



XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXX REUNION DEL COMITE REGIONAL

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1978

Tema 35 del programa provisional

CSP20/30 (Esp.)

28 agosto 1978

ORIGINAL: ESPAÑOL

OBSTACULOS SOCIOCULTURALES EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

(Tema propuesto por el Gobierno del Ecuador)

Introducción

El Ecuador ha abordado en los últimos años la realización de un proceso activo en el campo de la salud por parte del Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, proceso que en muchas ocasiones se ha visto frenado por vallas socioculturales, dando como resultado una disminución de la efectividad social de las acciones de salud ofrecidas a la comunidad. Por este motivo, y puesto que similares problemas soportan otros países de la Subregión, el Ecuador presentó en la V REMSAA, un estudio sobre este tema, que recibió la plena aceptación de los Estados Miembros.

Los países americanos se hallan interesados en extender la cobertura de los servicios de salud contando con la participación de la comunidad. Las actividades desarrolladas para el efecto en varios países han demostrado que para lograr este objetivo es necesario superar una serie de obstáculos socioculturales que impiden obtener una buena utilización de los servicios instalados.

La situación actual obliga pues a las naciones del Hemisferio a dirigir la atención hacia los receptores de las acciones de salud, con el fin de conocer su interpretación del fenómeno salud-enfermedad; su comportamiento en relación a la estructura formal e informal de los servicios de salud, y dilucidar, en última instancia, las barreras existentes.

Con estos antecedentes, y luego de la Resolución II adoptada por la 80a Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS, se considera conveniente que los Señores Ministros de Salud de los países del Hemisferio analicen esta proposición durante el desarrollo de esta reunión y, de ser posible, dispongan las acciones que consideren convenientes para realizar la investigación que permita identificar los obstáculos socioculturales que de una u otra forma dificultan la prestación de servicios.

La realidad ecuatoriana

La población del Ecuador para 1974 fue de 6,521,710 habitantes, con una densidad de 25.64 habitantes por km². El crecimiento vegetativo es alto fundamentalmente a expensas de una alta tasa de natalidad (37.5 por 1,000 habitantes), que no ha disminuido significativamente en los últimos años.

La población ecuatoriana es joven, predominando la población rural 58.72%, observándose un fenómeno progresivo de implosión poblacional determinado por la migración interna de los sectores rurales a los principales centros urbanos.

La dispersión es otra de sus principales características. La población económicamente activa es de 46.48%. El porcentaje de analfabetismo (23.715) constituye todavía un problema importante que se agrava cuando se analiza la distribución de la población ecuatoriana por grado de instrucción ya que es grande el número de personas que no completan la instrucción primaria.

La subocupación es otra característica a tomarse en cuenta en el estudio de la población ecuatoriana.

Espacio ecuatoriano

El Ecuador es el segundo país más pequeño de Sud América; está dividido en tres regiones contrastantes con motivo de la presencia de la Cordillera de los Andes, que lo cruza de Norte a Sur: la Costa, la Sierra y la Región Oriental (selvática); además existe la Región Insular Galápagos. Las tres regiones se encuentran habitadas por población culturalmente diferente.

El país cuenta con un buen sistema de vías de comunicación. En materia de disponibilidad de servicios sanitarios, se ha obtenido un incremento substancial entre 1972 y 1977 en cuanto a agua potable y alcantarillado. Así en agua potable del 31.4% de la gente que dispone de los servicios en 1972 subió a 46% en 1977. Del 23.6% de gente que disponía de servicios de alcantarillado en 1972, se registró un aumento al 36% para 1977.

En materia de telecomunicaciones la red nacional contó hasta 1977 con 960 canales de micro-ondas y una vía de transmisión de televisión en dos sentidos. La red nacional cubre a todas las provincias y en la actualidad se establece un amplio plan de comunicaciones rurales destinado a ofrecer servicios a 400 poblaciones. También se cuenta con un servicio internacional a través de comunicaciones vía satélite.

El sistema nacional de comunicación social está integrado por más de 280 emisoras de radio, 16 plantas de televisión, 10 diarios de amplia circulación y 40 periódicos provinciales.

La economía ecuatoriana

La economía del Ecuador al igual que la de algunos países latinoamericanos depende en alto grado de su comercio exterior.

A raíz del descubrimiento de nuevos yacimientos petrolíferos y principalmente cuando se empezó a explotar esta riqueza natural en 1972, se inició una época en cierta forma distinta para el país, pues se incrementaron substancialmente los ingresos monetarios con lo cual el sector público se convirtió en el eje financiero del crecimiento y se fortaleció como promotor del desarrollo.

De la producción total de petróleo crudo aproximadamente el 30% se destina al consumo interno y el 70% restante es exportado, de tal suerte que el sector petrolero es el principal abastecedor de las divisas generadas por las exportaciones. En 1976 su contribución alcanzó a 556.2 millones de dólares EUA.

La inversión bruta total subió de 1970 a 1976 en un 183.3% y la inversión pública registró un saldo de 275% en igual período.

En resumen, el petróleo ha tenido un papel determinante en el incremento del producto nacional, en la generación de ingresos, balanza de pagos, presupuesto del estado, financiamiento de los programas de desarrollo económico y social y, en general, en toda la economía del país.

Salud

La esperanza de vida al nacer del ecuatoriano, que fuera de 51.04 y 53.67 años para hombres y mujeres respectivamente en el año 1972, aumentó a 59.5 y 61.8 años en 1974; la tendencia de la mortalidad general indica una franca disminución de la tasa, especialmente notoria en 1975 en que llega al 7.8 por 1,000 habitantes, significativamente menor que el 12.9 de 1962 o el 9.9 del año 1974. Esta disminución se hace a expensas principalmente de una paralela merma de la mortalidad infantil que logra en el mismo año de 1975 una importante reducción, llegando a una tasa de 57.6 por 1,000 nacidos vivos.

En cuanto a recursos de personal, en 1974 se registró 4.8 médicos, 1.2 enfermeras y 0.9 odontólogos por 10,000 habitantes. El incremento de recursos humanos para la salud desde entonces es importante.

Los servicios de salud logran progresivamente mayor cobertura; en 1975 se alcanzó un 50.2% de defunciones con certificación médica, cifra aún deficitaria pero mayor que el 42.8% de 1971. Las atenciones de parto por profesionales se han incrementando de 22.6% en 1969 a 38.7% en 1974.

Las proyecciones de la implementación física son importantes y han significado una decisiva participación estatal en el sector salud a través del Ministerio de Salud Pública. La importancia alcanzada por el subsector estatal se demuestra con indicadores tales como el número de camas hospitalarias y el número de establecimientos de salud. A cuatro años de su creación, el Ministerio de Salud Pública disponía de apenas 381 camas (1971) y ha llegado en 1977 a 7,682 camas, proyectando lograr alrededor de 11,000 camas a la finalización de la década. Este significativo incremento se logró gracias a la incorporación al Ministerio de los Servicios de las Asistencias Sociales, Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) y otras entidades que existían en el país, así como a un agresivo plan de construcciones hospitalarias que, por una parte, reemplazó camas de hospitales obsoletos por modernas instalaciones y, por otra, puso al servicio de la comunidad nuevas camas hospitalarias. El proceso constructivo está no sólo ampliado al servicio, sino permitiendo mejorar en forma substancial la calidad de la atención médica hospitalaria.

La gran importancia dentro del sector salud del Ministerio de Salud Pública no sólo se refiere a camas hospitalarias.

De 1971 a 1975 se incrementa significativamente el número de establecimientos de salud del Ministerio, constituyendo la respuesta a las circunstancias de dispersión espacial de la población y sus urgentes necesidades sanitarias. A través del Plan de Salud Rural se impulsó la creación de un gran número de unidades operativas en el sector rural en sus diferentes niveles de puestos, subcentros y centros de salud hospitalarios.

Se asiste, pues, a un momento de cambio substancial en la prestación de servicios de salud en el Ecuador. La práctica social de la medicina ha sufrido una profunda reorientación.

Sobre los restos de una concepción de medicina de caridad, prevalente desde épocas coloniales, se afianza la medicina funcionaria estatal, impulsada fundamentalmente por el subsector ministerial, que progresivamente se va convirtiendo en hegemónica en el país.

Adecuación institucional

Entre los elementos más destacables de la adecuación institucional debe mencionarse la incorporación del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias, responsable de los programas de saneamiento del medio, a la órbita del Ministerio de Salud Pública.

El trabajo que demanda el Plan de Salud y su urgencia lleva a desarrollar simultáneamente tres grandes líneas de trabajo que se retroalimentan respectivamente.

Por un lado, la planificación de la red sanitaria a escala nacional formando la malla o red de establecimientos de salud, organizando dentro de regiones a todas las unidades ambulatorias y de hospitalización existentes y proponiendo la creación de nuevas unidades con las que se extiende teóricamente la cobertura de salud. Esta infraestructura es capaz de producir más de 300,000 egresos por año y más de ocho millones de consultas externas. Al finalizar 1977 se habían ejecutado cuatro nuevos hospitales, cinco ampliaciones y remodelaciones de hospitales, 38 centros de salud hospitalarios, 14 centros de salud urbanos, 61 subcentros de salud rurales y 10 puestos de salud.

El programa en ejecución en 1978 incluye 15 hospitales nuevos, 17 remodelaciones y ampliaciones, 31 centros de salud hospitalarios, 7 centros de salud urbanos, 66 subcentros de salud rurales y 14 puestos de salud.

La inversión en salud

El programa brevemente descrito por el sector salud ha significado un trascendental esfuerzo económico para el país. El presupuesto regular del Ministerio de Salud Pública pasó del 3.48% del Presupuesto General del Estado en 1972 al 9.37% en 1977, con una asignación de 1,598 millones de sucres. Internamente este crecimiento significa el 593.4%, mientras que el Presupuesto General creció en el 284.3%. Si a su vez se considera que el PIB creció en igual período de un 167%, se hace evidente que se ha desarrollado un proceso particularmente activo en el sector salud, correspondiente a la urgencia que la situación demandaba.

La inversión en obra civil para establecimientos de salud en 1977 fue de 348,509,469 sucres, que significó un incremento de 255% con respecto a 1974. Para los años 1978-1979 la inversión proyectada para establecimientos asciende a la cifra de 1,686,235,424 sucres para el mismo período; la inversión en obras de saneamiento será de 2,893,000,000 de sucres.

Si se toma en cuenta que todo el sector salud gastaba en 1964 EUA\$1.63 por persona y que en 1977 sólo el subsector del Ministerio gastó EUA\$8.52, se aprecia que si bien el avance ha sido importante, la magnitud del déficit sigue exigiendo grandes esfuerzos económicos al país.

Participación de la comunidad

Si bien es notable la forma como en el último bienio se ha observado una participación creciente de la comunidad en las localidades rurales, todavía es mucho lo que falta por hacer.

En las comunidades urbanas la integración de servicios de las Ex-Juntas de Asistencia Social eliminó la escasa participación comunitaria en la dirección de los servicios en cada región de salud; esta circunstancia no ha favorecido la prestación.

Las actividades de sensibilización y motivación previa a la instalación de servicios han sido escasas, de suerte que la demanda registrada en los establecimientos es únicamente espontánea y sujeta a variaciones en la medida de la calidad de atención que ofrecen los servicios.

En definitiva, no ha habido una programación concreta de comunicación social que favorezca el proceso de incorporación al Servicio de Salud en el patrimonio cultural de las comunidades.

Reflexiones sobre el proceso en marcha

Se están realizando importantes esfuerzos por transformar la realidad sanitaria del país.

A través de este estudio se han abordado algunos de sus aspectos más trascendentales, especialmente aquellos que se caracterizan por el desembolso económico que involucran.

Existe la decisión política para desarrollar y mejorar los servicios de salud actuales con el objeto de establecer en un futuro mediato el servicio nacional de salud de concepción moderna y aplicable a la realidad nacional.

La respuesta de la comunidad en términos de demanda y utilización de los servicios parece que no es la más adecuada al monto de la inversión y al esfuerzo nacional. No se puede deducir otra cosa si se conoce que la capacidad ambulatoria instalada puede producir una cobertura mayor que la 0.35 consultas por habitante/año ofrecidas en 1976, o el 64% de ocupación alcanzado por los establecimientos de internación.

No obstante, la cobertura de consultas alcanzadas se compara favorablemente con las 0.22 que se observó apenas cuatro años antes.

Existen datos ciertos de que la escasez de demanda es más notoria en el área rural.

Si bien se conocen algunas de las causas que la originan, especialmente de parte de la composición de la oferta, se ignoran en la mayoría los múltiples problemas que la ocasionan, de parte de la comunidad.

Conviene entonces emprender en un amplio programa de investigación en este campo, que permita definir las estrategias más apropiadas para mejorar la utilización de los servicios.

Para esta acción se requiere, además, el conocimiento de las experiencias observadas en otros países de similar desarrollo relativo, circunstancia que caracteriza a los países de la Subregión.

La comunicación social y la utilización de servicios de salud

Como se observó anteriormente, en el Ecuador existe una correlación importante entre las necesidades latentes y manifiestas de salud y los recursos sanitarios, cuya parte significativa de la infraestructura se ha edificado con prioritaria atención por parte del Gobierno en un tiempo relativamente corto. Sin embargo, hay algunos elementos socioculturales de esta problemática que nos han preocupado también y que hoy merecen analizarse aquí, tomando en cuenta la trascendencia que ello puede tener para los programas de cooperación internacional, sea por el tratamiento que eventualmente ya hubieren dado a la materia en forma sistemática sus respectivos países, cuanto por el enfoque con el que estamos tratando de afrontarla en nuestro país.

Esta preocupación se refiere a la obstrucción cultural producida por la presencia altamente indiscriminada, culturalmente, de esta nuestra infraestructura y servicios en áreas y regiones rurales, con culturas altamente diferenciales. Sus efectos aparentemente estarían causando serios problemas que inciden notablemente en las bases axiomáticas sobre las que se ha edificado el sistema nacional de salud, una de las cuales es la participación receptiva de la comunidad en los beneficios de dicho servicio.

Nuestro propósito en esta parte es señalar algunos rasgos de nuestra realidad en este campo, algunos enfoques con los que se ha analizado la materia y el planteamiento que el Ministerio de Salud Pública se ha

hecho para intentar afrontar algunos de los fenómenos derivados de esta situación, a la luz de la presencia de nuevos desarrollos científicos en la investigación social aplicada.

Una de las más persistentes evidencias surgidas a nivel de las poblaciones rurales del Ecuador, donde se han venido instalando servicios de salud, ha sido el déficit, a veces muy grave, de la demanda de servicios en relación a la capacidad real o estimada de las instalaciones, como se mencionó anteriormente. Ha habido algunos intentos para buscar una explicación a este fenómeno que, a medida que se incrementa la dimensión y capacidad de la infraestructura del sistema de salud para esas áreas, va creciendo en tal forma que la significación estadística negativa de la relación costo-efectividad en el uso de los recursos es cada vez creciente.

Los esfuerzos de investigación en este campo del comportamiento de la demanda no han sido muy sostenidos ni sistemáticos. Prácticamente se ha dejado a un lado el interés por identificar las causas multifactoriales médico-sociales que habrían estado afectando esta situación y hoy se conoce muy poco acerca de su íntima naturaleza. Hoy la contribución de recientes enfoques está revelando formas muy útiles para mejorar la relación costo-efectividad de los servicios de salud, que es el gran énfasis de la actualidad a la vez que incorpora nuevos elementos de juicio muy valederos para juzgar la relación costo-beneficio del sistema en general. Estos enfoques están basados en la comunicación social y en aquello que en el pasado ya se ha dado en denominar la participación de la comunidad, concepto que hoy está asistido por nuevos recursos epistemológicos, teóricos y tecnológicos, que le hace más apto para aplicarlo a nuestras realidades.

La premisa común de la mayoría de los intentos apriorísticos de explicación de los problemas de falta de demanda pública por los servicios de salud ha estado asociada a las teorías de la modernización que proponían, entre otras cosas, que los campesinos, vencidos moralmente por una gran tendencia al fatalismo esotérico y circunstancial, han desarrollado altos niveles de miedo y suspicacia hacia el hombre de afuera de la comunidad sin generar el "interés" por los programas impuestos mediante la programación vertical y desconfiando del médico y los servicios.

Se intentó solucionar esta situación que, similar a los problemas que han debido afrontar otros programas de desarrollo rural, entre ellos el agropecuario y el de educación mediante numerosas técnicas dirigidas principalmente a "curar los síntomas" y no las causas de esta reacción cultural y no ha habido un resultado coherente.

Los esfuerzos en sí han sido loables, como lo atestigua la enorme cantidad de trabajo realizado a través de subprogramas denominados de desarrollo de la comunidad y de "animación del desarrollo", que organismos internacionales estimularon y aún siguen estimulando en nuestros países. Pero la actual evidencia de altos índices de falta de demanda de los servicios instalados revela que ha habido algo que no ha funcionado de aquel enfoque.

En el caso del Ecuador, debemos reconocerlo, la práctica de estas actividades se ha venido haciendo hasta nuestros días a través del extensionismo en educación para la salud, cuyos postulados han estado afinados en tradicionales proposiciones teóricas acerca de la enseñanza que se conocían como los modelos de estímulo-respuesta. Al trasladarse la actividad a una acción no formal en términos educativos, se proyectó estimular a las poblaciones que tenían "prejuicios" culturales respecto de la medicina moderna y de los servicios de salud mediante información, cuya mayor parte ha sido y es unidireccional y escasamente dialogal.

Se buscó "enseñar" la utilidad de la medicina científica y habituar la necesidad del médico para "curar" enfermedades evidentes y prevenir enfermedades latentes en el medio ambiente. La persuasión como fin fue el resultado de los operativos educativos y la participación que se "exigió" a la comunidad fue aquella de "dar" (de parte de la comunidad) todo que se podía de sí, en términos de renunciamiento de sus "valores" culturales, en términos de admiración de la "cosa externa" y en términos de ofrecimiento de algunas de sus pertenencias traducidas en trabajo físico, dinero y materiales. A la final se exigiría la rendición cultural total a través de la demanda del servicio médico para contribuir a la linealidad positiva de la relación costo-efectividad. Es en esta forma que se ha venido estimulando la llamada participación comunitaria en los programas de salud y parece que en esto tenemos una común experiencia con algunos de los países del área andina.

Esto ha configurado una situación muy especial en la problemática de la extensión de la cobertura de servicios hacia las áreas rurales en nuestros países en la actualidad. Por un lado, como se afirmó anteriormente, hay una preocupación de que los servicios de salud mismos ya son una "intromisión" cultural en dichas áreas, lo cual genera como reacción un rechazo total y/o parcial del instrumento. El rechazo se ha intentado frenar con una contraofensiva de estimulación. Para el efecto, un nuevo elemento de intromisión cultural se incorporó al problema, que es el aparato de educación e información del que hemos hablado.

Esta situación ha sido de nuestra preocupación en el Ecuador en recientes tiempos y hay alguna información que revela que este tipo de preocupación también es compartida por otros países de la región y que

hay necesidad de iniciar cuanto antes una profunda revisión de su problemática para analizar la dimensión de importantes nuevas variables que están subyacentes en nuestra realidad desde este punto de vista.

Existe alguna evidencia en el Ecuador que quizás otros países también la tengan y más desarrollada, de que los problemas de participación social o participación popular en los programas de desarrollo están arraigados en antecedentes altamente culturales, en los cuales factores estructurales de la sociedad han tenido una influencia substancial. En consecuencia, se ha pensado que la forma de afrontar los problemas de participación popular en salud pública debe estar en relación con la naturaleza de esos otros macro-programas aunque con ello aparentemente tengamos que salir de proposiciones clásicas a las que no restamos validez científica, pero que no son aplicables para nuestra realidad.

El punto de partida para encontrar la mejor forma de visualizar los problemas de participación popular es una nueva conceptualización de lo que implica ésta, a la luz de las constantes críticas que hay de los modelos verticales de planeamiento del desarrollo y de la "intromisión" cultural de los servicios de salud y de educación, de que hemos venido hablando.

La proposición se ajusta, en una parte fundamental, a la empírica encontrada en el Ecuador y otros países, de que a buenos niveles de participación popular en los procesos de comunicación social hay buenos niveles de participación popular en los programas de desarrollo.

La fundamentación teórica parte de los mismos esquemas de las teorías del aprendizaje social tan difundidas durante las dos pasadas décadas, en las que el conocimiento se convierte en la piedra angular de la generación del cambio individual que conllevaría a la participación activa. Las nuevas propuestas que estamos considerando se diferencian de esas teorías en los términos de la fuente de generación de dicho conocimiento.

No estamos tratando de inventar metodologías nuevas de comunicación ni mucho menos técnicas de comunicación revolucionarias, sino, más bien, tratando de modificar la substanciación conceptual que yace tras la utilización de aquellas metodologías. No hacemos lo primero porque estamos suficientemente conscientes de los problemas de estandarización en el uso de la comunicación en sociedades altamente heterogéneas culturalmente, y procuramos hacer lo segundo por la convicción de que en los principios axiomáticos que caracterizan a los programas de salud pública del Ecuador, se busca el beneficio de las mayorías populares que por miles de factores han quedado relegadas y marginadas de los beneficios del desarrollo.

En este sentido, nuestro enfoque ha estado dirigido a buscar formas para que el pueblo pueda participar en los procesos de investigación, planeamiento, desarrollo y evaluación de la comunicación, sustentadas en términos pragmáticos de salud. Así, estimamos que una generación de conocimiento en las etapas de investigación de la comunicación, orientada hacia los problemas de salud, da a los individuos mejores formas de seleccionar las alternativas que solucionen esos problemas y que instrumenten esas alternativas, y que las evalúen en términos de las necesidades que identificaron ellos mismos y de conformidad con las disponibilidades culturales para enfrentarse a un sistema interactivo de comunicación diseñado por ellos mismos.

Hay algunas experiencias en nuestro país que nos dan certidumbre de que en el futuro podremos utilizar estas nuevas propuestas en forma permanente. Por ahora debemos reconocer que todavía no están desarrollados los modelos en su más amplia dimensión, debido precisamente a ciertos tradicionalismos, entre ellos tecnológicos y burocráticos.

Entre procesos de comunicación e instrumentos buscamos una conciliación de modo que la participación popular se produzca tanto en los unos como en los otros. La participación en el proceso de comunicación, como se dijo, implica una participación en los programas de salud y una participación en el uso de los instrumentos, implica una identificación de los problemas y la racionalización de las alternativas más convenientes para solucionarlos. Dicho en otra forma, nuestro esfuerzo se encamina a instrumentar la organización popular a fin de que se yerga la comunidad propiamente dicha a través de la comunicación, que en griego significa "establecer comunidad".

La participación popular determinará la organización comunitaria, que a su vez determinará los medios de comunicación para poner en operación un macro proceso de comunicación a favor de su propio desarrollo.

Visto el problema desde esta perspectiva, descubrimos que hay necesidad de estimular los procesos y los instrumentos de comunicación sin una determinación cronológica y la existencia de los dos está mutuamente condicionada a la propia realidad. No queremos ser falsamente portadores de una idea de que la comunidad debe visualizar el área problemática que alguien, como el Estado, pudiera atender a su reclamación. Lo que interesa es buscar un punto de unión entre el frío esquematismo del planeamiento institucional y la ardiente programación de una comunidad consciente de sus problemas y sus potencialidades.

De hecho sabemos que es difícil establecer en el espacio este tipo de influencia, pero la práctica de la participación, en cada vez más

altos niveles de toma de decisiones, está garantizando los postulados axiomáticos del sistema nacional de salud del Ecuador.

En la práctica venimos estimulando la experimentación y ensayo de nuevas formas de comunicación intra-comunitaria, concebidos como instrumento de utilidad para los macro procesos de comunicación social. Al mismo tiempo estimulamos mejores formas de participación comunitaria en el uso de instrumentos modernos de comunicación que moldearán los macro procesos de comunicación y no descuidamos el desarrollo de instrumentos de comunicación tradicionales, que permiten una mejor expresión cultural de los individuos en el marco de esos procesos de comunicación que hemos conceptualizado aquí.

Sabemos que la determinación del linde entre los macro procesos de comunicación es difícil de establecer cuantitativamente, debido a la naturaleza multiforme y multidinámica de la comunicación, y por eso aspiramos a asimilar las experiencias que se realizan en nuestros países bajo cánones similares. Por otro lado sabemos que hay infinitas formas de comunicación y que las formas de participación son múltiples, dependiendo de la naturaleza de los contenidos y de los canales de comunicación. No es dable prefijar fórmulas de estandarización, pero entendemos que el intercambio de experiencias va señalando mejores caminos para su aplicación en otras situaciones, con las adecuaciones respectivas.

Es bajo esta proposición que hemos considerado la comunicación social como uno de los pilares básicos del sistema nacional de salud que estamos implementando y su estructura, forma, operabilidad, si bien no responden todavía a la idea básica que la generó, creemos que con el trabajo que estamos haciendo y con la cooperación internacional, iremos contestándonos más y más preguntas que surgen de su aplicación en la realidad.

Esto no justifica que neguemos todo lo que hemos venido haciendo en materia de salud pública, lo cual, de otro modo significaría que nos negamos a nosotros mismos en nuestra actividad y responsabilidad en torno a la salud de nuestros pueblos. Nuestra preocupación es acerca del daño social y cultural que debemos evitar, en lo posible, mediante una gestión oportuna.