Enfoques integrados a los conceptos discapacidad y turismo accesible

Integrated Approaches to the Concepts of Disability and Accessible Tourism

Natacha Pahola de las Mercedes Díaz Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0916-3363>

Lady Jacqueline García Mejía¹ <https://orcid.org/0000-0001-7297-4785>

Esther del Carmen Mullo Romero¹ <https://orcid.org/0000-0002-4013-261X>

¹ Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. República del Ecuador.

* Autor para la correspondencia: natacha.diaz@uleam.edu.ec

RESUMEN

El propósito de este artículo consiste en ofrecer una revisión de la literatura académica sobre enfoques integrados a los conceptos discapacidad y turismo accesible con la finalidad de ampliar la comprensión sobre el tema. Para el estudio se conciben las bases del pensamiento que deberán tener en consideración la academia y los actores involucrados en el desarrollo de una industria turística, donde su práctica esté basada en el valor agregado de la inclusión social. La metodología utilizada en la elaboración de este artículo se basó en una revisión documental. El objetivo principal fue analizar el contenido relacionado con la relación entre el turismo accesible y el pensamiento que lo precede. La idea central es reconocer la importancia de tener conciencia sobre las diferentes escuelas de pensamiento y la historia de la discapacidad asociada al turismo accesible. Esto permite comprender y participar de manera más efectiva en el debate que está marcando el entorno actual. Este es en un mundo que, en gran medida, no está completamente diseñado para personas con discapacidades, por lo que es fundamental entender y vincularse mejor con esta temática.

Palabras clave: desarrollo sostenible; modelo médico, social y biopsicosocial; turismo accesible.

ABSTRACT

The purpose of this article is to provide a review of the academic literature on integrated approaches to the concepts of disability and accessible tourism in order to enhance understanding of the topic. For the study, the foundations of thinking that academia and the stakeholders involved in the development of a tourism industry, where practice is based on the added value of social inclusion, are considered. The methodology used in the preparation of this article was based on a documentary review. The main objective was to analyze the content related to the relationship between accessible tourism and the preceding thinking. The central idea is to recognize the importance of being aware of different schools of thought and the history of disability associated with accessible tourism. This allows us to understand and participate more effectively in the debate that is shaping the current environment. We live in a world that is largely not fully designed for people with disabilities, so it is essential to better understand and engage with this topic.

Keywords: *sustainable development; medical, social and biopsychosocial model; accessible tourism.*

Recibido: 11/4/2024

Aceptado: 2/5/2024

INTRODUCCIÓN

El debate sobre el turismo accesible se ha centrado en la intersección entre la discapacidad y el nivel de necesidades de apoyo y ha demostrado la complejidad de la comprensión de la discapacidad, desde el punto de vista social, en medio de una contradicción tanto teórica como práctica que busca cambiar entornos discapacitantes a entornos propicios (Swain *et al.*, 2013).

La literatura en esta área (Buhalis, Darcy & Ambrose, 2012) sugiere que las personas que trabajan en la industria del turismo generalmente no son conscientes de las diversas necesidades y limitaciones de viaje de las personas con discapacidad y, como resultado, los datos manejados por las diferentes fuentes de información son frecuentemente inadecuados. Por lo general, las soluciones frente a la discapacidad se centran, principalmente, en cuestiones micro como las barreras físicas o la accesibilidad de alojamiento en las instalaciones turísticas. En este ámbito, el

interés de la industria por el turismo accesible se ha acelerado a medida que las partes interesadas luchan con las nociones de accesibilidad y «turismo para todos» (Loi & Kong, 2017).

No obstante, en el debate de las soluciones en el ámbito del turismo todavía predomina la conceptualización «médica» que se centra en la «pérdida», en lugar de enfoques sociales que reconozcan las necesidades de apoyo como un área que requiere respuestas sociales inclusivas (Barnes, 2013). Teniendo esto en cuenta, el propósito del presente artículo consiste en ofrecer una revisión de la literatura académica sobre turismo accesible con el objetivo de ampliar su comprensión desde un enfoque social. La motivación está en lo poco que se difunde el pensamiento que orienta la movilidad de los conceptos discapacidad y turismo accesible en la literatura académica.

Esta contextualización es crucial para comprender la influencia que ha tenido el contexto histórico en la forma en que se desarrollaron los estudios de turismo accesible. La pregunta en este ámbito es la siguiente: ¿cómo los cambios de paradigma, tanto en el concepto de discapacidad como en el del turismo, han afectado el desarrollo de los estudios en materia de turismo accesible?

La idea central es reconocer la importancia de tener conciencia sobre las escuelas de pensamiento y la historia de la discapacidad relacionada con el turismo accesible. Esto permitirá comprender e involucrarse mejor en el debate que está marcando el entorno actual, en un mundo que no está completamente diseñado para personas con discapacidades. La contribución del turismo a la creación de una sociedad inclusiva requiere la adopción de nuevos enfoques y estrategias que promuevan la accesibilidad de los destinos turísticos, esto permitirá que todas las personas, independientemente de su estado de salud, disfruten de experiencias turísticas (Kastenholz, Eusébio & Figueiredo, 2015) y (Lehto *et al.*, 2018).

Este artículo es parte de los resultados del proyecto de investigación institucional «Metodología de gestión integrada e inteligente de destinos para la mejora de la calidad turística de la provincia Manabí, Ecuador».

ENFOQUES INTEGRADOS A LOS CONCEPTOS DE DISCAPACIDAD Y TURISMO ACCESIBLE

Los autores Buhalis, Darcy & Ambrose (2012) ofrecen una definición de turismo accesible que se sintetiza en el siguiente supuesto: el turismo accesible implica procesos de colaboración entre las partes interesadas que permiten a las personas con requisitos de acceso, funcionar de forma independiente y con equidad y dignidad, a través de la entrega de productos y servicios turísticos de diseño universal.

Esta definición adopta un enfoque en el que las personas a lo largo de su vida se benefician de la oferta turística accesible. Esto incluye personas con discapacidades permanentes y temporales, personas mayores, obesas, familias con niños pequeños y aquellos que trabajan en entornos más seguros y socialmente diseñados de manera más sostenible.

Está implícito y explícito en la definición que el centro del turismo accesible es dar atención a personas con discapacidades; es notable que la solución a este fenómeno está en la sociedad y no es un fenómeno únicamente médico, y que el disfrute al turismo es un derecho humano. Por consiguiente, las bases para la comprensión de la urgencia de promover el turismo accesible se encuentran de una manera u otra en los fundamentos de los modelos médico, social, de derechos humanos y biopsicosocial de la discapacidad.

Smith (1987) es el primer académico en utilizar el término «accesibilidad» en turismo. Sugirió que las personas con discapacidad experimentan barreras para participar en el ocio que socavan su sentido de libertad y sentimientos de control personal. Este fue el primer hecho que modificó la manera de entender el turismo desde la visión de la discapacidad. De esta manera el término turismo accesible se introdujo por primera vez en la literatura académica en 1989, en un informe publicado por el English Tourism Council titulado «Tourism for All» (Baker, 1989). El documento pretendía describir los avances logrados en el país desde 1981 –fue declarado Año Internacional de las Personas con Discapacidad– en el diseño, promoción e implementación de servicios turísticos que pudieran ser disfrutados por todos, sin importar la edad o el grado de discapacidad.

La importancia académica de los estudios de turismo accesible tuvo relevancia a partir del año 2000 cuando revistas de alto impacto como *Tourism Management* y *Annals of Tourism Research* comenzaron a incluir artículos sobre este tema. En sus inicios estas investigaciones eran fundamentalmente de carácter exploratorio: muchos investigadores utilizaban técnicas cualitativas mientras que los que optaron por instrumentos cuantitativos se limitaron a realizar

encuestas piloto (Rubio, García y Ullán, 2021). En cuanto a los objetivos perseguidos, estos estudios realizaron las siguientes acciones:

- Evaluaron los comportamientos de los turistas con movilidad reducida (Burnett & Baker, 2001);
- Analizaron sus necesidades y motivaciones (Shaw & Coles, 2004).
- Estudiaron los procesos de experiencias turísticas (Kwai-sang Yau, McKercher & Packer, 2004).
- Identificaron las barreras encontradas en el turismo (Stumbo & Pegg, 2005).
- Mostraron las percepciones de los agentes de viajes (McKercher *et al.*, 2003).
- Asignaron particular importancia a los factores de accesibilidad (McKercher *et al.*, 2003).

El resultado es que estos exámenes se centraron principalmente en la perspectiva de los turistas con discapacidad y su conocimiento como consumidores. Esta última cuestión ha sido abordada desde la perspectiva médica, social, y desde el enfoque biopsicosocial; estos aspectos metodológicamente resultan necesarios para una mejor comprensión y puesta en práctica de políticas de desarrollo del turismo accesible como parte de la atención que requiere la discapacidad.

Modelo médico

La literatura revisada indica que en las explicaciones del modelo médico de discapacidad, este ha sido el protagonista en los análisis sobre la discapacidad (Barnes, Mercer & Shakespeare, 2010; Darcy & Buhalis, 2011; Swain *et al.*, 2013). La idea principal de este modelo es que los inconvenientes que padecen las personas con discapacidad tienen su origen en sus limitaciones individuales, propias de sus discapacidades físicas, debido a una tragedia personal; de esta manera, su propuesta de solución es restringida, aseverando como único remedio la intervención médica (Oliver, 1990; Aitchison, 2009).

La discapacidad en el modelo médico es vista como una condición médica y, como tal, los médicos son los especialistas en tratar y eliminar tanto los síntomas como la enfermedad para mejorar la condición del individuo. Dado que el modelo médico consideraba la discapacidad como una insuficiencia individual (aunque podía curarse y tratarse médicamente), facilitó que los

empleadores rechazaran candidatos discapacitados para el empleo sin asumir su responsabilidad; las personas con discapacidad eran las culpables de su falta de éxito en el empleo (Travis, 2015 y McTigue, 2015).

Los conceptos del modelo médico dieron poder a los gobiernos y los tribunales (además de los empleadores) para evitar tomar medidas cuando las oportunidades de empleo estaban disminuyendo para las personas con discapacidad, facilitando las cosas para que los empleadores rechazaran candidatos discapacitados para el empleo sin asumir su responsabilidad; la interpretación errada que se deduce de esto, es que las personas con discapacidad son las culpables de su falta de éxito en el empleo.

En el modelo médico de discapacidad, una persona se considera discapacitada si debido a una deficiencia no puede hacer las cosas «normalmente» como los demás. Debido a este hecho, la persona enfrenta oportunidades limitadas no solo para ser empleado sino también para participar en las actividades sociales diarias; en consecuencia, esto conducirá a niveles de vida deficientes o reducidos. La única oportunidad de mejorar las circunstancias para el individuo basado en el modelo médico es estar dispuesto a permitir que los expertos médicos curen y traten la discapacidad (Bailey, Harris & Simpson, 2015).

La visión del modelo médico es que la discapacidad explica el funcionamiento limitado visto como una deficiencia, debido al deterioro corporal (función corporal, estructura y mente) (Haeghele, & Hodge, 2016), causado por problemas físicos, sensoriales, afectivos o cognitivos, (Blustein, 2012). Por lo tanto, la visión del modelo médico es que las personas se consideran discapacitadas porque no pueden funcionar como lo hacen las personas «normales». Esto es muy importante porque la forma en que se define y ve la discapacidad, afecta las percepciones, expectativas y comportamientos de las personas hacia las personas con discapacidad. Debido a que el modelo médico analiza las cosas desde un punto de vista biológico, la discapacidad se considera un problema biológico.

Una crítica importante al modelo médico es que, si bien los expertos médicos deben ser responsables de tratar y curar las discapacidades, dado que tienen la experiencia y el conocimiento, su poder debe limitarse únicamente a los aspectos médicos de las discapacidades. Los expertos médicos no deben tener ningún control o autoridad sobre la vida o la percepción de los demás (sociedad, empleadores, gobiernos).

Otra crítica al modelo médico es que asociaba a las personas con discapacidad con el rol de enfermo, estereotipando a las personas con discapacidad como anormales y débiles, influyendo en el comportamiento y la interacción de los miembros de la sociedad hacia las personas con discapacidad. Por ejemplo, este concepto puede aumentar la percepción negativa de las personas hacia las personas con discapacidad, las cuales podrían querer participar en deportes y lograr grandes cosas, y los ven como incapaces (Haegele y Hodge, 2016).

El modelo médico de la discapacidad sostiene que las deficiencias de una persona son la causa de las dificultades que encuentra en la sociedad. Sin embargo, muchas personas con discapacidad quedan excluidas de los entornos sociales y laborales debido a las percepciones negativas y las actitudes limitadas de los demás (instituciones, sociedad, empleadores, gobiernos) y no a causa de sus deficiencias.

Modelo social

La validez y el carácter predominante de la explicación del modelo médico comenzó a verse cuestionada desde mediados de la década del 60 del siglo XX, cuando la publicación *Stigma: The Experience of Disability* en 1966 de Paul Hunt, presentó nuevos argumentos desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad (Hunt, 1966). Este marco teórico considera que la discapacidad no es solo un problema individual, sino que también está relacionado con la interacción entre personas discapacitadas y personas sin discapacidad, así como con el entorno construido. Según el modelo social, esta problemática es creada por la sociedad y puede ser resuelta con la ayuda del entorno, nuevas técnicas y diferentes comportamientos.

Siguiendo el razonamiento de Hunt (1966), se reconoce que la discapacidad es principalmente una construcción social, que se forma a través de un entorno social discapacitante y requiere acción social para cambiar. Es responsabilidad colectiva de la sociedad realizar las modificaciones necesarias en el ambiente y en las actitudes, para promover la plena participación de las personas en todos los aspectos de la ciudadanía.

El modelo social de discapacidad afirma que la discapacidad es resultado de barreras sociales y políticas, y fue creado por activistas políticos para proteger los derechos civiles de las personas con discapacidad. Los teóricos de este modelo ven a la sociedad como hostil y discriminatoria hacia las personas discapacitadas, con actos de discriminación en el empleo, educación y acceso a infraestructuras (Sisti, 2015).

La solución no es curar la discapacidad, sino cambiar las actitudes sociales y eliminar las barreras para reducir la discriminación. Esto permitiría tratar a las personas discapacitadas como seres humanos con valor y superar los obstáculos a través del apoyo de la sociedad, el gobierno y los empleadores.

El modelo social de la discapacidad ha influenciado las políticas públicas en relación a las personas con discapacidad en ámbitos como la educación y el empleo a nivel internacional. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha desarrollado este modelo basándose en los principios de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Congreso de los Estados Unidos, 1964), lo cual ha llevado a la promulgación de legislación adicional, como la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, que prohíbe la discriminación en el empleo por motivos de discapacidad (National NetWork, 1990).

Estas leyes no solo buscan mejorar las condiciones de trabajo y alojamiento, sino también reducir la discriminación en el lugar de trabajo hacia las personas con discapacidad. La Organización Mundial de la Salud también ha adoptado y utiliza el modelo social de discapacidad en su Clasificación Internacional de Función, Discapacidad y Salud (CIF). Esta clasificación reconoce que las actitudes sociales, la injusticia y la discriminación son factores ambientales que afectan a las personas con discapacidad, entre otros (Roush y Sharby, 2011).

No obstante, el análisis al principio era sobre los derechos civiles de las personas discapacitadas en relación con la provisión de adaptaciones en el lugar de trabajo y la eliminación de cualquier discriminación relacionada con las prácticas de contratación y promoción. Luego, obligar a los empleadores a incluir a las personas con discapacidad como miembros iguales –a través de incentivos financieros y retribuciones financieras– y, al mismo tiempo, ayudarlos a comprender la importancia de proteger los derechos fundamentales de los miembros de cada sociedad, así como asegurar su plena integración en la sociedad.

A pesar del objetivo general a largo plazo mencionado anteriormente, el objetivo constitucional clave de la legislación sobre discapacidad sigue siendo asegurar que se garanticen los derechos civiles de las personas discapacitadas y que quienes los violen sean responsables de los daños y la compensación.

La definición de discapacidad basada en el modelo social consiste en la exclusión social de las personas con discapacidad y no la deficiencia que incapacitó al individuo (Hutchinson, *et al.*, 2016). En consecuencia, «deficiencias» y «discapacidades» son términos diferentes, ya que las

«deficiencias» son limitaciones funcionales debidas a deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, mientras que la «discapacidad» es la exclusión de la participación social por la limitación de oportunidades en comparación con otros, debido a limitaciones físicas y barreras sociales.

Como resultado, la discapacidad no es solo un evento o situación trágica que experimentan personas; por lo tanto, no puede tratarse solo médicamente, porque es posible que no solucione el «problema». La importancia del modelo social de discapacidad es ayudar a comprender cómo la sociedad discapacita y, en consecuencia, discrimina a las personas discapacitadas al tratar a los miembros de la sociedad de manera desigual (Hutchinson *et al.*, 2016). La sociedad y los empleadores deben ajustar sus políticas, prácticas y percepciones para incluir plenamente a las personas con discapacidad en las actividades sociales y laborales, de acuerdo con el modelo social.

La idea del modelo social se asienta en que la discapacidad es el resultado de prácticas discriminatorias y de exclusión hacia las personas con discapacidad, en relación con sus actividades diarias y laborales. Esta idea busca separar las deficiencias de las discapacidades, al admitir que una deficiencia es una característica biológica, mientras que la discapacidad es la discriminación hacia las personas por su deficiencia. La discapacidad es vista como una diferencia social que estigmatiza y excluye a ciertos individuos por su diversidad corporal (Winance, 2016).

Contrastes entre el modelo médico y social

La argumentación del modelo médico y social es contrastante en términos comparativos, ambas propuestas contienen elementos que se pudieran integrar como forma de promover soluciones al tema de la discapacidad. Una comparación de estos modelos permite realizar las observaciones siguientes, resumidas después en el Cuadro 1:

- El problema personal es en parte un problema social.
- La atención médica ayuda a la integración social.
- La ayuda profesional no puede tener éxito si se descuida la responsabilidad individual y colectiva.
- Después de cada manipulación ambiental viene un ajuste personal y una adaptación individual.

Cuadro 1. Comparación de modelo médico y social.

Médico	Social
Problema personal	Problema social
Atención médica	Integración social
Trato individual	Acción social
Ayuda profesional	Responsabilidad individual y colectiva
Ajuste personal	Manipulación ambiental
Comportamiento	Actitud
Cuidado	Derechos humanos
Política de salud	Política
Adaptación individual	Cambio social

Fuente: Buhalis y Darcy (2011).

Con el objetivo de reflejar el modelo social en la conceptualización de la discapacidad, la OMS publicó en 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), distinguiendo la discapacidad –definida de manera más neutral que lo ha hecho la Unión de Discapitados Físicos Contra la Segregación (1975) (UPIAS, por sus siglas en inglés). como cualquier restricción o carencia (derivada de una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del rango considerado normal para un ser humano– del concepto de minusvalía, cargando en él las consecuencias sociales, como una desventaja para un individuo dado, como resultado de un impedimento o una discapacidad, que limita o impide el cumplimiento de un rol que es normal para ese individuo.

El modelo social se desarrolla como respuesta a los cambios de época, marcados por la aparición de la ciencia y la cosmovisión posmodernas. Desde la perspectiva de la epistemología y la ética posmodernas, las personas con discapacidades se consideran como una categoría de identidad oprimida por la cultura dominante y las instituciones (Mitchell & Synder, 1997).

Las personas con discapacidad llegaron a ser etiquetadas, como un tipo de etnia marginada, como una «minoría política» parcialmente privada de «subjetividad» (Thomson, 1997). La teoría crítica posestructuralista influyó en el modelo social buscando soluciones alternativas fuera del ámbito médico, a través de la creación de un entorno propicio (Barnes, 2013).

En este sentido, la asimilación del modelo social implicó que, independientemente de la deficiencia del individuo, ninguno debía ser necesariamente excluido de la mayoría de las actividades de la vida diaria, siempre que la sociedad tomara conciencia del problema y adoptara las medidas necesarias para eliminar las barreras ambientales, de actitud o de comunicación (Barnes, Mercer & Shakespeare, 2010; Darcy & Buhalis, 2011; Oliver, 2013; Swain *et al.*, 2013). Cuando se aplicó el modelo al campo del turismo, se argumentó que las personas con discapacidad se enfrentaban a limitaciones de viaje, no tanto por su condición física en sí, sino porque los destinos de vacaciones no tenían en cuenta sus necesidades (Buhalis *et al.*, 2005). El resultado ha sido que el modelo social ha ganado en credibilidad institucional, social y académica en la (Oliver, 2013; Shakespeare y Watson, 1997). No obstante, también ha sido blanco de una intensa revisión por parte las críticas de diversos académicos (Badley, 1987; Oliver, 1990). Las principales críticas se orientaron contra la arbitrariedad de la dimensión socialmente construida de la discapacidad, en particular, las sostenidas por activistas de personas con discapacidad que revelan la discapacidad como una forma de «opresión por parte de una sociedad obsesionada con la normalidad» (Hutchinson *et al.*, 2016, p. 91).

Enfoque de los derechos humanos

El auge de los movimientos por los derechos humanos de las personas con discapacidad en la década de 1970 fue clave para el desarrollo de un cambio conceptual (Abberley, 1987). El resultado fue que la Unión de Discapacitados Físicos Contra la Segregación (1975) identificó la discapacidad como «la ausencia total o parcial de un miembro, o el defecto de un miembro, organismo o mecanismo del cuerpo» (p. 3) y la discapacidad como «la desventaja o restricción de la actividad causada por una organización social contemporánea que no tiene en cuenta o tiene muy poco en cuenta a las personas que tienen deficiencias físicas y, por lo tanto, las excluye de la corriente principal de las actividades sociales» (p. 20).

En la década de 1970, UPIAS se enfrentó a los partidarios del modelo médico, tratando de redefinir la discapacidad, en el sentido de que es la sociedad la que discapacita a las personas al imponer la discapacidad sobre las deficiencias de las personas (Thompson, 2016). De esta manera, se enraiza el enfoque de los derechos de las personas con discapacidad, siendo las organizaciones supranacionales y las organizaciones no gubernamentales (ONG) quienes prestan especial atención a los derechos humanos.

Modelo biopsicosocial de la discapacidad

El modelo biopsicosocial de la discapacidad busca entender esta como una interacción compleja entre la salud de una persona y las condiciones socioambientales en las que se encuentra. Este enfoque reconoce la importancia de considerar tanto los aspectos médicos como sociales al abordar la discapacidad, y destaca la necesidad de eliminar barreras y promover la inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida, como el empleo y la participación social (Active Assistance, 2012).

El modelo sigue una filosofía que incorpora los modelos social y médico de la discapacidad en el sentido de que este modelo acepta como factores que afectan la discriminación por discapacidad, las deficiencias de las personas y el impacto social negativo (Penney, 2013). El modelo biopsicosocial de discapacidad tiene como objetivo vincular los modelos social y médico al presentar un enfoque comprometido. Se puede decir que el modelo biopsicosocial forma un concepto más integrado y completo en torno a la discapacidad, que abarca elementos tanto del modelo social como del médico (Bath *et al.*, 2014).

Así, este modelo propone que las discapacidades son causadas por problemas físicos o biológicos que necesitan ser tratados por expertos médicos. Además, la sociedad debe encontrar formas de incluir a las personas con discapacidad en las actividades sociales, económicas y políticas apoyándolas y brindándoles igualdad de oportunidades. Por lo tanto, el modelo biopsicosocial se basa en el hecho de que la discapacidad es una interacción entre tres conjuntos de factores; físicos, como la edad y el género; psicológicos, como el comportamiento; y sociales, como los entornos sociales y culturales.

El modelo biopsicosocial de discapacidad enfatiza el hecho de que la discapacidad no solo es causada por deficiencias o por razones fisiopatológicas, sino también por algunos factores psicosociales y de estilo de vida (Gatchel, 2015). Este punto de vista contrapone en parte el modelo médico y el modelo social de la discapacidad, al considerarlos incompletos. Académicos, profesionales e investigadores clínicos adoptan el modelo biopsicosocial para comprender y tratar mejor los problemas de dolor, así como los problemas de discriminación derivados de factores biológicos, psicológicos y sociales (Gatchel *et al.*, 2020).

El modelo biopsicosocial de discapacidad desarrollado inicialmente por Engel en la década de 1970, formó la base para un nuevo modelo evolucionado de Waddell y Aylward y se utilizó como

marco conceptual para redefinir la discapacidad en el Reino Unido (Shakespeare, Watson & Alghaib, 2016). Ello ayudó al gobierno a desarrollar mecanismos para apoyar en infraestructura, prácticas y políticas a las personas con discapacidad que experimentaron barreras debido a su discapacidad, especialmente para encontrar y acceder al empleo (Shakespeare, Watson & Alghaib, 2016; Van Oudenhove & Cuypers, 2014).

Sin embargo, la sociedad debe encontrar formas de prevenir la estigmatización de estas personas y apoyarlas por todos los medios para evitar las malas condiciones de vida y el aislamiento social. En cuanto a los efectos y consecuencias de este enfoque sobre los resultados laborales de las personas con discapacidad, estos aún no están claros, ya que este modelo es relativamente nuevo. Sin embargo, al tratarse de una extensión del modelo social que engloba algunos factores adicionales, se supone que los resultados de este enfoque hacia las oportunidades laborales de las personas serán más que positivos.

LECTURAS PARA DESARROLLAR ACCIONES DESDE LA PROMOCIÓN DEL TURISMO ACCESIBLE

Desde el punto de vista estratégico, las concepciones abordadas sobre la discapacidad constituyen una guía de extraordinario valor metodológico para la toma de decisiones en el campo del turismo para cualquier experiencia social. Esto sucede porque...

1. Permiten ampliar el juicio de que los problemas inherentes a una persona deben ser tratados desde lo social, y no reducirlos a problemas individuales. En la práctica del turismo, esto implica reflexionar sobre cómo ampliar el diapasón del tratamiento de las personas con discapacidad.
2. La premisa básica en el tratamiento de la discapacidad, desde el turismo, es que la exclusión y segregación de las personas con discapacidad de la sociedad y los lugares de trabajo solo es causada por la incapacidad, falta de voluntad y fracaso de la sociedad para eliminar cualquier barrera que prohíba a las personas con discapacidad participar plenamente en la vida social.

3. Las acciones políticas y sociales en la actividad turística –basadas en los modelos tratados como forma de inclusión social– deben ser para redefinir y ver la discapacidad como una forma de diversidad humana, pues muchos problemas para las personas con discapacidad pueden reducirse o eliminarse sustancialmente si se eliminan las barreras ambientales, cuestión de particular relevancia para el adecuado desarrollo de la actividad turística. Para ello es necesario reconocer que la discapacidad no solo es causada por deficiencias o por razones fisiopatológicas, sino también por algunos factores psicosociales y de estilo de vida.
4. El manejo de la discapacidad en la gestión del turismo debe partir de que está determinada por múltiples factores, como la atención médica y profesional, el esfuerzo personal de las personas discapacitadas y las modificaciones sociales, incluidas las implicaciones laborales.
5. Con los conceptos abordados, está cobrando importancia un enfoque de vida integral en la actividad turística, que es un proceso de colaboración que ayuda a satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad que tienen deficiencias relacionadas con la movilidad, la visión, la audición y la cognición.
6. Las personas con discapacidad quieren disfrutar de su experiencia turística y existen grupos de requisitos como:
 - Los requerimientos de atención o asistencia ganan importancia.
 - Es necesaria la compatibilidad del entorno para las personas con herramientas de asistencia o tratamiento.
 - Evitar obstáculos al usar y encontrar herramientas y problemas de comunicación con el personal o las máquinas se vuelven asuntos de importancia.

Por lo tanto, es posible tener un concepto de soluciones físicas para cubrir esos requisitos. Las ciudades amigables, la infraestructura general y el turismo accesible se evalúan bajo el concepto de políticas para afrontar la discapacidad. La calidad de la infraestructura depende, principalmente, de dónde se encuentran las ciudades, es decir, en países desarrollados o menos desarrollados; estos últimos tienen diferentes perspectivas e instrumentos de política sobre el turismo accesible en comparación con los más desarrollados.

Es necesario evaluar cada país con indicadores diferenciados. El turismo accesible puede existir cuando existe una infraestructura apropiada para todos. En muchas regiones del mundo, las ciudades están cambiando, se están demoliendo edificios antiguos y se están abriendo nuevas zonas habitables con nuevos hoteles.

Accesibilidad

La accesibilidad debe tomarse como un tema central para un desarrollo sostenible antes de que comience el cambio. El concepto de soluciones físicas cubre alojamiento/infraestructura en términos de sostenibilidad, por lo que este puede desempeñar un papel importante para crear indicadores de accesibilidad para hoteles y otras atracciones turísticas.

Los elementos de entorno, producto, servicio o información deben tener la calidad de ser accesibles y/o utilizables por todos, sin depender de su capacidad. Los campos sociales, de discapacidad, y arquitectónicos hacen referencia al concepto de accesibilidad. La ingeniería civil utiliza este término como conectividad de una ciudad o lugar.

Diseño universal

En todo el mundo hay mil millones de personas con discapacidad, de las cuales el 80 % vive en países en desarrollo o menos desarrollados. Este concepto de diseño universal es parcialmente la base del modelo accesible sostenible y el concepto enfatiza el enfoque de triple resultado final. Tiene puntos en común con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Técnicamente recomienda un uso equitativo, flexible, sencillo e intuitivo, información perceptible, tolerancia al error, bajo esfuerzo físico, tamaño y espacio de abordaje y uso.

De acuerdo a Darcy & Dickson (2009), el diseño universal facilitará la vida de las personas con discapacidad (20 %), de las personas mayores con problemas de acceso (8 %) y de las familias con niños pequeños (3 %); lo que implica que ofrecerá una solución general para todas las condiciones de vida menos sostenibles. Los indicadores de diseño universal se utilizarán como indicadores principales para el modelo de turismo accesible en el diseño de atracciones turísticas hechas por el hombre o especialmente diseñadas.

Turismo para todos proporciona una experiencia turística que cualquier persona puede disfrutar independientemente de sus capacidades, edad, altura, raza, sexo, orientación sexual, creencias, ideología o antecedentes culturales. Los conceptos de turismo accesible y turismo para todos son

a menudo mal utilizados. Se tiende a querer ir más allá de la idea de mera accesibilidad para personas con discapacidad y se insiste en la necesidad de cumplir con las expectativas de cualquier huésped potencial. El turismo accesible aborda los problemas con soluciones más técnicas, pero el concepto de turismo para todos aborda los problemas con aspectos más culturales.

CONSIDERACIONES FINALES

El turismo accesible se basa en enfoques integrados que consideran tanto las limitaciones individuales como las barreras sociales, y se fundamenta en los derechos humanos de las personas con discapacidad. Esto supone la necesidad de eliminar barreras físicas, comunicativas y de actitud, y de promover la accesibilidad en todas las etapas del proceso turístico, desde el transporte y el alojamiento hasta las atracciones y actividades.

El turismo accesible se basa en enfoques integrados que van más allá del modelo médico de la discapacidad; mientras que el modelo médico se enfoca en las limitaciones y deficiencias de las personas con discapacidad, el modelo social se centra en las barreras y obstáculos que impiden su participación plena en la sociedad. Abordar el turismo accesible desde una perspectiva de derechos humanos, implica que todas las personas, independientemente de su condición, tienen el derecho de disfrutar y participar plenamente en las actividades turísticas.

El modelo médico subraya el desarrollo real como un problema personal e insiste en que se necesita una intervención médica. Ello refleja su carácter limitado, debido a que su concepción refuerza los prejuicios hacia las personas con discapacidad, lo que reduce las posibilidades de estas personas en el mercado de trabajo y en general en su inserción social. Al contrario del modelo médico descrito anteriormente, el modelo social tiene efectos positivos con respecto a las oportunidades de empleo y los resultados para las personas discapacitadas. El efecto más notable es el cambio en las percepciones y actitudes negativas de los empleadores hacia las personas con discapacidad.

El modelo social defiende que la estructura, las prácticas y las políticas de las sociedades y organizaciones deben cambiar para acomodar a diversos grupos de personas (ciudadanos y empleados), y cuando estos cambios tienen lugar, las necesidades de varios grupos (es decir,

personas con diferentes tipos de discapacidades), en lugar de aplicar directamente el tratamiento a una persona discapacitada.

El modelo social de la discapacidad aumenta la conciencia y la percepción de las propias personas con discapacidad, ya que esta filosofía las apoya en su forma de ser, enseñándoles que es la sociedad la que necesita cambiar y no ellos mismos.

Aunque puede haber varias y notables diferencias entre el modelo médico y el social de la discapacidad, se cree que ambos son necesarios y pueden contribuir a la comprensión de la discapacidad. En cuanto a sus diferencias, es evidente que el modelo médico ve la discapacidad como un fenómeno médico que percibe al individuo como defectuoso y deficiente con un funcionamiento limitado que naturalmente incapacita a una persona.

La discapacidad es una construcción social, y desde el enfoque del turismo debería ser vista como un hecho para la inclusión social, percibiendo a estas personas, no como problema médico, sino como un factor para la integración en todos los ámbitos de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBERLEY, P. (1987). The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disability, Handicap & Society, II* (1), 5-19.
- ACTIVE ASSISTANCE (2012). Understanding Inclusive Education. Models of Disability, Adjustment, Inclusion and Circles of Support. *Inclusive Education Toolkit*. Recuperado el 20 de noviembre de 2023 de <https://www.backuptrust.org.uk/wp-content/uploads/1.3-Models-of-disability.pdf>
- AITCHISON, C. (2009). Exclusive Discourses: Leisure Studies and Disability. *Leisure Studies, XXVII* (4), 375-386.
- BADLEY, E. M. (1987). The ICIDH: Format, Application in Different Settings, and Distinction between Disability and Handicap: a Critique of Papers on the Application of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *International Disability Studies, XI* (3), 122-125.
- BAILEY, K.; HARRIS, S. J., & SIMPSON, S. (2015). Stammering and the Social Model of Disability: Challenge and Opportunity. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, CXCIII*, 13-24.

Recuperado el 24 de noviembre de 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815020339>

- BAKER, M. (1989). *Tourism for All: a Report of the Working Party Chaired by Mary Baker*. English Tourist Board in association with the Holiday Care Service, the Scottish Tourist Board, the Wales Tourist Board.
- BARNES, C.; MERCER, G., & SHAKESPEARE, T. (2010). The Social Model of Disability. In A. Giddens, & P. Sutton, *Sociology: Introductory Readings* (pp. 161-167). Polity. Casa del Libro.
- BARNES, C. (2013). Understanding the Social Model of Disability: Past, Present and Future. In N. Watson & S. Vehmas (ed.), *Routledge Handbook of Disability Studies* (pp. 26-43). Routledge.
- BATH, B.; TRASK, C.; MCCROSKY, J., & LAWSON, J. (2014). A Biopsychosocial Profile of Adult Canadians with and without Chronic Back Disorders: a Population-Based Analysis of the 2009-2010 Canadian Community Health Surveys. *Biomed Research International*, 1-11. Recuperado el 24 de noviembre de 2022 de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2014/919621>
- BLUSTEIN, J. (2012). Philosophical and Ethical Issues in Disability. *Journal of Moral Philosophy*, IX (4), 573-587. Recuperado el 30 octubre de 2022 de <https://philpapers.org/rec/BLUPAE>
- BUHALIS, D., & DARCY, S. (2011). *Accessible Tourism: Concepts and Issues*. Channel View Publication. Recuperado el 30 enero de 2022 de https://www.researchgate.net/publication/235993170_Accessible_Tourism_Concepts_and_Issues
- BUHALIS, D.; DARCY, S., & AMBROSE, I. (eds.). (2012). *Best Practice in Accessible Tourism: Inclusion, Disability, Ageing Population and Tourism*. Channel View Publications.
- BUHALIS, D.; EICHORN, V.; MICHPOULOU, E., & MILLER, G. (2005). *Accessibility Market and Stakeholder Analysis*. University of Surrey/One Stop Shop for Accessible Tourism in Europe (OSSATE).
- BURNETT, J. J., & BAKER, H. B. (2001). Assessing the Travel-Related Behaviors of the Mobility-Disabled Consumer. *Journal of Travel Research*, IL (1), 4-11.
- CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS (1964). Civil Rights Act of 1964 (Law of the Congress 88-352, 78 United States Statutes at Large 241).

- DARCY, S., & DICKSON, T. (2009). A Whole-of-Life Approach to Tourism: The Case for Accessible Tourism Experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, XVI (1), 32-34. Recuperado el 30 enero de 2022 de https://www.researchgate.net/publication/235993187_A_Whole-of-Life_Approach_to_Tourism_The_Case_for_Accessible_Tourism_Experiences
- DARCY, S., & BUHALIS, D. (2011). Introduction: from Disabled Tourists to Accessible Tourism. In S. Darcy, & D. Buhalis, *Accessible Tourism: Concepts and Issues* (pp. 1-20). Recuperado el 30 enero de 2022 de <https://www.degruyter.com/document/doi/10.21832/9781845411626-004/html>
- GATCHEL, R. J. (2015). The Continuing and Growing Epidemic of Chronic Low Back Pain. *Healthcare*, III (3), 838-845. Recuperado el 30 enero de 2022 de <https://doi.org/10.3390/healthcare3030838>.
- GATCHEL, R. J.; RAY, C. T.; KISHINO, N., & BRINDLE, A. (2020). The Biopsychosocial Model. In S. Birt & L. M. Cohen (eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (pp. 1-8). Volumen 4. Recuperado el 30 enero de 2022 de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119057840>
- HAEGELE, J. A., & HODGE, S. (2016). Disability Discourse: Overview and Critiques of the Medical and Social Models, *Quest*, LXVIII (2), 193-206. Recuperado el 30 enero de 2022 de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00336297.2016.1143849>.
- HUNT, P. (ed.). (1966). *Stigma: The Experience of Disability*. Dublin. G. Chapman.
- HUTCHINSON, K.; ROBERTS, C.; KURRLE, S., & DALY, M. (2016). The Emotional Well-Being of Young People Having a Parent with Younger on Set Dementia. *The International Journal of Social Research and Practice*, XV (4), 609-628. Recuperado el 30 enero de 2022 de <https://www.doi:10.1177/1471301214532111>
- KASTENHOLZ, E.; EUSÉBIO, C., & FIGUEIREDO, E. (2015). Contributions of Tourism to Social Inclusion of Persons with Disability. *Disability & Society*, XXX (8), 1259-1281.
- KWAI-SANG YAU, M.; MCKERCHER, B., & PACKER, T. (2004). Traveling with a Disability: More than an Access Issue. *Annals of Tourism Research*, XXXI (4), 946-960.
- LEHTO, X.; LUO, W.; MIAO, L., & GHISELLI, R. F. (2018). Shared Tourism Experience of Individuals with Disabilities and their Caregivers. *Journal of Destination Marketing & Management*, (8), 185-193.

- LOI, K. I., & KONG, W. H. (2017). Tourism for All: Challenges and Issues Faced by People with Vision Impairment. *Tourism Planning & Development*, XIV (2), 181-197.
- MCKERCHER, B.; T. PACKER; M.; KWAI-SANG YAU, M., & P. LAM (2003). Travel Agents: Facilitators or Inhibitors of Travel for People with Disabilities? *Tourism Management* (24), 465-474.
- McTIGUE, P. (2015). From Navas to Kaltoft: The European Court of Justice's Evolving Definition of Disability and the Implications for HIV-Positive Individuals. *International Journal of Discrimination and the Law*, XV (4), 241-255. Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de <https://doi.org/10.1177/1358229115591653>
- NATIONAL NETWORK (1990). Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) <https://adata.org/factsheet/ada-overview-esp>. Recuperado el 12 de febrero de 2023 de <https://adata.org/factsheet/ada-overview-esp>
- MITCHELL, D. T., & SNYDER, S. L. (eds.) (1997). *The Body and Physical Difference: Discourses of Disability*. The University of Michigan Press.
- OLIVER, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Macmillan Publishers
- OLIVER, M. (2013). The Social Model of Disability: Thirty Years on. *Disability & Society*, XXVIII (7), 1024-1026.
- PENNEY, J. N. (2013). The Biopsychosocial Model: Redefining Osteopathic Philosophy? *International Journal of Osteopathic Medicine*, XVI (1), 33-37. Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1746068912001071>
- ROUSH, S. E., & SHARBY, N. (2011). Disability Reconsidered: The Paradox of Physical Therapy. *Physical Therapy*, (91), 1715-1727. Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de <https://doi:10.2522/ptj.20100389>
- RUBIO, L.; GARCÍA, H., & ULLÁN DE LA ROSA, J. (2021). Accessible Tourism: Origins, State of the Art and Future Lines of Research. *European Journal of Tourism Research* (28: 2803). Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de <https://ejtr.vumk.eu/index.php/about/article/view/2237>
- SHAKESPEARE, T., & WATSON, N. (1997). Defending the Social Model. *Disability & Society*, XII (2), 293-300.

- SHAKESPEARE, T.; WATSON, N., & ALGHAIB, A. O. (2016). Blaming the Victim, all over again: Waddell and Aylward's Biopsychosocial (BPS) Model of Disability. *Critical Social Policy*, XXXVII (1), 1-20. Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0261018316649120>
- SHAW, G., & COLES, T. (2004). Disability, Holiday Making and the Tourism Industry in the UK: a Preliminary Survey. *Tourism Management*, XXV (3), 397-403.
- SISTI, D. A. (2015). Naturalism and the Social Model of Disability: Allied or Antithetical? *Journal of Medical Ethics: Journal of Medical Ethics*, XLI (7), 553-556. Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de <https://jme.bmj.com/content/41/7/553>
- SMITH, R. W. (1987). Leisure of Disable Tourists: Barriers to Participation. *Annals of Tourism Research*, XIV (3), 376-389.
- STUMBO, N. J., & PEGG, S. (2005). Travelers and Tourists with Disabilities: a Matter of Priorities and Loyalties. *Tourism Review International*, VIII (3), 195-209.
- SWAIN, J.; FRENCH, S.; BARNES, C., & THOMAS, C. (eds.). (2013). *Disabling Barriers-Enabling Environments*. Sage.
- THOMSON, R. G. (1997). *Extraordinary Bodies: Figuring Physical Disability in American Culture in Literature*. Columbia University Press.
- THOMPSON, L. S. C. (2016). Moving Beyond the Limits of Disability Inclusion: Using the Concept of Belonging through Friendship to Improve the Outcome of the Social Model of Disability. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, X (5), 1432-1435.
- TRAVIS, M. A. (2015). Disabling the Gender Pay Gap: Lessons from the Social Model of Disability. *Denver Law Journal*, XCI (4), 893-923. Recuperado el 10 de diciembre de 2022 de http://www.law.du.edu/documents/denver-university-lawreview/Vol91_Issue4_Travis_FINAL_PRINT.pdf.
- UNIÓN DE DISCAPACITADOS FÍSICOS CONTRA LA SEGREGACIÓN (UPIAS) (1975). *Fundamental principles of disability*. UPIAS/ The Disability Alliance.
- VAN OUDENHOVE, L., & CUYPERS, S. (2014). The Relevance of the Philosophical «Mind-body problem» for the Status of Psychosomatic Medicine: a Conceptual Analysis of the Biopsychosocial Model. *Medicine, Health Care and Philosophy*, XVII (2), 201-213.

WINANCE, M. (2016). Rethinking Disability: Lessons from the Past, Questions for the Future. Contributions and Limits of the Social Model, the Sociology of Science and Technology, and the Ethics of Care. *European Journal of Disability Research*, (10), 99-110. Recuperado el 12 de octubre de 2022 de <http://www.doi: 10.1016/j.alter.2016.02.005>.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Natacha Pahola de las Mercedes Díaz Rodríguez: concibió la idea original del artículo, dirigió el proceso de investigación y redactó la versión final.

Lady Jacqueline García Mejía: participó en la idea del artículo, realizó los análisis, la discusión y la redacción general.

Esther del Carmen Mullo Romero: participó en la idea del artículo, realizó los análisis, la discusión y la redacción general.