



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

29.^a sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997

Punto 8 del orden del día provisional

SPP29/7 (Esp.)
7 noviembre 1997
ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD Y TURISMO

En el marco de la evolución del turismo en las Américas durante el sexenio 1992-1997, el documento adjunto reitera su trascendencia para el sector salud y la importancia recíproca entre ambos, a la vez que presenta un relato de las principales actividades realizadas por la OPS en cumplimiento de la Resolución X de la 109.^a Reunión del Comité Ejecutivo, aprobada en la octava sesión plenaria, el día 25 de junio de 1992.

Si bien la descripción de las actividades realizadas está enmarcada en las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS/OMS establecidas por los Cuerpos Directivos para el cuatrienio 1995-1998, cabe señalar que, dada la novedad y complejidad propias del tema, la responsabilidad por las acciones fue asignada a un grupo interprogramático de salud y turismo.

La segunda parte del documento resume la evolución de los nexos reconocidos entre la salud y el turismo y las oportunidades que brindan para las acciones destinadas a reducir brechas de inequidad. A modo de conclusión, se sugieren algunas líneas de cooperación técnica futura y se solicita que el Subcomité analice el tema de las interrelaciones entre salud y turismo y sugiera cursos de acción para el fortalecimiento de la acción intersectorial, para la introducción de salud en las políticas públicas de la Región sobre turismo y para preparar al sector salud ante los nuevos retos que el auge del turismo alcanzará en el siglo XXI.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Resumen ejecutivo | 3 |
| 1. Turismo y desarrollo | 5 |
| 1.1 Tendencias generales | 5 |
| 1.2 Entrada de divisas | 6 |
| 1.3 Creación de empleos | 6 |
| 2. Salud y turismo en el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002 | 7 |
| 2.1 Enfermedades transmisibles y zoonosis | 8 |
| 2.2 Agua, saneamiento y medio ambiente | 10 |
| 2.3 Salud ocupacional..... | 10 |
| 2.4 Servicios de salud..... | 11 |
| 3. Actividades realizadas por la OPS durante 1992-1997..... | 12 |
| 3.1 Enfermedades transmisibles y zoonosis | 12 |
| 3.2 Educación y investigación | 13 |
| 3.3 Promoción de la salud | 13 |
| 3.4 Agua, saneamiento y manejo de desechos | 14 |
| 3.5 Servicios de salud..... | 15 |
| 4. Propuesta de cooperación técnica | 15 |
| 4.1 Formulación de políticas, planes y normas | 15 |
| 4.2 Información pública y capacitación | 16 |
| 4.3 Movilización de recursos | 16 |
| 4.4 Investigación | 17 |
| 5. Conclusión..... | 18 |
| Referencias | 18 |
| Anexo | |

RESUMEN EJECUTIVO

Si bien los méritos y desventajas del turismo son tema de debate, el hecho es que esta actividad económica representa una tendencia mundial ascendente, cuyos nexos con la salud son notorios. A medida que los viajes internacionales se convierten en una actividad indispensable para los negocios y están, cada vez más, al alcance económico de grandes números de personas que viajan por motivos de placer, se han ido transformando, asimismo, en una fuente de empleos y generación de divisas. Si bien la gran mayoría de las inversiones y ganancias (alrededor del 90%) ocurren en el sector privado, tanto el monto como la estabilidad de las mismas están demandando la inversión en proyectos de infraestructura, servicios y otros afines para poder cumplir con las condiciones de competitividad en el mercado de la industria turística, así como para absorber la demanda generada y prevenir consecuencias sanitarias y sociales indeseables.

Ante este hecho surgen requisitos que corresponden a la misión y ámbitos de competencia del sector salud, abriéndole la posibilidad de demostrar su vinculación con nuevas áreas de importancia económica y social. Si bien el sector sanitario desempeñará un papel importante para la protección de la salud y el medio ambiente en que el turismo incide, y es fundamental para asegurar la viabilidad sostenible del mismo, aún queda mucho por hacer para crear los vínculos que permitan aprovechar esta inserción estratégica. En la medida que se posterga la labor de diálogo y concientización al respecto, se desatiende una vía potencial para reducir ciertas brechas de inequidad en la Región.

En el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS/OMS, y con énfasis particular en la oportunidad que brinda para poner de relevancia las relaciones entre salud y desarrollo y para reducir brechas de inequidad en las poblaciones visitadas, se presenta a continuación un resumen de las tendencias en la magnitud e impacto económico del turismo internacional en la Región y de la evolución del pensamiento de algunos organismos regionales al respecto.

En síntesis, se señala que el turismo está en auge, y que en unos cuantos países de la región se ha convertido en un rubro económico importante. Seguidamente se resumen los problemas de salud relacionados con el turismo y se relatan las principales actividades llevadas a cabo por la OPS durante el período. Estas estuvieron concentradas en difundir los conocimientos relacionados a la vigilancia y control de enfermedades transmisibles y zoonosis, la planificación y control de la calidad de agua, saneamiento y manejo de residuos, la elaboración de un plan para la capacitación conjunta de personal de los sectores salud y turismo, y la participación en foros

regionales de comercio con el fin de asegurar la perspectiva de la salud en las zonas de turismo. Finalmente, se sugiere una agenda para la acción durante el próximo cuatrienio.

1. Turismo y desarrollo

Se entiende por turismo “el movimiento provisional y discrecional de personas que se dirigen a destinos fuera de su lugar de residencia normal, las actividades realizadas durante su estadía en esos destinos, y las instalaciones creadas para satisfacer sus necesidades” (1). definición operacional que abarca tanto a los viajeros por razones de negocios como los que viajan por placer, estudios, intervenciones médicas u otros motivos. Según las actas de la reunión del Area de Libre Comercio de las Américas (ALCA) celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1997, el sector turismo “busca convertirse en una estrategia de desarrollo económico y social para los países miembros, dada su capacidad para generar empleos a bajo costo y para redistribuir el ingreso”.

No se dispone de datos que confirmen el aporte del turismo al desarrollo, ni a la citada redistribución de ingresos, aspectos ambos que serían los de mayor trascendencia para la salud. Cabe mencionar, asimismo, que hasta la fecha sólo en un país de la región existe una planificación coordinada a nivel ministerial entre los sectores salud y turismo, a la vez que no se han detectado proyectos nacionales para la evaluación del impacto bidireccional salud-turismo. Según un documento reciente del BID, “la financiación del sector turismo no es un fin, es sólo un medio [...] para reducir la pobreza y mejorar la equidad social” (2). El mismo señala que a la primera etapa de fomentar al turismo como vehículo de la paz internacional y la preservación de tradiciones culturales, le siguió una segunda, menos favorable, en la que se subrayó el impacto negativo del turismo. En la actual tercera etapa se propicia “desarrollar fórmulas que respondan a los requerimientos de las comunidades receptoras como serían no el turismo masificado sino más bien el ecoturismo y el turismo etnológico”. En estos momentos, el BID recomienda un “estudio y tratamiento científico” del tema (3).

1.1 *Tendencias generales*

El turismo internacional está creciendo a velocidades inusitadas y se dispone de cifras absolutas para expresar este auge. Durante el período 1992-1996 las llegadas de turistas aumentaron en un 30% a nivel mundial, a la vez que la entrada de divisas por concepto de turismo ascendió en un 50% (4). Lejos de mermar, según la Organización Mundial del Turismo (OMT), el turismo internacional seguirá en ascenso durante los próximos decenios. En las Américas, las llegadas de turistas en 1996 registraron un aumento de 3,9% sobre 1995, mientras que el ingreso de divisas por turismo aumento en 6,0% durante el mismo año llegando a generar casi 8 millones de empleos en la Región, según datos recientes del ALCA, la cual proyecta para fines del próximo decenio un aumento a 9 millones (5). La mayor parte de las llegadas de turistas —y,

por ende, de la entrada de divisas— suelen ocurrir en los países del norte. Sin embargo, gracias a numerosos factores entre los que se incluyen los demográficos, este patrón está cambiando paulatinamente (ver anexo) y, en varios países de la Región, la tasa de aumento del ingreso de divisas externas por turismo ha superado a la de otros productos de exportación (6).

1.2 *Entrada de divisas*

En Guatemala, por ejemplo, según la Sección de Estadística del Departamento de Fomento del Instituto Guatemalteco de Turismo (INGUAT), el ingreso de divisas por turismo fue el segundo en importancia después del café, alcanzando un monto de US\$ 1,484 millones de dólares entre 1984 y 1993 (7). En Panamá, el turismo representó el 35,9% de los ingresos por exportación, por lo que ocupó el primer lugar entre las exportaciones y alcanzó a representar el 3,9% del PIB (8). En Costa Rica, Cuba y la mayoría de los países del Caribe el turismo hoy en día representa la primer fuente de divisas externas (7) y en Trinidad y Tabago el turismo representa el 15% del PIB comparado con el 1,3% registrado en 1970. En el Brasil, mientras tanto, aunque el turismo está lejos de ser el producto principal de exportación, ya constituye una fuente importante de divisas. En la región como un todo, el crecimiento del sector turismo incidió de manera significativa en las economías.

1.3 *Creación de empleos*

El beneficio principal en que se traducen estas cifras, según la misma OMT, es la creación de empleos directos, especialmente para las mujeres y los jóvenes, y los indirectos que se producen al aumentar los mercados para la producción agrícola y pesquera locales. Aun cuando existen grandes diferencias entre los países y a pesar del hecho que el turismo es un sector vulnerable ligado a factores volátiles como la tasa de cambio, y las condiciones económicas y políticas en el país de origen del viajero, los datos disponibles indicarían que efectivamente genera una cantidad importante de empleos. Así, por ejemplo, el sector turismo fue rubro de empleo para aproximadamente el 25% de la población económicamente activa (PEA) del Caribe en 1996 (10), 2 millones de personas en México en 1994 (11), y alrededor de 60.000 en Guatemala (12) en 1996. A estos puestos de trabajo habría que añadir las muchas personas “invisibles” desde el punto de vista de las cifras oficiales, cuyas actividades económicas en el sector informal giran en torno a la industria del turismo.

2. Salud y turismo en el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002

En las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para la OPS para el período 1999-2002 se subraya la persistencia de las brechas de desigualdad e inequidad señaladas por las OEP del cuatrienio anterior, entre las que se destacan, por ejemplo, los déficits de servicios de cobertura de agua y saneamiento, manejo de residuos, vigilancia epidemiológica y atención primaria. Al mismo tiempo, los países con déficits de esta índole quisieran aprovechar las oportunidades de creación de empleo y atracción de divisas y nexos comerciales que el turismo ofrece.

El turismo internacional es, por así decirlo, la exportación in situ de ciertos recursos naturales —incluyendo los humanos— en la que un elemento esencial de lo que pretende adquirir el importador es la experiencia de familiarizarse con el exportador. Al cruzar fronteras geográficas, sin embargo, los viajeros pueden desencadenar un proceso en que visitantes y visitados atraviesen fronteras epidemiológicas, económicas, culturales y sociales. Si bien la provisión de infraestructura, servicios de salud, seguridad y actividades de recreo para los centros turísticos es una inversión importante para asegurar su continuidad, estos pueden crear serios conflictos éticos si la población que los rodea carece de los mismos. Es más, las preocupaciones éticas y sanitarias coinciden de forma marcada si la misma población sufre efectos dañinos a raíz de la introducción o agravamiento de problemas sanitarios y sociales como lo serían, entre otros, la contaminación ambiental o cambios perjudiciales en el comportamiento individual y social. Desde un punto de vista netamente práctico, si el fin de estos proyectos se limita únicamente a “proteger” a los turistas del nuevo entorno, dicha actividad representaría un esfuerzo vano por contener lo incontenible: el contacto e intercambio que son tanto la finalidad como el vehículo del turismo.

Durante el último sexenio ha evolucionado la comprensión del condicionamiento e intereses mutuos de los sectores turismo y salud. Aunque el primero subraya los beneficios derivados del empleo y se preocupa antes que nada por proteger al turista, esta labor no es posible sin ampliar la vigilancia, investigación, prevención y control de enfermedades importadas, así como la vigilancia de las endémicas y emergentes, la investigación y control de factores de riesgo para los trabajadores formales e informales del sector turismo, el cumplimiento con las metas de acceso a servicios de agua y saneamiento, la expansión de los servicios de atención y una colaboración estrecha y práctica con los sectores comercial, agrícola y de vivienda. Es decir, las exigencias del turismo internacional son de naturaleza tal que desencadenan demandas de coordinación entre las actividades necesarias para el avance del turismo y aquellas que intentan mejorar las condiciones de salud de sectores relegados de la población.

Según el sector turismo representado en la OMT, las inversiones nacionales destinadas a fomentar el turismo internacional ofrecen, desde el punto de vista social, una oportunidad para financiar la protección del ambiente natural y las culturas autóctonas. También reconoce que el turismo agrava serios problemas sociales como la prostitución, incluyendo la de los niños, la violencia, el abuso de sustancias y los accidentes.

No se dispone de datos acerca del impacto del turismo en la conservación del medio ambiente. Muchos países han expresado su preocupación acerca de las presiones negativas del turismo sobre el medio ambiente, tanto en lo que se refiere al agua y saneamiento ambiental como a la conservación de los recursos naturales. Obviamente, esta presión se siente en medida proporcional al volumen per capita de visitas y a la extensión geográfica de la zona visitada. En ciertos países, el turismo y sus repercusiones son un fenómeno nacional, en otros se limita a consideraciones locales.

En cuanto al impacto del turismo en propiciar o agravar otros problemas de salud como el ya citado de la prostitución y, en particular, la violencia física, psicológica y moral incluyendo a los niños, parecería que, efectivamente, son un producto derivado y a veces explícito, observado ya sea formalmente o a modo de anécdota, en todos los países para los que se dispone de información. Existen otras preocupaciones de salud, empero, que no se mencionan en los documentos de la OMT, entre las que se encuentran:

- enfermedades transmisibles y zoonosis;
- agua, saneamiento y medio ambiente;
- salud ocupacional;
- servicios de salud.

2.1 *Enfermedades transmisibles y zoonosis*

Las propagación de enfermedades transmisibles en zonas de turismo puede ser una de las consecuencias que afecta tanto al viajero como al lugar visitado. La exposición del viajero a las enfermedades transmisibles es frecuente, especialmente cuando el turista ignora los riesgos que puede ofrecer un ambiente desconocido. Es más, algunas modalidades de turismo, como el ecoturismo y el turismo sexual, favorecen el contacto con agentes infecciosos. Entre los problemas más comunes, están:

- Las diarreas asociadas a la calidad del agua y el medio ambiente, a los alimentos, su conservación, transformación y manipulación y a la higiene de las personas locales. Estos constituyen un complejo ecosistema donde las infecciones gastrointestinales, como salmonelosis, shigellosis, hepatitis, colera, cisticercosis, ciguatoxicosis, saxitoxicosis y botulismo, entre otras, son compartidas con los visitantes.
- Las enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue, la fiebre amarilla y la malaria que son endémicas en diversos países y polos turísticos. El dengue hemorrágico reviste especial importancia ya que entre 1981 y 1996 se han notificado 42.171 casos y 581 defunciones en 25 países de la Región. En cuanto a la malaria, muchas áreas de alto riesgo coinciden con localidades turísticas en Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela.
- Las zoonosis como la rabia, leptospirosis y peste han sido causa de preocupación en diversas localidades, constituyéndose en posibles limitantes del desarrollo del turismo. La exposición a leptospirosis es frecuente en viajeros con intereses en diversiones acuáticas.
- El uso innecesario de inmunógenos por el desconocimiento de la situación epidemiológica de los países y regiones turísticas. A menudo se utilizan vacunas cuando las condiciones de la localidad visitada no lo justifican. En Canadá, por ejemplo, algunos viajeros reciben tratamiento profiláctico contra la rabia cada año cuando visitan el Caribe oriental, área considerada libre de rabia.
- Las enfermedades emergentes, como el síndrome pulmonar hemorrágico por hantavirus, la legionelosis, enfermedad de Lyme, la encefalitis equina venezolana y la peste, son riesgos en áreas endémicas. Se han notificado brotes de legionelosis, por ejemplo, en algunos hoteles del Caribe. Para la prevención y control de estos riesgos, debe considerarse la identificación de las áreas endémicas y sino las medidas necesarias para mejorar el medio ambiente local.
- Las enfermedades veterinarias exóticas se incrementan por la propagación de agentes infecciosos exóticos en los animales como consecuencia del uso de desperdicios de origen animal para la alimentación de animales domésticos. Se ha observado que existe mayor riesgo en las áreas turísticas por la afluencia de alimentos procedentes de numerosos países para satisfacer los múltiples y diversos gustos gastronómicos. Como resultado de ello se han presentado brotes de fiebre aftosa y de peste porcina africana, causando enormes pérdidas económicas.

- Las enfermedades de transmisión sexual y SIDA presentan una tendencia declarada en los lugares turísticos y en particular donde se promueve el turismo sexual. Es de advertir que alrededor del 50% de los casos de SIDA en el mundo se han registrado en las Américas y existen entre 2.0 y 2.5 millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Aunque ha mejorado la vigilancia y prevención de otras enfermedades de transmisión sexual, preocupa la prevalencia de hepatitis B, sífilis y clamidiasis en algunos países.

2.2 Agua, saneamiento y medio ambiente

El impacto del turismo en el medio ambiente se debe a varios factores, entre los que se encuentran la falta de planificación adecuada del suelo y otros recursos naturales, como el agua; la carencia de estudios de factibilidad e impacto ambientales previas a la construcción de hoteles, paraderos y complejos turísticos, y la insuficiencia de la legislación ambiental o la debilidad de los mecanismos para vigilar su cumplimiento. Ya que la extensión y calidad de los servicios de agua y saneamiento, el tratamiento y desecho adecuado de aguas negras y residuos y el control de vectores, criaderos y desechos sólidos son afectados por grandes cambios en la densidad de la población, se han observado problemas agudos en zonas turísticas cuando se acaparan recursos y se sobrecargan los frágiles ecosistemas turísticos y pesqueros, impidiendo su regeneración (13).

Tanto turistas como residentes corren el riesgo de sufrir las consecuencias de mares y ríos contaminados. Los promotores del turismo, preocupados por las posibles demandas posteriores, exigen cada vez más que la selección de polos turísticos futuros incluya garantías y protección al respecto.

2.3 Salud ocupacional

Más del 50% del la PEA de la región trabaja en el sector informal de la economía (14) y, por ende, es uno de los sectores más relegados en cuanto a acceso a servicios de salud se refiere. Dado que la mayoría trabaja en servicios y obras de construcción frecuentemente relacionados con el turismo, existen preocupaciones y oportunidades especiales para este grupo. Además de estar expuestos a materiales tóxicos, los obreros de construcción suelen ser los más expuestos a traumas y accidentes fatales, riesgo ocupacional que corren cada vez más también los conductores de medios de transporte en zonas turísticas. Por otra parte, los trabajadores de las industrias de alimentos están expuestos a residuos de agentes químicos usados en la agricultura, además de los riesgos ocupacionales en todas las fases de preparación y envase de alimentos. Como se vio en la cita de ALCA, estos trabajadores suelen

recibir salarios bajos y suelen vivir en áreas carentes de servicios, haciéndose más vulnerables a las infecciones que posteriormente transmiten a los turistas, principalmente por medio de la manipulación de los alimentos. En el caso del turismo sexual, aumentan las probabilidades de la transmisión bidireccional de enfermedades venéreas y el VIH.

2.4 *Servicios de salud*

Desde la perspectiva del desarrollo de los sistemas y servicios de salud, la relación con turismo puede analizarse en cuanto a la sobrecarga sobre los servicios de los países y comunidades visitadas tanto como a la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos a los visitantes e, igualmente, en cuanto a las interacciones entre los sistemas de diferentes países. La atención de urgencias y tratamientos especializados para turistas de la tercera edad o aquellos que padecen de ciertas condiciones de salud, suele ser canalizada hacia los servicios del sector privado cuando se encuentran a distancias razonables y cuentan con la suficiente y adecuada capacidad de atención. Sin embargo, no siempre se reúnen estas condiciones. Es más, la demanda por servicios de urgencia suele aumentar en temporada turística, aumento que afecta a los servicios de atención médica y bancos de sangre públicos y privados. Estudios realizados en Acapulco sobre el problema de accidentes revelaron que las altas tasas durante las épocas de temporada alta se relacionan con el uso de alcohol, el elevado flujo de adolescentes, la falta de señalización y la congestión del tránsito (15). Si no se toman las medidas preventivas necesarias, este fenómeno puede crear una demanda excesiva para los escasos recursos, con consecuencias que afectan tanto a la comunidad visitada como a los viajeros.

Por otra parte, aunque en la actualidad no se dispone de datos confiables al respecto, cabe mencionar el aumento en el "turismo de salud" que incluye el movimiento de pacientes a países especializados en determinadas patologías y tratamientos, concepto que se incorpora cada vez más en el marco del comercio internacional de servicios. En la actualidad las instituciones prestadoras de servicios de varios países de nuestra Región, incluyen sistemas complejos de mercadeo instalados en el país exportador del paciente y promueven "paquetes de servicios transnacionales" que incluyen no sólo la atención, sino el transporte desde el país de origen, el hospedaje de los acompañantes y para etapas de convalecencia, servicios de traducción, grupos de apoyo, etc.

En cuanto a los sistemas y servicios de salud en las comunidades de los viajeros, estos pueden ser afectados por cambios en los perfiles de riesgo y comportamiento de sus pacientes. Además, en términos de las relaciones entre sistemas existe el problema cada vez más importante de la portabilidad y reciprocidad de los seguros que, en el contexto de la integración económica, exigen normalizar los mecanismos de referencia,

garantías de calidad, homologación de derechos, coberturas y costos, y el desarrollo de convenios al respecto.

3. Actividades realizadas por la OPS durante 1992-1997

En el contexto de la labor del grupo interprogramático se realizaron actividades en ciertas de las áreas prioritarias arriba mencionadas, destacándose:

3.1 *Enfermedades transmisibles y zoonosis*

- Se organizó la Conferencia Interamericana sobre Protección de los Alimentos y Salud, en Cancún, México, en noviembre de 1992, en la que participaron 228 personas de instituciones gubernamentales y no gubernamentales de 22 países.
- Se realizó el Foro de Facilitación Turística de Centroamérica en agosto de 1996 en Managua, Nicaragua, en que se promulgó la concertación de requisitos sanitarios, supresión de controles innecesarios y realización de estudios de incidencia y prevalencia de enfermedades y plagas.
- Se llevó a cabo en 1996 el estudio sobre la contaminación por microbios de los alimentos callejeros y las condiciones de higiene de los establecimientos, hábitos de los vendedores y actitudes de los consumidores. Varios países organizaron comités nacionales a la vez que otros formaron comités para mejorar la vigilancia y control de la higiene de los alimentos en la vía pública. Ello ha contribuido a la organización y desarrollo de programas de capacitación de vendedores, así como alertar a los consumidores.
- Se preparó y distribuyó la "Guía para el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos y la investigación de brotes de infecciones alimentarias tóxicas". El sistema propuesto, contempla la notificación de casos y brotes del sistema de información y vigilancia para las Américas al nuevo Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). La operación de este sistema ya ha servido para mejorar el registro de las enfermedades transmitidas por los alimentos. La OPS también ha dado orientación a los países en la investigación de brotes y casos de enfermedades transmisibles por alimentos (ETA).
- Hubo colaboración con los países en la caracterización de áreas de riesgo de peste, las diferentes variantes del virus de la rabia, encefalitis equinas, síndrome hemorrágico pulmonar por hantavirus y dengue entre otras.

- Se elaboró la metodología de análisis de riesgo para la salud en áreas de turismo, a manera de los formularios SATUR 1 y 2 en que se evalúan las condiciones locales asociadas a problemas enfermedades infecciosas y parasitarias; diarreas, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, problemas del comportamiento social y accidentes.
- Se elaboró la metodología para análisis de riesgos de introducción de rabia y protección de la salud humana, realizada en el Caribe.
- Se fortalecieron los sistemas de vigilancia y cuarentena para la prevención de enfermedades exóticas de los animales como medida de protección al patrimonio pecuario nacional. Así, durante el periodo 1992-1997 se colaboró con Barbados, Guyana, Jamaica, República Dominicana, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago para reorganizar los sistemas de cuarentena y actualizar los planes preparativos de emergencia en casos de introducción de alguna enfermedad exótica.
- Se llevaron a cabo simulacros de emergencias por enfermedades veterinarias exóticas en Belice, Costa Rica, Guyana, Jamaica, Panamá y Santa Lucía.
- Hubo colaboración en el análisis epidemiológico y selección de estrategias y actividades para el control del brote de fiebre aftosa en las islas Galápagos de Ecuador en 1997, y ciertos brotes ocurridos en algunos hoteles del Caribe

3.2 *Educación e investigación*

- Se realizó una encuesta en colaboración con la Universidad de George Washington, sobre los aspectos de salud y turismo relevantes para la formación de personal e investigación en ambos sectores.
- Con el Instituto de Salud Pública de México se elaboró una bibliografía anotada sobre Salud y Turismo en la Enseñanza e Investigación, la misma que está actualizada hasta agosto de 1997.
- Se elaboró un documento de posición, a ser sometido a la consideración de las escuelas de salud y turismo/hospitalidad de la Región.

3.3 *Promoción de la salud*

- Se comisionaron dos documentos de base en los que se comenzó a explorar el tema de cambios en los patrones de comportamiento en zonas turísticas, y en particular el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

3.4 Agua, saneamiento y manejo de desechos

- En 1993 se lanzó la iniciativa Salud Ambiente y Turismo Sustentable, en la que se colaboró con la organización de turismo de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe con miras a identificar aspectos decisivos que influyen tanto en el turismo como en la salud del medio ambiente. Se hizo hincapié en la eliminación de desechos sólidos y líquidos, en el suministro y calidad del agua, calidad del agua costera, saneamiento de aeropuertos y puertos y gestión del medio ambiente.

- La OPS y la Organización de los Estados Americanos (OEA) auspiciaron la Conferencia Regional sobre Salud Ambiental y Desarrollo del Turismo Sustentable en el Caribe, que se celebró con el apoyo logístico del Gobierno de Bahamas en noviembre de 1993. Asistieron más de 150 participantes de 20 países y territorios del Caribe. La Conferencia recomendó el establecimiento de un grupo de consulta formado por países del Caribe para dar pautas y planificar actividades para la iniciativa. Esta recomendación fue apoyada por la Reunión de Ministros del Ambiente realizada en Guyana en enero de 1994. La primera reunión del grupo de consulta se celebró en Bahamas en octubre de 1994 con la participación de los gobiernos de Bahamas, Guyana, Jamaica y Santa Lucía, así como de varios organismos, entre ellos el CARICOM, la CEPAL, el Instituto de Salud Ambiental del Caribe, la Asociación Hotelera del Caribe, la Organización de Turismo Caribeño y la OEA. La segunda reunión del Grupo de Consulta tuvo lugar en Barbados, en junio de 1997.

- La OPS colaboró con los gobiernos en la organización de talleres donde participaron los sectores público y privado con miras a formular un marco de políticas y actividades de proyectos para integrar las inquietudes sobre el medio ambiente y la sustentabilidad del turismo.

- El CAREC preparó un conjunto de pautas denominadas "Hoteles Saludables" para la gestión del medio ambiente en hoteles del Caribe por la Asociación Hotelera del Caribe y un programa de premios para los hoteles mejor administrados.

- La OPS preparó cursos para plantas de tratamiento de aguas servidas en hoteles con el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI).

3.5 Servicios de salud

- Se colaboró en la organización y promoción de la participación del sector salud en la III Conferencia Hemisférica de los Ministros de Comercio en el Foro de las Américas, en mayo de 1997.
- Se negoció con la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) para la realización de un estudio del comercio internacional en servicios de salud en el área de MERCOSUR.
- Se estableció un convenio con la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI) a fin de asegurar la participación del sector salud en futuras reuniones de Ministros de Turismo.

4. Propuesta de cooperación técnica

A continuación se presentan recomendaciones para los países que fomentan el desarrollo local del turismo o que aportan viajeros. Las recomendaciones están agrupadas según cuatro categorías principales, es decir, formulación de políticas, planes y normas; información pública y capacitación; movilización de recursos, e investigación.

4.1 Formulación de políticas, planes y normas

La función rectora de los ministerios de sector salud es esencial, y hace falta asegurarla lo antes posible, especialmente en aquellos países en que el turismo representa un rubro económico importante. Se recomienda:

- promover el reconocimiento formal, con los reglamentos jurídicos pertinentes, del ministerio de salud como árbitro final y agencia rectora de las normas y criterios para los estudios de factibilidad, riesgo e impacto de los proyectos turísticos en la dimensión salud del desarrollo;
- asignar recursos, derivados como porcentaje de los impuestos sobre divisas externas por concepto de turismo, para la vigilancia, control, prevención, e investigación de enfermedades y riesgos ocupacionales;
- darle prioridad a la extensión de la cobertura de servicios de agua, saneamiento y atención primaria en los vecindarios de trabajadores de la industrias hotelera, turística, alimenticia, y de construcción y artesanías, muchos de los cuales suelen encontrarse en el sector "informal".

4.2 *Información pública y capacitación*

Ya se dispone de una base de información suficiente y puntual, cuya divulgación es oportuna en el contexto del crecimiento acelerado del turismo. Se recomienda:

- asegurar que la divulgación de información incluya representantes del sector privado, como asociaciones promotoras de turismo, empresas hoteleras;
- elaborar y difundir materiales didácticos para informar a los individuos y grupos "cautivos" que componen las poblaciones visitantes, en cuanto a actitudes, conocimientos y prácticas de promoción de la salud, con énfasis en aquellos que favorezcan una interacción saludable con las poblaciones visitadas;
- capacitar al personal sanitario necesario para asegurar que la labor de inspección de alimentos, hoteles, sistemas de agua y saneamiento, vigilancia y notificación de enfermedades se pueda llevar a cabo de forma continua;
- promover el conocimiento y uso de las publicaciones técnicas existentes acerca del tema salud y turismo, y elaborar nuevas según los resultados de las actividades de investigación y enlace, y crear una base de datos bibliográfica;
- elaborar una propuesta temática y modalidad educativa a ser utilizada en las escuelas de salud pública y las de gerencia y promoción de turismo/hospitalidad, en la que se especifican los contenidos de importancia común.

4.3 *Mobilización de recursos*

Una de las funciones más importantes del sector salud en la actualidad es asegurar que las decisiones políticas en lo que se refiere al desarrollo turístico incluyan las consideraciones prioritarias de la salud de la población afectada. Con ese fin, se recomienda:

- crear enlaces a nivel ministerial y a modo de convenio, entre los sectores salud, turismo, fomento, economía, y otros sectores involucrados según cada país a fin de que el sector salud participe en las evaluaciones de factibilidad e impacto de proyectos de turismo;
- establecer mecanismos de intercambio técnico continuo con otros organismos regionales (como BID, OEA, OMT, ALADI y otros) cuyas políticas de financiamiento, asesoramiento, y/o promoción inciden en el impacto en salud de los proyectos de turismo;

- apoyar reuniones técnicas a nivel regional con representantes del sector salud, hotelero, económico y de planificación a fin de que los mismos compartan la información y experiencias necesarias para crear un marco de referencia para actividades futuras;
- acelerar la integración de la protección del medio ambiente por medio del concepto de hoteles saludables y la estrategia actual de municipios saludables con la UNESCO, HABITAT, etc., de la utilización de información pública intersectorial, del desarrollo de recursos humanos, del otorgamiento de certificados a los operadores de plantas de tratamiento de aguas en hoteles y la eliminación de desechos en el sitio;
- apoyar a los países referente a los planteamientos de los tratados de libre comercio como el NAFTA, MERCOSUR, CARICOM y ALCA, en lo que se refiere a la actualización y armonización de normas y reglamentos con las recomendaciones del Codex Alimentarius para facilitar el comercio internacional de alimentos;
- aprovechar la concentración de personas y recursos en las zonas turísticas con el fin de reducir oportunidades perdidas en servicios tales como la vacunación, atención primaria, preparativos para desastres y urgencias y modificación de conductas dañinas para la salud;
- establecer relaciones de intercambio de información referente al impacto en la demanda de los cambios en perfiles de riesgo y de costumbres y prácticas en salud entre turistas, así como al efecto de "demostración" de las tecnologías a las que tiene acceso el turista en el país visitado.

4.4 Investigación

Dada la carencia de una base regional de datos sobre los aspectos sanitarios del turismo, habría que darle prioridad a este rubro. No obstante, cabe señalar que ya se dispone de suficiente conocimiento práctico como para intensificar las actividades de promoción y reglamentación a la vez que se crea la infraestructura de notificación requerida. Entre las actividades de investigación prioritarias, se encuentran:

- establecer un registro de hoteles en poblaciones turísticas y organizar las bases existentes en la OPS utilizando técnicas de mapeo e información geográfica que permita identificar las variables de interés y predicción de riesgo.

- estudiar las garantías necesarias en lo que atañe a la calidad de los servicios y a la subsecuente responsabilidad por los mismos en caso que las prestaciones den lugar a demanda por mala práctica médica;
- estudiar el tema de marcos comúnmente acordados para la cobertura transnacional de los seguros de salud, y caracterizar y evaluar la creciente oferta de tratamientos especializados o no tradicionales, con el fin de asegurar que al pretender atraer pacientes turistas no se estén abriendo brechas más pronunciadas de equidad;
- evaluar y promover la portabilidad y reciprocidad de los seguros tanto públicos como privados cuya importancia, en el contexto de la integración económica manifestado por el turismo, muestra una tendencia en incremento.

5. Conclusión

En vista del volumen creciente del turismo en la Región, y dada la importancia económica que reviste para unos cuantos países, se solicita al Subcomité que analice los beneficios y retos presentados por el turismo para aprovechar sus potenciales beneficios en el acontecimiento de las brechas de inequidad, mejorar la información y el control de la transmisión de enfermedades emergentes y reemergentes, y estudiar los impactos ambientales con miras a mitigarlos. Se les ruega, asimismo, a los miembros del Subcomité que sugieran los cursos prioritarios de acción para la Organización ante esta nueva manifestación de la creciente globalización del planeta.

Referencias

1. Tema 4.9 del programa provisional, documento CE109/16, 109a Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS.
2. La actuación del Banco Interamericano de Desarrollo en la financiación del sector turismo en América Latina, BID, febrero de 1997.
3. La actuación del Banco Interamericano de Desarrollo en la financiación del sector turismo en América Latina, op. cit.
4. Informe de la Comisión de la Organización Mundial del Turismo para las Américas, Trigésima reunión, Bariloche, Argentina, mayo de 1997

5. Resumen ponencias sectoriales, Foro Empresarial de Servicios del ALCA, Santiago de Chile, octubre de 1997.
6. OMT, op. cit.
7. Guatemala, Desarrollo turístico sustentable hacia el año 2005, Instituto Guatemalteco de Turismo (INGUAT), 1995.
8. Boletín Estadístico de Turismo, 1987-1996, Instituto Panameño de Turismo.
9. Banco Central de Costa Rica; Instituto Costarricense de Turismo, en Economist Intelligence Unit. 2511835, abril 1997; Ministro de Turismo Osmany Cienfuegos, 30.VIII.97, informado por Reuters.
10. Comunicación personal, CPC Barbados, OPS/OMS.
11. Economist Intelligence Unit 2462152, 4XI1996.
12. INGUAT, op. cit.
13. Finkelman J, en Turismo y salud en México, Secretarías de Salud y Turismo, OPS/OMS. 1992.
14. Panorama Social, CEPAL, 1997.
15. HCP/HCV, OPS/OMS.

Anexo

Cuadro 1. Entradas turísticas y cambio (%), según subregión de los Américas, 1990 y 1994

| | 1990 | 1994 | Cambio |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Caribe | 7.415.579 | 8.319.111 | 12% |
| América Central | 1.751.236 | 2.257.969 | 29% |
| América del Norte | 56.830.619 | 59.511.966 | 5% |
| América del Sur | 6.779.760 | 9.158.587 | 35% |
| Total | 72.777.193 | 79.247.633 | 5,7% |

Fuente: OMT, 1997

Cuadro 2. Turismo en la economía de los países de las Américas, 1995 (porcentajes)

| | PNB | Exportación de mercancías | Exportación de servicios comerciales |
|-------------------|------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Caribe | 14,7 | 34,4 | 82,1 |
| América Central | 3,4 | 18,8 | 35,5 |
| América del Norte | 0,9 | 9,1 | 31,3 |
| América del Sur | 0,9 | 8,5 | 49,0 |
| Total | 1,1 | 10,0 | 36,5 |

Fuente: OMT, 1996

Cuadro 3. Indicadores de turismo en países seleccionados

| | | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|-------------------|------------------|-------|-------|-------|-------|--------|------|
| Brasil | Llegadas (m) | 1.091 | 1.228 | 1.692 | 1.641 | 1.849 | n/a |
| | Entradas (\$mm) | n/a | n/a | n/a | n/a | 2.273* | n/a |
| Costa Rica | Llegadas (m) | 435 | 505 | 611 | 684 | 761 | 785 |
| | Entradas (\$ mm) | 275 | 331 | 431 | 577 | 626 | 661 |
| Ecuador | Llegadas (m) | 365 | 403 | 471 | 475 | 442 | n/a |
| | Entradas (\$mm) | 189 | 192 | 230 | 252 | 255 | n/a |
| México | Llegadas (m) | 6.372 | 6.352 | 6.625 | 7.135 | 7.784 | n/a |
| | Entradas (\$mm) | 3.784 | 3.868 | 4.019 | 4.254 | 4.051 | n/a |

Fuente Brasil: Fuente: Departamento De Policía Federal-Dpf. * datos del 1996

Fuente Costa Rica: Banco Central de Costa Rica; Instituto Costarricense de Turismo.

Fuente Ecuador: Corporación Ecuatoriana de Turismo (CETUR), Boletín Estadística; Principales Indicadores Turísticos.

Fuente México: Banco de México.