ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE
DESARROLLO DE LA REPRESENTACION
OPS/OMS EN CUBA
No.15, 1994

Turismo y Salud

Ciudad de La Habana, Cuba
Noviembre, 1994

DOCUMENTO PREPARADO POR:

Dr. Boris Klaindorf
Vicedirector Asistencia Médica Internacional
Hospital "Hermanos Ameijeiras"

Dr. Miguel A. Marquez
Representante OPS/OMS en cuba

Diseño y Edición:
Liliana Jiménez Vázquez

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES

2. TURISMO Y SALUD

3. TURISMO DE SALUD

4. SALUD Y TURISMO Y LA COLABORACION DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)

5. LINEAS DE ACCION DE LA OPS

6. TURISMO Y SALUD EN CUBA

7. CARACTERIZACION DE LA INDUSTRIA TURISTICA EN CUBA

8. CARACTERIZACION DEL SECTOR SALUD EN CUBA

9. SALUD Y SEGURIDAD DEL TURISTA Y DE LA POBLACION PROTECCION DEL MEDIO AMBIENTE

10. SEGURO DEL TURISTA

11. ATENCION MEDICA A PACIENTES EXTRANJEROS Y TURISMO DE SALUD

12. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN CIENCIAS DE LA SALUD PARA EXTRANJEROS

13. EXPORTACION DE SERVICIOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD

14. APROXIMACION A LOS CAMPOS PROGRAMATICOS PRINCIPALES DE COLABORACION DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

15. RESUMEN

16. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ANTECEDENTES

El turismo puede conceptualizarse como el desplazamiento temporal de las personas hacía destinos fuera de su lugar de residencia. Las causas que motivan ese desplazamiento suelen ser múltiples: esparcimiento, negocios, salud, deportes, eventos o combinaciones de estos u otros. La historia de la actividad turística, como fenómeno organizado, se remonta a los Siglos XVII y XVIII vinculada a la búsqueda de la recuperación de la salud en balnearios, especialmente los europeos.

El desarrollo impetuoso de las comunicaciones durante la segunda mitad del actual siglo y su abaratamiento progresivo, ha dado como resultado el incremento acelerado del turismo. Pasando de una actividad limitada a sectores de población con cuantiosos recursos económicos y cuyo destino fue fundamentalmente Europa Occidental y los Estados Unidos de Norteamérica, hacía otros grupos de población con menores recursos, de clase media y media alta y la generalización de los puntos de destino a prácticamente todas las regiones del mundo.

A finales de la década de los 80, la industria del turismo ocupaba ya el segundo lugar mundial, aventajada solamente por el petróleo. Se estima que para el año 2000 desplazará a aquel como primer rubro económico.

Datos suministrados por la Organización Mundial del Turismo expresan que la actividad turística aumenta cada año a un ritmo del 7.1% en cuanto al número de llegadas y 12.5% en cuanto a ingresos, excluyendo el transporte internacional.

Los ingresos por el turismo constituyen el 5.5% del PIB mundial, según el Consejo Mundial de Viajes y Turismo, emplea 1 de cada 15 trabajadores y recauda el 6% de los impuestos directos e indirectos.

En las Américas, en 1990 se recibieron 90 millones de turistas, de los cuáles el 65% ocurrió en los Estados Unidos de América y Canadá. Esta cifra equivale al 20% del turismo mundial. Se estima que el 75% de los turistas, se origina en la propia región, siendo las fuentes emisoras restantes, Europa Occidental y Japón fundamentalmente.

Según una encuesta realizada por la OPS/OMS en 1990, México recibió el 7.5% del total de turistas de la región, correspondiendo en orden decreciente a Bahamas 4.3%, Brasil 1.6%, Uruguay 1.4%.

Fenómenos particulares de “Turismo de Frontera” ocurren entre los países de América Central, América del Sur y entre EUA y México. Recientemente se viene produciendo un incremento del flujo de turistas entre los países pertenecientes al MERCOSUR.

Al área del Caribe concurren europeos y norteamericanos principalmente asociados a tendencias socio-culturales existentes. Para los países de esta subregión, la importancia económica del turismo es vital para su sobrevivencia. La contribución al PIB, en 1990, fue el 70% en Anguilla, 42% en Islas Vírgenes y Británicas, 20% en Montserrat y 13% en República Dominicana.

El ingreso total de la región, por concepto de turismo, alcanzó la suma de $US66 billones de los cuáles el 70% correspondió a Estados Unidos y Canadá, al Caribe el 13% a América Central 10% y el 7% restante a América del Sur.

Para los países de la región, la mayoría subdesarrollados y muchos con pocas posibilidades de industrialización, la industria del turismo puede constituir una fuente importante de generación de ingresos aprovechando sus recursos turísticos. La mayoría de los países parece haber comprendido esto, pero su incorporación como parte de las prioridades de desarrollo y de sus políticas nacionales es variable.

2. TURISMO Y SALUD.

Por se la industria del turismo una de las actividades más importantes como factor generador de ingresos en muchos países teniendo en cuenta la tendencia creciente de este rubro como elemento estimulador del desarrollo, cabe analizar la importancia progresiva que el binomio “turismo/salud” tiene y tendrá en las políticas nacionales de los países interesados. Por otro lado, la “democratización” del turismo al ser cada día más accesible a grandes grupos poblacionales, el surgimiento del turismo especializado y de multidestino, la inmediatez de las comunicaciones, entre otros factores, plantean nuevos retos en el enfrentamiento a situaciones que puedan crearse en la interrelación turista-anfitrión y como corolario salud del turista/salud del anfitrión.

Interrelación turismo/salud puede abordarse desde diferentes ángulos, algunos de los cuáles parecen ser más fácilmente identificables, tales como:

2.1 Turismo, ambiente y salud.

La ausencia de políticas de protección del medio ambiente y de los

ecosistemas ha determinado daños irreversibles en muchos países. El daño ecológico producido por el turismo a consecuencia de la construcción arbitraria de facilidades hoteleras, el dragado de playas, la destrucción de la fauna y flora costeras, la eliminación inadecuada de los residuales sólidos y líquidos, han ocasionado daños que afectan no sólo al legado histórico, cultural y ambiental de los países, sino también han dado lugar al surgimiento o desarrollo de diversos daños a la salud de la población anfitriona.

En ocasiones los daños son solapados y se hacen evidentes cuando se sobresaturan las capacidades de los ecosistemas de los asentamientos turísticos. La ruptura del equilibrio ecológico conlleva a la contaminación del agua y de los suelos, escasez de agua y alimentos, daño a la agricultura, surgimiento de enfermedades, contaminación de las playas y otros que implícitamente afectan tanto a la salud del turista como la de la población anfitriona.

Frecuentemente el agua de beber y para uso doméstico se destina prioritariamente a las instalaciones turísticas en detrimento de las necesidades de la población ocasionando escasez del líquido y como consecuencia un deficiente manejo de los alimentos y de la higiene general con sus consecuencias negativas tanto en la población como para el turista, sobre todo en aquellos países donde es habitual el consumo de alimentos ofertados por los vendedores ambulantes, sin que además exista un adecuado control sanitario.

La eliminación de desechos líquidos sin tratamiento previo, a ríos o al mar puede dar lugar a daños irreversibles a la flora y fauna, así como a la salud de la población y del turista.

2.2 Turismo y salud de la población receptora.

El desarrollo de la industria turística y su impacto en el estado de salud de la población debe ser motivo de preocupación tanto por parte de las autoridades locales como de los propios sectores de la actividad.

Los cambios que puedan ocurrir a partir de la línea de contacto entre los visitantes y la población anfitriona puede facilitar la introducción de enfermedades infecciosas humanas o de los animales, así como ocasionar cambios no deseables en los patrones de conducta de la población.

La rapidez de las comunicaciones modernas puede facilitar la introducción de enfermedades infecciosas por encontrarse en el

período de incubación y no detectarse a la llegada del turista.

La introducción de agentes patógenos en alimentos de producción casera puede acarrear consecuencias nefastas para el país receptor, como ocurrió con las epidemias de fiebre porcina africana que han azotado a varios países de la región.

La acumulación de desechos sólidos en zonas turísticas puede conducir a criaderos de insectos, roedores y otros vectores generadores de enfermedades en la población local. El tratamiento inadecuado de los desechos líquidos puede conducir a enfermedades bacterianas y parasitarias, así como a la contaminación de ríos y playas.

Tal vez el grupo de enfermedades más preocupantes para las autoridades sanitarias locales y la población anfitriona es el de transmisión por contacto directo y en particular las de transmisión sexual. La relajación en los patrones de conducta de los visitantes estímula el contacto sexual con la población local.

Aunque se desconoce la influencia que el turismo tiene en la propagación del SIDA, los patrones de propagación de la enfermedad y los cambios que se han producido en los mismos, hace que esta entidad sea motivo de preocupación tanto para el turista como para la población receptora, la llamada “cultura de playa” que genera el turismo y facilita la liberalidad de la conducta de los visitantes, el aumento de los contactos sexuales entre visitantes y visitados, la ingestión de bebidas alcohólicas y el uso de las drogas en muchos países, constituyen un marco propicio para la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA en particular, aunque su relación causal no ha sido demostrada. En muchos países, se han producido cambios perniciosos en los patrones de contacto de la población anfitriona obserrvándose incrementos en el consumo del alcohol y de drogas especialmente de la marihuana, cocaína y crack, sin que pueda estimarse con exactitud la influencia que el turismo pueda tener en la generación de los cambios de los patrones de conducta de la población visitada.

En algunos países se ha incrementado el número de accidentes de tránsito vinculados al desconocimiento por parte de turista de las regulaciones locales y asociadas al consumo excesivo de alcohol. El incremento de conductas delictivas en áreas de afluencia de turistas, el robo, hurto, la prostitución y el asalto sexual son algunas de las conductas indeseables reportadas en algunos países.

En países cuyas estructuras de servicios de salud son insuficientes para la satisfacción de la demanda de la población

local, la situación puede agravarse por la demanda adicional de servicios de urgencias generada por el turismo.

Los aspectos negativos que el turismo puede tener sobre la población anfitriona pueden ser no sólo atenuados, sino revertido a favor del incremento de los niveles de salud de la población local en presencia de planes de desarrollo turístico que incorporen aquellos aspectos que garanticen la salud del visitante y también de la población autóctona. La construcción de la infraestructura sanitaria para la eliminación de los residuos sólidos y líquidos, el abastecimiento de agua para beber y para el uso doméstico, la existencia de medidas de protección del medio ambiente, la seguridad de los viales, la vigilancia epidemiológica en puertos y aeropuertos, las medidas de control de la higiene de los alimentos y el desarrollo de los sistemas locales de salud, entre otros, son medidas que pueden favorecer a la población anfitriona y al turista.

2.3 La salud del turista.

Datos suministrados por la Organización Mundial del Turismo indican que entre el 20 y el 50% de los turistas internacionales sufren problemas de salud vinculados a los viajes, sin embargo, la información sobre la morbilidad es difícil de obtener.

La rapidez con que se trasladan los modernos medios de transporte, hace que en breves horas el turista atraviese varios husos horarios y que su “reloj biológico” no pueda realizar su adaptación orgánica en igual lapso de tiempo.

Frecuentemente se alteran el ritmo del sueño y de vigilia, el apetito, la capacidad de trabajo, y el ritmo de defecación. Estos trastornos, producto de los cambios que se producen en los ritmos circandianos biológicos hasta su readaptación, pueden también afectar transitoriamente la capacidad física, así como a la adaptación y los cambios de altitud.

En personas de avanzada edad, esa capacidad de adaptación es más lenta, por lo que estos trastornos se han hecho más frecuentes con el aumento del turismo de la tercera edad.

Otro aspecto a considerar en cuanto a la salud del visitante son las enfermedades transmisibles, las inmunizaciones, sobre todo en zonas tropicales, las enfermedades de transmisión sexual y en especial del SIDA, las intoxicaciones alimentarias, los accidentes y el agravamiento de afecciones crónicas no transmisibles, que parecen ser las mayores preocupaciones actuales.

La “diarrea del viajero” con una frecuencia del 20 al 40% y atribuible a la E.coli, es una de las patologías más comunes, sin embargo, generalmente no requiere atención especial o medicamentosa. En países de las regiones tropicales son muy comunes las lesiones cutáneas por picaduras de insectos.

En el área del Caribe la lucha por la erradicación del mosquito Aedes aegypti, vector del virus del dengue, constituye una de las principales preocupaciones de los gobiernos. La aparición de esta epidemia puede tener y ha tenido en el pasado, amargas consecuencias para la población local y la industria del turismo.

Además de las condiciones del medio visitado que puedan afectar la salud del turista, existen cambios que se producen en sus propios patrones de conducta que pueden afectar el equilibrio de su salud; habitualmente se produce una liberación de su conducta que lo conduce a prácticas aventureras y riesgosas fuera de su entorno habitual, aumenta la ingestión de bebidas alcohólicas que pueden conducirlo a accidentes del tránsito, ahogamientos o semiahogamientos.

Otro aspecto que preocupa al visitante es el que se relaciona con las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA en particular.

La actividad turística incrementa las relaciones sexuales entre visitantes y entre éstos y la población anfitriona. Los peligros de las relaciones sexuales ocasionales y el número de viajes son factores importantes que se han puesto de relieve en la epidemia del SIDA, no obstante en una reunión de expertos convocada por la OMS, se concluyó que ningún programa de control de viajeros puede evitar la introducción o propagación de la infección por VIH.

Otra conducta que es necesario tener en cuenta es el uso y abuso de droga. Es criterio generalizado que estas conductas indeseables se traducen en problemas sociales, económicos y de salud.

La información accesible al turista sobre los servicios de salud existentes en sus lugares de destino es muy limitada, al igual que aquellas referidas a condiciones sanitarias. Algunas agencias de viaje a turismo ofrecen información limitada en este sentido , de origen incierto y utilidad relativa. En la región del Caribe muchos hoteles tienen médicos visitantes que pueden brindar atención primaria en afecciones comunes, sin embargo, la atención a dolencias de mayor importancia que requieran de atención secundaria o terciaria no siempre cuenta con los recursos humanos y tecnológicos que garanticen la seguridad del turista y en otras las disponibilidades de dichos recursos compiten con aquellos

necesarios o destinados a la atención de la población local.

A partir de la década de los 80 se desarrolló la emporiatría como una nueva rama de la medicina y de la salud pública que se ocupa de la salud de los viajeros. Además de la profundización de los aspectos clínicos y epidemiológicos que genera la actividad turística, esta especialidad ayudará al desarrollo de políticas y programas tendientes a la protección de la salud de los viajeros.

3. TURISMO DE SALUD.

Ya hemos mencionado los antecedentes de esta actividad desde hace más de tres siglos relacionados con la búsqueda de la restauración de la salud o su conservación en balnearios o playas, cuyas aguas, se afirma, poseen propiedades terapéuticas. En alguna medida, modernamente se desarrollan tendencias favorecedoras de este tipo de turismo, asociado o no a la medicina tradicional o alternativa.

Tradicionalmente el turismo por razones de salud o turismo terapéutico estuvo relacionado con el turismo de esparcimiento, combinándose el viaje de placer con la atención de problemas de salud. Generalmente se vínculo a capas sociales de alta capacidad económica y el flujo de turistas era de países subdesarrollados hacía los países desarrollados, o entre países desarrollados entre sí.

Aunque esta tendencia persiste, (se calcula que el 2% de los visitantes a los Estados Unidos de América lo hacen por motivo de salud) el encarecimiento de los costos de atención médica en los países desarrollados, coincidentes con el desarrollo de los servicios de salud de algunos países subdesarrollados a un costo menor, hace que esta tendencia tradicional tienda a su inversión; algunos países de la región como México, Costa Rica, Colombia, Brasil, Uruguay y Argentina incursionan en esta actividad. Cuba ha desarrollado este tipo de turismo ofreciendo servicios médicos a pacientes de América Latina y del Caribe y en menor medida de Europa y América del Norte al ofrecer algunos tratamientos novedosos y eficaces en algunas patologías y en general a costos inferiores al de los países de origen de los pacientes. Durante los últimos años, la extensión del turismo de salud de los países de origen subdesarrollados ha permitido a sectores relativamente modestos económicamente acceder a tratamientos que requieren de tecnología de punta y cuyos costos son inaccesibles para ellos en países desarrollados.

Otra modalidad de turismo de salud es el que se produce como resultado de la colaboración entre países con o sin la participación de organismos internacionales. El intercambio de

pacientes, muestras médicas para ser procesadas, así como la formación y desarrollo de recursos humanos, constituyen aspectos cada vez más importantes de esta actividad.

El flujo de profesionales de salud, en particular médicos de los países subdesarrollados de América Latina hacía los Estados Unidos de América, fue práctica habitual hasta hace pocas décadas. Aunque esta tendencia ha disminuido, aún persiste en el caso de las enfermeras y personal paramédico.

Estudios realizados por la OPS/OMS en varios países de la región, demuestran la concientización en los sectores públicos y privados sobre la necesidad de desarrollar las ofertas de turismo de salud mediante estrategias y planes de acción que permitan acceder al mercado internacional.

Restricciones existentes en las legislaciones nacionales, la falta de estadísticas confiables sobre la actividad, las limitaciones de posibilidades de participación del sector público al restringir el uso de recursos destinados a la población, la falta de recursos financieros para la modernización de tecnologías y la falta de financiamiento del sector privado, son algunos de los factores restrictivos que influyen en el desarrollo de esta actividad.

4. SALUD Y TURISMO Y LA COLABORACION DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS).

La salud no es sólo un indicador del desarrollo humano, sino también un recursos para incentivar el crecimiento económico y por ende el desarrollo. La salud tiene una importante función que debe estrechar sus relaciones con otros sectores. En este contexto de la colaboración intersectorial y la promoción del concepto de que el sector salud es un sector del desarrollo, es que la OPS/OMS decidió explorar el tema “Salud y Turismo”.

El sector turismo cada vez cobra más importancia para la supervivencia y el crecimiento económico de los países de América Latina y el Caribe, por lo que el tema de salud y turismo en el contexto de salud en el desarrollo constituye una de las orientaciones estratégicas para la OPS/OMS en el período 1991-1994.

En base al Documento CD36/20 presentado a la XXXVI reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS por mandato de la Resolución XX, aprobada en dicha Reunión, queda la OPS encargada de estimular el interés y promover actividades en el área de Salud y Turismo en los niveles regionales, subregionales y de país de la cooperación técnica.

Los campos programáticos principales de la cooperación técnica que inciden en el turismo son:

4.1 Salud ambiental.

Actividades relacionadas con el abastecimiento y calidad del agua y eliminación de desechos sólidos y líquidos. Saneamiento, prevención y control de contaminación ambiental y salud ocupacional.

4.2 Protección alimentaria.

Reducción de la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades transmitidas por alimentos, manejo y conservación de alimentos.

- Creación de programas integrados de protección alimentaria.

- Desarrollo y fortalecimiento de servicios de laboratorios locales capaces de detectar la contaminación microbiológica y química de los alimentos.

- Desarrollo de programas locales para la vigilancia y control de enfermedades transmitidas por alimentos.

- Desarrollo y fortalecimiento de servicios de inspección en todas las fases de la cadena alimentaria. Análisis de peligros de puntos de control críticos.

- Promoción de la protección del consumidor mediante la educación y participación comunitaria; productores, proveedores, vendedores y consumidores de alimentos.

4.3 Desarrollo de Servicios de Salud.

Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, responsables de los servicios de salud en zonas turísticas.

4.4 Promoción de Salud.

Desarrollo de programas de promoción de salud dirigidos a turistas y a la población anfitriona.

4.5 Situación de la Salud y Evaluación de Tendencias.

Fortalecimiento de los sistemas nacionales de información sobre salud y particularmente el desarrollo de estos sistemas a nivel

local a fin de brindar datos valiosos sobre las condiciones de salud en zonas turísticas y permitir el análisis del impacto del turismo en la salud local. Los sistemas de vigilancia epidemiológica permitirá a los países identificar brotes de enfermedades que puedan ser importantes para el flujo de turistas.

5. LINEAS DE ACCION DE LA OPS.

Con el objetivo de materializar la cooperación técnica a los países de la región, la OPS/OMS se ha propuesto las siguientes líneas de acción.

5.1 Movilización de Recursos.

La OPS/OMS procurará estimular una vigorosa colaboración interministerial en salud y turismo a nivel de los países. Una manera de hacerlo podría ser proporcionando al Ministerio de Salud la información y documentación que fortalezca su posición frente a otros sectores. También continuará estimulando reuniones nacionales e internacionales involucrando a los sectores públicos de salud y turismo, recursos institucionales como universidades, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias y a entidades del sector privado, como agencias de viaje y hotelería, para que vean la relevancia e importancia que la salud y el turismo tienen, así como su estrecha interrelación.

La OPS/OMS podrá colaborar en la creación de proyectos destinados a ayudar a los Ministerios de Salud a movilizar recursos financieros tanto a nivel nacional como internacional para estudiar aspectos relacionados con salud y turismo, ya que ningún país, o muy pocos, tienen recursos asignados específicamente al turismo en sus Ministerios de Salud.

5.2 Divulgación de la información.

La OPS/OMS podría ayudar a los Gobiernos a establecer mecanismos para que, mediante las agencias de viajes y turismo, puedan proporcionar información valedera y confiable a los turistas en relación con la situación de salud del país, los riesgos que puedan correr y las precauciones que deben tomar. Al mismo tiempo, las agencias de viaje y turismo podrían ser instrumentos que colaboren a la promoción de la salud.

La OPS/OMS podría asimismo fortalecer los sistemas de información sobre salud en general, incluyendo información sobre el turismo, y continuar colaborando con los países en montar sus sistemas de vigilancia epidemiológica a fin de poder identificar las enfermedades de los turistas y, lo que es más importante, que se

podría empezar a promover a nivel local la información sobre protección, manejo e inspección de los alimentos.

5.3 Formulación de políticas y planes.

Apoyar a los países para que consideren la salud y el turismo dentro del contexto del desarrollo humano. Una de las acciones que OPS/OMS puede tomar para ayudar a los Gobiernos en est sentido, es promover la inclusión de la salud en las normas y planes del sector turismo, y viceversa, así como motivar la interacción en otros sectores con el fin de favorecer al desarrollo de la población.

El turismo es en realidad regulado por entidades independientes y por lo tanto pocos países han incorporado la salud en sus documentos sobre normas y políticas. Le dan atención al ambiente físico, pero no necesariamente desde el punto de vista de la salud. La OPS/OMS podría colaborar en preparar manuales aplicables a las agencias de salud y otras agencias reguladoras que tomen parte de la planificación y regulación de las instalaciones de salud ambiental en áreas turísticas, ya que es algo necesario e importante para la población local y los turistas. Estos manuales podrían referirse a asuntos tales como normas para la eliminación de desechos sólidos y líquidos, así como a la calidad del agua.

5.4 Capacitación.

Apoyar a los países a fomentar la capacitación en aspectos de salud, de personas involucradas en la industria del turismo. Asimismo, la OPS/OMS podría promover y despertar el interés en introducir el tema del turismo y su importancia para la salud en algunas de sus propias actividades de capacitación.

5.5 Investigación.

Apoyar investigaciones relacionadas con la salud y turismo.

6. TURISMO Y SALUD EN CUBA.

6.1 Contexto político-económico.

Para conocer el marco en que se desarrolla actualmente el binomio turismo/salud en Cuba es indispensable su inserción dentro del contexto político-económico nacional, y su impacto en la implementación de las políticas de desarrollo actual.

En 1990 se produce la desaparición abrupta del campo socialista,

constituido por los países de Europa del Este y la Unión Soviética. Como consecuencia, el sistema de relaciones económicas existentes hasta ese momento con el Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), desapareció, dando lugar a un proceso de readecuación económica nacional externa e interna conocido como “período especial” en tiempo de paz.

Hasta 1989 se concentraron en el mercado del desaparecido CAME el 63% de las exportaciones de azúcar, el 79% del níquel, el 95% del cítrico, y el 100% de la incipiente industria electrónica. Hasta esa época, el desarrollo de la industria turísticamente al mercado nacional y hacía un sistema de intercambio de turistas entre estuvo dirigido fundamentalmente al mercado nacional y hacia un sistema de intercambio de turistas entre Cuba y el CAME que facilitaría el flujo de turistas en ambas direcciones mediante convenios entre los países participantes. La influencia en la economía nacional de la industria turística con visitantes procedentes de otras regiones del mundo, era aún incipiente.

Las importaciones del mercado del CAME representaban para Cuba el 63% de los alimentos, el 86% de la materia prima, el 98% del combustible y el 80% de maquinarias y equipos. Las importaciones de materia prima de la naciente industria farmacéutica dependían en gran medida de este sistema de relaciones económicas.

La capacidad de importación del país decreció de US$8100 millones en 1989 a unos 2200 millones en 1992 y 1700 millones en 1993, lo que significó la necesidad de realizar bruscos ajustes económicos que permitieran la subsistencia del país con el 20% de sus importaciones.

La industria energética nacional, de la cual depende en gran medida, la actividad económica nacional, contó con 13.4 millones de toneladas de petróleo en 1989, decreciendo a 6.1 millones en 1992 y menos de 6 millones 1993.

Por otro lado, Cuba ha estado sometida a un bloqueo comercial y financiero por parte de los Estados Unidos de Norteamérica desde 1961 arreciado en 1992 con la aprobación de la Ley Torricelli, la cual amplía el bloqueo al prohibir que empresas subsidiarias estadounidenses radicadas en terceros países comercien con Cuba en cualquier área de la actividad económica. Esto incluye la posibilidad de adquirir alimentos y medicamentos, lo que encarece aún más su obtención en mercados que por su lejanía incrementan los costos de flete y transportación. Si bien el bloqueo económico de los estados Unidos contra Cuba influyó negativamente desde sus inicios en la década del 60, la existencia del campo socialista con el cual se realizaba el 85% aproximadamente del

intercambio comercial hacía menos evidente su influencia perniciosa. A partir de 1990, en que Cuba tienen que insertarse dentro del sistema de relaciones mercantiles y financieras del mercado capitalista mundial, las consecuencias negativas del bloqueo en cualquier sector de la actividad económica se hacen más evidentes. La política de bloqueo de los Estados Unidos contra Cuba ha sido condenada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en sus sesiones de los años 1992, 1993 y 1994.

Ante esta situación coyuntural e interpretando las realidades del mundo actual, el gobierno ha definido sus políticas externas e interna de forma tal que permita al país resistir y subsistir ante los cambios bruscos a que se ha visto sometido, salir progresivamente del “período especial” y continuar su desarrollo. Uno de los principios que sustentan esas políticas es la inviolabilidad de las conquistas sociales logradas a partir de 1959 en el campo de la educación, la salud, el deporte y la seguridad social, entre otras.

En la política interna se han producido cambios sustanciales encaminados a la estimulación de la producción y dinamización de los procesos productivos. Entre las medidas ya tomadas se encuentran la despenalización de la tenencia de divisas, el trabajo por cuenta propia, la entrega de tierras estatales a la producción cooperativa que alcanza la cifra de 2 millones 600 mil hectáreas, la creación de mercados para la comercialización de la producción agropecuaria e industrial sobre la base de la libre concurrencia y las reglas de la oferta y la demanda; se revisa la legislación laboral y salarial a la luz de la situación actual, se promulgó una nueva ley tributaria, medidas de precios y eliminación de gratuidades. Se simplifica el aparato central del Estado con más facultad para las empresas y facultades para la administración de la producción y el acceso directo al comercio exterior y otras medidas encaminadas al saneamiento de las finanzas internas y la disminución del exceso de circulante calculado en 10 millones de pesos aproximadamente.

En política exterior se ha producido una apertura a la inversión de capital extranjero para lo cual fue necesario modificar aspectos de la Constitución de la República y está en proceso de elaboración una nueva ley para la inversión extranjera que facilite aún más este proceso.

En 1994 el país mantiene vínculos comerciales con más de 3 000 mil firmas de 98 países. En Cuba radican alrededor de 400 firmas comerciales, representaciones financieras, almacenes en consignación, almacenes en régimen de depósitos aduanales y otras

modalidades.

Actualmente existen 165 asociaciones con la participación de capitales provenientes de 38 países que operan en 26 ramas de la economía. Se han firmado acuerdos importantes que prevén la creación de empresas mixtas en los servicios de telecomunicaciones, procesamiento del níquel y refinación de petróleo.

El 30% de las asociaciones constituidas se encuentra en el sector de la minería y un grupo importante de ellos en la esfera del petróleo. Otras asociaciones existen en las ramas de textiles, cueros, perfumería, artículos de aseo personal, ron, jugo de frutas, cervezas y otros. En el sector agropecuario se han firmado 5 asociaciones, básicamente en la rama citrícola, producción y comercialización del tabaco.

En el turismo se encuentran operando 27 asociaciones y 37 contratos de administración hotelera. Para fines de 1994 el número de turistas debe sobrepasar los 700 000 y en 1995 debe llegar al millón; los ingresos por concepto de esta actividad en 1994 deben duplicar los de hacen 3 años; 37 líneas aéreas vuelan en Cuba y continúa su crecimiento y capacidades. La rama del turismo constituye una de las de más rápido desarrolla y ha sido identificada como prioritaria para la recuperación económica del país además del producto agregado a la industria para el turismo.

De la importancia que tiene el turismo dentro de los planes de desarrollo se deriva el interés de profundizar en los aspectos concernientes a turismo y salud, pues este último es uno de los sectores en que Cuba puede mostrar logros relevantes.

Las inversiones que comenzaron por el sector turismo se extienden hoy a múltiples ramas de la economía y no se excluyen las posibilidades de inversión extranjera en sector alguno de la producción o los servicios, con la excepción de la educación y la salud.

En el primer semestre de 1994 las exportaciones cubanas mostraron un discreto aumento del 3,5% en relación con 1993 por efecto de los precios del mercado y del crecimiento en algunos productos y ramas de la economía.

7. CARACTERIZACION DE LA INDUSTRIA TURISTICA EN CUBA.

7.1 Datos generales.

La República de Cuba es un archipiélago compuesto por la isla de

Cuba que es la mayor del Caribe, la Isla de la Juventud y alrededor de 4195 isletas y cayos. Ocupa un área de 110 992 km^2.

Cuba está situada en el Mar Caribe, a la entrada del Golfo de México. Esta privilegiada ubicación geográfica la hace accesible en poco tiempo desde cualquier parte del continente americano, y sólo a una hora desde Europa.

El clima es subtropical, caracterizado por dos estaciones de humedad y la seca. La temperatura promedio es de 25° C, la presión atmosférica promedio es de 15 Tr y la humedad relativa promedio del 60%. Las precipitaciones promedio oscilan desde 46 mm/mes en febrero y marzo hasta 173 en octubre.

La población actual es de 11 millones de habitantes aproximadamente, de los cuales 2.5 millones residen en la capital. El idioma oficial es el español.

El país está dividido en 14 provincias, de oeste a este Pinar del Río, La Habana, Ciudad de La Habana (la capital), Matanzas, Cienfuegos, Villa Clara, Sancti Spiritus, Ciego de Avila, Camagüey, Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo. La Isla de la Juventud constituye un municipio especial.

7.2 Transporte y comunicaciones.

a) Transporte aéreo.

El país cuenta con tres aerolíneas. La principal Cubana de Aviación, tiene vuelos regulares a Berlín, Bruselas, Buenos Aires, Ciudad de Panamá, Ciudad de México, Kingston, Madrid, Mérida, Montreal, Toronto, Moscú y París; vuelos ocasionales a Bridgetown, Georgetown, Lima, Luanda, Managua, Maputo, Praga y Puerto España y también realiza vuelos charters a Canadá, Alemania, Italia, España, México, El Caribe y otros países.

Dentro de Cuba, vuela desde La Habana hasta Baracoa, Santiago de Cuba, Bayamo, Manzanillo, Holguín, Las Tunas, Camaguey, Cienfuegos, Isla de la Juventud, Ciego de Avila, Cayo Largo y otras ciudades.

Aerocaribbean hace vuelos charters de pasajeros y carga, nacionales e internacionales hacía Canadá, México, América del Sur, Central y el Caribe.

Aerogaviota hace vuelos charters en asociación con Cubana de Aviación hacia cualquier parte de la isla y hacia América Central y el Caribe. Ofrece además vuelos especiales en helicópteros.

Hacia el país vuelas diversas aerolíneas internacionales, entre ellas Canada-Transat y Royal Air Canadá (Canadá), Aeroflot (Rusia), Iberia (Europa) y EspainAir (España). Mexicana de Aviación, Aeroméxico, TAESA y Aerocancún (México), Viasa y Aeropostal (Venezuela). ALM (Curazao), LACSA (Costa Rica), Ladeco (Chile), TAAG (Angola), MartinAir (Holanda), LTU y Cóndor (Alemania), AOM (Francia), LandaAir Europe (Italia).

Existen aeropuertos con pistas preparadas para naves de gran porte en La Habana, Santiago de Cuba, Camagüey, Holguín, Varadero, Ciego de Avila, y Cayo Largo; adicionalmente en todas las provincias para el tráfico doméstico y con capacidad para recibir naves de hasta mediano porte de los cuáles se desarrolla una red de rutas regulares de Cubana de Aviación al servicio del turismo, que enlaza a La Habana y Varadero con los principales destinos turísticos del país.

b) Transporte marítimo.

Los puertos de La Habana, Cienfuegos y Santiago de Cuba son idóneos para el Turismo de Cruceros. La Marina Hemingway (La Habana), La Marina ACQUA (Varadero), así como Cayo Largo tienen excelentes condiciones para embarcaciones pequeñas.

c) Transporte terrestre.

El país posee una amplia red de carreteras y caminos actualmente en expansión, con una densidad vial de 0.428 Km(Km2 y que vincula todos los principales puntos e incluye acceso a los cayos del norte de Ciego de Avila y Camagüey. El Código de Tránsito Internacional está vigente en el país. Los vehículos son conducidos por la senda derecha. Existen servicios de taxi y de alquiler de autos con y sin chofer (se exige licencia de conducción del país de origen).

7.3 Regulaciones de viaje.

Se requiere la presentación de pasaporte y de tarjeta de turista, la cual puede reemplazar la visa y se vende en agencias de viaje, oficinas diplomáticas de Cuba en el exterior y en puertos y aeropuertos cubanos. Los pasajeros en tránsito pueden permanecer en el país por 72 horas sin necesidad de visado. Los hombres de negocios y periodistas pueden solicitar visados especiales en las oficinas diplomáticas de Cuba en el exterior. Los turistas que viajan en Cruceros privados deben portar tarjetas de turista y pasaporte u otros documentos de viajes similares. Las coordinaciones al respecto deben hacerse como mínimo con 72 horas

de arribo. Los vuelos ejecutivos o privados deben ajustarse a las regulaciones aeronáuticas en vigor. Los turistas deben contactar con el buró de turismo de su hotel para solicitar cambios en su clasificación turística o extensión del período de estancia.

Los visitantes pueden traer objetos personales libres de impuestos. Otros objetos pueden importarse temporalmente sin impuestos. Se prohibe la importación de armas de fuego, drogas, dinero cubano, medicinas (excepto para uso personal) y pornografía.

Se aceptan las principales monedas internacionales, así como cheques de viajeros y las tarjetas de crédito Access, Banamex, Bancomer, Carnet, Mastercard, Eurocard, J.C.B. y Visa, excepto los emitidos por Bancos Norteamericanos.

Los visitantes sólo deben pagar un impuesto mínimo de arribo.

7.4 Turismo internacional.

La industria del turismo internacional comenzó a desarrollarse en Cuba en la primera mitad de este siglo, cuando los visitantes de los Estados Unidos descubrieron el agradable clima del país, sus atractivas playas, verdes campos y hospitalarios habitantes. Casi el 90% de turistas que visitaban el país eran estadounidenses. Luego desde 1961 Estados Unidos impuso un bloqueo comercial a Cuba que cada vez en mayor medida ha impedido la entrada de turistas de ese país.

Hasta 1985 la mayor parte del turismo internacional que visitaba a Cuba provenía de los países del bloque socialista, pero ya desde 1974 comenzó a afluir turismo proveniente de otros países en cantidades cada vez mayores, siendo en la actualidad los principales emisores Canadá, Alemania, México, España e Italia.

La comparación entre el número de visitantes de turismo internacional en el mundo, con el Caribe y Cuba en específico, desde 1985 a 1990 y de 1991 a 1993 se ofrece a continuación:

AÑO	MUNDO		CARIBE		CUBA	
	MILLONES	% CAMBIO	MILLONES	% CAMBIO	MILLONES	% CAMBIO
1985	326.4		8.0		240.5	
1986	334.0	2.3	8.5	6.0	281.9	17.2
1987	360.0	7.8	9.6	12.9	293.4	4.1
1988	392.0	8.9	10.4	8.3	309.2	5.4
1989	405.0	3.3	11.2	7.6	326.3	5.5
1990	455.0	12.3	11.4	1.8	340.3	4.3
CAMBIO PROMEDIO		6.9		7.3		7.3
1991	449.0	1.3	11.3	0.9	424.0	24.6
1992	484.0	7.8	11.6	2.6	460.6	8.6
1993	500.0	3.4	12.5	7.8	546.0	18.5
CAMBIO PROMEDIO		3.3		3.2		17.2

Mientras que en el primer período la tasa de crecimiento promedio anual de Cuba fue equivalente a la del Caribe y sólo ligeramente superior a la del total mundial, para el período 1991-1993 se observa que mientras en el mundo y en el Caribe dicho indicador decreció, en Cuba esta tasa promedio de crecimiento fue más que el doble de la del quinquenio anterior, consolidándose como un destino turístico que aspira a ocupar el primer lugar en el Caribe.

El potencial natural del país, representado por sus más de 7000 km. de costas, más de 300 playas en la isla y cayos, muchas de ellas en estado prácticamente virgen, las condiciones del clima, las posibilidades de los fondos marino, estratégica posición geográfica, el nivel educacional y el carácter hospitalario de la población, debe coadyuvar al aumento en la captación de visitantes en los próximos años.

Para el esperado incremento en el número de visitantes y en los ingresos por turista, se prevé tanto aumentar el aprovechamiento de las capacidades existentes como la creación de nuevas instalaciones y servicios. El programa inversionista hasta el 2000 prevé la construcción de 27 000 nuevas habitaciones por un costo aproximado de 2400 millones de dólares.

Se mantiene en constante crecimiento el proceso de entrenamiento y capacitación del personal empleado en la industria. En el país

existen varios centros de enseñanza, tanto para personal técnico y profesional como de servicios, cuyos alumnos y graduados realizan prácticas en las instalaciones en explotación.

Aunque el turismo de grupo es la forma más usual en Cuba, con más de 150 turoperadores en 30 países que venden destino, desde 1987 ha habido un marcado aumento en el número de viajeros individuales a Cuba propiciado por el clima de seguridad que disfruta el turista y el desarrollo de la infraestructura de servicios que le facilita su estancia. Otro sector importante ha sido el turismo de conferencias, convenciones y exposiciones, centrado en su mayor parte en torno a las instalaciones que al efecto se han construido en el país, especialmente el Palacio de las Convenciones y el Centro Internacional de Conferencias y Exposiciones, ambos en la capital.

Otras modalidades de turismo especializado, de grupo o individual, se desarrollan en el país, algunas con importantes posibilidades de crecimiento, tales como: el turismo deportivo, incluyendo las actividades de pesca subacuática; turismo científico; turismo obrero y estudiantil; turismo de la tercera edad; la balnearioterapia y el turismo de salud.

El Ministerio de Turismo es el encargado de elaborar y dirigir la política de desarrollo del turismo en el país y regula y fiscaliza la actividad turística en el mismo. La actividad turística en sí se lleva a cabo por las corporaciones CUBANACAN, GAVIOTA, GRAN CARIBE, HORIZONTES, ISLAZUL, PUERTO SOL, CUBAMAR, CUBATUR Y HAVANATUR, las cuales operan instalaciones tanto propias como bajo régimen de empresa mixta con entidades extranjeras.

La participación extranjera en la industria turística cubana se ha manifestado tanto en la creación de empresas mixtas que constituyen y operan instalaciones, como en la administración de hoteles de propiedad cubana.

Las siguientes tablas ofrecen una panorámica de los principales resultados del turismo internacional desde 1990 hasta 1993, así como una proyección para 1995, así como una proyección para 1995 y 2000.

Indicadores seleccionados del turismo

	REAL				PROYECCION	
	1990	1991	1992	1993	1995	2000
Visitantes recibidos (mil)	340.3	424.0	460.6	546.0	850.0	2551.0
- América del Norte	81.8	92.3	120.3	151.1	297.0	981.6
- América Latina	82.0	115.0	105.8	136.9	218.6	422.7
- Europa Occidental	143.4	171.2	200.7	234.5	299.4	1051.7
- Europa del Este	25.4	25.6	17.7	11.6	15.0	40.0
- Asia, Africa, Oceanía	7.7	19.9	16.1	11.9	20.0	55.0
Estancia promedio (días)	8.7	8.7	9.1	9.5	8.8	7.6
Turista-día (mil)	2949.7	3678.9	4181.1	5168.1	7497.6	19504.4
Ingreso total (mmUSD)	243.4	387.4	567.0	720.0	1100.0	3120.,7
USD/turista-día	82.52	105.3	135.61	139.32	146.71	1600
Habitaciones (una)	12866	16638	18662	22561	29815	49556
1. La Habana	4197	4936	6624	7055	9330	12330
2. Varadero	4145	5614	5622	6534	9255	16755
3. Sancti Spiritus	432	669	632	685	873	1373
4. S. Lucía (Camagüey)	449	739	739	1018	1509	2509
5. Holguín	816	1079	1043	377	1886	2886
6. Santiago de Cuba	868	1455	1505	2117	2148	2489
7. Cayo Largo	264	308	308	466	722	1472
8. Ciego de Avila	-	-	-	766	958	5758
9. Otros	1695	1838	2189	2583	3134	3984
Turistas-día/Hab. (uno)	229.3	221.1	224.0	229.1	251.5	393.6
Crecimiento (%)						
Visitante recibido	100.0	124.6	135.4	160.4	249.8	749.6
Estancia promedio	100.0	100.1	104.7	109.2	101.8	88.2
Turistas-día	100.0	124.7	141.7	175.2	254.2	661.2
Ingreso total	100.0	159.2	232.9	295.8	451.9	1282.1
Ingreso/turista-día	100.0	127.6	164.3	168.8	177.8	193.9
Número de habitaciones	100.0	129.3	145.0	175.4	231.7	385.2

POLO TURISTICO	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *	TOTAL
Habitaciones	367	2781	10479	6364	2570	22561
Ciudad de La Habana	137	841	2936	2665	476	7055
Varadero	20	516	2577	2092	1329	6534
Sancti Spiritus		110	575			685
Santa Lucía (Camagüey)	71	35	558	354		1018
Holguín	36	186	552	563		1337
Santiago de Cuba	13	282	1315	200	307	2117
Cayo Largo			325	141		466
Ciego de Avila		144	164		458	766
Otros	90	667	1477	349		2583
Pinar del Río	78	151	289			518
Ciénaga de Zapata		288	50			338
Villa Clara		60	355			415
Cienfuegos		12	413	145		570
Camagüey			216			216
Granma	12	156	154	204		526
Hoteles	12	31	79	29	6	157
Ciudad de La Habana	3	9	16	13	1	42
Varadero	1	4	13	7	3	28
Sancti Spiritus		2	4			6
Santa Lucía (Camagüey)	2	1	2	2		7
Holguín	1	2	5	3		11
Santiago de Cuba	1	2	15	1		20
Cayo Largo			5	1	1	6
Ciego de Avila		1	2			4
Otros	4	10	17	2	1	33
Pinar del Río	3	2	7			12
Ciénaga de Zapata		2	1			3
Villa Clara		3	3			6
Cienfuegos		1	2	1		4
Camagüey			2			2
Granma	1	2	2	1		6

8. CARACTERIZACION DEL SECTOR SALUD EN CUBA.

El sistema de salud en Cuba se sustenta en el principio de que la salud es un derecho del pueblo y una responsabilidad del Estado, constituye uno de las conquistas sociales de mayor relevancia lograda a partir de 1959. La atención a la salud es gratuita para los ciudadanos cubanos y para los extranjeros con residencia permanente en el país; es accesible a toda la población. El órgano rector es el Ministerio de Salud Pública cuyas funciones son esencialmente normativas, de coordinación y control.

El sistema de salud es único y descentralizado y se basa en una estructura de tres niveles de atención.

Las unidades del sistema, del primer y segundo nivel de atención, dependen de los órganos de gobierno locales, municipales o provinciales. La mayoría de las instituciones del 3er. nivel de atención dependen del Ministerio de Salud Pública aunque existen servicios del 3er. nivel de atención en unidades del 2do. nivel de subordinación provincial.

El primer nivel de atención lo constituyen los policlínicos de las áreas de salud y los consultorios del médico y la enfermera de la familia. Estas unidades están en contacto directo con un sector definido de población de 30 000 habitantes aproximadamente y cada médico y enfermera de la familia cubre permanentemente una población entre 600 y 800 habitantes o menos en el caso de los consultorios rurales. El médico y enfermera de la familia se responsabilizan principalmente con las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como con la atención integral y dispensarizada del núcleo de población a ellos asignado. El policlínico cuenta con recursos diagnósticos, terapéuticos y de interconsultas especializadas ambulatorias del 2do. nivel de atención en un grupo importante de especialidades, de acuerdo con las patologías cuya morbilidad y prevalencia lo justifiquen.

Existe un sistema de referencia y contra-referencia entre el 1er. y 2do. nivel de atención. En zonas rurales, los hospitales brindan atención materno infantil, medicina interna, cirugía menor y estomatológica y pueden considerarse como unidades del primer nivel de atención para un territorio dado.

El programa del médico de familia se estableció en 1984; actualmente prestan sus servicios 22 021 médicos en esta modalidad de atención para una cobertura del 90,1% de la totalidad de la población.

Los hospitales constituyen las unidades del 2do. nivel de atención. Predominantemente los hospitales se estructuran para la atención clínico-quirúrgica de los adultos, clínico-quirúrgica pediátrica y ginecoobstétrica. La mayoría de los hospitales de nueva creación brindan atención integral en los tres aspectos anteriormente descritos. Existen además hospitales especializados en Oncología, Rehabilitación, Ortopedia y Psiquiatría fundamentalmente.

Unidades por tipo (*)
(1993)

- Hospitales 277
- Institutos de investigación 11
- Policlínicos 427
- Clínicas Estomatológicas 166
- Puestos médicos 169
- Balnearios 3
- Hogares Maternos 176
- Bancos de Sangre 25
- Hogares de ancianos 174
- Hogares de impedidos 25

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP.
(*) Provisional.

El 3er. nivel de atención lo constituyen los institutos de investigación que brindan además atención médica en casos complejos y algunos hospitales de subordinación central como el Hospital Clínico-Quirúrgico de adultos "Hermanos Ameijeiras" que es el Centro de Referencia Nacional de las especialidades principales y Centro de Referencia y Control de Calidad de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica entre otras.

Existen además servicios y unidades dedicadas a la asistencia social tales como hogares de ancianos, impedidos físicos, hogares maternos y otros servicios afines.

Camas de Asistencia Médica y Social (*)
1993

	TOTAL	CAMAS x 1000
Asistencia médica	65 640	6.0
Asistencia social	14 201	1.3
TOTAL	79 841	7.3

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas.
(*) Provisional.

La formación y desarrollo de recursos humanos en salud dependen del Ministerio de Salud Pública bajo las orientaciones metodológicas del Ministerio de Educación Superior para las especialidades universitarias y del Ministerio de Educación para las especialidades técnicas. Existen en el país 23 facultades de medicina y 4 facultades de estomatología; 49 institutos politécnicos de la salud se ocupan de la formación de las enfermeras y técnicos de la salud.

Matrícula inicial definitiva.

Curso 93/94

Técnicos medios total:	10 910
De ellos enfermería:	5 864
Universitarios:	
Medicina:	4 781
Estomatología:	2 148
Licenciados en enfermería:	13 555
Tecnología de la salud:	356

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP.

La higiene y epidemiología está igualmente estructurada desde el nivel normativo central hasta los centros provinciales y municipales. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica cubre la totalidad del territorio nacional.

Posiblemente el recurso más preciado con que cuenta el Sistema Nacional de Salud es su recurso humano, del cual depende en gran medida los logros de la salud pública cubana. En 1959 ejercían su profesión 6 000 médicos de los cuales abandonaron el país el 50%; los estomatólogos constituían un grupo reducido de profesionales, las enfermeras graduadas eran escasas y los técnicos de la salud carecían de una formación académica. En 1993 laboraron en las unidades del sistema nacional de salud 185 981 profesionales y técnicos de esas categorías. La relación médico por habitante en 1993 era de 1 x 214 calculada sobre una población estimada de 11 millones de habitantes aproximadamente.

Trabajadores del Sistema Nacional de Salud (*).
1993

	No.	TRABAJADORES X 10 MIL HABITANTES
Personal de enfermería	72 786	66.6
Técnicos medios	53 619	49.1
Médicos	51 045	46.7
Estomatólogos	8 531	7.8
Habitantes x médicos	214	-
Habitantes x estomatólogos	1 280	-

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP.
(*) Provisional.

El presupuesto dedicado a la salud pública constituye una parte importante del presupuesto nacional. El gasto en salario ha mantenido su tendencia creciente durante los últimos años dada la prioridad de la política de formación de recursos humanos.

Los gastos totales también mantienen su tendencia a elevarse progresivamente. En el capítulo de otros gastos donde se incluyen los referentes a insumos, refracciones y medicamentos se observa que estos han oscilado durante los últimos años, dadas las restricciones económicas existentes; no obstante en 1993 se realizó un esfuerzo extraordinario y este capítulo alcanzó la cifra más alta del quinquenio.

Gastos del Sistema Nacional de Salud (*).

AÑO	TOTAL	SALARIOS	OTROS GASTOS
1989	1 016 028.8	580 083.0	435 945.8
1990	1 045 094.1	612 315.6	432 778.5
1991	1 038 484.5	644 828.1	403 656.4
1992	1 038 861.7	652 379.1	386 486.2
1993	1 175 763.8	659 149.3	516 614.5

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP.
(*) UM = M.P.

La producción de medicamentos y la Biotecnología constituyen un sector promisorio en la esfera de la salud. Cuba cuenta con un numeroso grupo de científicos y especialistas calificados, además de profesionales de la industria farmacéutica con la capacidad necesaria para enfrentar una sostenida actividad productiva. Existen más de cien instalaciones dedicadas a la industria farmacéutica respaldadas por una veintena de centros de investigación dedicados a la técnica médica.

El crecimiento de la industria farmacéutica se basa principalmente en el surgimiento de nuevas drogas, asociaciones o alianzas de compuestos conocidos y el descubrimiento de nuevos usos terapéuticos para drogas ya existentes. Entre las nuevas drogas o fármacos producidos se encuentran los siguientes: Vacuna antimeningocóccica tipo B; Ateromizol, más conocido por PPG-5 que es un producto natural aislado de la caña de azúcar con efectos hipocolesterolizantes y efectos secundarios vigorizantes; vacuna antihepatitis B recombinantes; factor de crecimiento epidérmico que es un péptido de 53 aminoácidos que estimula la proliferación celular, el cual se produce mediante la tecnología de ADN recombinante; interferon alfa recombinante; estreptokinasa recombinante que se obtiene por medio de la aplicación de las técnicas de recombinación del ADN y puede ser usado en el infarto agudo del miocardio, trombosis profundas y embolias pulmonares; anticuerpos monoclonales destinados al tratamiento y profilaxis de la crisis de rechazo en el transplante renal.

Un papel importantes en la salud lo constituyen los métodos preventivos de diagnóstico; se han desarrollado técnicas de diagnóstico basadas en el principio inmunoenzimático, en la versión microanalítica y en otros métodos de inmunoanálisis. La producción y comercialización de medicamentos genéricos y la producción de novedosos y tradicionales equipos médicos constituye otra vertiente de desarrollo de la industria vinculada a la salud.

8. SALUD Y SEGURIDAD DEL TURISTA Y DE LA POBLACION. PROTECCION DEL MEDIO AMBIENTE.

Variadas pueden ser las preocupaciones del visitante al momento de escoger su destino turístico: la salud de la población receptora, las endemias y epidemias de enfermedades transmisibles; la calidad del agua y de las playas, la higiene en la manipulación de los alimentos; la contaminación atmosférica; su seguridad personal y de los viales, así como la accesibilidad a servicios médicos confiables, parecen ser las de mayor trascendencia.

A pesar del rápido desarrollo de la industria turística cubana, se han tenido en cuenta esos y otros factores, así como las necesidades de garantizar no sólo la preservación de la salud del visitante, sino también un turismo sano y saludable que permita mantener la elevación permanente del nivel de salud alcanzado por la población.

Los turistas de países desarrollados encuentran una estructura de mortalidad general semejante a la de sus países de origen, y aquellos que lo hagan de países subdesarrollados estarán en condiciones favorables en comparación con los de sus países de procedencia.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR TODAS LAS EDADES
TASA POR 100 000 HABITANTES (*)
AÑO 1993

CAUSA	No.
Enfermedades del corazón	199.6
Tumores malignos	128.5
Enfermedades cerebrovasculares	68.3
Accidentes	51.0
Influenza y neumonía	40.7
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	30.4
Suicidios y lesiones autoinfligidas	21.5
Diabetes mellitus	20.8
Bronquitis, efisema y asma	10.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	9.5

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP
(*) Provisional

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, MINSAP
(*) Provisional.

La expansión de las instalaciones y facilidades para el turismo no sólo se hace en los polos tradicionales, sino que alcanzan zonas prácticamente vírgenes a lo largo y ancho del archipiélago cubano. Constituye premisa, dentro de los planes de desarrollo, la protección y conservación del medio ambiente, con énfasis en la preservación de los ecosistemas, la fauna y la flora autóctona. La pureza de las aguas de las playas y la ausencia de contaminación atmosférica constituyen una constante en las áreas turísticas.

La incidencia de las enfermedades de declaración obligatoria no

constituyen amenaza para el visitante ni para la población. Las tasas de blenorragia y sífilis se corresponden con las tendencias mundiales, y no existen referencias de estar relacionadas con el incremento de la actividad turística.

INCIDENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. 1993

ENFERMEDAD	TASA x 100 000 HABITANTES (*)
Fiebre tifoidea	2,3
Tubeculosis	7,2
Lepra	2,2
Difteria	-
Tosferina	0,1
Tétanos	0,0
Tétanos infantil	-
Sarampión	0,0
Rabia humana	0,0
Meningitis meningocócica	0,8
Blenorragia	190,3
Sífilis	91,2
Poliomielitis	-
Rubeola	0,0
Parotiditis	0,0

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.
(*) Provisional.

El ritmo acelerado de crecimiento de los visitantes ha incrementado proporcionalmente las relaciones entre los turistas y la población. Se han presentado manifestaciones de conductas indeseables de prostitución no organizada alrededor de algunos polos turísticos. La baja incidencia de enfermos de SIDA y seropositivos en el país constituyen un elemento de tranquilidad del visitante con independencia de que la literatura internacional demuestra la no relación entre turismo y SIDA. La alta escolaridad de la población, su educación sanitaria, la ausencia de drogadicción y en particular las campañas educativas para la prevención de la enfermedad, contribuye su baja prevalencia e incidencia.

SIDA 1ro. De noviembre de 1994.

No. de seropositivos	1 045
No. de enfermos	317
Fallecidos	220

- 17 por causas ajena al SIDA.

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP.

Existe un Sistema de Vigilancia Epidemiológica bien estructurado en el nivel nacional hasta los niveles provinciales y municipales que incluye la atención y vigilancia de las zonas turísticas. Existen reglamentaciones específicas para la importación de alimentos, así como regulaciones para los manipuladores de alimentos que contemplan el examen periódico de salud. El Ministerio de Turismo tiene varias escuelas de capacitación para ese personal. La venta de productos alimenticios por ambulantes no es una práctica frecuente en el país, y por lo tanto, no constituye amenaza a la salud de los turistas.

La Cruz Roja Cubana se encarga de la seguridad de la playas y piscinas, para ello cuenta con dos escuelas de capacitación con una matrícula anual de 60 estudiantes en cada una; una tercera escuela será inaugurada próximamente. La duración de los cursos de capacitación es de un año y los candidatos deben cumplir requisitos preestablecidos físicos, psicológicos y de escolaridad para ser admitidos. En 1994 prestan sus servicios 651 salvavidas en los diferentes polos turísticos del país. Existen algunas limitaciones en cuanto a la cantidad de torretas de observación, señalizaciones y del módulo personal de medios con que trabaja el salvavidas.

Tanto en la costa norte como en la sur y en la Isla de la Juventud, existen centros para la atención a los accidentados en prácticas de buceo tanto laborales como deportivas. Estos centros cuentan con personal especializado, cámaras de descompresión y cámaras hiperbáricas. Cuba pudiera convertirse en el centro de referencia para este tipo de accidente para el área del Caribe dada su posición geográfica y la calidad de los profesionales especializados dedicados a esta especialidad y la tecnología que posee.

La Cruz Roja Cubana dispone de la mayor parte del transporte sanitario con que cuenta el país; esta uniformemente distribuido en el territorio nacional en proporción a la densidad de población y necesidades territoriales. Las unidades asistenciales de mayor complejidad cuentan con sus ambulancias propias, al igual que las unidades que prestan atención al turista. Existen algunas limitaciones en la adquisición de refracciones para esos

vehículos, aunque se ha priorizado la recuperación de las unidades afectadas.

El país cuenta con una extensa red de carreteras que crece con el incremento de los nuevos polos turísticos. La accesibilidad a cualquier región del país es relativamente fácil, sin embargo, el sistema de señalización de viaje en función del turismo es aún insuficiente. Debido a que la mortalidad por accidentes de vehículo de motor ocupa el primer lugar como causa de muerte por accidentes y por ser esta la cuarta causa de mortalidad general, se realizan esfuerzos a fin de mejorar la seguridad de los viales y los sistemas de señalización especialmente en las grandes ciudades, donde se ha incrementado la circulación de bicicletas.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES SEGUN CAUSAS SELECCIONADAS (*)
1993

CAUSA	TASA x 100 000 HABITANTES
Accidentes de vehículos de motor	16.5
Otros accidentes del transporte	3.3
Envenenamiento accidental	1.1
Caídas accidentales	16.5
Accidentes causados por fuego	2.0
Ahogamiento y sumersión accidentales	3.8
Otros accidentes	8.0

El sistema de referencia garantiza que el paciente sea atendido o remitido al centro asistencial especializado según la complejidad de cada caso. El país cuenta con 47 unidades de cuidados intensivos polivalentes para la atención de adultos y 36 unidades de cuidados intensivos pediátricos. Territorialmente y de acuerdo con la extensión territorial y densidad poblacional, existen unidades especializadas para la atención al paciente quemado.

Como cualquier país, Cuba puede sufrir desastres naturales. Por su posición geográfica puede ser azotada por tormentas tropicales y huracanes. A fin de minimizar los daños a los recursos económicos, naturales y en especial daños a las personas, se encuentra organizada la Defensa Civil con un sistema de vigilancia permanente, con planes concretos estructurados por fases en que participan todas las ramas de la economía y la comunidad.

La destreza adquirida por la población en estos menesteres y la autoridad de la Defensa Civil minimizan las consecuencias de este tipo de contingencias y garantizan la seguridad del turista.

La accesibilidad a servicios de salud confiables, constituye una de las preocupaciones principales del turista. La estructura y organización del Sistema Nacional único de Salud garantiza la fácil accesibilidad a los servicios de alta calificación en cualquier región del país. La atención de urgencia puede ser recibida por el turista en cualquiera de las unidades.

En 1994 prestan atención directa y permanente en centros turísticos del país 84 médicos y enfermeras de la familia y otro grupo de especialistas en cantidad no precisada lo hacen en otras facilidades afines.

Los médicos de familia que prestan servicios en instalaciones turísticas se rigen por un documento normativo del Ministerio de Salud Pública que precisa las acciones que en el campo que en el campo de la promoción de salud y prevención de enfermedades debe realizar. También define el tipo de atención médica de urgencia que puede ofrecer y el sistema de referencia a unidades de mayor complejidad cuando el turista lo requiera.

Una de las características del trabajo del médico en los centros turísticos es que además de velar por la salud del turista, debe ocuparse de la salud de los trabajadores, realizar el examen médico pre-empleo y periódico, detectar y modificar los riesgos de accidentes, realizar los exámenes médicos a los manipuladores de alimentos y las inspecciones a los centros de elaboración de alimentos, así como controlar los aspectos higiénicos de su manipulación. Otro aspecto importante del trabajo de este profesional es la vigilancia epidemiológica sobre todo en aquellos casos en que pueda surgir alguna enfermedad infecto-contagiosa, realizando el control de foco e informando al nivel especializado competente.

9.1 Información estadística.

El sistema de información estadística del MINSAP y las estadísticas oficiales nacionales pueden considerarse de alta confiabilidad, sin embargo, no existe un subsistema de registro de la información médica sobre la morbi-mortalidad de los visitantes y de su impacto en la salud de la población que constituya un instrumento de trabajo que pueda contribuir a tratar políticas y estrategias en la problemática salud del turista/salud de la población receptora.

Dado el ritmo de crecimiento anual de la actividad turística y su importancia dentro de los planes de desarrollo del país, se considera necesario contar con herramientas que permitan la planificación de los recursos humanos y materiales en función de esa actividad y de la previsión de cualquier contingencia en la esfera de la salud del turista o de la población que pudiera acarrear consecuencias negativas no deseables para el desarrollo de la industria turística o de la salud de la población.

9.2 Información al viajero.

Existe una amplia información sobre los aspectos principales que suelen ser motivo de preocupación del turista en el momento que decide su destino con fines de esparcimiento, atención a su salud u otras razones referidas en este documento; no obstante, esa información necesaria frecuentemente no esta disponible con facilidad en los países emisores de turistas o en aquellos que puedan constituir futuros mercados tanto para la promoción del turismo como para la comercialización de los servicios de salud.

10. SEGURO DEL TURISTA.

El turista puede estar involucrado en acciones que requieran de asistencia jurídica, representación legal, trámites de seguros de compañías extranjeras o ayuda económica.

ASISTUR S.A. es una compañía cubana encargada de brindar asistencia a los viajeros que visitan el país y que están respaldados por una póliza de seguro de viaje, aunque los servicios de asistencia se extiendan también a viajeros no asegurados.

Durante el año 1993 ASISTUR actuó como corresponsal de mas de 30 compañías de seguro y asistencia de todo el mundo, así como brindó sus servicios por encargo a 10 turoperadores extranjeros. ASISTUR representa en Cuba, a más de 15 agencias extranjeras de asistencia al turista.

Para desarrollar su trabajo ASISTUR cuenta con una amplia red de prestadores de servicios a lo largo de todo el país, mantiene contacto con todas las clínicas y hospitales vinculados a la atención de extranjeros, así como, con todo el Sistema Nacional de Salud. Posee además representación en todas las provincias y cuenta con oficinas propias en los principales polos turísticos de Cuba. Todo lo anterior, unido al hecho de que ASISTUR dispone de una central de alarma con servicio de 24 horas durante todos los días del año, operada por especialistas de alta profesionalidad y parlantes de varios idiomas, garantiza la asistencia segura a los

viajeros que visitan Cuba.

Durante 1993 ASISTUR atendió 1405 casos de viajeros que acudieron a consultas médicas de urgencia o estuvieron hospitalizados. Igualmente ASISTUR organizó la repatriación sanitaria de 32 viajeros que por razones de enfermedad tuvieron que interrumpir o posponer su estancia en Cuba y organizó igualmente la repatriación de los restos mortales de 45 viajeros que fallecieron en el país.

La presencia de ASISTUR dentro de la industria turística cubana contribuye a asegurar la calidad del mismo y garantiza la seguridad del visitante.

11. ATENCION MEDICA A PACIENTES EXTRANJEROS Y TURISMO DE SALUD.

Cuba puede mostrar una hermosa historia de solidaridad humana en el campo de la atención médica gratuita de bajos ingresos, especialmente de América Latina, cuando la solución a sus problemas de salud han estado fuera de sus posibilidades económicas en sus países de origen o en éstos carecían de la tecnología necesaria para enfrentar la curación de los pacientes. Por otro lado, las posibilidades de acceder a tratamientos similares en países desarrollados estaban totalmente fuera de sus posibilidades económicas. Mención especial ha sido la atención, en pleno “período especial”, a centenares de niños y familiares acompañantes, afectados por el accidente radioactivo de Rondonia. Esta práctica se mantiene actualmente en menor volumen o mediante modestas compensaciones para sufragar parte de los gastos de los insumos importados.

Tal vez Cuba sea uno de los pocos países que tengan una política nacional definida en cuanto al comercio de servicios de salud como estrategia de desarrollo orientada a la búsqueda de moneda libremente convertible, como fuente de financiamiento al sostenimiento de los servicios de salud de la población nacional dependientes del presupuesto nacional.

El prestigio internacional de la medicina cubana, de sus sistema de salud y la alta calificación y competencia de sus profesionales son factores ofertados, lo que los hace accesibles a sectores de población de otros países que no pueden acceder a servicios similares en países desarrollados. Por otro lado, la oferta de servicios novedosos en algunas especialidades ha hecho posible el flujo de pacientes de países desarrollados hacía Cuba. A pesar del bloqueo económico y del “período especial” el gobierno continúa priorizando el desarrollo de la medicina de alta tecnología, por lo que el país cuenta con los equipos principales de tecnología de

avanzada además de aquellos producidos en el propio país.

En 1987 surge SERVIMED como agencia subsidiaria de la Corporación de Turismo Cubanacán orientada a la comercialización de servicios de salud a través de la Clínica Central "Cira García". Esta clínica presta servicios directamente en patologías de complejidad media y coordina con otras instituciones del país los tratamientos o investigaciones de alta complejidad. Al inicio de la década del 90 estableció un convenio de colaboración con el Ministerio de Salud Pública y la Corporación Cubanacan que ha permitido la expansión de los servicios de atención médica internacional a cerca de 60 instituciones de servicios a lo largo y ancho de todo el país. Esta expansión se conjuga con el desarrollo acelerado que durante estos años ha tenido la industria del turismo, como sector estratégico de desarrollo. Con los cambios que se han producido en la organización y estructura del sector turismo en 1994 han surgido dos nuevas agencias comercializadoras de servicios de salud orientadas fundamentalmente a los SPAS y balnearios.

La colaboración entre las instituciones vinculadas a la comercialización de servicios de salud, es el intercambio de profesionales y tecnología, es una práctica habitual para garantizar la calidad de los servicios ofertados.

Aunque SERVIMED es la agencia responsabilizada con la promoción y divulgación de los servicios ofertados, las instituciones de mayor complejidad y especialización gozan de autonomía en cuanto a su gestión comercial.

Tanto SERVIMED como algunas instituciones se han asociado con agencias de turismo y turoperadores en el extranjero para la promoción y venta de servicios de salud, asociados o no al turismo de esparcimiento.

PACIENTES EXTRANJEROS ATENDIDOS POR TURISMO DE SALUD			
AÑOS	PACIENTES HOSPITALIZADOS	ACOMPAÑANTES	AMBULATORIOS
1993	3 432	2 028	7 184
1994	3 906	2 305	7 356

Fuente: SERVIMED S.A.

Entre los centro más conocidos en el extranjero por las características de los servicios ofrecen se encuentran:

El Centro Internacional de Retinosis Pigmentaría que se especializa en la atención a pacientes que sufren esta afección. El Centro Internacional de Rehabilitación Neurológica, dedicado principalmente a las patologías del sistema nervioso central y la rehabilitación de pacientes con secuelas de afecciones neurológicas; el Centro de Histoterapia Placentaria que desarrolla técnicas novedosas en el tratamiento del vitiligo y la psoriasis a partir de productos derivados de la placenta humana; el Hospital Ortopédico "Frank País" para el tratamiento de afecciones médicas o quirúrgicas de carácter ortopédico. El Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" que es Centro de Referencia Nacional y cuyas líneas principales de oferta de servicios son: el transplante de órganos y tejidos, incluyendo el transplante de corazón, corazón-pulmón, la cirugía cardiovascular en general, el transplante renal, hepático y de médula ósea entre otros. Otros servicios ofertados por esta institución son la cirugía cosmética y ortognática, la cirugía estereotáxica, la cirugía de mínimo acceso y la microcirugía, la imagenología intervencionista, la cirugía urológica de alta complejidad y la litotricia extracopórea mediante ondas de choque, el tratamiento de afecciones neurológicas como la esclerosis múltiple con oxigenación hiperbárica, el tratamiento quirúrgico de la miastenia, el tratamiento de la migraña y el alcoholismo, así como el tratamiento de la disfunción sexual eréctil y el implante de prótesis peneana. La cirugía oftalmológica y ortopédica, especialmente la microcirugía de afecciones de las manos y de los plexos, el tratamiento quirúrgico de las escoliosis y el implante de prótesis ortopédicas constituyen otros de los servicios ofertados.

El Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico es otra de las instituciones con amplio perfil de servicios, incluyendo los estomatológicos especializados.

La comunidad terapéutica "El Quinque" orienta su trabajo a la evaluación, tratamiento y rehabilitación de personas drogadictas. El centro de Topes de Collantes y "El Saltón" se dedican principalmente a la atención de pacientes que sufren distrés y otras afecciones astenizantes afines.

El Centro Iberoamericano para la tercera edad (CITED) perfila su trabajo hacía la atención de los problemas particulares que afectan a los enfermos geriátricos.

El tratamiento con aguas minerales y termales se ha venido desarrollando durante los últimos años. Los centros más conocidos internacionalmente son los de Elguea, San Diego de los Baños, Santa María del Rosario, San Vicente, San Miguel de los Baños, Ciego Montero, San José del Lago y Soroa.

Varias instituciones se dedican a la medicina alternativa,

tradicional o natural incluyendo el tratamiento con acupuntura.

Debe señalarse que algunas instituciones ofrecen sus servicios exclusivamente a extranjeros aunque la mayoría de ellos son centros para la atención a la población nacional y han destinado secciones de hospitalización para la comercialización de los servicios de salud.

Los países emisores de pacientes más importantes proceden de América Latina y el Caribe, Argentina, Ecuador, Brasil, República Dominicana, Venezuela, Chile, México, Curazao y Bolivia que aportan los mayores volúmenes de casos. Los principales países emisores de Europa son España y la República Federal Alemana.

Se identifican como necesidades realizar la acreditación estatal de los centros o servicios que prestan atención médica a extranjeros, según estándares internacionales, y su supervisión periódica, así como analizar la conveniencia de contar con un seguro global que ampare a las instituciones participantes ante la posibilidad de reclamación por “mala práctica”.

12. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN CIENCIAS DE LA SALUD PARA EXTRANJEROS.

Cuba cuenta con tradición en la formación y desarrollo de los recursos humanos en especialidades de la salud para personas procedentes de otros países, especialmente de América Latina, Africa y Asia. Durante varios decenios se han formado centenares de médicos, enfermeras y técnicos en la red de facultades de medicina, estomatología e institutos politécnicos de la salud existentes en el país.

Esta formación de especialistas, tanto de pregrado como de posgrado, se ha vendo realizando mediante convenios bilaterales entre países o instituciones, en forma gratuita o con modestas compensaciones económicas; además de la matrícula, alojamiento, libros de texto y otros materiales, los becarios reciben un estipendio en moneda nacional de $60.00 pesos cubanos mensuales en la educación superior y $20.00 en la enseñanza técnica. Actualmente se estimula la venta de estos servicios educativos a precios accesibles a los países del tercer mundo y puede convertirse en una importante fuente de divisas asociadas a las posibilidades que se están ofreciendo para la formación de especialistas en régimen de residentes o en cursos de posgrado. Los precios establecidos para los estudiantes den régimen de residentado oscila entre US$12 000.00 y US$16 000.00 anuales, que incluye matricula, alojamiento y alimentación.

Los becarios extranjeros reciben atención médica gratuita, excepto medicamentos, ante cualquier enfermedad intercurrente no vinculada a patologías pre-existentes. Con igual condicionamiento se brinda atención médica de acuerdo con las particularidades de cada caso.

13. EXPORTACION DE SERVICIOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

Desde la década de los años 60 Cuba ha sido una importante proveedora de servicios de profesionales y técnicos de la salud a decenas de países de Africa, América Latina y Asia. Esta actividad, en sus inicios, se realizó mediante convenios de colaboración entre países en forma gratuita.

La formación de recursos humanos en salud en forma sostenida ha permitido la disponibilidad de profesionales, principalmente médicos, que pueda convertir la cooperación externa en una importante fuente de exportación de servicios de salud capaces de generar recursos financieros en función del sostenimiento y desarrollo del sector.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con una oficina de colaboración internacional encargada de coordinar conjuntamente con otras entidades nacionales la cooperación y colaboración con otros países o sus instituciones mediante diversas modalidades de ejecución.

Las formas más frecuentes son: por contratos remunerados realizados mediante convenios bilaterales con o sin participación de organismos internacionales, por medio de contrato directo entre una entidad extranjera empleadora con un profesional cubano, mediante acuerdo de colaboración entre países sin remuneración económica y compensación de gastos mínimos y como voluntario de agencias de las Naciones Unidas.

Actualmente se promueve la venta de servicios contratados o compensados por gobiernos o entidades extranjeras, así como las consultorías y asesorías en diversas ramas de la salud. Existe un considerado potencial de exportación de servicios de reparación y mantenimiento de equipos médicos por el desarrollo que el país ha tenido en la formación de una importante fuerza ingeniera y técnica especializada en esta esfera, generalmente, deficitaria en muchos países.

En 1994 en Cuba se presta asistencia técnica, docencia y asesorías con alrededor de 3 000 profesionales en países de América Latina, Africa, Asia, Europa y Oceanía.

14. APROXIMACION A LOS CAMPOS PROGRAMATICOS PRINCIPALES DE

COLABORACION DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

14.1 Formulación de políticas y estrategias.

Propiciar las relaciones intersectoriales orientadas y profundizar en el conocimiento sobre la interrelación turismo/salud/medio ambiente.

Múltiples sectores de la economía, de la producción y del campo de la investigación intervienen desde diferentes facetas en el proceso de relaciones entre la actividad turística, las consecuencias de los contactos entre el visitante y la población receptora y sus influencias sobre el medio ambiente.

El fortalecimiento de las relaciones intersectoriales propician la identificación de los puntos de contacto y promueve la definición de las políticas y estrategias en función del desarrollo.

14.2 Salud ambiente y protección alimentaria.

Fortalecer la capacidad operativa de los departamentos y laboratorios de higiene y epidemiología de los municipios donde están acentados los polos turísticos.

La higiene y la epidemiología constituyen actividades esenciales de la salud pública. El control y vigilancia del abasto de agua, la eliminación de los residuales sólidos y líquidos, la vigilancia sobre la producción y manipulación de los alimentos, el control de vectores, la determinación de la pureza del aire, de las zonas costeras y piscinas son actividades fundamentales orientadas a la preservación de la salud d los visitantes y de la población.

14.3 Capacitación y desarrollo de recursos humanos.

Capacitar al personal médico y de enfermería, directamente vinculado a la actividad turística, en los aspectos concernientes a la interrelación turismo/salud/medio ambiente.

La emporiatría constituye en la actualidad una especialidad médica dedicada a profundizar en el conocimiento de los factores que influyen en la salud del turista y su impacto en la salud de la población.

El médico y la enfermera de la familia dedicados a la atención primaria de los visitantes y de la preservación de la salud de los trabajadores de los centros turísticos, requieren de la ampliación

de aquellos conocimientos específicos que les permitan optimizar la calidad de los servicios.

14.4 Fortalecer la capacidad docente de los centros de capacitación de salvavidas.

El salvavidas constituye un recurso fundamental para la preservación de la vida del visitante y de la población. Los centros de capacitación de salvavidas requieren de recursos para la docencia que faciliten la formación de sus educandos.

14.5 Movilización de recursos.

Mejorar la seguridad de los viajes y su sistema de señalización en los municipios donde radiquen los polos turísticos, debido a la accidentabilidad por vehículos automotores, con el objetivo de mejorar la seguridad de los visitantes y de la población.

Completar el módulo básico de equipamiento para los salvavidas en servicio activo.

Movilizar recursos financieros para ayudar a completar el módulo personal de equipamiento básico de los salvavidas en servicio activo, que les permita el desempeño efectivo de sus funciones.

16.6 Situación de la salud y evaluación de tendencias.

Propiciar la creación de un sistema de información estadística sobre la morbi-mortalidad de los visitantes y su impacto en la salud de la población.

La necesidad de conocer las afecciones más frecuentes que afectan al turista y sus consecuencias, así como su impacto en la salud de la población, constituye elementos fundamentales para la adecuación del sistema de vigilancia epidemiológica y la readecuación de las acciones preventivas y de atención médica que garanticen su capacidad operativa, la preservación de la salud del visitante y de la población.

14.6 Divulgación de la información.

Divulgar la capacidad nacional de exportación de servicios de profesionales de la salud y del turismo de salud.

La disponibilidad de recursos humanos de salud altamente calificados y con prestigio internacional reconocido, permite la exportación de los servicios a países e instituciones que los requieran. La divulgación de esa posibilidad y su promoción

beneficia a las entidades contratantes y ayuda al sostenimiento y desarrollo de los servicios nacionales.

La divulgación y promoción del turismo de salud, permite la accesibilidad a servicios de sectores de población de otros países sin posibilidades de acceso a otros mercados.

La divulgación y promoción pueden orientarse hacia la concertación de convenios interpaíses, interinstitucionales, gubernamentales o no, con la participación de organismos internacionales u organismos no gubernamentales. La concretización de convenios en ambas esferas está orientada a mejorar los niveles de salud de la población de las entidades conveniadas.

Crear la base bibliográfica indispensable que permita su accesibilidad a los profesionales dedicados a la actividad de turismo/salud y medio ambiente.

La accesibilidad a la información y documentación especializada en la temática de turismo/salud y medio ambiente constituye una necesidad relevante para los especialistas y funcionarios dedicados a la actividad, que les permita asimilar los conocimientos básicos actualizados para el fortalecimiento de sus posiciones y elaboración de criterios para la formulación de políticas y estrategias nacionales en sus respectivos sectores.

15. RESUMEN.

La industria del turismo, para los países de la región, puede constituir una fuente importante de ingresos aprovechando sus recursos naturales. Muchos países han incorporado esta actividad como parte de sus prioridades de desarrollo en sus políticas nacionales.

La salud no es sólo un indicador de desarrollo humano, sino un recurso para incentivar el crecimiento económico y por lo tanto el desarrollo.

La interrelación entre los turistas y la población receptora puede tener efectos beneficiosos y perniciosos para ambos o para uno de ellos, así como consecuencia negativas para la preservación del medio ambiente y de los ecosistemas. La eliminación de los residuales sólidos y líquidos, el abasto de agua y su potabilidad, la manipulación e higiene de los alimentos y la ruptura del equilibrio ecológico deben ser motivo de preocupación por el sector turismo, sector salud y otros involucrados.

La salud del turista y de la población deben ser protegidos a fin

de evitar daños indeseables para cualquiera de las partes. En especial, existe preocupación en relación con las enfermedades transmisibles y en particular con aquellas que lo hacen por contacto directo y las de transmisión sexual.

La comercialización de los servicios de salud pueden constituir una importante fuente de ingresos en función del desarrollo de los servicios de salud.

Cuba posee una infraestructura de servicios de salud que por su extensión y cobertura puede neutralizar las consecuencias negativas de la interrelación turista/población receptora, garantizar la protección de la salud de los visitantes y potenciar los esfuerzos que el sector turismo realiza como fuente generadora de recursos para el desarrollo.

Se identifican como necesidades realizar la acreditación estatal de los centros o servicios que prestan atención médica a extranjeros, según estándares internacionales, y su supervisión periódica, así como analizar la conveniencia de contar con un seguro global que ampare a las instituciones participantes ante la posibilidad de reclamación por “mala práctica”.

Cuba cuenta con una política definida en cuanto a la comercialización de los servicios de atención a la salud, la industria médico-farmacéutica, la biotecnológica. La producción de equipos médicos y la exportación de servicios de profesionales de la salud, son aspectos importantes dentro de la política nacional orientada al sostenimiento y desarrollo de los servicios de salud.

Se hace una aproximación a los campos programático principales de colaboración de la OPS/OMS.

16. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

Ford, N.; Inman, M. Amor sin riesgo en los centros turísticos. Foro Mundial de la Salud 13(1):77-81;1992.

Alleyne, G. Salud y Turismo en el Caribe. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 111(1):24-33; Jul. 1991.

Organización Panamericana de la Salud. Salud y Turismo. Presentado en: Comité Ejecutivo del Consejo Directivo 109, Washington, D.C., 22-17 de Junio; 1992.

Organización Panamericana de la Salud. Turismo y Salud. Presentado en: Consejo Directivo de la Organización Panamericana

de la Salud, 36 y Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, 44. Washington, D.C., 21-26 Sept.; 1992.

OPS/OMS. Turismo y Salud en México. Conclusiones. México: OPS/OMS; 1992. Presentado en Primer Congreso Nacional de Turismo y Salud. Acapulco, 13-15, Dic.; 1990.

OPS/OMS. Turismo y Salud en México III. Conclusiones. México: OPS/OMS, 1993. Presentado en: Tercer Congreso Nacional de Turismo y Salud. Cancún, México, 13-19 Nov.; 1992.

OPS/OMS/FAO/Organización Mundial del Turismo. Secretaría de Salud y Secretaría de Turismo de México. Conferencia Interamericana sobre protección de los alimentos y turismo. Memorias. Presentado en Cancún, México, 15-17 Nov.; 1992.

Torres Terán, F. Salud y Turismo en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1992.

Turismo de Salud: Colombia, Costa Rica, Jamaica, México. s.l.: s.e., s.a.

World Health Organization. International travel and HIV infection. Bull.WHO 65(5):739-740, 1987.

Reyn. C.F.; Chin, J. Los viajes internacionales y la infección por el VIH. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 111(1):88-91;1991.

Serie Informes Técnicos. No. 33. OPS/OMS. Julio, 1994.

Cuba Foreing Trade. Osvaldo Martínez. Presidente de la Comisión Económica del Parlamento Cubano. Enero-Marzo; 1994.

Cuba Foreing Trade. Cuba: posibilidades y desafíos. Enero-Marzo; 1994.

Lage, C. Vicepresidente del Consejo de Estado, Cuba. Granma 1. Nov.; 1994.

Lee, S. La estrategia económica cubana está expresada y no es Capitalista: es Socialista. Granma 5 Nov.; 1994.

Revue de tourisme. Health Tourism is Israel: a developing industry. 44(4):32-37;1989.

Organizaciones y funciones a realizar en la atención médica en hoteles, villas e instalaciones. MINSAP, Julio; 1992.

ENTREVISTAS REALIZADAS.

Sr. José Ramil. Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP
Sr. Edilberto Harman. Director Nacional de Finanzas. MINSAP
Sra. Miriam Martínez. Cámara de Comercio. República de Cuba
Sr. Pedro Abreú. Gerente General de ASISTUR.
Dr. Luis Foyo Ceballos. Secretario General de la Cruz Roja Cubana.
Dr. Andrés Sánchez. Viceministerio 1ro.del MINSAP a cargo de la Higiene y la Epidemiología.
Dr. José Piñón. Dirección de Atención Ambulatoria. MINSAP. Encargado del Programa Médico y la Enfermera de la Familia.
Dr. Ricardo Martínez Rojas. Gerente General de SERVIMED S.A.
Sra. Olga Ceballos. Especialista SERVIMED S.A.
Dr. James Davis. Jefe de la Oficina de Colaboración Internacional. MINSAP.