron los motivos principales de dichas consultas? (Puede marcar MÁS de una opción)

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud
- Un accidente o agresión
- Revisión
- Dispensación de recetas
- Otros motivos. Indique cuáles: _____

SS.3.5 En los últimos 12 meses, ¿cuáles de las siguientes pruebas se ha hecho? (Puede marcar MÁS de una opción)

- Radiografía
- TAC
- Ecografía
- Resonancia magnética
- Análisis
- Otras. Indique cuáles: _____

SS.3.6 Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido hospitalizado/a al menos durante una noche?

Sí No **En caso negativo pase a la pregunta SS.3.7.**

SS.3.6b En caso afirmativo, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado/a en los últimos 12 meses?

En relación a su última hospitalización,

SS.3.6c ¿cuántos días permaneció hospitalizado/a?

SS.3.6d ¿cuál fue el motivo de su ingreso?

- Intervención quirúrgica
- Estudio médico para diagnóstico
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
- Otros motivos. Indique cuáles: _____
- No sabe / No contesta

SS.3.7. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencia?

Sí No **En caso negativo pase a la pregunta RS.3.1.**

En caso afirmativo:

SS.3.7b Indique el número de veces que ha sido atendido/a por algún servicio de urgencia los últimos 12 meses:

SS.3.7a ¿Por qué acudió al servicio de urgencias? (marque SÓLO UNA opción)

- Porque la o el médico me lo recomendó
- Porque lo consideré necesario
- Porque mis familiares u otras personas lo consideraron necesario
- Otros motivos, indique cuáles: _____

RS.3.1 ¿Recibe algún tipo de ayuda en su domicilio?

- Sí No

RS.3.1b En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda?

- Recibo ayuda con actividades de la vida diaria
 Recibo ayuda con mi cuidado personal
 Recibo la comida en mi domicilio
 Tengo instalado en mi hogar un centro de telemonitorización
 Llevo conmigo siempre un dispositivo de alarma por si tengo algún problema
 Otro. Indique cuál: _____

RS.3.1c ¿Con qué frecuencia utiliza este servicio?

- Diariamente
 Dos o tres veces a la semana
 Una vez a la semana
 Otro. Indique cuál: _____

RS.3.2a ¿Tiene cuidador?

- Sí No

RS.3.2b En caso afirmativo, ¿quién es?

- Un familiar
 Una persona contratada
 Un/a amigo/a
 Otro, ¿quién?: _____

DS.4.9 ¿En qué tipo de hogar vive?

- Vivo en mi casa solo/a
- Vivo en mi casa con mi pareja
- Vivo en mi casa con mis hijos/as
- Vivo en mi casa con mi pareja y mis hijos/as
- Vivo en una residencia
- Vivo en la casa de un familiar (hijos/as, hermanos/as, etc.)
- Otro, indique cuál: _____

DS.4.10 ¿Utiliza usted algún tipo de ayuda para moverse?

- Sí No

DS.4.12b En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda utiliza?:

- Una silla de ruedas
- Unas muletas o bastones
- Un andador
- Otros. Indique cuáles: _____

Muchas gracias por su colaboración