



**CAMBIOS EN LA SALUD PÚBLICA DE LAS COMUNIDADES COMO
CONSECUENCIA DEL TURISMO
EXPERIENCIA DEL MUNICIPIO DE JERICÓ (ANTIOQUIA – COLOMBIA)**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA**

JHON ALEXANDER GIRALDO GIRALDO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2017

**CAMBIOS EN LA SALUD PÚBLICA DE LAS COMUNIDADES COMO
CONSECUENCIA DEL TURISMO
EXPERIENCIA DEL MUNICIPIO DE JERICÓ (ANTIOQUIA – COLOMBIA)**

DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO

DORA CARDONA RIVAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2017

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	10
2	ÁREA PROBLEMÁTICA.....	14
2.1	PREGUNTA	14
2.2	PROBLEMA.....	14
3	JUSTIFICACIÓN.....	20
4	OBJETIVOS.....	24
4.1	GENERAL	24
4.2	ESPECÍFICOS	24
5	REFERENTE TEÓRICO.....	25
5.1	SALUD INTERNACIONAL.....	25
5.2	EPIDEMIAS Y MIGRACIÓN	26
5.3	ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LAS FRONTERAS	28
5.4	EFFECTOS SOCIALES DEL TURISMO.....	28
5.5	EFFECTOS AMBIENTALES DEL TURISMO	30
5.6	TURISMO Y MIGRACIÓN DE ENFERMEDADES	31
5.7	IMPORTANCIA DEL TURISMO Y CRECIMIENTO DE ÉSTE COMO RENGLÓN ECONÓMICO EN COLOMBIA Y EL MUNDO.	33
5.8	TURISMO INTERIOR.....	34
5.9	IMPACTO ECONÓMICO DE ALGUNAS PANDEMIAS EN EL TURISMO.....	36
5.10	TURISMO EN JERICÓ – ANTIOQUIA.	38
6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40

6.1	VARIABLES DE SALUD.....	42
6.2	LAS VARIABLES AMBIENTALES.....	43
6.3	VARIABLES SOCIALES	43
7	ESTRATEGIA METODOLÓGICA:.....	45
7.1	TIPO DE ESTUDIO	45
7.2	POBLACIÓN.....	45
7.3	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	46
7.4	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
7.4.1	Fuentes documentales:.....	46
7.4.2	Procedimiento y Protocolos De Recolección	47
8	PLAN DE ANALISIS	49
9	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	51
9.1	CONFIDENCIALIDAD	51
9.2	APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA	51
10	RESULTADOS	52
10.1	VARIABLES DE SALUD.....	52
10.1.1	Análisis Descriptivo De Las Variables De Salud.....	52
10.2	DESCRIPCIÓN DE LA VARIACIÓN PORCENTUAL POR AÑO	57
10.3	VARIABLES SOCIALES	66
10.4	VARIABLES AMBIENTALES	69
10.5	PRUEBAS DE KOLMOGOROV - SMIRNOV, SHAPIRO WILK	71
11	DISCUSIÓN.....	80
12	CONCLUSIONES:.....	83

13	RECOMENDACIONES:	85
14	BIBLIOGRAFÍA	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2011	52
Gráfico 2 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2012	53
Gráfico 3 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2013	54
Gráfico 4 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2014	54
Gráfico 5 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2011	55
Gráfico 6 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2012	56
Gráfico 7 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2013	56
Gráfico 8 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2014	57
Gráfico 9 Líneas de tendencia por año Consulta externa 1 (2011 – 2014)	59
Gráfico 10 Líneas de tendencia por año Consulta externa (2011 – 2014)	60
Gráfico 11 Líneas de tendencia por año Urgencias (2011 – 2014)	62
Gráfico 12 Líneas de tendencia por año. Urgencias (2011 – 2014)	63
Gráfico 13 Líneas de tendencia para variables sociales (2011 – 2014)	67
Gráfico 14 Líneas de tendencia para variables sociales (2011 – 2014)	68
Gráfico 15 líneas de tendencia para Residuos Sólidos (2011 – 2014)	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de la Variación Porcentual Consulta externa (2011 – 2014).....	58
Tabla 2 Descripción De La Variación Porcentual Por Urgencias 2011 – 2014	61
Tabla 3 Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano Jericó (2011 – 2014)	70
Tabla 4 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro. Consulta Externa	71
Tabla 5 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro – Consulta externa Promediado.....	72
Tabla 6 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro. Urgencias.....	72
Tabla 7 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro – Urgencias Promediado	72
Tabla 8 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro. Variables Sociales.	73
Tabla 9 Frecuencias en consulta externa 2011 – 2014.....	74
Tabla 10 Comparación Sin Afluencia Turística vs Con Afluencia Turística	75
Tabla 11 Frecuencias en urgencias 2011 – 2014.....	76
Tabla 12 Comparación Sin Afluencia Turística vs Con Afluencia Turística.....	77
Tabla 13 Frecuencias en Variables Sociales 2011 – 2014	78
Tabla 14 Comparación Sin Afluencia Turística vs Con Afluencia Turística	79

RESUMEN

El turismo cada vez se va convirtiendo en uno de los renglones más importantes de la economía mundial con la movilización de miles de personas a través de las fronteras. Cada turista puede ser un vector en potencia de cientos de enfermedades y afectaciones para la población oferente, sin embargo, parecen pocas las alternativas de control que se estructuran con el propósito de mitigar los riesgos a los que se puedan ver expuestas estas comunidades por parte de sus visitantes. El municipio de Jericó en el suroeste Antioqueño Colombiano, vivió en el año 2013 una “explosión turística” como consecuencia de la canonización de la primera santa colombiana, y con esto, la llegada al municipio de miles de personas del ámbito nacional e internacional que querían visitar la casa natal de Santa Laura; por esta razón, el municipio experimentó también una serie de cambios que se pudieron evidenciar luego del análisis de las bases de datos de las diferentes instituciones municipales, y que podrían corresponder a la presencia masiva de personas en el municipio tales como, el incremento en patologías de interés en salud pública, generación excesiva de residuos sólidos, problemas de orden público y afectaciones socio ambientales entre otras, que merecieron ser analizados para proponer el desarrollo de alternativas de prevención y mitigación buscando la protección de la población oferente de la mano de la sostenibilidad ambiental y social. Este estudio fue desarrollado con información de los años 2011 y 2012 (antes de la canonización de Santa Laura) y 2013 - 2014 (después de la canonización).

PALABRAS CLAVE: Salud, Turismo, Migración, Epidemiología, Efectos de las Actividades Humanas.

SUMMARY

Tourism is increasingly becoming one of the most important sectors of the global economy with the mobilization of thousands of people across borders. Each tourist can be a potential vector of hundreds of illnesses and affectations for the offering population, however, there seem to be few control alternatives that are structured with the purpose of mitigating the risks to which these communities can be exposed on the part of your visitors. The municipality of Jericó in the Colombian Antioquia southwest, lived in 2013 a "tourist explosion" as a result of the canonization of the first Colombian saint, and with this, the arrival in the municipality of thousands of people of national and international scope who wanted visit the birthplace of Santa Laura; for this reason, the municipality also experienced a series of changes that could be evidenced after the analysis of the databases of the different municipal institutions, and that could correspond to the massive presence of people in the municipality such as, the increase in pathologies of interest in public health, excessive generation of solid waste, problems of public order and socio-environmental impacts among others, which deserved to be analyzed to propose the development of prevention and mitigation alternatives seeking the protection of the offeror population in the hand of sustainability environmental and social. This study was developed with information from the years 2011 and 2012 (before the canonization of Santa Laura) and 2013 - 2014 (after the canonization).

KEY WORDS: Health, Tourism, Migration, Epidemiology, Effects of Human Activities.

1 PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial del Turismo, en adelante (OMT), el turismo comprende todas aquellas actividades que llevan a cabo las personas durante sus viajes y estancias en lugares distintos al de su domicilio, por un período de tiempo consecutivo inferior a un año, con fines de ocio, por negocio y otros motivos no relacionados con el ejercicio de una actividad remunerada en el lugar visitado (1).

En Colombia el Plan de Desarrollo 2011 - 2014 "Prosperidad para Todos", incluyó un capítulo denominado “ El turismo como motor de desarrollo” y las directrices allí contenidas se concretaron en el Plan Sectorial de Turismo; según dicho Plan, los siguientes son los lineamientos estratégicos a desarrollar:

1. Fortalecer la institucionalidad y la gestión pública del turismo a nivel nacional y regional.
2. Mejorar la calidad de los servicios y destinos turísticos y promover la formalización
3. Fortalecer las habilidades y competencias del talento humano en función de las necesidades de la demanda turística y la generación de empleo.
4. Mejorar la gestión en infraestructura de soporte y conectividad para el turismo.
5. Impulsar la inversión en el sector turístico, buscando la generación de valor agregado nacional.
6. Fortalecer el desarrollo de productos turísticos especializados.
7. Enfocar las iniciativas de promoción turística por segmentos especializados del turismo. (2)

Para el periodo de gobierno 2014 – 2018, el gobierno nacional ha estructurado lo que denominó, el Plan Sectorial de Turismo “Turismo para la Construcción de la Paz”, con un objetivo definido:

“Posicionar a Colombia como destino turístico sostenible y sustentable, reconocido en los mercados mundiales y valorado en los mercados nacionales, por su multiculturalidad y

megadiversidad, con oferta altamente competitiva, que lleve a sus máximo nivel a la industria de los viajes y al turismo como potenciador del desarrollo regional y constructor de paz". (3)

Según el mismo presidente de la república de Colombia, Dr. Juan Manuel Santos,

"El turismo es una industria que no contamina, por eso le dicen industria sin chimenea, genera un empleo formal, un empleo de alta calidad, bien remunerado, y el potencial que tenemos nosotros para atraer turistas por la belleza de nuestro país, por las maravillas que tenemos, por la biodiversidad... es inmenso" (4)

De acuerdo al diario EL Colombiano de la ciudad de Medellín en publicación del 17 de abril de 2013, el turismo es el nuevo sector estratégico, y expone que, según la Agencia Gubernamental Procolombia (Antes Proexport), la llegada de viajeros extranjeros viene creciendo a un ritmo anual promedio cercano al 10 por ciento en los últimos 10 años, con la entrada de 1,69 millones de extranjeros en 2012, con un crecimiento del 7 por ciento frente al 2011. De esta cifra, el 61,3 por ciento declaró ingresar al país por asuntos de turismo y el 7,6 por ciento tuvo como motivo de viaje, la asistencia a eventos promovidos en las diferentes ciudades. Actualmente a Colombia estarían ingresando un promedio de 4 millones de turistas año.

En revisión de la revista Turismo y Desarrollo Local Sostenible, en su volumen 3, Nº 7 (de abril/ 2010), se publicó un artículo denominado: *TURISMO Y CRECIMIENTO ECONÓMICO: EL CASO DE ANTIOQUIA*, por los autores: *Juan Gabriel Brida (CV), Pablo Daniel Monterubbianesi, Sandra Zapata Aguirre y Claudia María Giraldo Velásquez;* (5) en este trabajo, estudiaron las relaciones entre turismo, desarrollo y crecimiento económico bajo dos perspectivas: En primer lugar, la cualificación de la contribución del sector del turismo al crecimiento de la economía antioqueña desde principio de la década del 90 hasta el año 2005 y el segundo, las relaciones causales entre PIB per cápita, el gasto en turismo en Antioquia y la tasa de cambio real. Como consecuencia de este estudio, se puede concluir que, si bien en el periodo comprendido de

1998 a 2002, el desarrollo de la actividad turística departamental se vio perjudicado por los difíciles momentos sociales que había vivido el país en general, la mala imagen y desconfianza generalizada llevó al decaimiento del sector en el departamento, sin embargo, desde finales de 2003 hasta ahora, este renglón de la economía crece considerablemente. El citado artículo considera el desarrollo del turismo dentro de las subregiones del departamento y publica que, pese a contar con importantes recursos de toda índole, susceptibles de ser aprovechados turísticamente, Antioquia es un departamento con un desarrollo turístico incipiente, básicamente a causa de factores como son un desarrollo institucional y organizacional débil desde lo público, acompañado de un sector privado con bajos resultados en productividad y competitividad.

Ahora bien, comprendiendo toda la dinámica anteriormente descrita y propuesta para ser desarrollada en los próximos años en el sector turístico, se encuentra un municipio como Jericó, perteneciente a la subregión del suroeste Antioqueño, donde si bien, su vocación turística se presentó de manera espontánea desde principios de los 90 por considerarse un municipio patrimonio con valor arquitectónico, ambiental, social y cultural, con un crecimiento importante de visitantes - y sin ningún tipo de promoción turística- con la canonización de la Santa Laura se dispararon las cifras de visitantes, incluso por encima de municipios con larga trayectoria turística de la misma subregión y de zonas diferentes, con las consecuencias propias de esta alternativa de desarrollo económico.(6)

Con base en todo lo anterior y considerando que dentro de las políticas, planes, proyectos y estrategias estructuradas para el desarrollo del turismo en Colombia, en ningún momento se considera el efecto de toda esta maquinaria sobre las comunidades que adoptan dicha alternativa, el presente trabajo, busca evidenciar los efectos directos sobre las comunidades con la llegada del turismo y basa el estudio en el caso concreto del municipio de Jericó, región del suroeste del Departamento de Antioquia – Colombia.

En los últimos años, y de acuerdo al contexto normativo, Colombia ha promovido el turismo por todos los medios posibles esperando aumentar la presencia de extranjeros en el país, pero no ha tomado las medidas necesarias en el contexto de estos planes, para

controlar la morbimortalidad a la que se verían expuestas las poblaciones como consecuencia del mismo.

2 ÁREA PROBLEMÁTICA

2.1 PREGUNTA

¿Cuáles son los cambios que se ha producido en la salud pública de la población Jericoana, como consecuencia del turismo entre los años 2011 – 2014?

2.2 PROBLEMA

La migración, la relación entre hombres de diferentes culturas, estados biológicos y económicos entre otros, puede crear espacios de interacción que no siempre pudieran ser benéficos, sino por el contrario, contraproducentes.

Foucault (1976), cita al filósofo francés Pierre-Jean-Georges Cabanis, cuando dice:

“...siempre que los hombres se reúnen, sus costumbres se alteran; siempre que se reúnen en lugares cerrados se alteran sus costumbres y su salud...”

Esta es una visión del siglo XVIII que describió un momento de la historia donde las epidemias por las migraciones, producto de las movilizaciones sociales de la época, diera paso a la necesidad de controlar la salud en términos más amplios y consigo el nacimiento de preceptos científicos para la salud pública y de vacunas como la de la viruela por Edward Jenner que se propagaban fácilmente con las dinámicas demográficas antes mencionadas.

Las migraciones parecieran siempre contener un riesgo importante en la salud pública de las comunidades que son receptoras; por tal motivo, toda movilización humana de un lugar a otro, permite la migración de todo su contenido intelectual, cultural, político y socioeconómico entre otros *“...la salud actúa como reveladora de las relaciones sociales propias de una sociedad...”* (7) y trae consigo las consecuencias directas de cada una de esas relaciones.

Ahora bien, los efectos descritos desde el turismo hacia un lugar determinado para tal, se han descrito en tres grandes ramas (Reyes Ávila 2002): Efectos ambientales, efectos

económicos y efectos sobre la población (cultural y socialmente) y obviamente, sobre el visitante o turista. Así pues, un efecto o impacto, se podía definir como la diferencia entre el estado medioambiental y socioeconómico (incluida la salud) actual y el estado medioambiental y socioeconómico posterior a la realización de alguna actividad humana, en este caso, el turismo.

En referencia al estudio Salud y Turismo, publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, no se deja de reconocer los riesgos a los que se expone una comunidad que recibe turistas como principio de desarrollo.

(Ruiz, M y otros 1994) (8) plantean que si bien el renglón económico del turismo crece de manera vertiginosa en el continente, las consecuencias directas sobre la salud de las comunidades que se deciden por esta vocación económica aún no se conocen de manera clara, es decir, no se sabe mucho acerca de las consecuencias del turismo en relación con las zonas que son consideradas turísticas sobre todo en lo que a salud se refiere, y tampoco se tiene claro como ésta, la salud local, afecta directamente al turista, porque éste no solo es un vector diseminador de enfermedades a través del mundo (9), sino que también adquiere un número importante de padecimientos en los lugares que visita, siendo los problemas gastrointestinales los más frecuentes.

El turismo innegablemente trae consigo costos que no son valorados desde las perspectivas económicas (10) este, a parte de los beneficios ampliamente descritos, puede traer consigo afectaciones negativas de tipo ambiental, social y cultural; y si bien no hace referencia directa a las afectaciones a la salud de las comunidades, si plantea el daño a los determinantes que garantizan el goce de esta.

En México, el estudio de Identificación de los Residuos sólidos Generados por el Turismo dentro de un Área Natural Protegida (11) presentó de manera enfática la cantidad de residuos sólidos generados en el Parque de los Venados, ubicado en las laderas del volcán Toluca; plantea como al principio no fue un problema y los lugareños dijeron tener todo bajo control, sin embargo, luego notaron como al aumentar la cantidad de turistas en el

lugar aumento también la cantidad de residuos, y con ello la contaminación, el daño ambiental y la afectación de varias especies de flora y fauna.

Es claramente observable la cantidad de posibles efectos que son determinados por el turismo en todas sus formas pero que, a la vez, las connotaciones económicas que esto significa, parecieran ocultar sus verdaderos efectos y consecuencias a largo plazo.

El turismo residenciado es otro fenómeno que no se evalúa fácilmente dentro de las dinámicas turísticas actuales. Este tipo de turismo es el que corresponde a todas aquellas personas que optan por trasladar su vivienda a un lugar turístico, por lo que, en términos de definición de la OMT no aplicarían como turistas, sin embargo, su inestabilidad doméstica, trae consigo fenómenos e impactos a la comunidad receptora desde varios aspectos como el económico, el social, el cultural y el medio ambiental entre otros. (12)

En referencia al estudio sobre “El turismo residenciado y sus efectos en los destinos turísticos” de Torres 2003, se hace un acercamiento bastante interesante sobre la definición y abordaje de este fenómeno social y plantea como varios de los posibles efectos de este tipo de turismo en las comunidades las afectaciones directas sobre el empleo, la economía local, la cultura, la sostenibilidad y el medio ambiente entre otros, que propone ser evaluados y matizados oportunamente para evitar posibles deterioros en la sostenibilidad y viabilidad de las poblaciones receptoras, sumado al turismo tradicional y todas sus manifestaciones. (13)

Pero no solo estas variables sociales son transformadas, hasta la convivencia y la tranquilidad son aspectos que pueden ser modificables como consecuencia del turismo; en estudio de (Bareilles Argentina 2006 – 2008), se expone la manera como la población que recibe el turismo, pierde comportamientos de arraigo, la convivencia vecinal, la confianza, aumenta la irritabilidad y hasta se genera una sensación de inseguridad.

De otra parte, existen otros factores determinantes en la permeabilización de las comunidades por el turismo. Uno de esos factores son las transformaciones culturales que

padecen de manera progresiva a medida que se incrementa la población visitante. En estudio sobre “Los efectos del turismo en las culturas indígenas de América Latina” de (Pereiro 2011), hace una descripción antropológica en su estudio sobre *Los Efectos Del Turismo En Las Culturas Indígenas De América Latina*, y exalta la afectación que se suscita en las comunidades locales por la presencia desmedida de nuevas culturas a través de sus representantes y obviamente lo efectos negativos y muy pocos no negativos que deja este tipo de práctica comercial y económica. (14)

Todas estas causas, pueden ser generadas directamente por la presencia de un turismo descontrolado e insostenible, pero no en términos del turismo propiamente dicho, sino en relación con las comunidades que soportan esta carga multifactorial y que se pueden ver afectadas de manera directa e indirecta, la mayor parte de las veces, sin una solución eficiente.

Ya desde 1976, (Thutot J,) en su estudio *Efectos Del Turismo En Los Valores Socio-Culturales* planteaba de forma casi profética, toda la dinámica que actualmente se vive en términos de turismo en el mundo, desde la matización de las culturas y una cultura global, hasta las comunicaciones; evidencia cómo en un punto importante el turismo pasa de las barreras económicas hasta las socioculturales, las conductas de imitación y las modificaciones en la cultura y la sociedad, e invita a los expertos a realizar un análisis serio y objetivo de la dinámica mundial del turismo en ese futuro que es hoy, para evitar precisamente las consecuencias que podrían ser negativas y que vemos aflorar día a día en nuestro destino turísticos locales (15) .

En Colombia, el turismo es un renglón en continuo crecimiento de la economía, pero se vislumbran más las alternativas de promoción de destinos que la protección integral de los mismos.

La ley 558 de 2012, Por la cual se modifica la Ley 300 de 1996 -Ley General de Turismo-la ley 300 de 1996, la Ley 1101 de 2006 y su decreto reglamentario 2590 de 2009 entre otros, contextualizan los reglamentos en relación con la importancia del sector turístico en Colombia, los fomentan, dan las directrices para la explotación de este sector de la economía, crea comités reguladores y veedores, estructura su financiamiento y da los lineamientos para su desarrollo en general, sin embargo, se percibe un gran vacío en relación con la protección de estos destinos turísticos a nivel sociocultural (salud), económico y medioambiental lo cuales, quedan a merced de sus visitantes y de los cambios que estos puedan generar.

En estudio de (López 2014) sobre Impactos Territoriales Del Turismo Y Lineamientos De Ordenación Para Territorios Con Vocación Turística, donde se toma el caso del municipio de Santa Fe de Antioquia, se pueden identificar varios aspectos como negativos, tales como conflictos entre residentes, contaminación visual, desbordamiento de la estructura urbana y aumento y del tráfico local, entre otros, que deterioran la calidad de vida y bienestar de una comunidad que opta por este tipo de desarrollo económico(16).

Vale la pena aclarar, en este sentido, que los municipios que adoptan el turismo como renglón de desarrollo económico, parecieran dar más importancia a las alternativas de explotación turística que a las estrategias para proteger la comunidad de eventuales alteraciones en la salud pública una vez desarrollado lo primero, en tal virtud, municipios como Jericó, en el suroeste antioqueño, podrían ver su estabilidad epidemiológica vulnerada como consecuencia del crecimiento desmedido y no planificado del turismo como lo explica (López Bonilla 2008). Éste es un municipio con un turismo creciente de grandes proporciones, y alrededor de un sin número de actividades que estructuran un paquete turístico bastante atractivo, sin embargo, la vulnerabilidad en la salud pública como resultado del turismo es alta, ya que, como el resto de destinos en el país, está dando más relevancia a la promoción del turismo que a la prevención de los efectos del mismo.

En el caso concreto de Jericó, la alta afluencia de población flotante como consecuencia del turismo creciente que se desarrolla a razón de las múltiples alternativas que ofrece en este

sentido y el impacto comercial de la canonización de la madre Laura Montoya, ha generado un posible aumento en el número de personas que visitan semanalmente este municipio y en tal virtud, podrían estar generando efectos en la salud pública de dicha comunidad.

Desde el Ministerio Colombiano de Comercio, Industria y Turismo, se han generado lo que se llamaron: Guías para la implementación de las Normas Técnicas Sectoriales de Turismo Sostenible; estas normas hacen énfasis en aspectos como alojamiento y hospedaje, agencias de viajes, establecimientos gastronómicos y bares, empresas de transporte terrestre y sedes para congresos, ferias y convenciones, pero todas ellas en relación con la prestación de servicios turísticos, es decir, en la calidad que se debe tener por parte de los prestadores hacia el turista y el servicio que venden; no obstante, en estas mismas normas, aparecen también los aspectos que deben garantizar la sostenibilidad en relación con la comunidad que vende el servicio turístico, y lo plantean desde aspectos como: medio ambiente, sociocultural y económico; pero bajo ninguna circunstancia se tiene en cuenta la certificación o sostenibilidad epidemiológica o en salud pública lo que aumenta la vulnerabilidad de la comunidad en relación con su bienestar y calidad de vida (17).

3 JUSTIFICACIÓN

El logro de la seguridad internacional en materia de salud pública es uno de los principales desafíos que se plantean en el nuevo y complejo panorama de la salud pública en el mundo.

Compartir la vulnerabilidad implica compartir también la responsabilidad. Fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia y respuesta a las enfermedades es fundamental para mejorar la seguridad de la salud pública en cada país y en el mundo entero. El singular mandato de la Organización Mundial de la Salud en materia de salud pública, su red mundial, su sólido sistema de alianzas de alcance planetario y su dilatada experiencia en la lucha internacional contra las enfermedades, todo ello constituye una base excepcional y única para prestar apoyo a los países en el fortalecimiento de su capacidad y el logro de la seguridad sanitaria mundial. En junio de 2007, cuando entró en vigor el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) revisado, el mundo contó también con el marco global necesario para prevenir, detectar y evaluar aquellos eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, y darles una respuesta coordinada.

La seguridad sanitaria internacional está supeditada a la apropiada y oportuna gestión de los riesgos para la salud pública, lo que, a su vez, depende de la capacidad efectiva de los países, así como de la colaboración internacional e intersectorial. El RSI constituye un instrumento jurídico concretamente concebido para apoyar la consecución de este objetivo.

Con el RSI, se contextualizan las diferentes normas que, en materia internacional, rigen la migración de poblaciones a través de las fronteras y las condiciones mínimas que se deben cumplir para salvaguardar la salud de las comunidades receptoras.

El RSI si bien pone a consideración de los estados las normas a cumplir para disminuir la vulnerabilidad de la salud de sus pueblos, deja a cada país la posibilidad de exigir los documentos que en materia sanitaria considere pertinente, así pues, en este proceso y en

este sentido, expone las herramientas básicas para llevar un control oportuno y eficiente de la salud migratoria.

Como producto de la adopción del reglamento sanitario internacional, se crearon los Comités de Emergencia, que en virtud del anterior reglamento se encargan de asesorar al Director General de la OMS desde el punto de vista técnico en el contexto de una “emergencia de salud pública de importancia internacional” (ESPII) para que se tomen las medidas del caso, como lo fue en la pasada pandemia de Ébola en varios continentes y las epidemias de Chicungunya y Zika en el caso latinoamericano.

Pero ese esfuerzo mundial, tiene como precedente el esfuerzo panamericano por garantizar la salud a todas las naciones que el 14 de noviembre de 1924 en la ciudad de la Habana – Cuba- y durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, firmaron lo que hasta hoy se conoce como el Código Sanitario Panamericano (19). Un documento vigente hasta el día de hoy y que regula, entre otros, las migraciones marítimas a las que aplicarían la metodología de la cuarentena utilizada en Europa para frenar la migración de la peste a bordo de los navíos que llegarían a sus puertos.

La Comisión estudió el proyecto de Código de Ley Marítima Internacional, posteriormente aprobado y adoptado en forma de tratado o Código Sanitario Panamericano por la Conferencia, el cual consta de 13 capítulos y 63 artículos.

El Capítulo I lo constituyen dos artículos. En el primero se encuentran los objetivos del Código, que son:

- Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos.
- Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.

- Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios.
- Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.
- Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional.

Ahora bien, de cara al cumplimiento del RSI, por cada país, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recoge la información sobre eventos importantes y evalúa su potencial de propagación a nivel mundial y su posible interferencia con la migración internacional, proveyendo, de ser necesario, las respuestas y las ayudas que cada situación amerite.

A nivel nacional cada país miembro debe establecer un Centro Nacional de Enlace para el RSI y designar a las autoridades responsables para la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el presente reglamento; así pues, en Colombia, por medio del Decreto 3518 de 2006, artículo 34, se designó al Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección General de Salud Pública, como Centro Nacional de Enlace (CNE).

El Centro Nacional de Enlace es una unidad de inteligencia epidemiológica y sanitaria, que cumple las funciones de monitoreo, evaluación y de notificación a la OMS de emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional que se registren en el país.

En Colombia el CNE funciona claramente, pero necesita del apoyo estratégico de cada uno de sus 32 departamentos para la provisión de información oportuna y objetiva acerca de la dinámica epidemiológica de cada región, y es por esta razón, desde el decreto 3518 de 2006, se crean los comités de vigilancia epidemiológica departamentales que, alimentados por sus equivalentes territoriales en cada uno de los más de 1.100 municipios de nuestro país, estructuran la información necesaria de la dinámica epidemiológica que se requiere para determinar las medidas en términos de seguridad sanitaria para nuestro país.

Ahora bien, actualmente el desarrollo del turismo como alternativa económica en Colombia y más específicamente en el departamento de Antioquia toma cada vez más fuerza, pero ¿será suficiente el control que se le está dando a los riesgos en la salud pública de las comunidades donde se lleva a cabo esta práctica económica?

Es evidente que la mayor parte de los esfuerzos se centran en la buena atención del consumidor del servicio turístico y no en quien presta el servicio mismo. Pareciera que la normatividad colombiana cuenta con brechas y falencias en la regulación de esta práctica comercial, omitiendo los controles pertinentes y posiblemente aumentando la vulnerabilidad de las comunidades a la presencia de entidades lesivas en el mediano y largo plazo que podrían terminar por deteriorar su estado de salud; en tal virtud, se hace necesaria la presencia de productos de esta índole que faciliten la descripción de los problemas y el diseño de estrategias de control oportunas que garanticen el bienestar y la calidad de vida de las comunidades con vocación turística.

Los elementos que brinda el contexto normativo en Colombia para la práctica turística son insuficientes, como se expuso anteriormente, y no entregan elementos de control para la prevención de los impactos o efectos negativos del turismo en las comunidades que lo ofrecen, así pues, el primer paso será evidenciar algunos de esos cambios, como en la salud pública, la sociedad y el medio ambiente, que servirán como soporte teórico para la toma de decisiones más responsables y como elementos de protección a las comunidades de cara a una explotación turística sostenible.

El presente estudio podrá ser extrapolado a los diferentes contextos donde el turismo es un renglón importante de desarrollo, y podrá mitigar los efectos sobre la salud de estas comunidades, garantizando el bienestar de propios y visitantes a partir de la optimización de los recursos con que se cuentan en pro de la calidad de vida y salud pública de todos

Los resultados de este estudio, serán la base teórica y el soporte investigativo para el diseño de proyectos de ley locales, departamentales y por qué no, nacionales, respecto a la regulación del turismo y sus efectos en la salud pública de las comunidades que lo ofrecen.

4 OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Describir los cambios en la salud pública del municipio de Jericó (Antioquia – Colombia) como consecuencia del turismo desarrollado entre los años 2011 – 2014 y los aspectos ambientales y sociales que la determinan.

4.2 ESPECÍFICOS

- Elaborar un diagnóstico detallado de los principales indicadores en Salud del municipio de Jericó desde el año 2011 hasta el 2014, relacionado con la morbilidad por consulta y morbilidad por urgencias.
- Construir una línea base de indicadores ambientales del municipio de Jericó desde el año 2011 hasta el 2014, con información de servicios públicos, generación de residuos domiciliarios y consumo de agua.
- Establecer una línea base de indicadores sociales para el municipio de Jericó desde el año 2011 hasta el 2014, en relación con el porte de armas, incautación de alucinógenos, riñas, capturas, homicidios, lesiones personales y accidentes de tránsito.
- Interpretar la información recolectada en relación con los indicadores generados en salud, servicios públicos, ambientales y sociales y evidenciar la modificación entre los periodos (2011 – 2012) antes de la canonización de la Madre Laura y (2013 – 2014), después de la canonización de la Madre Laura.

5 REFERENTE TEÓRICO

5.1 SALUD INTERNACIONAL

La sociedad mundial se ha declarado en alerta por la que se ha considerado la mayor amenaza biológica para la humanidad en el siglo XXI: la epidemia de influenza que se viene pronosticando hace más de dos años de iniciada recientemente por el virus de la influenza humana AH1N1 esta ad portas de convertirse en una pandemia. Surge así una fuerte presión internacional para considerar las limitaciones que presenta el enfoque de salud pública internacional actual para enfrentar eventos catastróficos como este.

La salud pública internacional, también referida como enfoque de salud internacional por muchos autores, es un concepto que refleja la situación de salud poblacional o de la comunidad internacional como un todo. Más recientemente, se han acuñado los términos salud pública global o salud global para referirse a un nuevo enfoque en la salud pública internacional: el enfoque de salud global (19).

El término salud mundial se utilizó por primera vez en la década de 1970; esto, hasta cierto punto, significó un cambio en el concepto de "salud internacional", que tiene como función principal, el control de la propagación de epidemias a través de las fronteras nacionales para la "salud global" (20).

R. Beaglehole y R. Bonita (2010), en publicación para la revista *The Journal OF Global Health*, de abril de 2011, proponen una definición de Salud Global, como "*Una investigación internacional colaborativa y acción para promover la salud para todos*"; esta definición se basa en Koplan (2009), pero es más corta y, además, hace hincapié en la necesidad evidente de generar una colaboración internacional, orientada hacia la acción y el control de las enfermedades que benefician a todos.

Todos estos conceptos y definiciones, tienen como tarea fundamental, integrar el concepto de salud a la movilidad internacional y a hacer hincapié en que cada acto epidemiológico local connota una acción o efecto internacional, por lo que la salud misma debería ser vista

como un todo, al igual que las acciones tendientes al control de las enfermedades y su prevención sin importar la dirección que lleve el riesgo o la enfermedad misma.

Hasta hace poco, se consideraba que los países en vía de desarrollo sufrían problemas de salud asociados a enfermedades de naturaleza infecciosa, mientras que en los países desarrollados prevalecían las enfermedades crónicas. Sin embargo, la región de Latinoamérica y del Caribe está experimentando un fenómeno llamado "transición epidemiológica", donde además de lidiar con las enfermedades infecciosas se han incrementado de manera significativa aquellas de tipo crónico (21)

Obviamente, esta matización de la epidemiología entre países, pareciera incrementarse de la mano de las migraciones y cruce de fronteras de enfermedades de rápida distribución como las vividas desde hace algunas décadas y que han puesto en vilo la seguridad sanitaria internacional y ha obligado a reevaluar la normatividad vigente y las acciones de protección de las mismas.

5.2 EPIDEMIAS Y MIGRACIÓN

Dos conceptos que son determinantes en la dinámica de las enfermedades como consecuencia de la movilización humana son: Las Epidemias y la Migración Misma.

El Reglamento Sanitario Internacional no dispone de ningún mecanismo oficial que obligue a su cumplimiento ni conlleva ninguna sanción por incumplir sus recomendaciones; en 1995 la OMS admitió que los países a menudo no declaraban la incidencia de estas enfermedades porque se arriesgaban a que se redujeran los viajes y el comercio con ellos. El Reglamento Sanitario Internacional no cubría enfermedades que estaban causando una gran tasa de mortalidad o que se propagaban rápidamente, como la gripe pandémica. La irrupción en 2003 del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y la del H1N1 en 2009 han demostrado que las enfermedades pueden propagarse por todo el mundo en cuestión de días.

La intervención humana sobre la naturaleza, los cambios climáticos, las migraciones, la urbanización y la aplicación de nuevas tecnologías sobre el desarrollo agrícola y económico, son factores causales de estos nuevos y emergentes fenómenos ligados a la globalización del proceso Salud -Enfermedad. Por otro lado, la destrucción de bosques y selvas para responder a los hábitos en la producción y consumo de los países industrializados conlleva a un desequilibrio de gran magnitud en la fauna, la flora y el hábitat de los microorganismos. Es claro entonces que los seres humanos son los principales agentes de transformaciones ecológicas, también llamados antropogénicos. De la misma forma como la globalización va transnacionalizando a las sociedades en esta eliminación de fronteras va también transformando a los “microbios extranjeros” en microbios universales (22).

La fecha de 1492 representó un momento clave para la historia de la enfermedad, ya que tuvo lugar la unificación microbiana con el nuevo mundo. La autonomía de la evolución biológica y cultural de la enfermedad en el continente americano se vio interrumpida por la llegada de pobladores europeos y africanos. A partir de 1492 se inició un proceso de difusión, por tierras americanas, de problemas de salud y de modos de vida que tuvieron efectos dramáticos para las poblaciones que las habitaban. Los europeos introdujeron muchas enfermedades. Unas procedían de Europa, otras tenían un origen africano, pero todas resultaron letales para unas poblaciones autóctonas que tuvieron que afrontarlas sin las defensas biológicas que podía proporcionar la inmunidad respecto a patologías exóticas y desconocidas; como lo expresa Josep Bernabeu Mestre (23)

“Entre las principales enfermedades y problemas de salud que participaron en el desastre demográfico que acompañó el descubrimiento del nuevo continente, hay que destacar el papel de la viruela, del sarampión, del tifus exantemático, de la malaria, o de la fiebre amarilla. Los núcleos urbanos de relativa intensidad que aparecían repartidos por Mesoamérica padecieron con particular virulencia el impacto de aquellas enfermedades de naturaleza infectocontagiosa. El hacinamiento y la promiscuidad que caracterizaba

aquellas formas de poblamiento facilitaron la difusión de las enfermedades y el estallido de las epidemias.” (p128)

5.3 ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LAS FRONTERAS

Las estrategias de control de las enfermedades infecciosas importadas han incluido cuarentenas y barreras para el inmigrante, siempre desde un punto de vista restrictivo, sin saber si con ello se repercutía realmente sobre la salud pública del país de acogida.

Algunos países tienen bien definida la política de cribaje antes de la entrada en el país de una enfermedad, mientras que otra gran mayoría no lo está o no la tiene bien estructurada permeando sus fronteras al paso de cualquier entidad epidemiológica. En EE. UU el examen médico es obligatorio para todos los solicitantes de refugio, para todos los inmigrantes solicitantes de visado y para todos aquellos inmigrantes que dentro del país quieran regularizar su situación. Se hace por médicos seleccionados por el gobierno americano y bajo criterios y normas comunes (24). Padecer una enfermedad transmisible de significancia para la salud pública (tuberculosis, lepra, VIH, sífilis y otras ITS), la falta de vacunación, los desórdenes mentales o físicos asociados a conductas peligrosas y los adictos a drogas son condiciones de inadmisibilidad.

Al igual que ocurre en muchos países en general, los profesionales sanitarios en Latinoamérica están mal preparados para adaptarse a los rápidos cambios demográficos que se presentan constantemente, y también a los riesgos y controles de la inmigración y la atención sanitaria, dado que despiertan preocupación y controversia política y social (25).

5.4 EFECTOS SOCIALES DEL TURISMO

El turismo es una industria gigante a nivel mundial y constantemente está explorando nuevas alternativas con el ánimo de satisfacer un mercado cada vez más exigente y diverso.

Este mercado trae consigo una cantidad de efectos positivos y negativos en los destinos explotados para tal; bien manejado, el turismo puede jugar un papel positivo en el ambiente

social, cultural, económico e incluso ambiental, pero, por el contrario, un turismo poco planificado puede llevar a impactos negativos en los aspectos antes mencionados.

Los efectos o impactos socioculturales del turismo son consecuencia de las relaciones sociales que se establecen en un lugar que funja como destino turístico. La magnitud de estos impactos, dependerá en gran medida de las diferencias socioculturales entre turistas y residentes y pueden afectar una multitud de variables, entre ellas: formas de vida, sistemas de valores, comportamiento individual, niveles de seguridad, conducta moral y política y cultura tradicional (26).

En un estudio cualitativo sobre percepciones realizado en la municipalidad de HUATULCO, MÉXICO (Monterrubio, JC et al. 2011), se evidencian los diferentes aspectos, tanto positivos como negativos generados en consecuencia de la explotación turística en este lugar, y se puede concluir, en relación con el estudio anterior, que la percepción de los aspectos negativos se centraron más en aspectos de tipo colectivo y no individual como contaminación y generación de basuras; y si bien, se presentaron aumentos en los niveles de ruido (contaminación auditiva), aumento en los accidentes viales, asaltos y otros aspectos sociales negativos, estos no fueron mencionados por la población estudiada. De la misma forma, los efectos sociales negativos se describieron como “*tensión o frustración psicológica*” (27) expresada en relaciones de rechazo y violencia entre algunos habitantes contra los turistas y la percepción de inseguridad y desplazamientos de los espacios públicos por parte de los visitantes hacia los residentes.

De la misma forma, en estudio de sobre la percepción de los impactos sociales del turismo en Baja California México (28) también se concluyen cambios sociales negativos como generación de basuras, aumento del tráfico vehicular, drogadicción, prostitución, alcoholismo y competencia desleal por parte de turistas y residenciales, entre otros. Sin embargo, la percepción en términos de efectos negativos no fue la misma, pues cabe mencionar que la percepción es un acto subjetivo que puede no corresponder con la

realidad objetiva y que se percibe desde los marcos de referencia y la historia personal y experiencia de vida de cada individuo (28).

5.5 EFECTOS AMBIENTALES DEL TURISMO

De la misma manera y con la misma mecánica del punto anterior, determinar los efectos ambientales del turismo sobre un ecosistema o nicho específico, está relacionado directamente con la manera en que los individuos se relacionan con este.

La actividad turística está destinada a desarrollarse en un espacio determinado o destino específico e inevitablemente se debe presentar una serie de conflictos en este espacio. En los últimos tiempos, y dado a la diversificación de los destinos y paquetes turísticos, el espacio en el que se produce dicha actividad es principalmente el espacio natural. Así como se reconoce los beneficios que genera el turismo, se tiene que analizar los perjuicios que acarrea. El turismo puede afectar negativamente la diversidad biológica y demás recursos naturales, y tener impactos sociales y culturales adversos. El deterioro de los recursos naturales, tanto de los renovables como de los no renovables es una de las consecuencias directas más significativas del impacto del turismo. Los sitios generalmente preferidos para esta actividad (costas, ríos, lagos y montañas) son ecosistemas frágiles con una gran variedad de especies, cuyo uso intensivo y no sustentable puede producir pérdidas irreversibles (INEI, 2000). Esto es así debido a que están sometidos a un alto flujo de visitantes (10).

Por ejemplo, en un estudio de Impacto ambiental del turismo en áreas naturales protegidas del Parque Estatal El Ocotil, México (29), se pudieron evidenciar impactos negativos respecto a las características del agua, suelo y aire del lugar, propiciados por la realización de actividades recreativas; además de las repercusiones generadas por la invasión de vehículos sobre áreas verdes, la generación y dispersión de residuos sólidos y el aprovechamiento inadecuado del agua. Además, se identificó perturbación de las especies de flora y fauna del lugar, así como la pérdida de la cubierta vegetal en las áreas más concurridas.

Todos estos efectos son consecuencias directas de las prácticas turísticas con poca o ninguna planeación; aunque existirán aspectos en los cuales, sin importar lo bien planeada que esté la estrategia turística, siempre se presentaran daños, como en el caso del consumo de agua, la generación de residuos sólidos y la ocupación del espacio entre otros.

5.6 TURISMO Y MIGRACIÓN DE ENFERMEDADES

Durante el año 2004, después de tres años de estancamiento, el turismo internacional experimentó una recuperación espectacular alcanzando el máximo histórico de 760 millones de personas: Europa recibió 414 millones de turistas, Asia y el Pacífico 154 millones, las Américas 124 millones, Oriente próximo 35 millones y África 33 millones. A pesar del terrorismo, desastres naturales y conflictos políticos, problemas con los que se enfrenta el sector turístico, éste continúa creciendo. En el año 2005 la llegada de turistas internacionales según datos de la Organización Mundial del Turismo superó todas las expectativas rebasando los 800 millones de viajeros.

Según se estima esto supone unos 42 millones más de llegadas: 17 millones en Europa, 11 millones en Asia y el Pacífico, 8 millones en las Américas, 3 millones en África y otros 3 en Oriente Medio. A pesar de la evolución irregular del turismo en los últimos años, las previsiones de la OMT son que continúen las tendencias clásicas, alternándose periodos de crecimiento rápido con periodos de crecimiento más lento (30).

El potencial crecimiento del turismo ha sido ya evaluado: se estima que, dentro de 25 años, uno de cada tres viajes de recreo será intercontinental. Pero el fenómeno más inquietante es el de las grandes migraciones por razones económicas. "El sida ha demostrado hasta qué punto una enfermedad contagiosa puede afectar hoy a todos los habitantes del planeta en un periodo muy corto de tiempo".

El turismo siempre llevará personas de un lugar a otro y pondrá en contacto culturas, religiones, política, hábitos y modos de vida entre otras muchas cosas. La historia lo demuestra: apenas 60 años después de que las naves españolas llegaran a la isla de Santo

Domingo, ya apenas quedaban indios. Las epidemias que llegaron con los conquistadores habían acabado con ellos (31).

Se estima que por cada 100.000 viajeros a los trópicos: 50.000 tendrán algún problema de salud, 8.000 se encontrarán lo suficientemente enfermos como para consultar a un médico durante el viaje, 5.000 pasarán algún día del viaje encamados a causa de enfermedad, 1.100 sufrirán algún grado de incapacidad durante o después del viaje, 300 serán hospitalizados durante el viaje o al regreso, 50 serán evacuados o repatriados y uno fallecerá. Estudios realizados por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en 2009, demostraron que en diferentes unidades de medicina tropical refieren que las infecciones representan la primera causa de morbilidad al regreso de un viaje al trópico y un 2-3% de la mortalidad, además, muchas de estas infecciones son prevenibles. El grupo de los viajeros tiene su propia idiosincrasia. El hecho de que personas inmunocompetentes se expongan a ciertas infecciones, con las que nunca antes han tenido contacto, provoca cambios en las características de la enfermedad: la frecuencia de adquisición, el modo de presentación y la gravedad de la misma son distintas que si se producen en personas que llevan tiempo viviendo en una zona endémica, en inmigrantes o incluso en inmigrantes que viajan a su país de origen. La patología importada viene altamente condicionada por las de los viajeros en cuanto a destinos turísticos y por las actividades de riesgo realizadas durante el viaje (30).

Lo anterior, considera una base sólida para determinar la relación entre las migraciones y la dinámica de las enfermedades. Existe literatura suficiente para determinar dicha relación y para poner en tela de evaluación las acciones que permitan mitigar los efectos a corto y largo plazo de este fenómeno internacional.

Las epidemias del siglo XXI, han coincidido en advertir que las epidemias no sólo están lejos de ser controlables, sino que algunos de los nuevos fenómenos sociales contribuyen a propagarlas. El turismo, las grandes migraciones y la creciente resistencia a los antibióticos son los tres principales factores de expansión (31).

5.7 IMPORTANCIA DEL TURISMO Y CRECIMIENTO DE ÉSTE COMO RENGLÓN ECONÓMICO EN COLOMBIA Y EL MUNDO.

Según el último Barómetro OMT del Turismo Mundial, el gasto de los visitantes internacionales en alojamientos, gastronomía, espectáculos, compras y otros bienes y servicios representó para los destinos del mundo unos ingresos estimados en 1.159.000 millones de dólares de los EE.UU. (873.000 millones de euros) en 2013. El crecimiento superó la tendencia a largo plazo, alcanzando un 5 % en términos reales (teniendo en cuenta las fluctuaciones del tipo de cambio y la inflación). La tasa de crecimiento de los ingresos fue equivalente al incremento de las llegadas de turistas internacionales, que también aumentó en un 5 %, hasta los 1.087 millones en 2013, frente a 1.035 millones en 2012.

El turismo internacional (viajes y transporte de pasajeros) representa el 29 % de la exportación mundial de servicios, y el 6 % de todas las exportaciones de bienes y servicios. A escala mundial, el turismo es la quinta categoría de exportación (32), tras los combustibles, productos químicos, alimentos y productos de automoción; al mismo tiempo, ocupa el primer lugar en muchos países en desarrollo.

El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de Colombia en su informe para mayo de 2014, informó que durante los primeros cinco meses del 2014 por las fronteras aéreas, marítimas y terrestres de Colombia se registraron 1.126.583 llegadas de viajeros no residentes, 7,8% más que en el mismo período de 2013 (1.044.863). (Sin incluir viajeros por zonas transfronterizas) además,

- 744.862 fueron extranjeros no residentes
- 188.441 fueron pasajeros en cruceros
- 193.280 fueron colombianos no residentes en el país.

En este mismo informe explica que si se incluyen las llegadas de viajeros por zonas de integración fronteriza, que reporta la Dirección de Análisis Sectorial y Promoción del Viceministerio de Turismo, el total de llegadas de visitantes no residentes asciende a 1.637.992, con un crecimiento de 9,1% frente al mismo período de 2013 (1.501.887).

Según pronósticos de la Oficina de Estudios Económicos, el crecimiento anual esperado en la variable -llegadas de extranjeros no residentes para el primer semestre de 2014- está entre 10% y 12%. Para 2014 el crecimiento previsto está entre 10,5% y 12,5%, mayor al registrado en 2013 (8,5%).

En 2013 el PIB total del país cerró en \$492.932 miles de millones; para el primer trimestre de 2014 el PIB total asciende a \$128.165 miles de millones, con una participación destacada de los sectores financiero, servicios sociales; la gran rama comercio reparación hoteles y restaurantes, participó con el 11,9% del PIB total distribuidas de la siguiente manera: Comercio (8,2%), Reparación (1%) y Hoteles, restaurantes, bares y similares (2,7%) (33).

5.8 TURISMO INTERIOR

Las llegadas de pasajeros aéreos en vuelos nacionales de 2013 (18.923.994) presentaron un crecimiento de 17,5% frente a 2012 (16.104.117). Para los primeros cuatro meses de 2014 se registró la llegada de 6.173.815 pasajeros aéreos nacionales, esto es, un aumento 6,2% frente a los 5.818.669 pasajeros en el mismo período de 2013.

Según cifras de PNN (Parques Nacionales Naturales) al cierre de 2013 el número de visitantes a Parques Nacionales ascendió a 878.748, con u 406.532 visitantes a los parques nacionales de Colombia, lo que representó un aumento de 3,1% frente al mismo período en 2013 (394.184) los Parques Corales de Rosario y Tayrona fueron los parques más visitados durante los dos periodos analizados (33).

El Traspaso De Fronteras Y La Salud: El logro de la seguridad internacional en materia de salud pública es uno de los principales desafíos que se plantean en el nuevo y complejo panorama de la salud pública.

El mundo actual, sumamente móvil, interdependiente e interconectado, ofrece innumerables oportunidades para la rápida propagación de las enfermedades.

“Brotos Accidentales E Intencionados: Los brotes por liberación accidental de agentes infecciosos en los laboratorios no son algo nuevo. Sin embargo, varios brotes recientes relacionados con laboratorios, provocados por patógenos de gran peligrosidad, como el del SRAS, han centrado la atención en la importancia de las prácticas seguras de trabajo y de mantener los agentes infecciosos en condiciones de seguridad en los laboratorios, es decir, en la bioseguridad y la bioprotección. Como consecuencia de la expansión de la capacidad científica y los avances tecnológicos, son hoy mucho más numerosas las instituciones que realizan estudios clínicos e investigaciones sobre los agentes patógenos, lo cual aumenta los riesgos de liberación accidental o de detracción, a menos que existan normas adecuadas en materia de bioseguridad y bioprotección. Ha habido a lo largo del tiempo muchos casos de liberación intencionada de patógenos peligrosos, pero el de las cartas con esporas de bacilo del carbunco (*B. anthracis*) interceptadas en los Estados Unidos de América en 2001, tuvo un tremendo impacto en la opinión pública a causa de los trastornos y la preocupación que generó. El pasado reciente se ha visto marcado asimismo por nuevos incidentes sanitarios alarmantes que tuvieron su origen en accidentes químicos o nucleares o en súbitos cambios ambientales, y que suscitaron gran inquietud en muchos lugares del mundo”.(34)

“Accidentes Radionucleares: Europa oriental, 1986: la catástrofe de Chernobyl se considera el peor accidente de la historia de la energía nuclear. La explosión ocurrida en la central contaminó el área geográfica circundante y generó una nube radiactiva que recorrió regiones del oeste de la ex Unión Soviética, Europa oriental y occidental, Escandinavia, el Reino Unido, Irlanda y el este de América del Norte. Grandes zonas de Ucrania, Belarús y la Federación de Rusia resultaron gravemente contaminadas, lo que obligó a evacuar y reasentar a más de 336 000 personas”. (34)

“Desastres Ambientales: Europa, 2003: la ola de calor que en Europa se cobró 35.000 vidas se asoció a situaciones meteorológicas extremas sin precedentes en otras partes del mundo durante el mismo periodo.

Estos casos ilustran la diversidad y la magnitud de las amenazas para la salud pública con que hoy nos enfrentamos. Aunque la inmensa mayoría de las amenazas a la seguridad

sanitaria internacional provienen de enfermedades infecciosas epidemiógenas bien conocidas, se debe estar preparados para responder a las enfermedades que pueden surgir a raíz de cambios ambientales o climáticos agudos, así como de la contaminación y los accidentes industriales que pueden poner en peligro a millones de personas en varios países, haciéndose necesaria una respuesta internacional.” (34)

Recientemente, de las enfermedades epidemiológicas latinoamericanas más relevantes, se encuentra una especie de alphavirus causante de fiebre aguda semejante al dengue y denominada Chikungunya: una voz del idioma Kimakonde que significa “doblarse”, y que corresponde a un virus descrito por primera vez en 1952 al sur de Tanzania, que, por las consideraciones antes descritas de movilización entre fronteras, ha traspasado a Europa en 2007 y recientemente en 2013 a las américas. (<http://www.who.int/>).

5.9 IMPACTO ECONÓMICO DE ALGUNAS PANDEMIAS EN EL TURISMO

En vista de los datos más recientes sobre el brote de ébola, que arrojan un saldo de más de 3500 muertos hasta el momento en los tres países más afectados —Guinea, Liberia y Sierra Leona—, en una nueva evaluación del impacto económico realizada por el Grupo Banco Mundial se señala que si la epidemia infecta a un número significativo de habitantes de los países vecinos, algunos de los cuales tienen economías mucho más grandes, el impacto financiero regional a dos años podría alcanzar los US\$32 600 millones a fines de 2015.

Según el nuevo informe del Grupo Banco Mundial, “puesto que no se tenía la certeza de poder contener totalmente la epidemia antes de diciembre de 2014 y en vista del considerable grado de incertidumbre respecto de su futura trayectoria, se utilizan dos hipótesis para calcular el impacto a mediano plazo (2015), que abarcan hasta el final del año civil 2015”. La hipótesis de “ébola mínimo” contempla una rápida contención de la epidemia en los tres países más afectados, mientras que la de “ébola máximo” corresponde a una contención más lenta en esos países, con un contagio regional más amplio.

De acuerdo con el nuevo análisis, los impactos económicos del ébola ya son muy graves en los tres países más afectados —en particular en Liberia y Sierra Leona— y podrían resultar catastróficos en el marco de la hipótesis de ébola máximo con una contención lenta. En términos regionales amplios, el impacto económico podría limitarse si se adoptan medidas inmediatas a nivel nacional e internacional para detener la epidemia y atenuar la “conducta de aversión”, es decir el factor de temor que impulsa a los países vecinos a cerrar sus fronteras, y a las aerolíneas y a otras empresas regionales e internacionales a suspender sus actividades comerciales en los tres países más afectados. El éxito alcanzado hasta el momento en la contención del ébola en Nigeria y Senegal demuestra que esto es posible cuando existe un cierto grado de capacidad en el sistema de salud y una firme respuesta normativa (35).

El chikunguña, llegó al Caribe en 2014 y se extendió desde las Antillas hasta las costas de Venezuela y Colombia, donde hoy ya se habla de pandemia.

Según el Instituto Nacional de Salud de Colombia, a finales de 2014 había reportados 96.433 casos de infectados por chikunguña.

El departamento con mayor número de casos es Bolívar, con 29.244. Su capital es Cartagena de Indias, que, en época de vacaciones, recibe a decenas de miles de viajeros que buscan un clima tropical más fresco y disfrutar de la gran oferta cultural que ofrece esta ciudad colonial, declarada Patrimonio de la Humanidad por la Unesco.

La Región Caribe, que agrupa a los departamentos de Bolívar, Sucre, Magdalena, La Guajira, Atlántico y Córdoba, y alberga lugares con gran atracción turística como Cartagena, Santa Marta o Parque Nacional de Tayrona, suma 66.118 infectados que corresponden al 68,56% del total de los casos a nivel nacional.

Sólo en Cartagena y la vecina Turbaco se han identificado casi 20.000 contagios de Chikunguña. *

En tal sentido, en República Dominicana, por ejemplo, la alta prevalencia e incidencia de la epidemia hasta su etapa decreciente, implica un impacto económico directo en términos de “ausentismo laboral”, también sobre la salud de los trabajadores, de la salud pública que actualmente se estiman en más de 30% de personal de salud con CHIK.

Siguiendo los patrones anteriores de la enfermedad en otros brotes y epidemias estudiadas, pensando un escenario de una media del 15 al 20% de los casos con cronicidad de “artralgias y/o artritis” luego de 6 meses a 2 años con una tasa de ataque al 50% de la población total del país, estamos hablando entre 750.000 a 1 millón de personas en República Dominicana (y la misma población en Haití), en su mayoría adultos y adultos mayores, demandando tratamiento de terapias especiales y medicación a un sistema de salud pública y privada con debilidades estructurales en cobertura, acceso y calidad en atención. También la cronicidad podría tener un impacto económico y sobre los procesos de trabajo productivo a evaluar prospectivamente (36).

5.10 TURISMO EN JERICÓ – ANTIOQUIA.

Aunque Jericó ya se vislumbraba como un destino turístico reconocido en Antioquia y Colombia por su arquitectura, medio ambiente y vocación religiosa, esta fue la visión del diario El Mundo para su edición del viernes 27 de abril del año 2013 y que publicó:

“Jericó, en su Año más Productivo”

La industria del turismo en Jericó se alista para recibir la avalancha de visitantes que llegará al municipio del Suroeste antioqueño para conocer el lugar donde nació y vivió durante su niñez Laura Montoya, la primera santa colombiana.

Esta peregrinación ha impulsado el crecimiento de los sectores hotelero, transportador, comercial y de restaurantes. Así, el turismo se posiciona como una importante fuente de ingresos para Jericó, municipio que tradicionalmente ha basado su economía en el cultivo de café, de cardamomo y en la exploración minera.

Para Jaime Raigoza Celis, presidente del Capítulo Anato Antioquia-Chocó, la canonización por sí sola ya posicionó al municipio en el mapa mundial del turismo religioso, así como sucede en ciudades como Fátima, Lourdes, Asís y Guadalupe donde anualmente llegan corrientes de turistas. “Para lograr atenderlos, tendremos que trabajar de la mano el sector público y privado, en forma permanente, con planes de desarrollo bien definidos”.

Incluso, a partir de diciembre de 2012 cuando se anunció que la Madre Laura Montoya cumplía los requisitos para ser declarada como santa, en Jericó se dispararon los turistas cada fin de semana, se pasó de 300 a cerca de 1.500 visitantes. (38)

Es por eso que los jericooanos identificaron en el turismo religioso una oportunidad de negocio, (Cadavid, DA 2015) “Se crearon nuevos establecimientos como restaurantes, hoteles, ventas de comestibles y artesanías para atender a los peregrinos, lo que podría generar empleo para los habitantes.”

Hasta el día de hoy el Municipio de Jericó sigue sintiendo la migración de turistas que llegan con la intención de conocer la casa natal de la Santa Laura, la arquitectura republicana de sus casas, su verde naturaleza y su gastronomía entre muchos otros atractivos que hace de este municipio del suroeste antioqueño, uno de los más visitados del departamento y del país, pero que pareciera ver también un aumento en su producción de residuos, consumo de agua potable, delincuencia, prostitución y presencia de enfermedades de interés en la salud pública de la comunidad de la mano de sus visitantes.

6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES DE INFORMACIÓN
VARIABLES AMBIENTALES						
Generación de Residuos Sólidos	Numérica	Cantidad de residuos generados en los hogares y locales comerciales del municipio.	Residuos orgánicos Reciclaje Inservible	Cantidad de desechos generados en la fuente durante el periodo.	Kilogramos	Informes de las Empresas Públicas del Municipio y CORANTIOQUIA.
Consumo de agua	Numérica	Cantidad de agua servida y consumida en los hogares y locales comerciales del municipio.	Agua potable domiciliaria	Cantidad de agua consumida y registrada en los medidores domiciliarios en el periodo	Metros cúbicos	Informes de las Empresas Públicas del Municipio.
VARIABLES SOCIALES						
Accidentes de tránsito	Numérica	Número de accidentes en los cuales se ve involucrado – mínimo- un automotor en movimiento	Accidentes de autos Accidentes de motos Otros	Número de accidentes en los que se encuentra al menos un automotor en movimiento en el periodo.	Número de accidentes de tránsito	Informes de la subsecretaría de convivencia, espacio público y transporte del municipio.

			accidentes			
Denuncias por agresión	Numérica	No de denuncias por recibidas por agresiones físicas	Agresiones por riñas. Homicidios.	Número de Agresiones físicas en el periodo	# de denuncias recibidas	Estación de Policía Municipal.
Incautaciones	Numérica	Cantidad de incautaciones realizadas en el Municipio	Alcohol Estupefacientes Armas de fuego Armas blancas	Cantidad de incautaciones realizadas en el Municipio	Numero de incautaciones presentadas en el periodo	Bitácora de la estación de policía del municipio.
VARIABLES DE SALUD						
Causas de consulta de primera vez de mayor frecuencia por el servicio de urgencias	Numérica	Patologías que registran mayores frecuencias en el servicio de urgencias de la ESE Municipal,	Enfermedades y Accidentes por Urgencias	Numero de eventos registrados en el servicio de urgencias al final del periodo.	Numero de eventos registrados en el servicio de urgencias.	Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS
Causas de consulta de mayor frecuencia por el servicio de Consulta Externa	Numérica	Patologías que registran mayores frecuencias en el servicio de Consulta Externa de la ESE Municipal,	Enfermedades por consulta externa	Numero de eventos registrados en el servicio de consulta externa al final del periodo.	Numero de eventos con mayor frecuencia registrados en el servicio de consulta externa	Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS

Cantidad de pacientes por el servicio de urgencias	Numérica	Cantidad de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en la ESE Municipal.	Pacientes ingresados al servicio de urgencias	Número de ingresos al servicio de urgencias durante el periodo	Numero de urgencias registradas al final del periodo	Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS
Cantidad de pacientes consulta externa	Numérica	Cantidad de pacientes que asistieron al servicio de consulta Externa de primera vez en la ESE Municipal.	Pacientes con consulta de primera vez en el servicio de Consulta externa	Número de personas con consulta de primera vez en el periodo	Número de Consultas por Primera Vez	Registros individuales de prestación de servicios RIPS

6.1 VARIABLES DE SALUD

Fue importante contar con todos los RIPS de la ESE municipal, con el ánimo de medir mes a mes y año a año, las frecuencias en las causas de consulta por los servicios de urgencias y consulta externa, las pudieron evidenciar aspectos como: Incremento en el número de pacientes (consultas primera vez) que se entendieron por el aumento en la población del municipio en razón del turismo creciente; aumento en la prevalencia de algunas enfermedades, incremento en la incidencia de accidentes y traumatismos, enfermedades de transmisión sexual y demás entidades epidemiológicas, que dan un panorama claro sobre la manera en que la morbilidad del municipio pudo haber cambiado en los años 2013 y 2014, en relación con los años 2011 y 2012, es decir, antes de la canonización de la Santa Laura.

De la misma manera, los aspectos relacionados con las enfermedades de salud pública y su dinámica municipal por año, fueron consultados en las bases de datos del Sistema de Salud Pública SIVIGILA, donde aparecieron todas las entidades susceptibles de control por tratarse de controles por semana epidemiológica.

Seguidamente, se elaboraron las respectivas bases de datos que permitieron comparar y evaluar las tasas por año para tener un panorama dinámico en relación con los incrementos de estos cocientes.

6.2 LAS VARIABLES AMBIENTALES

También fueron determinantes, dado que por el creciente número de personas en el municipio, eventualmente se generó un aumento en la producción de residuos y en el consumo de agua, efectos de alguna manera negativos, toda vez que se pudo haber generado la necesidad estratégica de garantizar disposición de residuos y agua potable a un mayor número de personas con las condiciones y consecuencias sociales, económicas y epidemiológicas del caso; en este sentido, se midió la cantidad de residuos generados y agua potable consumida entre 2011 – 2012 y 2013 – 2014, teniendo una idea de la dinámica de esta variable lo que permitió validar las hipótesis de cambio socio ambiental como consecuencia de la visita de turistas en la comunidad Jericoana.

Esta medición se hizo de la misma manera que las variables anteriores, es decir, a través de la elaboración de bases de datos y el cálculo de las diferentes tasas que permitieron comparar la dinámica de cada uno de los indicadores.

6.3 VARIABLES SOCIALES

Se hizo una revisión de los registros de la estación de policía municipal, donde se consignaron todos los aspectos policiales en las fechas propuestas en este trabajo, y que permitieron medir la modificación de la conducta social en los años analizados, de acuerdo a las frecuencias e incrementos de aspectos como las lesiones personales, las incautaciones de estupefacientes, los accidentes de tránsito y homicidios entre otros.

Durante todo el proceso, se elaboró una depuración de datos que no estuvieron dentro de la dinámica normal de las frecuencias según su uso; por ejemplo en las variables de salud, no se tuvieron en cuenta las consultas de segunda vez por la misma causa, ni las revisiones posteriores a la atención de urgencias, es decir, solo se tuvieron en cuenta consultas de

primera vez en consulta externa y urgencias, las cuales fueron codificadas y extraídas a través de los RIPS con herramientas ofimáticas como Excel

7 ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio con un diseño de tipo longitudinal; donde se realiza el análisis de los cambios en las variables a través del tiempo, además de las descripciones inferenciales respecto a los cambios en el comportamiento de las mismas para cada periodo en concreto, con una secuencia temporal retrospectiva.

7.2 POBLACIÓN

La población escogida para tal, fue el municipio de Jericó, municipio situado al sureste antioqueño, con una población aproximada para el año 2014 de 12647 habitantes (Base Certificada Nacional - Corte diciembre 2014), de vocación cafetera, medianamente comercial, y con el turismo como renglón económico en franco crecimiento. Jericó es un municipio conservador, con importantísima base cultural y buenos indicadores sociales; con una altura de 2000 msnm que lo hace gozar de una temperatura entre los 20 y 17 grados centígrados.

Jericó siempre ha sido un destino turístico desde hace varios años en razón de su bellísima arquitectura y múltiples atractivos turísticos incluidos los naturales, además de ser considerada la “Atenas” del suroeste por todo su contenido y oferta cultural, sin olvidar los varios museos que existen y los más de 12 templos religiosos con que cuenta. Sin embargo, a partir del año 2013, el municipio vivió uno de los momentos más importantes de su historia, al ser canonizada la Hermana de la orden de Santa Catalina de Siena, Laura Montoya Upegüi, hija ilustre de este terruño, lo que inmediatamente, disparó la presencia de peregrinos y turistas el municipio, desde todos los rincones de nuestro país.

En tal virtud, el incremento de visitantes se pudo haber incrementado en grades proporciones, lo que podría permitir medir las consecuencias y modificaciones en varios aspectos de salud y sociales del municipio tomando como punto de referencia, el antes y después del año 2013.

En este orden de ideas, los años de referencia para interpretar si se presentó modificación o no, son 2013 y 2014, y se hace la evaluación de 2011 y 2012 como línea base para determinar la comparación de estos dos periodos.

7.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fueron varias las fuentes de información secundarias con que se contó para la realización de este estudio:

- Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, permitió recoger la información sobre entidades de interés en salud pública reportadas por semana epidemiológica en el municipio durante el periodo a estudiar.
- Los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios) con que cuenta el ESE municipal, que permitió tener un horizonte sobre la morbilidad de la comunidad conseguida a través de la consulta externa y urgencias en el mismo periodo.
- Informes de las empresas públicas de Jericó, con los datos sobre los servicios públicos: consumos de agua potable y cantidades de residuos generados.
- Informes de la estación de policía municipal, donde se consagran todas las actividades policiales correspondientes a la jurisdicción en estudio.

7.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La recolección de información se realizó por medio de la observación de fuentes primarias y secundarias. Los datos recolectados de cada una de las fuentes de información seleccionadas fueron registrados en la matriz diseñada para tal fin en Microsoft Office® Excel 2013 de acuerdo con cada una de las variables en estudio. Además, se verificó la integridad de los datos, su correspondencia con el período a estudio y aquellas variables en las cuales se evidenció una diversidad de valores registrados se agruparon con el propósito de facilitar su análisis. Algunos de los procesos adelantados fueron:

7.4.1 Fuentes documentales:

Primarias

- Registros individuales de prestación de servicios de la ESE municipal para los años en estudio. (Archivos planos)
- Informes de gestión de la Empresa de Servicios Públicos para los años en estudio. (Word)
- Registros de la Policía Nacional para los años en estudio. (Excel)

Secundarias:

- Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA (Excel)

7.4.2 Procedimiento y Protocolos De Recolección

En el estudio se tomaron los RIPS correspondientes entre los años 2011 y 2014 de la Nueva ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó, y de estos se incluyeron en el estudio, los eventos que se presentaron más de dos veces por mes y una vez clasificados, fueron divididos en RIPS por consulta y RIPS por urgencias, además de ser clasificados por grupos diagnósticos o patologías por origen, así: enfermedades gastrointestinales que incluyeron: diarrea, parasitosis y enfermedad parasitaria; enfermedades respiratorias agudas: bronquitis aguda, rinitis asmática, rinofaringitis, sinusitis aguda, faringitis aguda e ira; Enfermedades Respiratorias Crónicas: EPOC; conjuntivitis: conjuntivitis aguda y conjuntivitis no especificada; Enfermedades mentales: episodio depresivo y trastorno de ansiedad, Enfermedades Osteomusculares: lumbalgia, cervicalgia, mialgia, tenosinovitis, artralgia, artrosis y Túnel Carpiano; Gastritis: Gastritis, Gastritis no especificada y Dolor abdominal; Cefalea: cefaleas, migrañas, síndrome migrañoso y migraña no especificada; Heridas: en todas las partes del cuerpo y por todas las causas; Traumas: traumas y politraumas en todas las partes del cuerpo.

El procedimiento se describe por fases así:

- Selección de las instituciones generadoras de datos sociales, en salud pública, y medioambientales del municipio de Jericó.

- Solicitud escrita para la provisión de los datos necesarios de cada una de las instituciones seleccionadas.
- Consolidación de la información y organización (Excel 2010)
 - Rastreo de la información de acuerdo a las necesidades y contenidos
 - Clasificación de los documentos con valor y peso dentro de la investigación.
 - Priorización de la información a utilizar
- Organización de los datos en bases de datos y registros (EXCEL 2010)
- Análisis de la información recolectada (MINITAB – SPSS)

8 PLAN DE ANALISIS

Con el fin de estimar diferencias estadísticas en relación con la distribución de las frecuencias en la morbilidad por consulta externa y morbilidad por el servicio de urgencias durante el período observado (2011 – 2014) se elaboraron graficas de línea en Excel 2010, con el objetivo de observar las mayores frecuencias por año y el aumento de las mismas en relación al periodo y así, poder comparar los periodos en estudio, es decir, (2011-2012) contra (2013-2014).

Estas mismas gráficas fueron elaboradas para comparar las frecuencias de las variables sociales y poder determinar cuáles fueron los eventos de mayor frecuencia y así, tener una representación gráfica de su comportamiento durante el cuatrienio; A través de gráficas de línea también se representó la generación de residuos sólidos por año.

De la misma manera y con el ánimo de establecer la variación porcentual del número de consulta externa y urgencias entre los años (2011-2012) y (2013-2014) se calculó la variación porcentual mediante la fórmula $VP = ((V2-V1)/V1) \times 100$, y de esta forma, representar la diferencia entre los valores de cada año en términos de un porcentaje, es decir, como fue el incremento o decremento de ese porcentaje de un año a otro para tener una idea clara de la dinámica de las variables en el periodo evaluado. La herramienta que se utilizó para elaborar la variación porcentual, fue Excel 2010.

Consecutivamente, para comparar el comportamiento de las variables por año, el paso a seguir fue la realización de un test de normalidad para saber si se estaba en presencia de una distribución normal, mediante un diagrama de probabilidad (probability plot) con ayuda del software Minitab 16, en el cual se ve reflejada la recta de Henry y unos parámetros que nos ayudan a decidir si podemos aceptar, o no, la hipótesis de normalidad del dato, es decir (el valor de p) superior a 0,05). En este caso, si el valor de P es igual o superior a 0,05, se dice que los datos siguen una distribución normal; pero si por el contrario este valor es inferior a 0,05, entonces los datos no siguen una distribución normal.

Además se realizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilks para corroborar si la distribución de los datos es normal y elegir el estadístico que permita aceptar o rechazar la relación entre la frecuencia de los eventos objeto de investigación antes y después de la canonización de la madre Laura: esto es entre los años 2011 y 2012 vs 2013-2014.

Para realizar esta prueba se debió establecer una comparación entre los datos observados y los esperados. En tal caso, Si $p < 0,05$ el resultado era significativo, es decir, se rechaza la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas eran dependientes y que existe una relación entre ellas; esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en la población de estudio. Y por el contrario, Si $p > 0,05$ el resultado no fue significativo, es decir, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se puede concluir que ambas variables estudiadas son independientes y no existe una relación entre ellas; esto significaría que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta para la población y se considerara suficiente para ser aceptada.

9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro del manejo de las fuentes de información determinadas para este estudio y su correspondiente manejo ético, fueron considerados los siguientes aspectos:

9.1 CONFIDENCIALIDAD

Se aseguró la protección de la identidad de las personas que participaron del presente estudio, pues si bien, el desarrollo de la investigación no tuvo contacto con personas directamente, los datos suministrados por las diferentes instituciones como la ESE municipal, correspondieron a información de pacientes, por tal motivo, a los RIPS que se integraron al estudio, se les suprimió el nombre y número de documento, ya que no fueron necesarios en la interpretación de la información, toda vez que solo fueron tenidos en cuenta las frecuencias y tipos de patologías por periodo.

Los demás datos utilizados en el presente estudio no tuvieron relación directa con personas, sino con información estadística emitida desde las instituciones objeto y fueron el resultado de los anuarios de cada administración, en tal virtud, son de manejo público.

9.2 APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

En relación con todos los aspectos considerados anteriormente, el comité de bioética de la Universidad Autónoma de Manizales, aprobó el presente estudio a través del acta No 68 del 14 de junio de 2017 al calificarlo como “*Estudio sin riesgo ético*”.

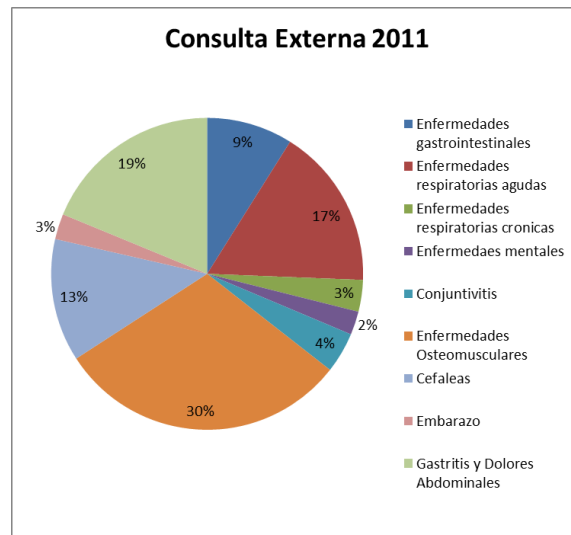
10 RESULTADOS

Con base en los objetivos del estudio, se presentan los resultados del análisis con la descripción del comportamiento de las variables en los años analizados a través la distribución de las causas de consulta externa y la distribución de las causas de consulta por urgencias con el objeto de identificar las mayores frecuencias y modificaciones entre los periodos; igualmente se presenta el cálculo del porcentaje de variación entre años para cada variable de urgencias y consulta externa con el ánimo de comparar la variación entre periodos y finalmente se elabora el cálculo de la prueba T para analizar si las diferencias entre años y periodos es estadísticamente significativa

10.1 VARIABLES DE SALUD

10.1.1 Análisis Descriptivo De Las Variables De Salud

Gráfico 1 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2011

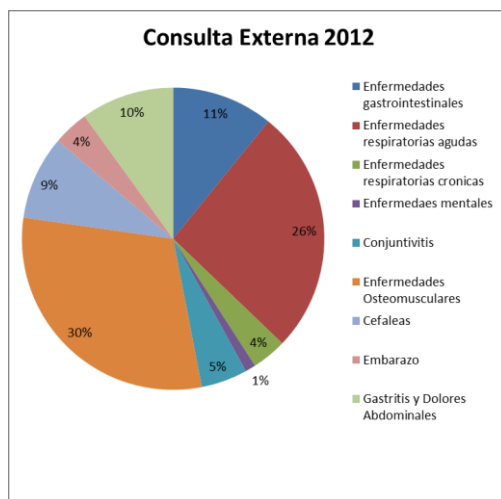


Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Luego de realizar la consolidación de las frecuencias para cada una de las variables expuestas por año, se encontró que para el año 2011, por el servicio de consulta externa, el 30% de los eventos correspondió a enfermedades Osteomusculares, el 19% a Gastritis, el 17% a enfermedades Respiratorias agudas, el 9% a enfermedades gastrointestinales y el

restante 25% a conjuntivitis, enfermedades mentales, embarazo y enfermedades respiratorias crónicas.

Gráfico 2 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2012



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Para el año 2012, la distribución de frecuencias se presentó con 30% para enfermedades osteomusculares, 26% para enfermedades respiratorias agudas, 11% enfermedades gastrointestinales, 10% gastritis, 9% cefaleas y el restante 14% para conjuntivitis, enfermedades mentales, embarazos y enfermedades respiratorias crónicas.

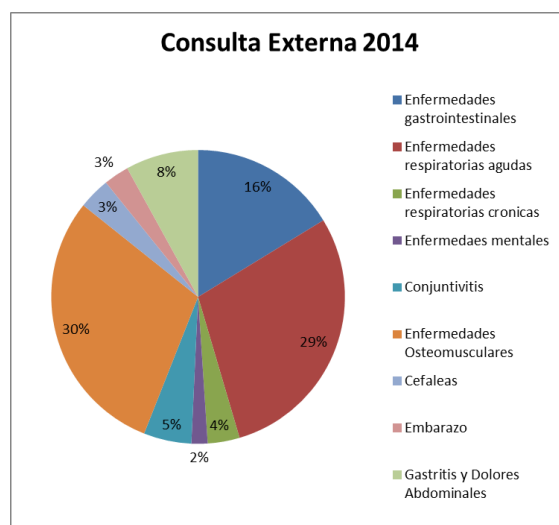
Gráfico 3 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2013



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

De la misma manera, la distribución de los porcentajes de frecuencias de eventos para el año 2013 en RIPS fueron: 29% de enfermedades respiratorias agudas; 26% enfermedades osteomusculares; 13% enfermedades gastrointestinales; 8% gastritis, dolores abdominales, el 8% cefaleas y el restante 16% para conjuntivitis, enfermedades mentales, embarazos y respiratorias crónicas.

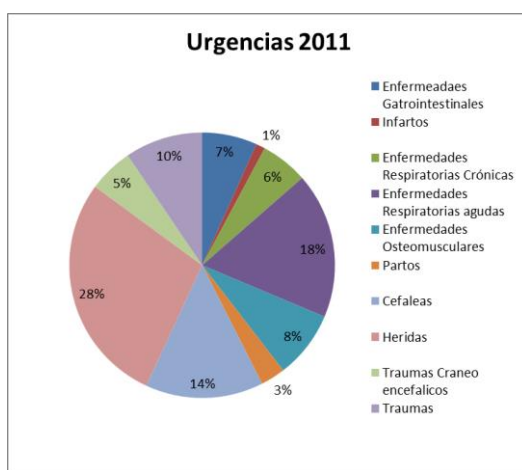
Gráfico 4 Distribución de las causas de consulta externa en el municipio de Jericó, 2014



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Y finalmente, la distribución de los porcentajes de frecuencias de consulta externa para eventos del año 2014 por RIPS fueron: 30% enfermedades osteomusculares, 29% Enfermedades respiratorias agudas, 16% enfermedades gastrointestinales, 8% gastritis y el restante 17% para cefaleas, conjuntivitis, enfermedades mentales, embarazos y enfermedades respiratorias crónicas.

Gráfico 5 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2011



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

En relación con el servicio de urgencias, el comportamiento de las frecuencias por año fue el siguiente: Para el año 2011, se presentaron 28% para heridas; 18% enfermedades respiratorias agudas; 14% cefaleas; 10% traumas y el restante 30% entre enfermedades osteomusculares, partos, enfermedades respiratorias crónicas, traumas craneoencefálicos y enfermedades gastrointestinales.

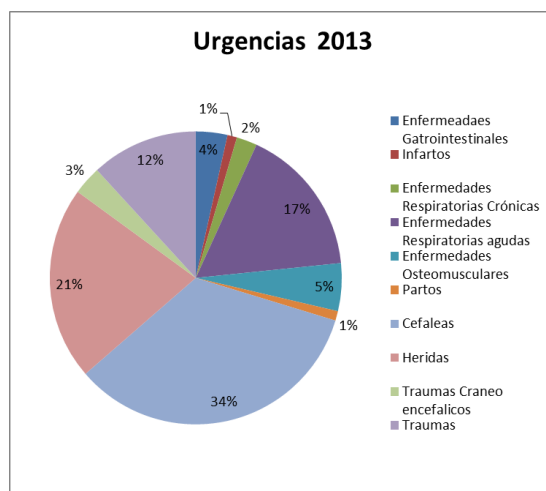
Gráfico 6 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2012



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Para el año 2012, el 24% de eventos correspondió a heridas, el 20% a cefaleas, el 19% a enfermedades respiratorias agudas y el 18% a enfermedades gastrointestinales y traumas y el restante 19% a enfermedades osteomusculares, partos, traumas craneoencefálicos, infartos y enfermedades respiratorias crónicas.

Gráfico 7 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2013



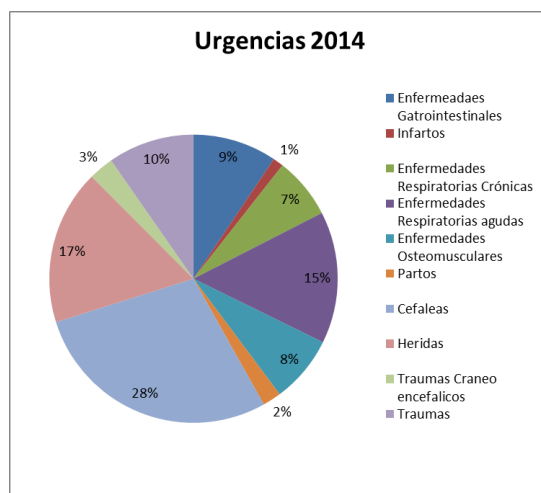
Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

En el año 2013, la relación fue de la siguiente manera: 34% para cefaleas, 21% para heridas, 17% enfermedades respiratorias agudas y 12% traumas; el 16% restante, se

distribuyó entre traumas craneoencefálicos, enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades osteomusculares, partos e infartos.

Y finalmente, para el año 2014, en lo que corresponde al servicio de urgencias y la frecuencia de eventos por año, se presentó: 28% para cefaleas, 17% heridas, 15% enfermedades respiratorias agudas, 9% enfermedades gastrointestinales, 8% enfermedades osteomusculares, 7% enfermedades respiratorias crónicas y el restante 16% entre traumas craneoencefálicos, enfermedades osteomusculares, partos e infartos.

Gráfico 8 Distribución de las causas de Urgencias en el municipio de Jericó, 2014



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

10.2 DESCRIPCIÓN DE LA VARIACIÓN PORCENTUAL POR AÑO

La tabla 1 permite observar la variación en las frecuencias de los eventos previamente relacionados entre los períodos analizados.

Tabla 1 Descripción de la Variación Porcentual Consulta externa (2011 – 2014)

FRECUENCIA DE EVENTOS SEGÚN RIPS CON % DE VARIACIÓN ENTRE AÑOS											
	AÑO 2011		AÑO 2012			AÑO 2013			AÑO 2014		
POBLACIÓN GENERAL *	11.846		12.427			12.627			12.647		
					% variación 2012-2011			% variación 2013-2012			% variación 2013-2014
EVENTOS	FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA	FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA		FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA		FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA	
CONSULTA EXTERNA											
Enfermedades gastrointestinales	220	1857,2	242	1947,372656	0,1	325	2573,849687	0,3	467	3692,575314	0,4
Enfermedades respiratorias agudas	412	3478	586	4715,538746	0,4	715	5662,469312	0,2	837	6618,170317	0,2
Enfermedades respiratorias crónicas	81	683,78	83	667,9005391	0,0	115	910,7468124	0,4	101	798,6083656	-0,1
Enfermedades mentales	60	506,5	25	201,1748612	-0,6	63	498,9308624	1,5	51	403,2576896	-0,2
Conjuntivitis	104	877,93	110	885,1693892	0,1	157	1243,367387	0,4	151	1193,959042	0,0
Enfermedades Osteomusculares	747	6306,9	675	5431,721252	-0,1	643	5092,262612	0,0	853	6744,682533	0,3
Cefaleas	314	2650,7	200	1609,39889	-0,4	208	1647,2638	0,0	100	790,7013521	-0,5
Embarazo	65	548,71	85	683,994528	0,3	70	554,3676249	-0,2	80	632,5610817	0,1
Gastritis y Dolores Abdominales	463	3908,5	222	1786,432767	-0,5	209	1655,183337	-0,1	230	1818,61311	0,1

Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia.

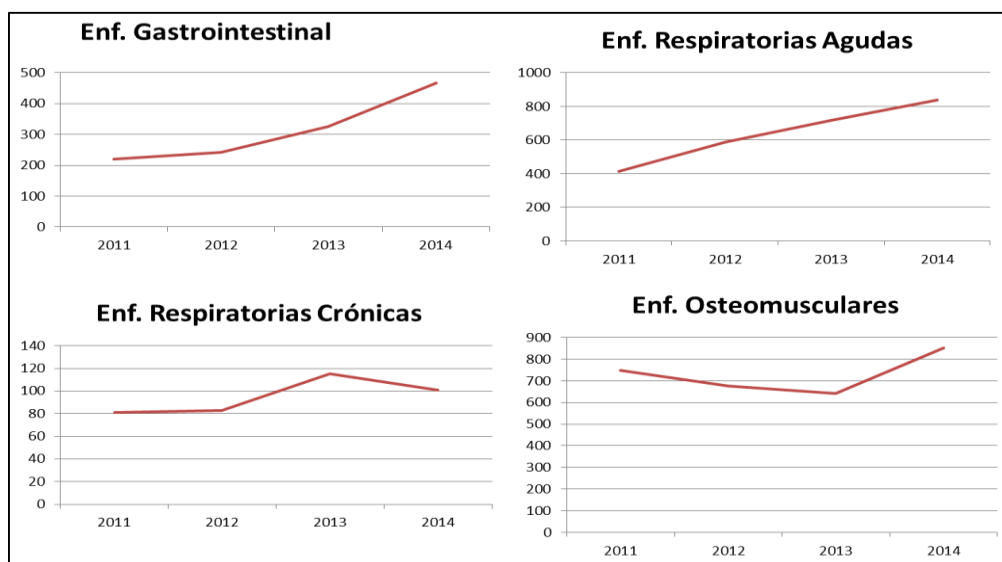
La variabilidad porcentual para cada uno de los valores en salud (Consulta Externa), descritas en el cuadro anterior, se explica de manera detallada e individual a continuación con el ánimo de poder realizar la correlación entre porcentajes y describir el comportamiento durante el periodo a evaluar.

De las frecuencias por patologías en el servicio de consulta externa, se encuentra con la mayor participación para las enfermedades osteomusculares como: Lumbalgia, cervicalgia, mialgia, tenosinovitis, artralgia, artrosis y túnel Carpiano con un total en los 4 años de 2918 casos; en segundo lugar aparecen las enfermedades respiratorias agudas como: bronquitis aguda, rinitis asmática, rinofaringitis, sinusitis aguda, faringitis aguda e ira con un total de 2550 casos; en tercer lugar aparecen las enfermedades gastrointestinales como: diarrea, parasitosis y enfermedad parasitaria y en cuarto lugar las gastritis y dolores abdominales: Gastritis, Gastritis no especificada y dolor abdominal con un total de 1124 casos.

En relación con las enfermedades gastrointestinales, se pasó de un incremento entre 2011 y 2012 del 10%, a un incremento entre los años 2013 y 2014 del 43,7%, es decir, notoriamente superior.

Si bien en lo que a enfermedades respiratorias agudas se refiere, no se presentaron incrementos relevantes por año en los porcentajes, pero si se presentó un evento de importancia epidemiológica en el año 2013, a principio del segundo semestre con la presencia de casos de Influenza grave H1N1, que serán explicados más adelante.

Gráfico 9 Líneas de tendencia por año Consulta externa 1 (2011 – 2014)



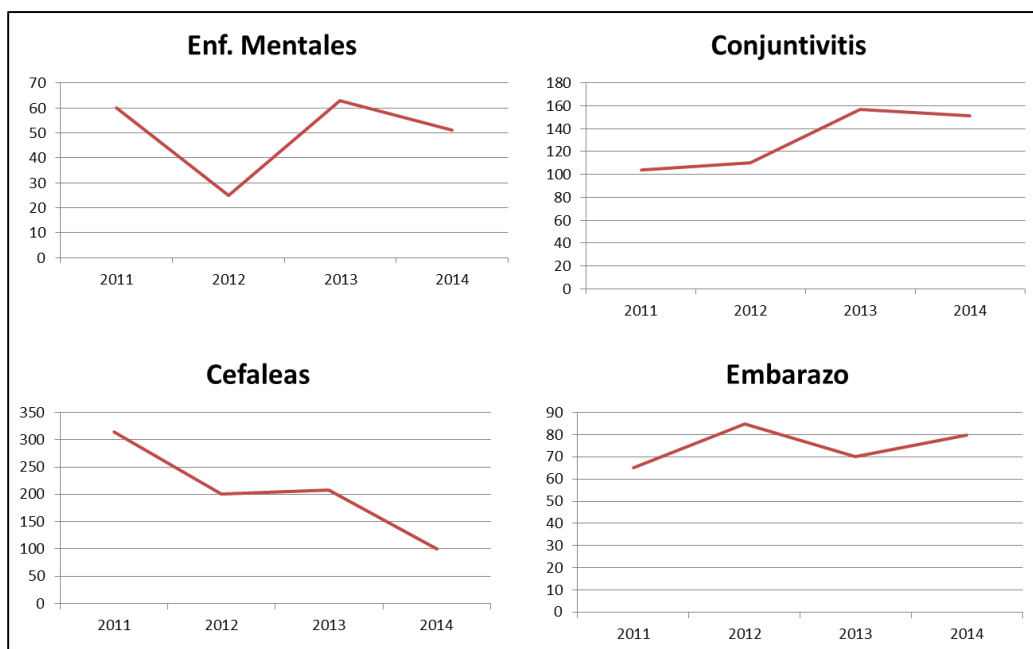
Fuente: Excel 2010. **Elaboración Propia**

En relación con las enfermedades gastrointestinales, se presentó un aumento importante, partiendo de 220 casos para 2011 y llegando hasta los 467 casos en 2014, con un aumento entre los años 2013 a 2014 del 43%. Entre 2011 y 2012 fue del 10% y entre 2012 y 2013 fue del 34%. En lo que a enfermedades respiratorias agudas se refiere, el comportamiento fue entre 2011 y 2012 con un incremento del 42%; entre 2012 y 2013 fue aumento del 22% y entre 2013 y 2014 un incremento del 17%. Para enfermedades respiratorias crónicas, se pasó en 2011 de 81 casos a 2014 con 101 casos, sin embargo, el incremento más significativo fue entre los años 2012 y 2013 con un incremento del 38% y una disminución del 12% en el último año; y en enfermedades osteomusculares la dinámica en las

frecuencias fue: de 2011 a 2012 un descenso del 9,6%, entre 2012 y 2013 ese descenso fue del 4,7%, pero entre el 2013 y el 2014 se presentó un incremento del 32,6% pasando de 643 a 853 casos.

Las demás variables se comportaron de la siguiente manera por año:

Gráfico 10 Líneas de tendencia por año Consulta externa (2011 – 2014)



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Las enfermedades mentales tuvieron un comportamiento cíclico con un descenso de 58,4% entre 2011 y 2012; entre 2012 y 2013 se presentó un incremento del 152% y entre 2013 y 2014, el decremento fue del 19 %. Las cefaleas, tuvieron un descenso progresivo desde 2011 hasta 2014 así: de 2011 a 2012 un decremento del 36%, entre 2012 y 2013 presento un incremento del 4%, pero ya entre el 2013 y 104, el decremento fue del 52% pasando de 208 a 104 casos. Las conjuntivitis, tuvieron entre 2011 y 2012 un incremento del 5,8%, entre 2012 y 2013 un incremento del 43%, sin embargo, entre el año 2013 y 2014, el decremento fue del 3,8%. Y finalmente, en lo que a embarazos se refiere, la diferencia entre 2011 y 2012 fue de un incremento del 30%; entre 2012 y 2013 presento un decremento del 17,6%, y entre el 2013 y el 2014, se presentó un incremento del 14%

El comportamiento de las frecuencias de las variables de salud (Urgencias) por año fue el siguiente:

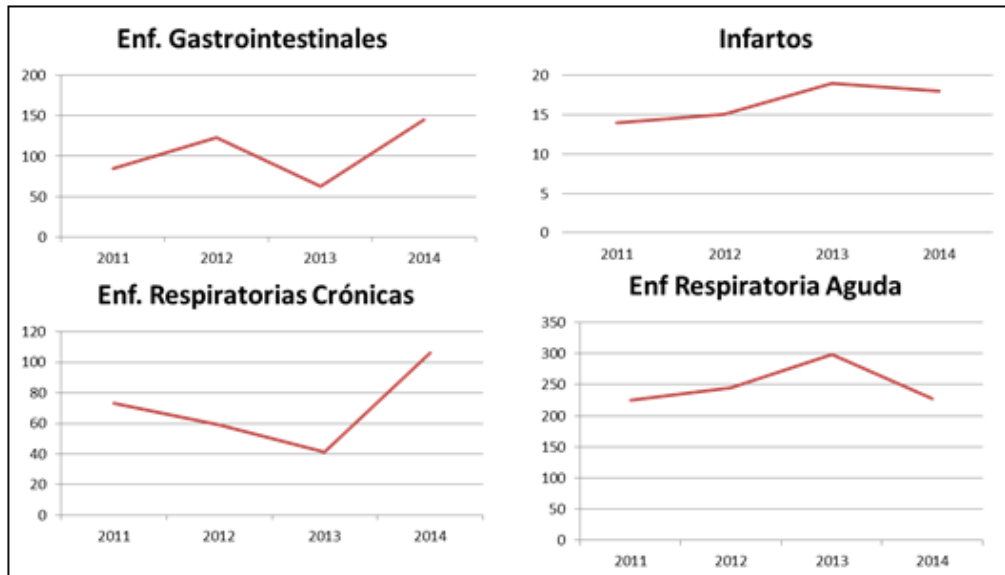
Tabla 2 Descripción De La Variación Porcentual Por Urgencias 2011 – 2014

FRECUENCIA DE EVENTOS SEGÚN RIPS CON % DE VARIACIÓN ENTRE AÑOS											
	AÑO 2011		AÑO 2012			AÑO 2013			AÑO 2014		
POBLACIÓN GENERAL *	11.846		12.427	% variación		12.627	% variación		12.647	% variación	
				2012-2011			2013-2012			2013-2014	
URGENCIAS											
EVENTOS	FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA	FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA		FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA		FRECUENCIA DE EVENTOS	TASA BRUTA	
Enfermeadaes Gatrointestinales	85	717,5	123	989,780317	0,4	63	498,930862	-0,5	145	1146,517	1,3
Infartos	14	118,2	15	120,704917	0,1	19	150,471212	0,3	18	142,32624	-0,1
Enfermedades Respiratorias Crónicas	73	616,2	59	474,772672	-0,2	41	324,701037	-0,3	106	838,14343	1,6
Enfermedades Respiratorias agudas	225	1899	245	1971,51364	0,1	298	2360,02217	0,2	228	1802,7991	-0,2
Enfermedades Osteomusculares	104	877,9	100	804,699445	0,0	95	752,356062	-0,1	116	917,21357	0,2
Partos	38	320,8	31	249,456828	-0,2	19	150,471212	-0,4	32	253,02443	0,7
Cefaleas	182	1536	271	2180,7355	0,5	611	4838,83741	1,3	435	3439,5509	-0,3
Heridas	357	3014	311	2502,61527	-0,1	385	3049,02194	0,2	268	2119,0796	-0,3
Traumas Craneo encefalicos	69	582,5	51	410,396717	-0,3	57	451,413637	0,1	43	340,00158	-0,2
Traumas	120	1013	114	917,357367	-0,1	213	1686,86149	0,9	149	1178,145	-0,3

Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Para las variables en salud (Urgencias), se aplicó la descripción a través de curvas de frecuencia, con los siguientes resultados por variable/año

Gráfico 11 Líneas de tendencia por año Urgencias (2011 – 2014)

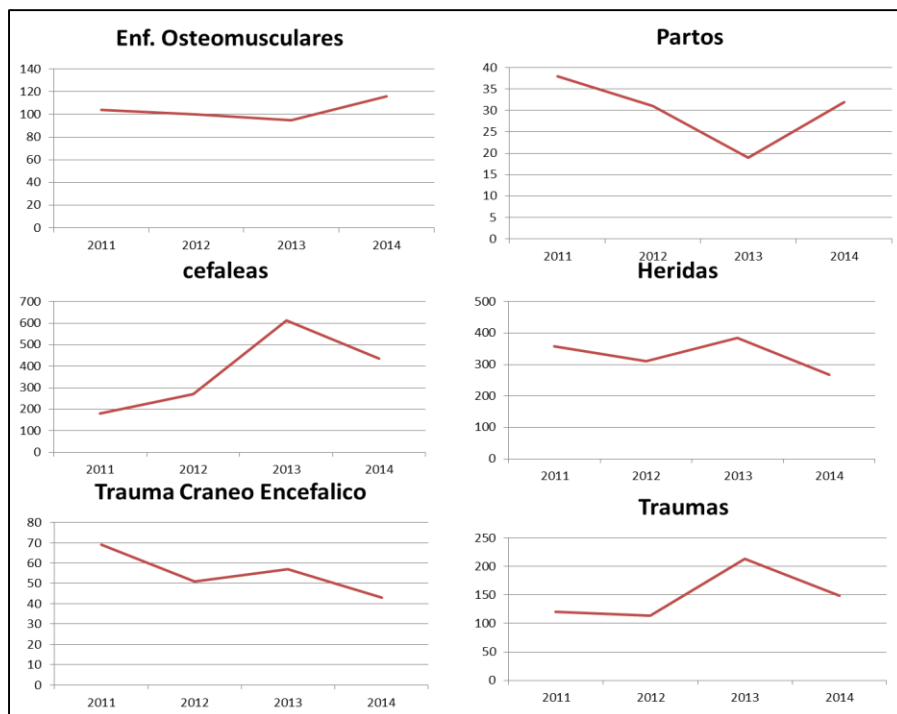


Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Las frecuencias en urgencias se dieron de la siguiente manera: En enfermedades gastrointestinales, entre el 2011 y 2012 se incrementó en un 44%, entre 2012 y 2013 hubo un decremento del 48% pero ya al final del periodo, entre 2013 y 2014, el incremento porcentual en número de casos fue del 130%. A nivel de enfermedades respiratorias crónicas, la variación fue de la siguiente manera: de 2011 a 2012 hubo un decremento del 19%, entre 2012 y 2013 el descenso continuó hasta el 30%, sin embargo, entre el año 2013 y 2014, el incremento porcentual, fue del 158%. En enfermedades respiratorias agudas, el comportamiento fue diferente, para el año 2011 al 2012, se presentó un aumento del 8%, entre 2012 y 2013 el aumento fue del 21%, sin embargo, entre el año 2013 y 2014, el decremento fue del orden del 23%. Finalmente, en lo que a infartos se refiere, la prevalencia porcentual para los cuatro años, fue relativamente la misma con un leve incremento entre 2012 y 2013 del 26 % equivalente a 4 casos más.

Los demás eventos de análisis por RIPS en urgencias, para el cuatrienio estudiado, fueron:

Gráfico 12 Líneas de tendencia por año. Urgencias (2011 – 2014)



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Para enfermedades osteomusculares, la diferencia entre 2011 y 2012 fue de un decremento del 4%, entre los años 2012 y 2013, el descenso fue del 5%, y finalmente entre los años 2013 y 2014, el incremento que se presentó en enfermedades osteomusculares, fue del 22%. Para partos el comportamiento fue el siguiente: entre 2011 y 2012 se presentó un descenso del 18%; entre el 2012 y el 2013 el decremento en partos fue del 38% y para los años 2013 y 2014 se presentó un incremento del 68%. En lo que a cefaleas se refiere, entre 2011 y 2012 se presentó un incremento del 48%, entre 2012 y 2013, este incremento fue significativo llegando al 125%, y ya para el último periodo entre 2013 y 2014, el descenso fue del 28%, pero quedando de igual manera un 139% por encima del primer año. A nivel de heridas, el comportamiento entre 2011 y 2012 fue de un descenso del 11%, para 2012 y 2013, el incremento fue del 23%, es decir, 74 casos más y para el periodo comprendido entre 2013 y 2014, se presentó un descenso del 30%. Los Traumas craneoencefálicos entre 2011 y 2012, descendieron un 26%, entre 2012 y 2013 se incrementaron un 11%, pero ya para el periodo entre 2013 y 2014, el descenso fue del orden del 24%. A nivel de traumas,

entre 2011 y 2012, se presentó un descenso del 5%; entre 2012 y 2013, se presentó un incremento importante en un 86%, y ya para el último período evaluado entre 2013 y 2014, el descenso fue del 30% en el número de casos.

Para los períodos de 2011 y 2012, el número total de consultas externas (Consulta primera vez) atendidas en la ESE San Rafael del municipio, fue de 17937, (9089 para 2011 y 8848 para 2012) y que para el período comprendido entre 2013 y 2014 el número total de consultas fue de 22485 (9801 para 2013 y 12684 para 2014) es decir, un incremento del 25%; 36% representadas en 4548 consultas más; solo entre 2013 y 2014, el incremento fue del 29% (2883 consultas más); Ahora consideremos que la población de Jericó entre el 2011 y el año 2014 creció solo un 6,76%, representado en 801 habitantes.

En relación con el servicio de urgencias de la ESE, el número total de urgencias para el período entre 2011 y 2012, fue de 8956 consultas y para el período de 2013 a 2014, el número de urgencias fue de 11818, es decir, un incremento del 32%.

Ahora bien, tenemos que la causa de consulta con mayor frecuencia por este servicio fueron las cefaleas, es decir: cefaleas, migrañas, síndrome migrañoso y migraña no especificada, con un número de 1499 casos; solo el incremento entre el año 2012 y el 2013, fue del 125%, es decir, más del doble de casos en un solo año.

Las heridas, fueron las segundas causas de consulta con mayor frecuencia, con 1321 casos en el período, pero con una distribución normal para los períodos evaluados.

Las enfermedades respiratorias agudas, se ubicaron en el tercer lugar de frecuencias, con un número igual a 996 casos, y tan solo entre los años 2012 y 2013, el incremento fue del 20% de casos (incluidos los ya descritos como H1N1).

Otros datos importantes en relación con las frecuencias en el servicio de urgencias para el período evaluado, fue el aumento de traumas, es decir: traumas y politraumas en todas las

partes del cuerpo, con un incremento porcentual en el número de casos entre los años 2012 y 2013 del 86%.

Luego del análisis de los resultados, se hacen evidentes las diferencias significativas en relación con la presencia o no de algunas patologías como causa de consulta por los servicios de consulta externa y urgencias de la ESE municipal entre los años (2011 – 2012) y (2013 – 2014).

En relación con las enfermedades gastrointestinales, el incremento fue significativo en relación con los años en comparación. En el estudio se denominaron enfermedades gastrointestinales (ingresados bajo estos códigos) la diarrea, la parasitosis o enfermedad parasitaria. Este tipo de enfermedades se presentan en la población por múltiples aspectos (1) (PROTOCLO SALUD PUBLICA INS DIARREA).

Otra de las variables con alta incidencia e importancia epidemiológica con significancia estadística (ya explicado en plan de análisis) en comparación con los años anteriores según T student, corresponde a las enfermedades respiratorias agudas. Este tipo de enfermedad tiene una alta incidencia en el municipio y está definida por el (INS) como: Un proceso infeccioso en las vías respiratorias que puede cursar con un grupo importante de síntomas como tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, secreción nasal, dolor de oídos, entre otros, y que es generada por una gran variedad de virus y bacterias. (39)

Las IRA son una de las patologías con mayor índice de contagio, de allí las grandes pandemias que hemos vivido en los últimos años. Las personas con algún tipo de virus respiratorio, pueden contagiar a otros hasta unos 180 centímetros de distancia aproximadamente. La mayoría de los expertos creen que los virus de la influenza se diseminan principalmente a través de los núcleos goticulares (gotas) que se expulsan al toser, estornudar o hablar y que contienen el virus. (CDC).

En los años analizados, la variación porcentual entre el primer y segundo periodo, fue de 55.5%, bastante significativa, considerando que solo entre el 2012 y el 2013 el aumento fue

del 22%. Vale la pena aclarar que el registro habla solo de la morbilidad por consulta y no de la morbilidad sentida, es decir, que solo las personas que sintieron agravamiento de síntomas o intensidad de los mismos consultaron a la ESE, y un gran porcentaje lo manejó en casa como se hace con la gran mayoría de influencias.

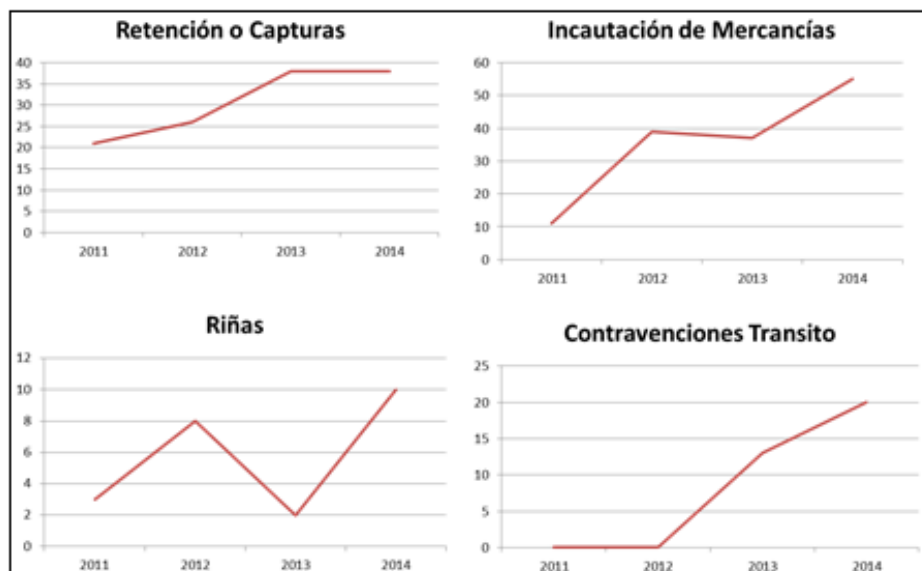
En el año 2013, entre las semanas epidemiológicas 28 a 31; es decir, entre el 7 de julio al 3 de agosto (2 meses después de la canonización de la Santa Laura) , se presentaron 64 reportes por influenza Respiratoria Aguda Inusitada, (C- 348 código entregado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia para reportar los casos sospechosos de Influenza tipo H1N1), de los cuales se hicieron 64 reportes como sospechosos; tres fueron confirmados como positivos y de estos se presentaron dos muertes en pacientes de 47 y 48 años respectivamente (COVE Municipal). Estos contagios se presentaron como consecuencia del contacto de los pacientes con visitantes portadores del virus, ya que en el análisis epidemiológico se logró establecer que las personas afectadas nunca salieron del lugar de residencia.

Otras de las patologías con un incremento porcentual importante entre los periodos a evaluar fueron las enfermedades osteomusculares: lumbalgia, cervicalgia, mialgia, tenosinovitis, artralgia, artrosis y túnel carpiano; este tipo de eventos se denominan por sobreuso, sin embargo intentar hacer una correlación entre la presencia de visitantes y el incremento de las mismas sería algo osado debido a la multicausalidad de estas.

10.3 VARIABLES SOCIALES

En lo que a variables de tipo sociológico se refiere, el comportamiento en las frecuencias para cada evento estudiado, fue el siguiente:

Gráfico 13 Líneas de tendencia para variables sociales (2011 – 2014)



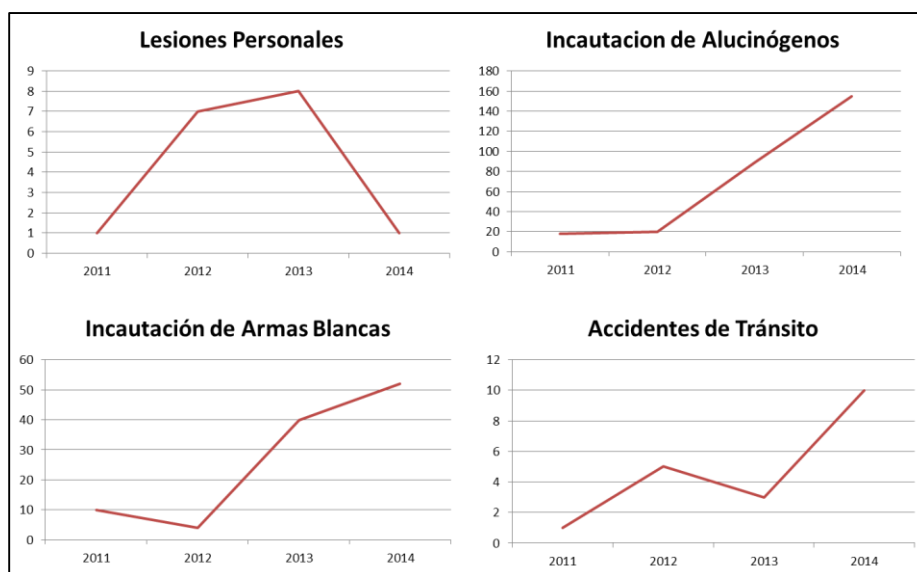
Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Iniciamos el análisis de las variables sociales, con la descripción del comportamiento en las frecuencias de las capturas realizadas por la policía nacional dentro del municipio, las cuales se presentaron de la siguiente manera: Entre los años 2011 y 2012 se presentó un incremento del 23%; entre los años 2012 y 2013, el incremento fue del 46% y ya para el último periodo evaluado, entre 2013 y 2014, se mantuvo el mismo porcentaje que el año inmediatamente anterior y por consiguiente, el mismo número de capturas. Las incautaciones de mercancías también represento actividades de orden público para el municipio, entre 2011 y 2012, el incremento fue muy importante con el 254%, entre los años 2012 y 2013 se presentó un pequeño descenso del 5%, pero ya para el periodo comprendido entre los años 2013 y 2014, el incremento fue del 48% y en relación con el primer periodo evaluado (2011 – 2012), fue del 400%. Las riñas en el municipio entre el periodo 2011 y 2012, presentaron un incremento del 166%, entre 2012 y 2013, ese porcentaje bajo en un 75%, pero ya para el último periodo evaluado, volvió a incrementarse en un 400%, es decir, un 233% por encima del periodo inicial, y en lo que a contravenciones de tránsito corresponde, habrá que decir que para el año 2011 y 2012, no se presentaron atención por parte de la policía nacional en este sentido, sin embargo, para el

periodo entre 2013 y 2014, se presentaron un numero de 13 contravenciones de tránsito, y entre este último año y el 2014, se incrementó en un 53%.

Las restantes variables a evaluar en los aspectos sociales corresponden a:

Gráfico 14 Líneas de tendencia para variables sociales (2011 – 2014)



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

Para el cuadro anterior, iniciamos con las lesiones personales, que para el periodo 2011 – 2012, presentó un incremento de 6 casos, luego entre 2012 y 2013, presentó un incremento del 14%, para luego decrecer y llegar en el último periodo (2013 – 2014) hasta los mismos valores del periodo inicial. En lo que a incautación de alucinógenos se refiere, entre 2011 y 2012, se presentó un leve incremento del 11%, ya para el periodo comprendido entre 2012 y 2013, ese incremento fue del 345% y se para el periodo final, es decir entre 2013 y 2014, ese incremento fue del orden del 74%, Es decir, un aumento entre el primero y el último periodo del 761%. Para la incautación de armas blancas, entre 2011 y 2012, se presentó un descenso del 60%, entre los años 2012 y 2013 por el contrario, el incremento fue del 900% y para terminar en el periodo 2013 y 2014, con un incremento del 30%, es decir, un incremento entre el primer y le último periodo del 420%.y finalmente en lo que a variables sociales se refiere, los accidentes de tránsito se comportaron de la siguiente manera: entre

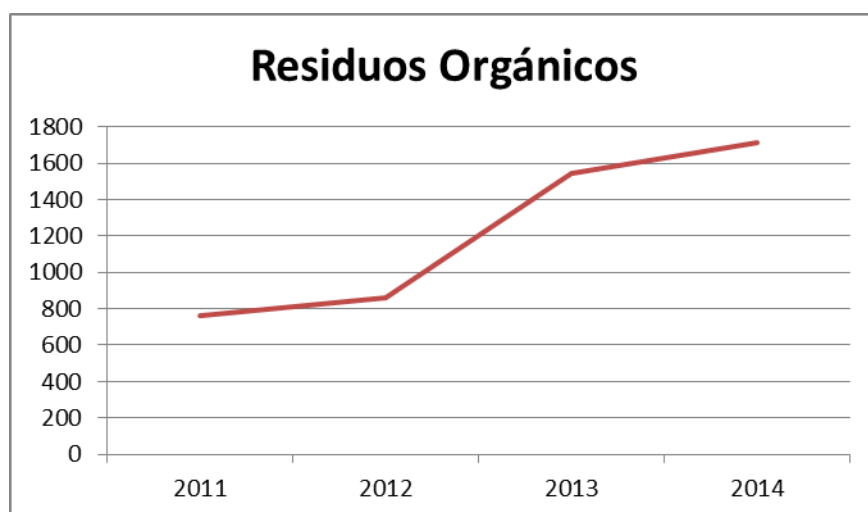
2011 y 2012, se presentó un incremento en 4 casos, para el periodo entre 2012 y 2013, el valor descendió en un 40% y ya en el último periodo, el incremento en accidentes de tránsito reportado y atendidos por la policía nacional, fue del 233%.

Son varios los aspectos considerados en el análisis de las variables de tipo social para el periodo evaluado:

10.4 VARIABLES AMBIENTALES

Ahora bien, en lo que a residuos orgánicos se refiere, el comportamiento para los periodos evaluados es el siguiente:

Gráfico 15 líneas de tendencia para Residuos Sólidos (2011 – 2014)



Fuente: Excel 2010. Elaboración Propia

La figura 15 muestra que en el periodo comprendido entre 2011 y 2012 se presentó un incremento del 12% en la cantidad de toneladas generadas de residuos orgánicos; en el periodo 2012 – 2013, el incremento en el número de toneladas generadas en el municipio, fue del 80% y ya en el último periodo evaluado, es decir entre 2013 - 2014 ese incremento fue del 10%, lo que significa que el incremento total entre 2011 y 2014 fue del 125%, equivalente a 950 toneladas más de residuos orgánicos en solo 3 años.

En lo que a consumo de agua corresponde no fue posible hacer un análisis objetivo, dado que para los años en estudio, las empresas públicas del municipio implementaron un programa de cambio de contadores y revisión de fugas en todo el sistema de redes, que alteró considerablemente las lecturas de consumo y por consiguiente las cantidades reales de aguas consumida.

En Jericó, el incremento en el número de casos de EDA para el periodo comparado fue del 43%, es decir, pasó de 462 casos (2011 -2012) a 792 casos en (2013-2014).

Nota: Durante los años en estudio la calidad del agua (en la fuente y según IRCA) para el municipio fue:

Tabla 3 Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano Jericó (2011 – 2014)

MUNICIPIO	AÑO	PROMEDIO ANUAL ÍNDICE IRCA	NIVEL DE RIESGO
Jericó (Antioquia)	2011	1,2	Sin riesgo
Jericó (Antioquia)	2012	3,79	Sin riesgo
Jericó (Antioquia)	2013	2,63	Sin riesgo
Jericó (Antioquia)	2014	0,88	Sin riesgo

Fuente: Informe Nacional Calidad de Agua para Consumo Humano, Ministerio de Salud

En consecuencia, la calidad del agua no fue considerada como modo de transmisión para EDA para los periodos en estudio.

Con el fin de establecer las operaciones estadísticas requeridas para establecer las diferencias en las variables de salud, sociales y ambientales en los años analizados se procedió, en primer lugar, a determinar si la distribución de las variables era normal. Para esto se utilizaron las Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilks. Con esta base se

hicieron las comparaciones del comportamiento de las variables: antes y después de la canonización de la madre Laura a través del estadístico CHI cuadrado. Los resultados se observan a continuación.

10.5 PRUEBAS DE KOLMOGOROV - SMIRNOV, SHAPIRO WILK

Consulta Externa

Para la prueba de normalidad se tienen las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula: Ho: Los datos se ajustan a la distribución normal

Hipótesis alterativa: Ha: Los datos no cumplen el supuesto de normalidad

Nivel de significación: 0,05

Tabla 4 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro. Consulta Externa

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
FRECU11	,211	9	,200(*)	,874	9	,134
FRECU12	,287	9	,031	,818	9	,032
FRECU13	,280	9	,041	,813	9	,029
FRECU14	,275	9	,048	,771	9	,009

Fuente SPSS, elaboración propia. * Este es un límite inferior de la significación verdadera. a Con corrección de la significación de Lilliefors

En este caso se observa que la significancia resultante para los años 2012, 2013 y 2014 es menor que 0,05 es decir que se rechaza la hipótesis nula para esos casos y se concluye que no cumplen la normalidad. Solamente los datos correspondientes al año 2011 cumplen la normalidad.

Al promediar los datos (2011 con 2012) y (2013 con 2014) tampoco se cumple la normalidad. Obsérvese:

Tabla 11.:

Tabla 5 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro – Consulta externa Promediado

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FRECU11Y12	,200	18	,056	,857	18	,011
FRECU13Y14	,264	18	,002	,795	18	,001

Fuente SPSS, elaboración propia. a Corrección de la significación de Lilliefors

Urgencias

Las pruebas de normalidad para el servicio de urgencias dieron los siguientes resultados:

Tabla 6 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro. Urgencias.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
FREC2011	,226	10	,159	,881	10	,134
FREC2012	,234	10	,129	,881	10	,134
FREC2013	,267	10	,042	,820	10	,025
FREC2014	,216	10	,200(*)	,896	10	,200

Fuente SPSS, elaboración propia. * Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

Aquí se observa que los datos cumplen normalidad para los años 2011,2012 y 2014. O sea que solamente para el año 2013 no cumplen normalidad.

Al promediar (años 2011 y 2012) y (2013 y 2014) se tiene:

Tabla 7 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro – Urgencias Promediado

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
FRE11Y12	,225	20	,009	,890	20	,027
FRE13Y14	,194	20	,046	,846	20	,005

Fuente SPSS, elaboración propia. a Corrección de la significación de Lilliefors

VARIABLES SOCIALES

Tabla 8 Pruebas de normalidad: Kolmogorov vs Shapiro. Variables Sociales.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FREC2011	,261	9	,077	,835	9	,050
FREC2012	,299	9	,020	,850	9	,074
FREC2013	,222	9	,200(*)	,824	9	,038
FREC2014	,252	9	,103	,754	9	,006

Fuente SPSS, elaboración propia. * Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

En este caso solamente cumplen la normalidad los datos correspondientes a los años 2011 y 2012.

PRUEBA CHI-CUADRADO

Consulta Externa

Para la aplicación de esta prueba se promediaron los valores 2011 y 2012 y se presentan en una sola columna denominada: "SIN AFLUENCIA TURÍSTICA". También se promediaron los valores correspondientes a los años 2013 y 2014 y se presentan en una sola columna llamada: "CON AFLUENCIA TURÍSTICA", obteniendo así la siguiente TABLA DE CONTINGENCIA.

Luego en el programa MINITAB 16 se hizo una prueba de independencia para determinar si hay dependencia entre los eventos o patologías presentadas y la conformación de la población, es decir sin afluencia turística y con afluencia turística. La tabla quedó así:

Tabla 9 Frecuencias en consulta externa 2011 – 2014

CONSULTA EXTERNA	Conformación de la población		TOTAL
	SIN AFLUENCIA TURISTICA (PROMEDIO 2011 Y 2012)	CON AFLUENCIA TURISTICA (PROMEDIO 2013 Y 1014)	
EVENTOS			
Enfermedades gastrointestinales	231	396	627
Enfermedades respiratorias agudas	499	776	1275
Enfermedades respiratorias crónicas	82	108	190
Enfermedades mentales	43	57	100
Conjuntivitis	107	154	261
Enfermedades Osteomusculares	711	748	1459
Cefaleas	257	154	411
Embarazo	75	75	150
Gastritis y Dolores Abdominales	343	220	563
TOTAL	2348	2688	5036

Fuente: Minitab 16. Elaboración propia

Para la prueba se tienen las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula: Ho: La ocurrencia de los eventos o patologías presentadas en consulta externa, es INDEPENDIENTE de la presencia o no de población turística dentro del municipio.

Hipótesis alternativa: Ha: “La ocurrencia de los eventos o patologías presentadas en consulta externa DEPENDE de la conformación de la población (sin afluencia turística o con afluencia turística)”.

Nivel de significación elegido: $\alpha = 0,05$

La prueba se realizó en el programa MINITAB y los resultados son los siguientes:

Tabla 10 Comparación Sin Afluencia Turística vs Con Afluencia Turística

Chi-Square Test: SIN AFLUENCIA TURISTICA. CON AFLUENCIA TURISTICA			
Expected counts are printed below observed counts			
Chi-Square contributions are printed below expected counts			
	SIN AFLUENCIA TURISTICA	CON AFLUENCIA TURISTICA	Total
1	231 292,33 12,869	396 324,67 11,241	627
2	499 594,46 15,329	776 680,54 12,390	1275
3	82 88,59 0,490	108 101,41 0,428	190
4	43 46,62 0,282	57 53,38 0,246	100
5	107 121,69 1,773	154 139,31 1,549	261
6	711 680,25 1,390	748 778,75 1,214	1459
7	257 191,69 22,303	154 219,37 19,482	411
8	75 69,94 0,367	75 80,06 0,320	150
9	343 262,49 24,690	220 300,51 21,567	563
Total	2348	2688	5036
Chi-Sq = 148,929. DF = 8. P-Value = 0,000			

Fuente: Minitab 16. Elaboración propia

Debido a que el P-Value= 0 es menor que $\alpha = 0,05$ que es el nivel de significación escogido para la prueba, entonces se rechaza la hipótesis nula y se concluye lo que plantea la hipótesis alternativa, es decir que al nivel de significación del 5% se puede afirmar que hay DEPENDENCIA entre la frecuencia con que se presentan los eventos considerados en el presente estudio y la conformación de la población (sin y con afluencia de turistas). Es decir que la fuerte afluencia de turistas sí influye en la frecuencia con que se presentan los eventos de consulta externa

Urgencias

También se promediaron los años 2011 con 2012 y los años 2013 con 2014, obteniendo la siguiente tabla:

Tabla 6:

Tabla 11 Frecuencias en urgencias 2011 – 2014

URGENCIAS	Conformación de la población		TOTAL
	SIN AFLUENCIA TURISTICA 2011 Y 2012	CON AFLUENCIA TURISTICA 2013 Y 2014	
EVENTOS			
Enfermeadaes Gatrointestinales	104	104	208
Infartos	15	19	34
Enfermedades Respiratorias Crónicas	66	74	140
Enfermedades Respiratorias agudas	235	263	498
Enfermedades Osteomusculares	102	106	208
Partos	35	26	61
Cefaleas	227	523	750
Heridas	334	327	661
Traumas Cráneo encefálicos	60	50	110
Traumas	117	181	298
TOTAL	1295	1673	2968

Fuente: Minitab 16. Elaboración propia

Se realizó la Prueba chi-cuadrado en el programa MINITAB y se encontraron los siguientes resultados:

Hipótesis nula: Ho: “Hay INDEPENDENCIA entre los eventos presentadas en urgencias y la conformación de la población (sin afluencia turística o con afluencia turística)”.

Hipótesis alternativa: Ha: “La ocurrencia de los eventos presentados en urgencias DEPENDE de la conformación de la población (sin afluencia turística o con afluencia turística)”.

Nivel de significación elegido para la prueba: $\alpha = 0,05$

Tabla 12 Comparación Sin Afluencia Turística vs Con Afluencia Turística

Chi-Square Test: SIN AFLUENCIA TURISTICA. CON AFLUENCIA TURISTICA			
Expected counts are printed below observed counts			
Chi-Square contributions are printed below expected counts			
	SIN AFLUENCIA TURISTICA	CON AFLUENCIA TURISTICA	Total
1	104 90,75 1,933	104 117,25 1,496	208
2	15 14,83 0,002	19 19,17 0,001	34
3	66 61,08 0,395	74 78,92 0,306	140
4	235 217,29 1,444	263 280,71 1,118	498
5	102 90,75 1,393	106 117,25 1,079	208
6	35 26,62 2,641	26 34,38 2,044	61
7	227 327,24 30,706	523 422,76 23,768	750
8	334 288,41 7,207	327 372,59 5,579	661
9	60 48,00 3,003	50 62,00 2,324	110
10	117 130,02 1,304	181 167,98 1,010	298
Total	1295	1673	2968

Chi-Sq = 88,754. DF = 9. P-Value = 0,000

Fuente: Minitab 16. Elaboración propia

Al igual que en el caso de consulta externa, aquí se observa nuevamente que el Valor $p=0$ que es menor que 0,05 lo que permite concluir al nivel de significación del 5% que SI HAY DEPENDENCIA entre los eventos considerados en urgencias y la conformación de la población (sin y con afluencia de turistas).

Variables Sociales

En este caso hubo necesidad de unir las categorías “riñas y homicidios” y también “accidentes de tránsito con contravenciones de tránsito”. Esto debido a que los valores originales eran muy pequeños y la prueba chi-cuadrado no se puede aplicar cuando más del 20% de los datos son menores a 5.

Con estos ajustes la tabla de contingencia quedó así:

Tabla 13 Frecuencias en Variables Sociales 2011 – 2014

EVENTOS	SIN AFLUENCIA TURISTICA (promedio 2011 y 2012)	CON AFLUENCIA TURISTICA (promedio 2013 y 2014)	TOTAL
RETENCIÓN O CAPTURAS	24	38	62
INCAUTACIÓN MERCANÍAS	25	46	71
RIÑAS	6	6	12
CONTRAVENSIONES TRANSITO	0	17	17
LESIONES PERSONALES Y HOMICIDIOS	7	5	12
INCAUTACIÓN DE ALUCIONÓGENOS	19	122	141
INCAUTACIÓN DE ARMAS BLANCAS	7	46	53
ACCIDENTES DE TRANSITO	3	7	10
TOTAL	91	287	378

Fuente: Minitab 16. Elaboración Propia.

Se procedió a realizar la prueba de independencia mediante la prueba chi-cuadrado encontrando los siguientes resultados:

Hipótesis nula: Ho: “Hay independencia entre la composición de la población (sin y con afluencia turística) y los factores sociales considerados en el presente estudio”

Hipótesis alternativa: Ha: “El número de eventos de tipo social considerados en el estudio dependen de la forma como está conformada la población que para este caso es de dos tipos: sin afluencia de turistas y con afluencia de turistas”.

Nivel de significación escogido para la prueba: $\alpha = 0,05$

Tabla 14 Comparación Sin Afluencia Turística vs Con Afluencia Turística

Chi-Square Test: SIN AFLUENCIA DE TURISTAS Y CON AFLUENCIA DE TURISTAS			
Expected counts are printed below observed counts			
Chi-Square contributions are printed below expected counts			
	SIN	CON	Total
1	24	38	62
	14,93	47,07	
	5,516	1,749	
2	25	46	71
	17,09	53,91	
	3,658	1,160	
3	6	6	12
	2,89	9,11	
	3,350	1,062	
4	0	17	17
	4,09	12,91	
	4,093	1,298	
5	7	5	12
	2,89	9,11	
	5,850	1,855	
6	19	122	141
	33,94	107,06	
	6,579	2,086	
7	7	46	53
	12,76	40,24	
	2,600	0,824	
8	3	7	10
	2,41	7,59	
	0,146	0,046	
Total	91	287	378
Chi-Sq = 41,874. DF = 7. P-Value = 0,000			

Fuente: Minitab 16. Elaboración Propia

El valor $P = 0$ es lógicamente menor que el nivel de significación de 0,05 lo que conlleva a rechazar la hipótesis nula, lo cual permite concluir hay dependencia entre los eventos sociales considerados y la forma de conformación de la población. Esto en consecuencia permite afirmar también que la llegada o afluencia de turistas si influye en la proporción con que se presentan tales eventos sociales

11 DISCUSIÓN

Al igual que (González 2008), (Ruiz de Chávez, 1994) y (Rodríguez Marins 2015), este estudio se centra en una comunidad con desarrollo turístico y relevancia a nivel nacional e internacional, lo que permite medir de manera directa, las modificaciones que pudieran presentarse en las poblaciones en razón de la vocación turística de su economía, es decir, los cambios en la salud pública y patrones sociales y ambientales que se presentan como consecuencia de la presencia de turistas en la comunidad.

Sin embargo, a diferencia de (Ruiz de Chávez, 1994), (González 2008) y (Pereiro, 2011), este estudio no se centra en la percepción ni en la morbilidad sentida, sino en morbilidad por consulta, es decir, en los registros de atenciones en lo que a salud se refiere por parte de la comunidad local y en los registros de la policía nacional y demás instituciones municipales.

Los resultados obtenidos en este estudio, son coherentes con el estudio de Impacto del turismo en la salud de (González 2008) en relación al incremento del mercado de estupefacientes demostrado en el incremento significativo de los valores de incautación de alucinógenos durante los años en que se disparó la presencia de turistas en el municipio llegando al final del periodo (año 2014) con un aumento del 761%.

Según (El Estudio Exploratorio Descriptivo De La Dinámica Delictiva Del Tráfico De Estupefacientes, La Trata De Personas Y La Explotación Sexual Comercial Asociada A Viajes Y Turismo En El Municipio De Medellín, Colombia. 2013), es clara la asociación que existe entre drogadicción y trata de personas; vale la pena aclarar que en este estudio no se abordó el aspecto del comercio sexual en Jericó, sin embargo, y en relación con el estudio de Medellín, se puede afirmar con certeza la presencia de bandas de microtráfico relacionadas con el comercio sexual, dado el informe de la Gobernación de Antioquia (2009) donde se determina el modus operandi de estas bandas y la manera de proveer el recurso para su desarrollo desde Medellín hacia cada una de las subregiones; Lo anterior, sumado a una gran variedad de acciones delictivas relacionadas.

De igual manera y una vez valorados los resultados, este estudio es consistente con el estudio de (*Identificación de los Residuos Sólidos por el Turismo de Lagorreta 2011*) y el estudio del (*Impacto ambiental del turismo rural de Delgado del Castillo 2014*), encontrando la relación directa entre la presencia desmedida de visitantes en los sitios turísticos y la generación exponencial de residuos sólidos con todas las implicaciones ambientales y en salud pública que encierra. Jericó pasó de producir 760 toneladas de residuos sólidos antes de la canonización de la madre Laura a 1710 toneladas después de la canonización, solo con un incremento de 801 habitantes en el mismo periodo (SIVIGILA).

En ese mismo sentido, este estudio es coherente con el trabajo sobre Impactos Territoriales Del Turismo Y Lineamientos De Ordenación Para Territorios Con Vocación Turística desarrollado desde la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia en la relación que se hace del turismo con la aparición desmedida de residuos sólidos y las “altas cargas financieras por parte de los municipio para la gestión de estos residuos” (López 2014) , sin dejar de lado aspectos como el agua potable y al contaminación visual.

(Tinoco 2003) determina cómo por el crecimiento desmedido en la generación de residuos sólidos llegará un momento de crisis para su manejo y esto repercutirá en la salud y bienestar de las comunidades receptoras. En este sentido, vale la pena aclarar que el relleno sanitario Mariposas Amarillas del municipio de Jericó, fue cerrado por parte de la autoridad ambiental en noviembre de 2011 por lo que en su momento se denominó “agotamiento prematuro de su vida útil” (Informe de Empresas Publicas de Jericó 2015) Lo que, en términos económicos, significó un incremento en los costos de disposición y tratamiento de residuos a partir de esta fecha; es decir, antes de doblar la cantidad de toneladas que se generaban.

En estudio de (Mendoza 2011), se consideró un incremento de problemas sociales como la delincuencia, la prostitución, el consumo de drogas y las pandillas en varios lugares de Huatulco (Oaxaca, México); igualmente como consecuencia del turismo en (Rodríguez Marins 2015) se describe la afectación social consecuente a este sector de la economía; en este sentido, este estudio es consistente dado el incremento significativo de eventos como el

porte ilegal de armas, el microtráfico de estupefacientes, las riñas y los accidentes de tránsito entre otros como la incautación de mercancías, que presentaron incrementos de hasta el 400% en el periodo.

(Quintero 2004) estima como efectos sociales importantes del turismo, la drogadicción, la prostitución y en general la inseguridad ciudadana; aspectos que son coherentes con los resultados de este estudio que aparte de lo expuesto anteriormente, lo integran también el porte ilegal de armas y las riñas.

12 CONCLUSIONES:

- Existe un incremento significativo en la presencia de enfermedades gastrointestinales entre la comunidad Jericoana a partir de los años 2011 y 2012, todas relacionadas con parasitosis.
- Como consecuencia del alto número de visitantes en el municipio atraídos por su oferta turística, a partir del año 2013, se presentó un incremento desproporcionado en la generación de residuos sólidos con casi mil toneladas más de las producidas anterior a esta fecha.
- La alta demanda turística en el municipio, también ha generado aumento en problemas de orden público y social como venta de estupefacientes, porte ilegal de armas y presencia de delincuencia común.
- El hacinamiento en iglesias, bares y una gran parte de los locales comerciales y de interés turístico en el municipio, puede estar vinculado con el número de casos de infecciones respiratorias agudas tanto para locales como para visitantes.
- La presencia de personas nacionales e internacionales dentro del municipio, aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas de estos a la comunidad y otros visitantes.
- La gran afluencia de personas en el municipio, y en consecuencia de un amplio parque automotor, ha aumentado también el número de accidentes de tránsito tanto en la zona urbana como en la zona rural.
- El turismo modifica sustancialmente los determinantes de un número importante de eventos tanto en salud pública como sociales.
- La decisión de un municipio o región por adoptar la vocación turística, no debe ser una decisión a priori o acelerada; ésta debe contar con todos los estudios socio ambientales y culturales previos, que permitan dimensionar el manejo que se le dará y la manera de mitigar y controlar los aspectos más fuertes y más débiles del municipio, en aras de proteger a la comunidad de afectaciones posteriores. Estos estudios no solo deben centrarse en la oferta turística, sino también en la protección de la sociedad y el territorio donde se desarrollará.

- El turismo como actividad económica, pareciera no generar tanta resistencia por parte de las sociedades en las que se desarrollan como las actividades mineras o las grandes factorías; sin embargo, podría presentar afectaciones en aspectos socio ambientales, culturales y en salud pública, sumado a la aparente poca resistencia social a la que se enfrentan, por lo que su control depende enormemente del compromiso y la voluntad política de sus dirigentes y del empoderamiento ciudadano en la protección de sus derechos colectivos.
- Gran parte de los incrementos en las patologías por consulta externa y urgencias, así como el incremento en los porcentajes relacionados con las variables sociales, se presentaron en los periodos de más afluencia de turistas al municipio, es decir, entre 2013 y 2014.

13 RECOMENDACIONES:

Dirección seccional de salud de Antioquia – Secretaría Local de Salud

- Fortalecimiento de la red de atención en salud para el municipio a través de medicina basada en la evidencia y perfil epidemiológico actualizado.
- Inspección, vigilancia y control a los establecimientos abiertos al público en relación con el cumplimiento de las normas sanitarias y de seguridad
- Control frecuente y sistemático a los locales comerciales destinados a la preparación y venta de comestibles, a través de los técnicos del área de la salud del municipio.
- Elaboración periódica de actividades de análisis y control de las enfermedades prevalentes en el municipio de acuerdo al estudio de los RIPS producidos desde las diferentes unidades generadoras de datos (COVE Municipal).
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todo el municipio dirigida a propios y visitantes en relación con los riesgos de transmisión de enfermedades y control de las mismas.
- Actividades preventivas, ante la aparición de brotes, epidemias o pandemias, en relación con la protección de la población nativa y los visitantes.

Gerencia Departamental de Servicios Públicos – Empresas Públicas de Jericó.

- Control de la calidad y cantidad de agua servida y publicación periódica del índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano, (IRCA) en lugares públicos, así como campañas de ahorro y buen manejo del recurso.
- Ubicación de recipientes para la disposición de basuras y elaboración de un plan estratégico integral para la mitigación en la generación de residuos sólidos en el municipio.
- Disposición y control de recipientes para residuos sólidos ubicados en lugares de afluencia de turistas.

Policía Nacional – Estación de Policía Municipal

- Aumento en el pie de fuerza para el municipio y/o en periodos de alta afluencia turística.
- Incremento en las acciones de control de la fabricación, venta y consumo de estupefacientes, porte ilegal de armas y contrabando.
- Presencia constante y vigilancia por parte de la policía nacional, en los lugares de mayor afluencia de turistas.
- Implementación del Código Nacional de Policía y Convivencia a través de la creación y/o fortalecimiento de la policía turística municipal.

Subsecretaría de convivencia ciudadana, espacio público y transporte.

- Control en la movilidad urbana y educación al visitante que ingresa al municipio.
- Señalización de la vía pública y control sobre el cumplimiento de las normas que rigen para el municipio.
- Implementación de campañas de prevención a los turistas que regresan a sus lugares de origen.
- Control de velocidad del parque automotor dentro de las vías del municipio en relación con la alta afluencia de personas en circulación.

Asamblea Departamental de Antioquia – Congreso de la Republica

- Estructuración de un contexto normativo departamental y nacional que regule la vocación turística y que obligue a los municipios con esta práctica a cumplir con los aspectos de capacidad instalada en salud y orden público a través de la certificación de cada uno de los procesos y de la cofinanciación de proyectos encaminados hacia la protección de los lugares que opten por esta alternativa de desarrollo económico.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

- Incluir dentro de las Guías para la implementación de las Normas Técnicas Sectoriales de Turismo Sostenible, un capítulo denominado “Requisitos en salud pública.”

14 BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial del Turismo; 2001 [cited 15 May 2016]. Available from:

https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_80S.pdf

Plan Sectorial de Turismo 2011 - 2014 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Comercio,

Industria y Turismo; 2011 [cited 9 March 2015]. Available from:

<http://www.mincit.gov.co/minturismo/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=53526&name=PlanSectorialTurismo-2011.pdf&prefijo=file>

Plan Sectorial de Turismo " Turismo para la Construcción de la Paz" [Internet]. Bogotá

DC.: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo; 2016 [cited 20 noviembre 2016].

Available from: [http://www.mincit.gov.co/loader.php?](http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78038&name=Plan_Sectorial_de_Turismo.pdf&prefijo=file)

[lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78038&name=Plan_Sectorial_de_Turismo.pdf&prefijo=file](http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78038&name=Plan_Sectorial_de_Turismo.pdf&prefijo=file)

Alocución Presidencial. Presidencia de la República; 2012.

Brida J, Monterubbianesi P, Zapata Aguirre S, Giraldo Velásquez C. Turismo y

Crecimiento Económico: El Caso de Antioquia. Revista de Turismo y Desarrollo

Local Sostenible [Internet]. 2010 [cited 3 Febrero 2015]; Vol 3(No 7). Available from:

http://www.colmayor.edu.co/uploaded_files/images/conveniosVICE/giet/турыdes_crecimiento_antioquia_z9xtt.pdf.

Plan de Desarrollo Municipal Jericó 2012- 2015. Jericó (Antioquia): Alcaldía Municipal; 2012.

Comelles J, Allué X, Bernal M, Fernandez Rufete J, Mascarella L. Inmigrantes Como

Grupo De Riesgo Sanitario: Instrumentalizar el Riesgo ¿inserta o Segrega?

Antropología Médica [Internet]. 2009 [cited 14 December 2015] ;(1 Ed.):55-70.

Available from:

http://www.academia.edu/6246465/Lurbe_Puerto_K%C3%A0tia_Inmigrantes_como_grupo_de_riesgo_sanitario_instrumentar_el_riesgo_inserta_o_segrega_

Ruiz M, Jimenez R, Marquez M, George. A. Salud y Turismo. Revista Salud Pública de México [Internet]. 1994 [cited 7 May 2017];36(No1):61-69. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10636110>

Muñoz Flores V, Araya J, Jercic M. La salud, los viajes y las enfermedades del viajero en Chile. Revista Chilena de Tecnología Médica [Internet]. 2006 [cited 2 August 2017];1302-1316. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=464948&indexSearch=ID>

Tinoco O. Los Impactos del Turismo en el Perú. Industrial Data [Internet]. 2003 [cited 28 June 2017]; Vol 6(1):47 - 60. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/idata/article/view/5982/5179>

Legorreta Ramirez A, Osorio García M. Identificación de los Residuos Sólidos Generados por el Turismo Dentro de un Área Natural Protegida. Periplo Sustentable [Internet]. 2011 [cited 9 April 2017];21(1):61-100. Available from: <https://doaj.org/article/37cb6c280d85409c9a1b0d802cd66e17>

Rodriguez Domínguez M. El turismo de segunda residencia. XXI Congreso Anual AEDEM, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid [Internet]. Madrid: Asociación Europea de Dirección y Economía de Empresa; 2007 [cited 14 July 2017]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2517646>

Torres Bernier E. El Turismo Residenciado Y Sus Efectos En Los Destinos Turísticos. Revista Estudios Turísticos [Internet]. 2003 [cited 14 April 2017];(1):45-70. Available from: <http://estadisticas.tourspain.es/img-iet/Revistas/RET-155-156-2003-pag45-70-90150.pdf>

- Pereiro X. Los efectos del turismo en las culturas indígenas de América Latina. *Revista Española de Antropología Americana* [Internet]. 2011 [cited 12 June 2017];43(No 1). Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/REAA/article/view/42308/40268>
- Thurot J, Camuset F, Gay Para G, Barejte R. The effects of tourism on socio-cultural values. *Annals of Tourism Research* [Internet]. 1976 [cited 29 November 2016];4(2):74-105. Available from: <http://estadisticas.tourspain.es/img-iet/Revistas/RET-57-58-1978-pag233-258-42209.pdf>
- López Zapata L. *Impactos Territoriales Del Turismo Y Lineamientos De Ordenación Para Territorios Con Vocación Turística* [Maestría]. Universidad Nacional de Colombia - Sede Medellín -; 2014.
- Certificación de la Calidad Turística [Internet]. Mincomerico Industria y Turismo. 2016 [cited 17 April 2017]. Available from: http://www.certificacioncalidadturistica.co/courses/topics_view_new/10
- Delgado García G, Estrella E, Navarro J. El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 1999 [cited 12 July 2016];6(5). Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n5/0960.pdf>
- Franco Giraldo A, Álvarez Dardet C. Salud Pública Global: Un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de Influenza humana A. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2009 [cited 2 September 2015];25(6). Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n6/v25n6a11.pdf>
- Stephen C. Defining features of the practice of global health research: an examination of 14 global health research teams. *Journal Global Health Action* [Internet]. 2010 [cited 11 August 2016];3(1). Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/gha.v3i0.5188?needAccess=true>

Amal M, Rodriguez Fernandez G. Latin America and the Caribbean: Assessment of the Advances in Public Health for the Achievement of the Millennium Development Goals. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2010 [cited 12 April 2017];;2238-2255. Available from: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=CH2013101983>

Llambías Wolff J. Los Desafíos Inconclusos De La Salud Y Las Reflexiones Para El Futuro En Un Mundo Globalizado. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2003 [cited 16 June 2016];29(3):236-245. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_3_03/spu07303.pdf.

Josep Bernabeu Mestre J. Epidemias Y Globalización: Nuevos Y Antiguos Retos En El Control De Las Enfermedades Transmisibles. *Revista de Historia Actual* [Internet]. 2004 [cited 30 August 2017];2(2):127-136. Available from: <http://historia-actual.org/Publicaciones/index.php/rha/article/viewFile/352/746>

López Velez R, Navarro Beltrá M, Jimenez Navarro C. Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [cited 9 January 2017]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/estudioInmigracion.pdf>

Guerrero Espejo A, Colomina Rodriguez J. POBLACIÓN INMIGRANTE Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2004 [cited 13 April 2017];78(5):565-570. Available from: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol78/vol78_5/RS785C_565.pdf

Quintero Santos J. Los Impactos Económicos, Socioculturales y Medioambientales del Turismo y sus Vínculos con el Turismo Sostenible. *Anales del Museo de America*

[Internet]. 2004 [cited 13 August 2016]; 12:263-274. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1180522>.

Monterrubio J, Mendoza M, Fernandez M, Gulleto G. Turismo Y Cambios Sociales. Estudio Cualitativo Sobre Percepciones Comunitarias En Bahías De Huatulco, México. Rev, Cuadernos de Turismo [Internet]. 2011 [cited 6 September 2017]; 28:171-189. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39821278009>

Mendoza Ontiveros M. Impactos socioculturales del turismo en el Centro Integralmente Planeado Loreto, Baja California Sur, México. Percepción de los residentes locales. Revista Teoría y Práxis [Internet]. 2014 [cited 10 August 2017];16:117-146. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=456145102006>

Pérez Ramírez C, Zizumbo L, González Vera M. Impacto Ambiental Del Turismo En Áreas Naturales Protegidas; Procedimiento Metodológico Para El Análisis En El Parque Estatal El Ocotol, México. El Periplo Sostenible [Internet]. 2009 [cited 13 August 2017];16:25-26. Available from:
<http://rperiplo.uaemex.mx/index.php/elperiplo/article/view/921/674>

López Velez R, Pérez Molina J, Zamarrón Fuentes P, Pérez de Ayala Balzola A. Enfermedades Infecciosas Importadas por Viajeros Internacionales a los Trópicos. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 2008 [cited 11 August 2017];. Available from:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfInfImpViajerosTropicos.pdf>

Milagros Pérez O. Las Migraciones y el Turismo Amenazan con Extender las Nuevas Epidemias. El País [Internet]. 1997 [cited 9 March 2017];:Única Página. Available from: https://elpais.com/diario/1997/04/21/sociedad/861573606_850215.html

El turismo Internacional Genera 1,4 billones en Ingresos Derivados de Exportaciones [Internet]. Organización Mundial del Turismo OMT. 2014 [cited 10 July 2017]. Available from: <http://media.unwto.org/es/press-release/2014-05-14/el-turismo-internacional-genera-14-billones-en-ingresos-derivados-de-export>

Industria y Turismo M. Informe Turismo - Mayo 2014 [Internet]. Mincomercio. 2014 [cited 19 June 2017]. Available from: http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=71370&name=OEE-ET-_INFORME_DE_TURISMO_MAYO_2014.pdf&prefijo=file

Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 2nd ed. Ginebra, Suiza; 2005 [cited 19 February 2016]. Available from: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

bola: En Un Nuevo Estudio Del Grupo Banco Mundial Se Pronostican Pérdidas Económicas Multimillonarias Si La Epidemia Se Prolonga Más Tiempo Y Se Propaga En África Occidental [Internet]. <http://www.bancomundial.org/>. 2014 [cited 3 February 2014]. Available from: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2014/10/08/ebola-new-world-bank-group-study-forecasts-billions-in-economic-loss-if-epidemic-lasts-longer-spreads-in-west-africa>.

Basile G. Análisis Epidemia de Chikungunya en Dominicana-Haití. Médicos del Mundo [Internet]. 2014 [cited 8 Abril 2016];:1-8. Available from: <http://www.mdm.org.ar/informes/25/Analisis-Epidemia-de-Chikungunya-en-Dominicana-Haiti.pdf>

Pujadas C. A propósito del Antropoceno. Agua y Medio Ambiente [Internet]. 2012 [cited 4 January 2016];:Única. Available from: <http://www.austral.edu.ar/mailling/australis/201211-01/medios-A-proposito-del-Antropoceno.pdf>

Ramírez Gil J. Jericó, en su año más Productivo. El Mundo [Internet]. 2013 [cited 13 July 2016];. Available from:

<http://www.elmundo.com/portal/pagina.general.impresion.php?idx=215111>

MACEDO S. Infecciones respiratorias. Temas de Bacteriología y Virología médicas [Internet]. 2009 [cited 7 October 2017];:137-150. Available from:

<http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Infeccionesrespiratorias.pdf>