



Turismo y Sociedad

ISSN: 2346-206X

revistaturismoysociedad@uexternado.ed
u.co

Universidad Externado de Colombia
Colombia

Rodríguez, Cecilia Alejandra; Cañulaf, Pablo
ACCESIBILIDAD EN LA OFERTA GASTRONÓMICA DE LA CIUDAD DE VIEDMA,
PROVINCIA DE RÍO NEGRO, ARGENTINA
Turismo y Sociedad, vol. 16, enero-junio, 2015, pp. 31-42
Universidad Externado de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576261186007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cecilia Alejandra Rodríguez
Máster en Planificación y Gestión de Destinos Turísticos
Locales, Universidad de Barcelona.
Licenciada en Turismo, Universidad Nacional del Sur.
Docente investigadora y secretaria académica del
Departamento de Geografía y Turismo, Universidad
Nacional del Sur.
Buenos Aires, Argentina.
[crodriguez@uns.edu.ar]

Pablo Cañulaf
Licenciado en Turismo, Universidad Nacional del Sur,
Bahía Blanca.
Buenos Aires, Argentina.
[pablocanulaf@gmail.com]



ACCESIBILIDAD EN LA OFERTA GASTRONÓMICA DE LA CIUDAD DE VIEDMA, PROVINCIA DE RÍO NEGRO, ARGENTINA¹

ACCESSIBILITY IN THE GASTRONOMIC OFFER OF THE CITY OF VIEDMA, RÍO NEGRO PROVINCE, ARGENTINA

-
- 1 Fecha de recepción: 7 de mayo de 2014
Fecha de modificación: 13 de febrero de 2015
Fecha de aceptación: 9 de abril de 2015

Para citar el artículo: Rodríguez, C. y Cañulaf, P. (2015). Accesibilidad en la oferta gastronómica de la ciudad de Viedma, provincia de Río Negro, Argentina. *Turismo y Sociedad*, XVI, pp. 31-42 DOI: <http://dx.doi.org/10.18601/01207555.n16.03>

Resumen

La presente investigación se enmarca en el turismo accesible, considerando las barreras que puede presentar la oferta gastronómica a personas con requerimientos especiales de alimentación. Partiendo de este concepto, se toman como objeto de estudio desde la perspectiva del turismo accesible, afecciones como la diabetes mellitus, la celiaquía y la hipertensión arterial, y se integra a los vegetarianos, tomando en cuenta que pueden encontrar barreras en el disfrute de los servicios gastronómicos. Para tal fin, se realizó un trabajo de campo en la ciudad de Viedma, que permitió conocer la oferta gastronómica existente y su situación con respecto a la posibilidad de recibir comensales con requerimientos especiales en su dieta, como los segmentos objetos de estudio.

Palabras clave: Turismo accesible, celiaquía, diabetes mellitus, hipertensión arterial, vegetarianismo, oferta gastronómica.

Abstract

This research formed part of the premise of Accessible Tourism, considering the barriers that can present the cuisine to people with special food requirements. Starting with this concept, were taken as the object of study conditions such as Diabetes Mellitus, Hypertension and Celiac disease, and the Vegetarians joined the perspective of Accessible Tourism considering they may encounter barriers in the enjoyment of food service. For this purpose a field, in the city of Viedma, yielded information on the existing cuisine and its situation with respect to the possibility of guests with special needs in their diet, as the segments under study was performed.

Keywords: Accessible Tourism, Celiac Disease, Diabetes Mellitus, Hypertension, Vegetarianism, gastronomic offer.

Introducción

La accesibilidad turística trata del conjunto de los servicios e infraestructuras que permiten el acceso a esta actividad a un importante segmento de la población, según sus necesidades e intereses: discapacitados temporales (por ejemplo, mujeres embarazadas y personas enyesadas) y permanentes (motrices, sensoriales e intelectuales), personas mayores, familias con niños pequeños, entre otros.

Generalmente, en los destinos turísticos, los beneficios para los discapacitados solo se resumen en la accesibilidad física a los atractivos y servicios, y si bien se puede pensar en un avance en materia de inclusión social, no ocurre lo mismo en términos de igualdad de oportunidades.

La ciudad de Viedma se encuentra ubicada al sudeste de la provincia de Río Negro, en el departamento Adolfo Alsina, al margen del río Negro, y conforma, junto con su ciudad vecina, la Comarca Viedma–Carmen de Patagones. Es capital provincial y sede de las autoridades políticas de la provincia. Su principal actividad económica gira en torno a la administración pública y a la provisión de servicios al área rural circundante. Su oferta gastronómica está conformada por un total de 17 restaurantes, parrillas y resto–bares, distribuidos en su mayoría en la zona céntrica de la ciudad. Esta oferta es un factor importante tanto para la población local como para los turistas.

En este trabajo se estudian las características de la oferta gastronómica en relación con las condiciones de accesibilidad de los servicios para una demanda que, por prescripciones médicas, incluye requerimientos nutricionales especiales (como lo son las personas que padecen hipertensión, diabetes mellitus y celiaquía). Pero, además, con base en el tema de turismo accesible, que suprime las barreras para el disfrute de los servicios turísticos, se

tienen en cuenta aquellas personas que han optado por una dieta que sigue principios éticos, como los vegetarianos en sus diferentes variedades.

Metodología

La metodología aplicada en esta investigación es de tipo exploratoria, descriptiva y explicativa. Además, se emplea el enfoque metodológico de estudio de caso. Estos conceptos se toman de las propuestas de Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Lucio Baptista, quienes afirman que los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes, es decir, cuando la revisión de la literatura revela que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si se desea indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas o ampliar las existentes (Hernández Sampieri *et al.* 2003, p. 115).

Estos autores también señalan que en el tipo de investigación descriptiva “el propósito del investigador consiste en describir situaciones, eventos y hechos; esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno”. Así mismo, estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández Sampieri, *et al.* 2004, p. 117).

En cuanto a la investigación de tipo explicativo, Hernández indica que esta “va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, o del establecimiento de relaciones entre conceptos; [está dirigida] a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales”. Así mismo, “el interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué

condiciones se da este, o por qué se relacionan dos o más variables” (Hernández Sampieri, *et al.* 2003, p. 126).

Para la investigación se llevó a cabo una revisión de bibliografía general y específica sobre la temática, con base en la información obtenida de fuentes primarias. También se realizó un inventario de la oferta gastronómica de la ciudad de Viedma y se seleccionaron restaurantes, parrillas y resto-bares que, estando en actividad, se encuentran habilitados por el gobierno municipal, con el fin de indagar si su oferta de menús satisface las necesidades de la demanda objeto de estudio. Para tal fin, se diseñaron planillas que debían ser completadas en cada uno de los establecimientos gastronómicos que ofrecen menús a la carta.

A partir de las mencionadas planillas, en cada restaurante, parrilla y resto-bar se realizó una evaluación de la carta de menús, evaluación en la que se tuvieron en cuenta diferentes requisitos que se debían cumplir, de manera que se establecieron cuatro apartados, uno para cada segmento objeto de estudio. Se tomaron en cuenta alimentos permitidos en la dieta de cada uno, como carnes, aceites utilizados, alimentos enlatados, vegetales, frutas, legumbres, harinas de diversos tipos, alimentos sin sal, quesos y bebidas. Además, se consideraron otros requisitos específicos para cada segmento, como contemplar en la carta de menús opciones específicas para cada uno de los segmentos y consultar sobre la participación de un nutricionista en su confección.

Otras variables consideradas fueron la concurrencia de comensales con criterios especiales de alimentación; el grado de capacitación con la que cuenta el personal de cada uno de los locales sobre la manipulación de objetos y preparación de platos especiales para celíacos; el conocimiento de listas de alimentos para celíacos, publicadas por diversas instituciones; y el grado de conocimiento de los

diferentes estilos de vegetarianismo. La recolección de la información se complementó con entrevistas no estructuradas a los dueños o encargados de los establecimientos.

Algunas precisiones conceptuales

Turismo accesible

La accesibilidad en el sector turístico se encuentra en pleno auge y es objeto de numerosas investigaciones, normativas y planificaciones, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Para el surgimiento del turismo accesible, se debieron llevar adelante políticas que consideraran la eliminación de barreras que impiden la integración de las personas con discapacidad y/o movilidad reducida, y que permitieran la mejora de la calidad de vida de este colectivo de población. Como afirman Pérez y González Velasco (2003, p. 8): “estas barreras, producto de un diseño pensado en el prototipo de hombre estándar, unidas a la falta de sensibilización de la sociedad, han impulsado el desarrollo organizativo de este sector de la población, reclamando su plena integración e igualdad de oportunidades y nuevas políticas sociales dirigidas a garantizar su calidad de vida”.

En relación con el sector turístico, el 27 de septiembre de 1980, en Manila (Filipinas), por medio de la Declaración de Manila, realizada por la Organización Mundial del Turismo (OMT), se asoció por primera vez el término ‘turismo’ al de ‘accesibilidad’. Esta declaración reconocía el turismo como un derecho fundamental y vehículo clave para el desarrollo humano, a su vez que recomendaba la reglamentación de los servicios turísticos a los Estados miembros, apuntando los detalles más importantes sobre accesibilidad turística. Estas recomendaciones quedaron reflejadas en su documento titulado *Para un turismo*

accesible a los minusválidos en los años 90, aprobado en su Asamblea General de Buenos Aires en 1990.

Al mismo tiempo, el concepto ‘turismo accesible’ adquirió relevancia en 1989, cuando un grupo de expertos británicos en turismo y discapacidad publicaron el informe *Tourism for all*. Este informe indicaba los progresos que se habían alcanzado desde el Año Internacional de los Minusválidos, teniendo como objetivo fomentar en el seno del sector turístico el diseño de servicios destinados a todo el mundo, independientemente de su edad o discapacidad. El informe también definió el “turismo para todos como aquella forma de turismo que planea, diseña y desarrolla actividades turísticas de ocio y tiempo libre, de manera que puedan ser disfrutadas por toda clase de personas con independencia de sus condiciones físicas, sociales o culturales” (Pérez y González Velasco, 2003, p. 12).

Así como se expresó en la introducción de este artículo, el turismo accesible aborda el conjunto de los servicios e infraestructuras que permiten el acceso a esta actividad a un importante grupo de la población, según sus necesidades e intereses: discapacitados temporales (mujeres embarazadas, personas enyesadas) y permanentes (motrices, sensoriales e intelectuales), personas mayores, familias con niños pequeños, entre otros. En definitiva, la accesibilidad –entendida como la eliminación de los obstáculos y las barreras que impedían el acceso al entorno, al transporte, a las instalaciones y a los servicios turísticos– no solo garantiza este derecho a las personas con discapacidad, sino a todas aquellas que tienen limitada su movilidad por razones temporales o permanentes: personas mayores, familias con niños pequeños, personas obesas, mujeres en avanzado estado de gestación, personas con bultos o maletas.

En esta investigación se aborda el colectivo de personas que padecen deficiencias en la alimentación, así como aquellas que

eligen un estilo de alimentación alejado del convencional. Estas personas, en diversos momentos de la vida, especialmente en la práctica de actividades turísticas y/o recreativas, pueden encontrarse con barreras que limiten el desempeño de sus actividades y/o que restrinjan su participación en el contexto real en el que viven.

Celiaquía

La enfermedad celíaca es una condición permanente de intolerancia al gluten, la más frecuente en la especie humana, en individuos genéticamente susceptibles. Se caracteriza por una lesión de la mucosa del intestino delgado como resultado de una respuesta inflamatoria inadecuada ante la ingesta de gluten. Se presenta mediante la intolerancia alimentaria permanente al gluten, un conjunto de proteínas presentes en el trigo, la avena, la cebada y el centeno (TACC), en los derivados de estos cuatro cereales y en la mayoría de los productos industriales que los contienen por medio de los almidones, aglutinantes y estabilizantes (Cruciani, 2012, p. 16).

El sistema de defensa de los celíacos reconoce el gluten como ‘extraño’ y produce anticuerpos o defensas contra sí mismo. Estos anticuerpos provocan la lesión del intestino con destrucción o atrofia de su mucosa (capa interior del intestino), produciendo una alteración en la absorción de los alimentos.

Es de destacar que esta enfermedad puede afectar a cualquier persona, tanto a niños como a adultos, varones o mujeres, y el único tratamiento posible consiste en una estricta dieta libre de gluten durante toda la vida, ya que la ingestión de pequeñas cantidades puede causar importantes trastornos, aun cuando la cantidad sea reducida (+ de 10 mg) y la persona no presente síntomas inmediatos.

También existe un grupo de pacientes sin ninguna manifestación clínica llamados silentes

o asintomáticos, relacionados con familiares de celíacos y con pacientes que presentan enfermedades asociadas, pero también es posible hallarlos en niños o adultos de la población en general. La enfermedad se compara con un gran iceberg, en el que la parte visible corresponde a pacientes que tienen síntomas clínicos (el 20 %); los que se encuentran por debajo de la línea del agua son aquellos que no tienen diagnóstico (los llamados silentes) (80 %), que es la más frecuente (*Revista Mundo Celiaco*, 3(6), de 2009, citada en Cruciani, 2012, p. 17).

A su vez, se puede indicar una selección de alimentos divididos así:

Alimentos prohibidos, es decir, aquellos que contienen gluten y se los puede encontrar en granos, harinas y almidones de trigo, avena, cebada y centeno, salvado de avena y de trigo, germen de trigo, productos de panificación, pastelería, amasados y galletitas elaboradas con harinas de TACC, pizzas, pastas y bebidas realizadas con cereales.

Alimentos dudosos, aquellos que pueden o no contener gluten. Hay que prestar atención, pues todos los productos industrializados pueden contenerlo. Entre estos alimentos o productos se encuentran la pasta dental, las mermeladas y salsas, los aderezos, helados, quesos, caramelos, chocolates, caldos, cereales, el té, la yerba mate y el yogur, entre otros.

Alimentos aptos, categoría que reúne aquellos productos que son aptos para la dieta de una persona celíaca, por lo tanto, pueden ser consumidos, ya que no contienen gluten. Estos son todos los alimentos en su estado natural, como frutas, verduras, legumbres, arroz, hierbas frescas, todo tipo de carnes, mariscos y huevos. Es importante aclarar que, generalmente, las primeras marcas de azúcar, manteca, leche fluida, aceite y vinagre, gaseosa y agua mineral, vino, champaña y sidra elaboran productos aptos. Entre las harinas

permitidas están la fécula o almidón de maíz y maicena; la harina de mandioca, la de papa, la de maíz o polenta, la de arroz o garbanzos; la premezcla, la harina de algarroba, de soja, sorgo, quínoa (quinua) y las arvejas. Todos estos productos deben ser analizados y certificados como aptos.

Diabetes mellitus

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2013).

La OMS reconoce dos tipos de diabetes: la de tipo 1 –también llamada insulínodépendiente, juvenil o de inicio en la infancia–, que se caracteriza por una producción deficiente de insulina y que requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, pero se sabe que no se puede prevenir con el conocimiento actual.

La diabetes de tipo 2 –también llamada no insulínodépendiente o de inicio en la edad adulta– se caracteriza por una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90 % de los casos mundiales y se debe, en gran medida, a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

En Argentina, la diabetes es responsable de casi el 50 % de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, una importante proporción de los infartos agudos de miocardio, ataques cerebrovasculares e insuficiencia renal crónica con tratamiento dialítico, además de ser la primera causa de ceguera no

traumática en adultos (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2008, pp. 7–8).

La OMS afirma que la diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar niveles aumentados de azúcar en sangre (glucemia). Una enfermedad crónica es aquella que no se cura, pero la persona puede prevenir complicaciones y llevar una vida normal si sigue un tratamiento adecuado. Se estima que la diabetes afecta a más de 3000000 de personas en nuestro país; y dado que por varios años esta enfermedad permanece silenciosa, aproximadamente la mitad de quienes la padecen desconoce su condición (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2013).

El reconocimiento de este síndrome es fundamental para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, que constituye la causa de muerte en dos tercios de los pacientes diabéticos.

De acuerdo con lo expuesto, queda fuertemente expresada la relación de la diabetes con las enfermedades cardiovasculares, por ende, la alimentación para ambos grupos de pacientes es similar. Ante esta situación, se ha optado por la elección de un plan alimentario cardioprotector, publicado en la *Guía práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*.

Figura 1. Plan alimentario cardioprotector.
Semáforo de alimentación

<i>Alimentos que deben evitarse</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Contienen elevadas cantidades de azúcares y calorías: azúcar, tortas, caramelos, galletas, dulces, bebidas c/ azúcar, miel, pasteles, mermeladas comunes o reducidas en azúcar, galletas c/relleno, leche condensada, helados (a excepción de los sin grasa y sin azúcar), fruta confitada, chocolates, golosinas, jugos exprimidos. – Contienen alto contenido de grasa: manteca, carnes grasas, frituras, lácteos enteros, crema, aderezos (mayonesa, salsa golf, salsa de tomate), quesos enteros.
<i>Alimentos con los que se debe tener precaución</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Contienen una importante cantidad de hidratos de carbono complejos: cereales, pastas, arroz, papa, batata, choclo, mandioca, banana, uva, masa de tarta, empanadas, pizza, panes y panificados, galletas de agua o salvado, barra de cereal. Por su mediano contenido graso, tener precaución con queso descremado y huevo entero (consumir no más de 2 o 3 por semana).
<i>Alimentos de libre consumo</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Bajo contenido de hidratos de carbono: verduras de hoja verde (espinaca, acelga, lechuga, brócoli, rúgula, radicheta), zapallito (ahuyama), tomate, coliflor, zanahoria cruda. – Prácticamente no contienen hidratos de carbono ni calorías: infusiones (té, café, infusiones de hierbas), agua mineral, bebidas sin azúcar, jugos para preparar sin azúcar, yerba mate. Condimentos (ajo, pimienta, laurel, vinagre, mostaza, canela, perejil, etc.).

Fuente: *Guía práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2* (2008). Argentina.

Hipertensión arterial

Según la OMS (2013), la tensión arterial alta es un trastorno de alto riesgo que causa alrededor del 51 % de las muertes por accidentes

cerebrovasculares y el 45 % de las debidas coronariopatías. Se la considera responsable directa de 7,5 millones de fallecimientos en 2004, lo que representa aproximadamente el 12,8 % de todas las defunciones mundiales.

El Ministerio de Salud de la República Argentina (2012) define la hipertensión arterial como “el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas, como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, y como consecuencia, el paso de sangre a través de las arterias puede dificultarse. Esto se conoce con el nombre de arterosclerosis”.

El paciente hipertenso raramente presenta su enfermedad en forma aislada, sino que generalmente tiene otros factores de riesgo, aquellos que, cuando están presentes, predisponen el desarrollo de la enfermedad cardíaca y cerebrovascular. Los más importantes son el colesterol elevado, la diabetes, el sobrepeso,

el tabaquismo, el sedentarismo y los antecedentes familiares de hipertensión arterial.

La hipertensión implica la necesidad de modificar ciertos hábitos de vida. Así, las personas que padecen esta enfermedad deben procurar no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, evitar la vida sedentaria y las situaciones de tensión nerviosa prolongada. En lo que se refiere a la dieta alimentaria, deben eliminar los productos con un alto contenido de grasas saturadas, proteínas y colesterol, y reducir el consumo de líquidos, pero, sobre todo, deben suprimir el consumo de sal.

Lo más importante es la relación que existe en el consumo de sal y la hipertensión. Actualmente existe acuerdo acerca de que una reducción moderada del consumo de sal reduce levemente la presión arterial. Estos pacientes deben evitar los alimentos con gran contenido de sodio, como fiambres, embutidos, quesos duros, etc., y han de preparar las comidas sin sal (Fabregues, 2000, p. 40).

Tabla 1. Sal e hipertensión

<i>Alimentos prohibidos</i>	<i>Alimentos limitados</i>	<i>Alimentos permitidos</i>
Sal común de mesa Sal marina Fiambres y embutidos Quesos de pasta dura (de rallar, gruyere) Pan con grasa Enlatados en general Caldos en cubo o sopas comerciales Salsa de soja	Pan tipo francés Mermeladas Queso blando Galletitas de agua o dulces Pastas frescas Cereales de desayuno	Frutas frescas Verduras frescas Lácteos (leche y yogures) Pastas secas Carnes blancas y rojas magras Pan sin sal Queso sin sal Aceites

Fuente: Fabregues, 2000.

Vegetarianismo

Según la Asociación Vegetariana Argentina (AVA), miembro de la Unión Vegetariana Internacional (IVU), el vegetarianismo es “la práctica alimentaria que evita la ingestión de todo tipo de carnes de origen animal”. Para la IVU, “el vegetarianismo (...) se define

como la práctica de no comer carnes, aves ni pescados, ni sus derivados, con o sin el uso de productos lácteos o huevos”.

Existen diferentes estilos de vegetarianismo que engloban a todas las personas que en sus dietas no incluyen carnes de ningún tipo. Es interesante conocer las diferentes variantes

de esta tendencia, que se podrían clasificar del siguiente modo:

- **Ovovegetariano:** incluye huevos además de los vegetales en su dieta.
- **Ovolactovegetariano:** además de alimentos de origen vegetal, incluye en su dieta derivados de origen animal, como huevos y lácteos.
- **Lactovegetariano:** incluye lácteos de origen animal y sus derivados en su dieta de vegetales.
- **Api:** es el prefijo con que se designa a quien consume miel, y se puede referir indistintamente a cualquiera de los grados ya descritos anteriormente, es decir, podría ser apiovolactovegetariano, apio-ovovegetariano, apilactovegetariano o simplemente apivegetariano.
- **Crudívoro vegetariano:** es aquel que come todo crudo (frutas, verduras, nueces, semillas, legumbres, cereales, brotes, etc.). El crudívoro no cocina ni calienta las comidas, prefiere ingerir todo en su estado natural crudo, conservando de este modo los más valiosos atributos de los alimentos. Cualquiera de las modalidades vegetarianas puede ser crudívora.
- **Frugívoro o frutariano:** se alimenta exclusivamente de frutos, generalmente crudos y de época. Esta es la forma de alimentación que más se acerca a la perfección alimenticia del ser humano, tanto por su calidad energética como por la no obstaculización de la ley de evolución.
- **Vegetariano vegano:** es quien sigue una dieta exclusivamente basada en alimentos de origen vegetal, sin excepciones de ningún tipo. Excluye también en todo ámbito de su vida el uso de derivados de animales o de productos que hayan implicado para

su fabricación o producción la explotación y/o el sufrimiento de algún animal. No utiliza productos derivados de la matanza y/o explotación de animales, como cuero, lana, seda, cosméticos, entre otros. Se opone a todo experimento y testeo sobre animales y rechaza la utilización de animales para entretenimiento (zoológicos, circos, acuarios, rodeos, carreras, corridas de toros), de manera que de este modo le da una especial importancia a la ética.

La Asociación Americana de Dietética afirma que “las dietas vegetarianas planificadas apropiadamente son saludables, nutricionalmente adecuadas y proporcionan beneficios a la salud en la prevención y tratamiento de ciertas enfermedades” (en Palencia Mendoza, 2000, p. 28).

Estudio de caso: la ciudad de Viedma

La ciudad de Viedma es cabecera del departamento Adolfo Alsina y capital de la provincia de Río Negro, ubicada en el sector norte de la región de la Patagonia de la República Argentina. Se sitúa al este de la provincia, en la margen derecha del tramo final del río Negro, frente a la ciudad bonaerense de Carmen de Patagones, con la cual está conurbada, denominándose en conjunto la “Comarca Viedma–Patagones”, y dentro de la zona productiva conocida como valle inferior del Río Negro. Es centro de las autoridades administrativas y políticas de la provincia, siendo la principal actividad de la ciudad la administración pública; además, es centro proveedor de servicios a la zona rural circundante, que desarrolla principalmente actividades agrícolas y ganaderas.

El turismo presenta un mayor dinamismo y una notable expansión en las áreas litorales de El Cóndor, La Lobería y playas del Camino de la Costa, como bahía Creek y Pozo Salado. Ofrece una gran diversidad de paisajes, servicios, alternativas deportivas, ecológicas,

culturales e históricas. No obstante, la ciudad es centro de escala de visitantes en tránsito desde y hacia la Patagonia, lo que convierte los servicios de alojamiento y restauración en los de mayor consumo por parte de estos.

La planta turística de la ciudad presenta una infraestructura y equipamiento básico; se destaca la infraestructura de transporte aéreo y terrestre con la que cuenta. En cuanto a la oferta gastronómica, es muy variada y se puede encontrar en restaurantes, parrillas, resto-bares, entre otros.

Los establecimientos fueron analizados por medio de entrevistas y aplicación de planillas de relevamiento y evaluación.

El sector gastronómico

Es muy importante tener en cuenta que una mejora de la calidad de los servicios gastronómicos beneficiaría tanto a la población local, que consume estos servicios, como a futuros visitantes que arriban a la ciudad. Durante las visitas se realizaron las entrevistas a los dueños, encargados o personal autorizado, a fin de poder completar las planillas y percibir su opinión acerca de incluir menús específicos en la carta para la demanda objeto de estudio.

La principal observación a partir de este trabajo de campo es el poco conocimiento con el que cada una de las personas entrevistadas cuenta al momento de referirse al turismo accesible. Para los entrevistados, este tipo de turismo solo se limita a la accesibilidad física a los servicios turísticos, lo cual refleja un avance en materia de accesibilidad, pero esto es solo una primera etapa hacia el logro de nuevos objetivos. El turismo accesible, especialmente en el sector gastronómico, debe extenderse, en su aplicación y comprensión, a aquellas personas que padecen alguna discapacidad derivada de una deficiencia en la alimentación; también debe incluir a aquellos

que han optado por un estilo de alimentación y vida que se rige por principios no convencionales, como los vegetarianos.

Los resultados dan la pauta de las dificultades que encontraría una persona al momento de concurrir a algún establecimiento gastronómico de la ciudad. A partir del trabajo de campo se observa que el 85 % de los restaurantes visitados manifestaron haber recibido personas que padecen hipertensión arterial y celiaquía, en tanto que el 69 % declaró haber recibido diabéticos y el 92 % afirmó haber recibido comensales que declararon ser vegetarianos. Claramente, el porcentaje es muy elevado, por lo que sería pertinente el impulso de iniciativas que promuevan la inclusión de estos segmentos en la elaboración de las cartas en los establecimientos gastronómicos.

La atención de personas celíacas implica ciertas medidas en la elaboración de platos especiales, como las pastas y otros que requieren mayor trabajo en su preparación. Por ende, es pertinente que cada restaurante que ofrece menús especiales disponga de una cocina adecuada y de personal capacitado en la manipulación de ciertos alimentos, así como también en la elaboración de platos especiales. El riesgo que existe de producirse una contaminación cruzada en el proceso de elaboración de los platos es el principal riesgo en la cocina para celíacos.

Las entrevistas permitieron conocer acciones de segmentación de demanda como estrategias de inserción en el mercado local para aquellos comercios gastronómicos que inician su actividad; no obstante, con el tiempo se vieron debilitadas debido a la relación costo-beneficio que implica atender a determinados segmentos de demanda, especialmente a los celíacos.

Muchos de los entrevistados declararon tener inconvenientes de espacio para ampliar o disponer de una cocina adecuada a las exigencias

que plantea la elaboración de menús para celíacos. Esta situación, más los altos costos que supondría la ampliación de este espacio y la adquisición de nuevos elementos de cocina destinados solamente a la elaboración de alimentos para celíacos son las principales causas de la ausencia de una oferta adecuada para este grupo de personas.

De acuerdo con la investigación, se pudo constatar que el 62 % del total de los establecimientos visitados cuenta con personal capacitado en manipulación y elaboración de alimentos para celíacos. Esta situación no hace más que afirmar que la principal barrera para la implementación de iniciativas referidas a la alimentación para este segmento de demanda en restaurantes, parrillas y restaurantes es la relación costo-beneficio.

Según los datos que se pudieron obtener, el 30 % de los establecimientos ha contemplado opciones para personas celíacas en la carta de menú. Una de las alternativas que han hallado algunos de los establecimientos que ofrecen un menú especial para este tipo de personas es la elaboración en forma tercerizada de alimentos, especialmente pastas. En un solo establecimiento se disponía de *stock*, mientras que otro solo los ofrecía con previa reserva.

Por otro lado, en lo que respecta a las personas hipertensas, la sal se presenta como una de las principales causas para la aparición de la hipertensión o presión arterial alta. En la actualidad, la mayor cantidad de sal en la dieta proviene de los platos preparados y precocinados, por ello se consultó en cada establecimiento si disponía de platos sin sal. Los resultados fueron positivos, ya que el 85 % de los locales visitados afirma que los platos ya salen preparados sin sal y los comensales son los que la solicitan y agregan a gusto. En el resto de los locales, algunos solo utilizan la sal en forma mínima y en otros preparan platos sin sal solo si un cliente previamente se lo demanda.

Si bien las personas diabéticas requieren cuidados en su dieta, ya sea quienes padecen diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2, los requerimientos son muy similares a los de las personas hipertensas, ya que ambas enfermedades están íntimamente relacionadas y son potenciales factores que aumentan el riesgo de padecer un problema cardiovascular. Con respecto a este grupo, ningún local visitado disponía de menús específicos para diabéticos. Ante una eventual visita de una persona diabética, en algunos casos se afirmó que es el mismo comensal quien, basándose en su propio conocimiento, pide algún plato específico.

Otro grupo en el que se focalizó la atención en esta investigación fue el de los vegetarianos. De acuerdo con el trabajo de campo realizado, 92 % de los restaurantes visitados ha recibido personas vegetarianas. Pese a esto, se pudo conocer que en ninguno de los lugares visitados se dispone de menú específicamente para vegetarianos. Por otro lado, se pudo constatar que solamente el 23 % de los dueños y/o responsables de establecimientos tiene conocimiento de los diferentes estilos de vegetarianismo, de manera que en estas circunstancias la oferta se limita a alguna ensalada o se espera a que el comensal exprese especificaciones acerca de lo que desea comer.

Se está en condiciones de sostener que los restaurantes no están preparados para satisfacer las demandas de alimentos no convencionales que pueden ser exigidos por personas que tengan altos requerimientos de alimentación, siguiendo sus principios de alimentación no convencional y/o prescripciones médicas particulares.

Reflexiones finales

Con la realización de la presente investigación se logra conocer la existencia de cuatro tipos diferentes de turistas que podrían encontrar barreras que les podrían impedir el acceso

y disfrute de la oferta gastronómica. Estos segmentos de demanda son los celíacos, los diabéticos, los hipertensos y los vegetarianos; todos ellos dan la pauta de la necesidad de avanzar y, consecuentemente, enriquecer el campo de estudio sobre el turismo accesible.

Dentro de los principales inconvenientes con los que se encuentra el sector a la hora de emprender alguna acción tendiente al logro de la mayor inclusión en los servicios gastronómicos están los altos costos económicos que implicaría la presencia de menús específicos para cada uno de los segmentos poblacionales estudiados. Si bien existe personal capacitado en el sector, continúa siendo nula una oferta acorde con las necesidades de estos segmentos.

Solamente en algunos casos se pudieron observar algunas iniciativas, especialmente para el segmento de los celíacos, en las que se recurría a la tercerización en la elaboración de platos especiales. Con la realización del trabajo de campo se pudo percibir que el segmento de celíacos es el más conocido y tenido en cuenta en el sector gastronómico, ya que fue el primero al que se hizo referencia al momento de presentar el tema de investigación.

En cuanto a los demás segmentos, los resultados fueron los siguientes: en relación con los hipertensos, se pudo conocer que numerosos locales disponen de platos sin sal, medida que es primordial en la dieta de estas personas. Esta iniciativa también favorece a las personas diabéticas, siendo la única de las acciones que afectan directamente a las personas con este tipo de enfermedad. Esto da a conocer la escasez de medidas que tienden a eliminar las barreras y a favorecer la continuidad de los cuidados en la dieta que deben seguir los diabéticos en sus momentos de ocio y tiempo libre, como lo es el disfrute de los servicios gastronómicos de la ciudad.

Otro segmento abordado fue el de los vegetarianos. Al respecto, se llegó a la conclusión de que este sector de servicios no está preparado para satisfacer las demandas de una persona que siga este tipo de lineamientos en su alimentación, ya que, en general, no se conocen los diferentes tipos de vegetarianismo que existen y que se diferencian unos a otros por la eliminación de algunos alimentos que pueden consumir. También se pudo constatar que el sector no está en condiciones de cumplir con requerimientos fuera de los convencionales, es decir, platos con vegetales y combinaciones de estos diferentes de los tradicionales, como lo son lechugas, tomates, papas, etc., en la elaboración de los platos.

Estos resultados revelan la necesidad de implementar acciones que favorezcan el crecimiento de la ciudad como destino. Así, una política de turismo accesible que implique la eliminación de barreras para los segmentos estudiados, así como también el avance en la eliminación de otras, llevarán a una mejora de la calidad de vida en general.

La legislación existente que apoya y promueve medidas para prevenir y controlar los efectos de estas enfermedades debería ser complementada con normativas que promuevan y permitan sobrellevar estas enfermedades desde una perspectiva diferente, como son los momentos de ocio y recreación que permiten a las personas desarrollar su vida social plenamente.

Hoy en día la actividad turística está en pleno auge en la ciudad, y es evidente la necesidad de iniciar actividades que difundan la actividad, de manera que se logre una mayor concienciación sobre sus beneficios. Esta solo se alcanzará si se realiza un trabajo en conjunto, mancomunado, de todos los sectores, a sabiendas de que los beneficios económicos son el resultado de la evolución de una sociedad, no causa de su evolución.

Bibliografía

Comunidad de Madrid. (2005). *Plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid. 2005–2008*. Madrid: Comunidad de Madrid.

Cruciani, T. (2012). *Turismo accesible en Bahía Blanca: celíacos, un segmento a integrar* (Tesina de grado Licenciatura en Turismo). Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Fabregues, G. (2000). *Manual del paciente hipertenso. A B C de la hipertensión, el colesterol y la diabetes*. Argentina: Sociedad Argentina de Cardiología, Sociedad Internacional de Cardiología, Fundación Cardiológica Argentina, Consejo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Argentina de Cardiología “Dr. Eduardo Braun Menéndez”.

Fundación Cardiológica Argentina. (2013). [En línea]. Recuperado de <http://www.fundacioncardiologica.org>.

Hernández Sampieri, R., et al. (2003). *Metodología de la investigación* (3.ª ed.) México: McGraw Hill.

Millán, M. (2011). Turismo accesible/Turismo para todos. Un derecho ante la discapacidad. *Gran Tour: Revista de Investigaciones Turísticas*, 2, 101–126.

Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación. *Guía práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Para el primer nivel de atención. Argentina: Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación. Recuperado de <http://goo.gl/0BavWy>.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2012). *Hipertensión arterial*. Recuperado de <http://goo.gl/l91oTT>.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2013). Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/>.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2013). *Diabetes*. Recuperado de <http://goo.gl/eDuHAh>.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Página web oficial: <http://www.hwo.int/>

Palencia, Y. M. (2000). Posición de la Asociación Americana de Dietética: las dietas vegetarianas. *Medicina Naturista*, 1, 28–35.

Pérez, D. M. y González Velasco, D. J. (2003). *Turismo accesible. Hacia un turismo para todos*. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

Unión Vegetariana Argentina (2012). Página web oficial: <http://www.uva.org.ar/>.

Unión Vegetariana Internacional (2012). Página web oficial: <http://www.IVU.org/>.