



PERSPECTIVAS PARA UNA POLÍTICA PARTICIPATIVA EN EL CONTROL DE LA BILHARZIASIS URBANA¹

Silverio González Tellez*

Resumen

El trabajo presenta las posibilidades y dificultades de la transición hacia una política participativa de control de la bilharziasis en Venezuela, teniendo como base al compor-

tamiento de la población en una zona de reinfección urbana.

Palabras claves: *Esquistosomiasis urbana, control, comportamiento social, Venezuela.*

In contributions to a participatory control policy, the case of the urban schistosomiasis

Abstract

This article aims to show the possibilities and the problems of the transition from a directive programme of control of schistosomiasis to one based in community participation in Vene-

zuela, specially in reference to social behaviour in one of the reinfected urban areas.

Key words: *Urban schistosomiasis, control, social behaviour, Venezuela.*

Recibido: 4-10-96 • Aceptado: 27-10-96

1 Esta investigación recibió apoyo del UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), y fue desarrollada por el Laboratorio de Investigaciones Sociales bajo la dirección del autor, con la participación de los asistentes de investigación Pedro Escaraballone y Sonja Chacín.

* Sociólogo. Doctor en Sociología. Profesor de la Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. Profesor asociado del departamento de Planificación Urbana, Universidad Simón Bolívar. Apartado 89.000, Caracas 1.081, fax 02-906 4039, e-mail sgonza@ush.ve.

La esquistosomiasis, conocida tradicionalmente en Venezuela con el nombre de bilharziasis, es una enfermedad que forma parte de la historia médica del país. En las primeras décadas de este siglo, las ciudades de las zonas centrales de Venezuela fueron el escenario de esta afección y el lugar de aplicación de importantes políticas sanitarias para su control. El enfoque predominante de dichas políticas estatales enfatizó las intervenciones verticales y directivas sobre el ciclo de transmisión. Los resultados fueron muy positivos, hasta que a comienzos de los años ochenta, las continuas reducciones en el presupuesto asignado, junto a la falta de sustentabilidad política y social de las intervenciones, dieron al traste con los logros y se comenzó a observar el resurgimiento de focos urbanos de transmisión. En respuesta, las autoridades formularon llamados a un enfoque más participativo, que involucrara a la población en el control preventivo.

El objetivo del presente artículo es el de hacer un balance de los retos que supone el cambio de orientación de la política sanitaria contra la bilharziasis urbana, a la luz del comportamiento de la población expuesta a la enfermedad, en uno de los focos urbanos de transmisión en Venezuela, para lo cual se planteó: 1) Caracterizar la política sanitaria vertical y directiva y sus limitaciones en el control de la bilharzia urbana; 2) Evaluar el comportamiento social vinculado a la transmisión de la bilharzia urbana; 3) Esbozar una conclusión sobre las posibilidades de una política sanitaria participativa de control de la bilharzia urbana.

Metodología

La revisión de fuentes documentales y bibliográficas permitió hacer un balance de la política para el control de la bilharzia en Venezuela, y establecer la significación de dicha política en el contexto internacional.

Para la caracterización del comportamiento social, en primer lugar, y debido a la importancia de describir cuantitativamente el comportamiento de posible contagio, se propuso la observación de contactos hombre-agua en una zona urbana de transmisión de la enfermedad, (el procedimiento detallado se presenta más adelante). La información recogida adelanta presunciones sobre patrones de comportamiento social que más exponen al contagio; en segundo lugar, se usa un estudio de la representación social de la enfermedad a partir de relatos de la población que habita en las vecindades del foco urbano estudiado.

Para ello se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad y el análisis de contenido temático. A partir de estos datos se señalan los elementos estructurantes de la representación, incluyendo los comportamientos observados de contactos hombre-agua, en relación al río como fuente de contagio de la bilharziasis.

Por último, se relacionan las dos partes del trabajo para puntualizar el reto que debe asumir una política sanitaria participativa para ganar el apoyo de la población más expuesta y evitar su contagio.

La enfermedad y su transmisión

De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (1985), la esquistosomiasis es una parasitosis endémica en 74 países, con 200 millones de personas infectadas y otras 600 millones expuestas a su contagio en todo el planeta.

La enfermedad es producida por cinco especies distintas de esquistosomas, siendo la transmitida por el parásito *Schistosoma Mansonī* la más expandida en el mundo y la única que afecta al continente americano (Noya, 1989). La transmisión ocurre cuando las heces de una persona enferma, contaminadas con huevos del esquistosoma, caen en un curso de agua dulce, habitado por caracoles (el *Biomphalaria Glabrata*, entre los más importantes, que resultan huéspedes intermediarios del parásito. De los caracoles sale posteriormente, otra forma del parásito denominada *cercaria*, que puede transmitir la enfermedad a una persona sana que haga contacto con el curso de agua.

Inicialmente la penetración del parásito en el hombre produce una reacción cutánea. Luego, a los pocos meses, se presenta una fase aguda con estados febriles, para posteriormente entrar en una fase crónica con manifestaciones intestinales, digestivas o urinarias, con síndromes particulares. La intensidad de estas manifestaciones así como sus complicaciones están en estrecha relación con la magnitud de la infección (OMS, ob.cit.).

La infección afecta particularmente a los niños, y si bien no es causa clara de mortalidad, hay suficientes evidencias de que afecta la fortaleza física y la productividad de las personas. (Parker, 1993; Farooq, 1963; Khorshid, 1988; Santos, 1988).

El control de la enfermedad

Las formas de control de la transmisión de la esquistosomiasis son las siguientes: a) Eliminación del caracol de los cursos de agua infestados, a través del tratamiento químico con molusquicidas, y con trabajos de modificación de la red de irrigación, con el objeto de crear un medio acuático inhóspito al molusco; b) Tratamiento a las personas infectadas con quimioterapia; c) Saneamiento del medio ambiente con servicio de agua potable y de disposición de excretas; d) Prevención de los contactos hombre-agua contaminada, y de las conductas de contaminación del agua con excretas, a través de la educación sanitaria y la participación comunitaria.

A lo largo del presente siglo, el control de la enfermedad en el mundo ha variado sus énfasis entre esas distintas formas de intervención. En un primer tiempo se atacó principalmente al molusco y a sus lugares de reproducción, luego el énfasis fue puesto en la quimioterapia y más recientemente se ha insistido en la participación comunitaria y la educación sanitaria. Pero en realidad ningún método aislado ha obtenido resultados concluyentes, y lo que es peor, muchas estrategias de control que en un primer tiempo marcaron resultados positivos no han logrado mantener sus conquistas en el tiempo, por lo que los expertos recomiendan estrategias integradas. (Tanner, 1989)

En Venezuela, desde 1917 se tiene conocimiento de la existencia del caracol vector de la esquistosomiasis (*B. Glabrata*) en los ríos del valle de Caracas. En 1922 se comienzan las primeras medidas de control de la transmisión de la enfermedad. Soto, Rísquez y Scott fueron los hombres de ciencia que llevaron adelante esta tarea. Scott descubre que la enfermedad se encuentra en todos los estados vecinos de la región central, además del Distrito Federal (Estados Carabobo, Miranda y Aragua). Sólo en Caracas la prevalencia de la enfermedad en la población fue calculada por Rísquez en 28% para los años veinte (Incani, 1987). Tanto en Caracas como en Valencia el principal río estaba infestado y era normalmente utilizado por la población.

En 1943 se organiza un Programa Nacional de Control de la Esquistosomiasis, y se encuentra que la prevalencia en la zona endémica, del total de personas examinadas (87.639), era de 14.7%. (Balzán, 1988) El programa puso el énfasis en el combate del molusco intermediario, a través de un amplio operativo de reconocimiento de cursos de agua, cuerpos de agua y sistemas de irrigación. Se aplicaron molusquicidas en los cursos de agua infestados y se recolectaron

muestras de heces en poblaciones seleccionadas para determinar la prevalencia. También se realizaron obras de saneamiento ambiental y se ofreció información a la población en riesgo a través de programas escolares y de avisos de prevención de contacto. (Otero, 1986)

Ya para el período 1961-1965 la prevalencia había bajado al 8.2%, continuando su descenso hasta colocarse en 0.6% para el período reciente de 1985-88, hasta el punto de plantearse formalmente la posibilidad de declarar erradicada la bilharzia en Venezuela. (Gabaldon, 1985) Los resultados del Programa fueron altamente positivos: de un área endémica de 15.000 Kms² (1.6% del territorio) con 6.500.000 habitantes (un tercio de la población), el 88% de la zona estaba monitoreada y bajo control. (Balzán, ob.cit.)

No obstante, en la última década nuevos hechos exigen una reevaluación de los logros de control de la enfermedad: 1) Una reducción importante en los recursos asignados al programa (Idem) 2) La permanencia de comportamientos sociales de contaminación y contacto con cursos de agua potencialmente infestados en la zona endémica (Alarcón de Noya, 1987); 3) La estimación de la infección parasitaria y de la población infectada a través de otros métodos (Noya, ob.cit.); 4) El crecimiento de centros urbanos con problemas de servicios y cercanos a cursos de agua contaminados (Alarcón de Noya, ob.cit.); 5) y el agotamiento del modelo rentista de actuación sanitaria, que permitió una amplia modernización del país en base a la inversión de los cuantiosos recursos provenientes de la renta petrolera, pero con gran fragilidad de los logros por cuanto no estaban respaldados por cambios de fondo en los comportamientos sociales de la población afectada.

La aparición de focos de reinfección de esquistosomiasis en ciudades y medio rural de Venezuela resulta una indicación clara del agotamiento de la estrategia de control utilizada hasta ahora. A partir de los años ochenta se han descubierto varios focos rurales de reinfección: Los Cerritos, Manuare, Edo. Carabobo y el 25, Pao de Zarate, Edo. Aragua. Pero también tres focos urbanos dentro de la zona endémica de Venezuela. El primero en orden cronológico de descubrimiento, fue el del Municipio Caraballeda en el Distrito Federal, a 30 kilómetros de Caracas. En esta población se encontró 34% de infectados (examen coprológico de una sola muestra de heces de 213 personas escogidas al azar) durante los años 80-83 (Idem). El segundo correspondió a un barrio denominado Bicentenario, perteneciente a Valencia, principal ciudad industrial de Venezuela. En ese sector periférico del sur de Valencia (Estado Carabobo) se exami-

naron 2.500 personas con la prueba serológica E.L.I.S.A. y resultó un 35.6% de personas positivas. (Grupo Interinstitucional de Investigación en Esquistosomiasis, 1990) Poco tiempo después la Universidad de Carabobo realiza una prueba de Precipitación Circumoval (PPCO) a una muestra de 241 habitantes del Bicentenario resultando positivo un 14.1% (Castro et al, 1990). La tercera zona ha sido el Municipio Belén, de allí se tienen los resultados de la prueba E.L.I.S.A. en un grupo de 920 escolares, de la que se obtuvo 28,9% de positivos (Alarcón de Noya, ob.cit.).

Un foco de reinfección urbana

Como se ha dicho, el primer centro de reinfección urbana descubierto en años recientes fue el de Caraballeda, ciudad de la costa caribeña, con ambientes de mar y río de montaña. Se escoge este centro urbano de entre los mencionados arriba, con el objeto de presentar una caracterización más detallada del mismo. Quizá por ser el primero en aparecer, este foco ha sido el más estudiado y de donde se tiene la mayor variedad de datos.

La población de Caraballeda se encuentra asentada a orillas del Río San Julián y se compone fundamentalmente de barrios pobres. Por su cercanía a Caracas (a 30 kilómetros de la capital) ha recibido intensamente las oleadas de temporadistas en sus playas y río. La confluencia del río San Julián y la playa ha sido usado por lugareños y turistas con fines recreativos. Era usual observar a los temporadistas bañarse en el mar y luego hacerlo en el río para sacarse la arena y el agua salada. Este río fue encontrado infestado de caracoles *B. Glabrata* en 1983. (Idem)

Las Tucacas, Tarigua y Valle del Pino han sido los sectores donde se localizó población infectada por esquistosomiasis. El sector comprende 27 hectáreas con una densidad bruta de habitantes por hectárea que varía de 60 (Las Tucacas) a 240 (San Julián) y 270 (Valle del Pino). Allí habitan actualmente cerca de 15.000 personas en 1.200 casas de barrio consolidadas, con servicio de agua, luz eléctrica y cloacas para la mayoría de las viviendas. El agua la toman de la parte alta del río y es distribuida a través de un acueducto a las zonas más bajas. Sin embargo, los vecinos fueron enfáticos al señalar que el servicio de agua falla frecuentemente y a veces sólo llega de noche y tienen que almacenarla. Utilizan W.C. en muchas casas, aunque se mantienen las letrinas en otras que no están conectadas al sistema de cloacas. Estas condiciones eran mucho más precarias hace

diez años, cuando la transmisión de la enfermedad se estaba dando sin ningún control. En Valle del Pino no había agua hace apenas unos años y toda la comunidad se movilizaba al río para lavar, bañarse y recoger agua para la comida.

El comportamiento de contacto con las aguas

El hombre interviene en el ciclo de transmisión de la esquistosomiasis de dos maneras, primera, al entrar en contacto con las aguas contaminadas y segunda, al contaminar las aguas con sus heces. Se desea ahora hacer una caracterización del primero de estos comportamientos. En cuanto al segundo basta con señalar que el río San Julián recibe aguas negras de pozos sépticos de casas no conectadas al sistema de cloacas.

En países de África, la observación y caracterización del contacto humano con los cursos de agua infestados, es tomado como indicador objetivo de la respuesta de la comunidad a los componentes educativos de las campañas de control; también, especialistas árabes, suizos e ingleses han utilizado esta metodología como parte de la caracterización epidemiológica de la transmisión de la esquistosomiasis (Farooq, 1966; Gasim, 1953; Trop, 1985; Degremont, 1972). En Venezuela, sin embargo, no se encuentra que este elemento fuese incorporado en toda su dimensión a la caracterización epidemiológica y a la búsqueda de mayor eficiencia de los métodos de prevención del contacto y de la transmisión. Existen breves referencias en algunos trabajos acerca de las finalidades de contacto de la población. Sólo el estudio de la Universidad de Carabobo, ya referido, considera los contactos, aunque no recogidos a través de la observación *in situ* sino recopilados por entrevista a los pobladores. (Castro et al, ob. cit.)

A este propósito vale la pena recordar la postura del Comité de Expertos de la OMS, según la cual "El comportamiento diario observado en el contacto con el agua (...) reviste importancia fundamental desde el punto de vista epidemiológico..." (1985) Dicha premisa indujo a dedicar una parte del estudio a la elaboración de una metodología de observación y a su aplicación en el foco de reinfección.

Así se define la siguiente metodología de observación: cada vez que una persona entra en contacto con un curso de agua, posiblemente infestado, durante

cualquier hora del día, cualquiera sea su edad, sexo, o finalidad, puede ser considerado un contacto humano en riesgo de infección por esquistosomiasis. Es cierto que el riesgo de infección varía de acuerdo a: el tiempo de duración del contacto, la finalidad de dicho contacto, la edad de la persona que entre en contacto, la hora del día en que se realiza el contacto y la frecuencia de contactos de la persona con el agua. (Husting, 1970) Existen además otros factores relativos al sistema ecológico del caracol y del parásito que pueden influir también en el riesgo de infección (Babiker, et al, 1985), pero sólo interesa observar cualquier comportamiento social de contacto que conlleve riesgo de infección, independientemente del nivel de riesgo.

El universo de posibilidades de **contactos hombre-agua** es amplio y difícil de observar. La longitud de un curso de agua y la cantidad de población asentada en sus cercanías hacen los contactos hombre-agua innumerables, y cualquier procedimiento de registro de los mismos resulta bastante costoso. Por ello se decidió realizar un muestreo de sitios y momentos de observación, donde las unidades de observación resultaron de una combinación de lugares de contacto más frecuentados, período del día (mañana y tarde), tipo de día (laborable y no laborable), y estación climática (período seco y período lluvioso). Para la escogencia de la muestra fue necesario visitar el curso de agua a estudiar, con un plano elaborado a partir de fotografías aéreas. En la visita se recorrió todo el curso de agua marcando los lugares de mayor contactos de personas con las aguas, y se validó la información con la población del lugar. De igual modo se determinaron los mejores lugares de observación que facilitasen la visión y a la vez ocultaran al observador. La multiplicación del número de lugares seleccionados, por los dos períodos del día, por los dos tipos de días, ofreció un listado total de posibles unidades de observación de sitios-momentos de las cuales se escogió al azar una muestra del 10%, adecuados a los recursos de la investigación. Adicionalmente, las unidades "**sitio-momento**" escogidas fueron observadas en las dos estaciones climáticas de lluvia y sequía, y debieron también observarse en temporada turística (meses de agosto y diciembre), pero por limitaciones de recursos no fue posible hacerlo.

Para el registro de las observaciones se elaboró una planilla, en la cual el observador, debidamente entrenado, anotaba a la persona que entró en contacto con el agua: su género, su edad aproximada, el tiempo de permanencia en la zona de contacto, la parte del cuerpo introducida, la finalidad del contacto y el número de contactos o veces que entró y salió del agua durante su permanencia.

En el Río San Julián de Caraballeda se identificó un universo de 70 sitio-momentos, de los cuales se tomó un 10% al azar, en dos períodos de observación: el mes de mayo cuando la sequía estaba en su punto culminante, y en el mes de julio en pleno período de lluvias. En total, tres días y medio de observación en siete sitios-momentos diferentes durante el año 1990.

Es conveniente señalar que la observación se realizó después de una campaña de tratamiento masivo a la población por parte del organismo sanitario y médicos universitarios, en la cual se recomendó a la gente evitar el contacto con las aguas. Cualquier persona extraña a la comunidad en los alrededores del río era relacionada con la campaña contra la bilharzia y algunos pobladores evitaban expresamente el contacto con el río al remarcar la presencia de extraños.

En San Julián, las visitas del mes de mayo (sequía) de 1990 dieron una observación, en los siete puntos escogidos, de 29 personas haciendo 169 contactos con el curso de agua. Y las visitas del mes de julio (lluvias) de 1990 ofrecieron una observación de 26 personas haciendo 110 contactos.

Presentando resumidamente los resultados, se puede decir que la importancia de los niños es descollante en la frecuencia de los contactos con el agua (82,8% en sequía y 89% en lluvias). En relación al sexo, se tiene una fuerte variación entre mayo y julio, ya que los contactos de personas de sexo masculino aumentaron (46.1% a 81.8%) en el período de lluvias, en tanto que los femeninos disminuyeron (53.8% a 18.18%).

Estas variaciones parecen aclararse cuando se observan los resultados de las finalidades de los contactos humanos. Se tiene que la finalidad recreativa de los contactos es dominante en los dos períodos (79% y 92% respectivamente) con un aumento significativo en el período lluvioso. Muy por debajo se mantienen las actividades de lavado de ropa y de baño con fines de limpieza, aunque doblan su importancia cuando hay más agua. En otras palabras, el patrón de comportamiento social más expuesto al riesgo de infección, corresponde a los niños varones que van al río con finalidad recreativa durante el período lluvioso.

Entonces, siendo que son los niños entre 3 y 12 años quienes más interactúan con las aguas, con fines estrictamente recreativos se constituyen en el reservorio de *Schistosoma Mansoni* más importante, siendo además quienes eliminan más huevos y se infectan más. De allí que dicho comportamiento

recreativo resulta clave, primero, para la comprensión de la transmisión y, luego, para las futuras estrategias de control de la esquistosomiasis en Venezuela.

Las creencias sobre el río y la enfermedad

En San Julián, Valle del Pino y Las Tucacas se realizaron siete entrevistas en profundidad (hora y media promedio de duración cada una) a grupos de adultos y de niños, las cuales giraron en torno al tema del río, la enfermedad y su contagio. A continuación presentamos una síntesis del análisis de contenido y una caracterización de la representación social encontrada.

Los pobladores del lugar dicen vivir según "**el tiempo del río**", de acuerdo al cual las crecidas de las aguas son sinónimo de alegría. Para ellos el río "mantiene vivo al barrio", "es la fuente del barrio", es una "vitalidad de agua". Una señora afirmó que "veía a Dios cada vez que iba al río", y continuó diciendo "lo más bello que hay es un poco de agua y lavá, lavá, yo veía a Dios en ese río, me fascinaba...". La preparación de una comida tradicional como el sancocho a la orilla de un pozo del río, con amigos y familiares, es una de las máximas realizaciones festivas. El río significa disfrute.

El río es también referido como un **sitio de emociones**: "se pasaban sustos, alegrías y sinsabores" relataba una habitante de la zona. Un lugar de encuentro de hombres y mujeres, de iniciación sexual y de aventuras. Los niños señalaron que les gustaba mucho el río para "darle besitos a las novias", o para "agarrar frutas, agarrar pajaritos, pescar pescaditos". Esperar la temporada de los mangos y comérselos en el río resulta otro de los placeres especiales mejor narrados por niños y mayores.

Un eje significativo organizado en torno al **río-placer de la vida** aparece, otorgándole sentido a las opiniones, creencias y actitudes sobre todo lo relacionado a las aguas del río, pero evocado como una tradición en proceso de perderse. Lo nuevo es el **río como enfermedad**, como bilharzia, como **contaminación**, como cloaca o "baba verde", como ellos también lo llaman.

Los pobladores saben y dicen que "hay bilharzia en el río", pero este elemento es integrado a la representación del río como disfrute. La integración da lugar a reacomodos en la representación manteniendo el núcleo básico figurativo, en lo que se ha llamado el predominio de la conclusión. (Moscovici, 1979) Dos comportamientos y opiniones nos permiten plantear esta conjetura:

el primero tiene que ver con las partes del río. Para ellos la bilharzia existe en el río, pero aguas abajo, a partir del lugar en que caen las cloacas. En efecto, existen evidencias empíricas de cloacas y drenajes que caen al río, la gente puede ver estos tubos y los ha convertido en una referencia para marcar la separación entre la parte enferma del río y la parte sana. La parte "sana" se ubica a partir de lo que llaman "el puente" y de allí aguas arriba, en donde se encuentran dos pozos muy concurridos llamados Las Linazas y Las Calderas. Así, la bilharzia se asocia a la parte baja del río, en donde descargan las cloacas visibles, pero toda la parte de arriba "sigue siendo buena", a pesar de que también hay casas a su alrededor. Este giro interpretativo acepta la posibilidad del contagio en sólo la parte baja del río, pero manteniendo la representación del río como lugar de disfrute.

Un segundo elemento importante está relacionado con los tiempos del río: la sequía y la crecida. En la sequía el "río es una cloaca", "tiene baba verde, y basura". Por el contrario, cuando hay crecidas el río revive, se limpia, "es más agua que cloaca" y se pone "sabroso". Estas afirmaciones son especialmente hechas por la gente de Las Tucacas, que se encuentran en la parte más baja y más sucia del río. Para ellos la crecida deja el agua "clarita" y aprovechable. La corriente, según su relato, arrastra todo lo malo, toda la baba verde y la basura, y el río queda "limpiquito". Desaparecen temporalmente los elementos visuales de la suciedad, y el agua es abundante, corre rápidamente, no está estancada y luce transparente. Queda implícito que en tiempo de crecida se cree que no hay bilharzia en el río y puede ser aprovechado para el disfrute.

Preguntados por la transmisión de la enfermedad, los entrevistados se refirieron al caracol, sin especificar. Para la mayoría de ellos el contagio se da si uno pisa un caracol que está en el río, otros pocos dijeron que el caracol soltaba unos microbios que luego entraban por la piel, y picaban al entrar al cuerpo. Ellos narran que cuando se bañan en el río, y alguna parte del cuerpo les pica, es porque el río tiene bilharzia o un caracol de la bilharzia los picó. En estos casos ellos recomiendan muy variadas alternativas para quitarse la picazón, como echarse alcohol, agua hervida o secarse rápido. Un entrevistado afirmó que la picazón la producían las "cabecitas del gusanito del caracol cuando pica". Al preguntarles por la enfermedad se refieren sólo a posibles síntomas, y únicamente reconocen el nombre de bilharzia no así el de esquistosomiasis. Una buena parte de los entrevistados dicen no conocer a nadie con bilharzia, y enumeran una variedad de posibles síntomas. Los niños de Valle del Pino

señalaron los siguientes: ojos rojos, palidez, mareo, ronchas, desmayo. Y los adultos de esa misma localidad dijeron: pérdida de apetito, diarrea, raquitismo, barriga grande, ojos pálidos y amarillos, picazón. Pero en las respuestas recogidas no se evidenció clara preocupación por el riesgo de la enfermedad. En familias en donde algunos de sus miembros salieron positivos al parásito, en los exámenes realizados por el organismo sanitario, y fueron tratados con quimioterapia, se notó una mayor consciencia del riesgo, evidenciada en sentencias como "ya no vamos más al río", "si hubiese sabido no dejo a mis hijos ir al río". En este sentido, los resultados del examen serológico y el tratamiento consecuente parecieran haber tenido más impacto en el cambio de opinión, que las charlas de educación sanitaria.

En síntesis, sobre la bilharzia y su contagio encontramos elementos de información y de creencias desconectados, muy variables de un relato a otro, y expresados con poca convicción, pero asimilados a la representación bien estructurada y sentida del río como disfrute. Es decir, que la manera de entender el riesgo de la infección, por parte de la población, no genera una motivación para la acción de prevención, ni decidida ni durable. Los testimonios de los entrevistados fueron contundentes en esto: a pesar de saber que puede haber algún riesgo de enfermedad al entrar en contacto con las aguas, ellos, por una u otra razón, han tenido contacto con el río aún después de saberlo:

"uno tenía que ir ajuro al río porque uno no podía guardarse la ropa sucia, a sabiendas que la salud estaba en peligro..."*

"las veces que hacemos sancocho, de repente uno se echa su baño, ahí, ¡sabroso!..."

"me gusta bañarme y ¿...cómo lo evito?, si me da gana y es sabroso; ¡dígame cuando uno tiene calor y se mete en esa agua friita, sabrosa!..."

"cuando mi papá tiene calor, nosotros nos vamos a echarnos unos chapuzones pal río..."

Conclusión

La reaparición de la bilharzia en las ciudades de Venezuela muestra la poca sustentabilidad de los programas sanitarios basados en cuantiosos presu-

* Obligado

puestos, dirección vertical y disciplinada de las acciones de control, y comportamiento pasivo de las comunidades humanas expuestas al contagio. Por otra parte, el comportamiento de la población expuesta evidencia poco compromiso con las metas sanitarias de prevención de la enfermedad. Los contactos de niños y adultos, con el río con fines recreativos que materializan una representación social del río como fuente presente de disfrute de la vida, así lo muestran. La estimación racional de un riesgo futuro de infección con las aguas, por parte de la población, resulta sin evidencias sintomáticas ni causales claras.

En el contexto de reorganización del estado y de la sociedad venezolana, la política sanitaria contra la bilharziasis urbana requiere contar con el apoyo activo de la población. Pareciera sensato, desde el punto de vista sanitario, convocar a una "clausura del río contaminado", con el objeto de prevenir el contagio de la población. Sin embargo, mucho más acorde a la vocación social de la población expuesta al contagio resulta proponer el rescate del río (de las aguas negras que lo matan, y de caracoles hospedadores del parásito que lo contaminan) para fortalecer la tradición cultural que valora al río como espacio de encuentro, de armonía con la naturaleza y fuente de vida.

Convocar la energía social de la participación requiere de propuestas positivas de construcción socio-cultural en sintonía con los valores de la sociedad, que difícilmente resultarán de políticas de control inspiradas en preocupaciones estrictamente instrumentales que centran solamente sus metas en reducir el número de contagiados.

Agradecimientos

Nuestra gratitud a los doctores Nino Incani, Belkisyolé Alarcón de Noya, Gladys Villaroel, Carlos Balzán, Melissa Parker, Roberto Briceño-León, y Mauricio Barreto, quienes aportaron sugerencias a esta investigación.

Bibliografías

- ALARCON de Noya, Belkisyolé et al. Reactivación del foco bilharziano de Caraballeda en 1980-83. Bol Dir Malariol y San Amb. 1987; 27(1-4):886-893.
- BABIKER, Ahmed et al. Focalidad and seasonality of schistosoma mansoni

- transmission in the Gezira irrigated area, Sudan. **J. Trop Med Hy.** 1985;57-63.
- BALZAN, Carlos. **Programa de lucha contra la esquistosomiasis en Venezuela.** Maracay. 1988. Informe del Director del Programa contra la esquistosomiasis. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- CASTRO, L. et al. **Evaluación epidemiológica, clínica y diagnóstico pre y post tratamiento de un foco de esquistosomiasis.** Barrio Bicentenario III, Valencia. Edo. Carabobo. 1989-1990. Valencia. 1990. Informe de la Universidad de Carabobo.
- DEGREMONT, A. et al. Resultats preliminaires du project de lutte et de prevention contre les schistosomiasis dans le bas-Mansgoky (Republique Malagasy). **Acta Trop.** 1972;29 (2):101-174.
- FAROOQ, M. A possible approach to the evaluation of the economic burden imposed on a community by schistosomiasis. **Ann Trop Med Parasit.** 1963;57:323-331.
- FAROOQ, M. et al. The behavioural pattern of social and religious water-contact activities in the Egypt-49 bilharziasis project area. **Bull Wld Hltd Org.** 1966;35(3):377-387.
- GABALDON, A. Posibilidad de la erradicación de la esquistosomiasis o bilharziasis en Venezuela. **Bol Dir Malarial y San Amb.** 1985;25(1-2):1-18.
- GASIM, A. A. Evaluation of a health education programme in Tayba Qurashi Village, Central Sudan during 1983. **J. Trop Med Hyg.** 1985;88:111-113.
- Grupo interinstitucional de investigación en esquistosomiasis (U.C., U.C.V., I.V.I.C., M.S.A.S.), informe del período 1989-90.
- HUSTING, E.L. Sociological pattern and their influence on the transmission of Bilharziasis. **Centr Afr J. Med.** 1970;16:5-10.
- INCANI, N. The Venezuelan experience in the control of schistosomiasis mansoni. **Mem Inst Oswaldo Cruz.** 1987;82(4):89-93.
- KHORSHID, M. Cost efectiveness of schistosomiasis control program community-based health education. Manila. 1988. In Economics, Health and Tropical Disease. 457-462.
- MOSCOVICI, S. **La psychologie des minorités actives.** Paris. 1979. PUF.
- NOYA, O. **Epidemiología de la esquistosomiasis en América con especial énfasis en Venezuela.** Caracas. 1989. Informe interno del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela.
- O.S.M. **Control de la esquistosomiasis:** Informe de un comité de expertos de la O.M.S. Ginebra. 1985. Serie de Informes Técnicos No. 278.

- OTERO, M. Campaña de lucha contra la bilharziasis, **VII Congreso de Salud Pública**, Caracas. 1986. Tomo III, Edit. MSAS. 1094-1120.
- PARKER, M. Re-assessing disability: the impact of schistosomal infection on daily activities among women in Gezira Province, Sudan. **Soc. Sci. Med.** 1992;35 (7): 877-890.
- SANTOS, A. Economic aspects related to schistosomiasis transmission and control. Manila. 1988. In *Economic, Health and Tropical Disease*. 449-452.
- TANNER, M. From the bench to the field: control of parasitic infections within primary health care. **Parasitology**. 1989;99:s81-s92.