



Esquistosomiosis, un problema de salud pública en Venezuela.

Aspectos Socio-educativos

Elisa Martínez y Gilberto Bastidas***

Resumen

En la actualidad se hace referencia a la salud-enfermedad como un proceso social, a pesar de que no se supera del todo la concepción de la enfermedad como un problema meramente individual. Es evidente, que este proceso, también, se da en las enfermedades tropicales, específicamente, la esquistosomiosis, enfermedad, de la región centro-norte de Venezuela, con 70.000 casos. Importante y hasta ahora no erradicado problema de salud pública, aunque existen programas de control, estos, solo van referidos al tratamiento de casos clínicos y al control del vector, con escasa participación de la comunidad, algo descontextualizado, y en los que no predomina el componente educativo. El sujeto afectado no es el centro del problema, son los investigadores y el personal de salud, quienes toman decisiones desde su perspectiva, aunque preñadas de buenas intenciones, en ningún caso resuelven el problema.

Palabras clave: Esquistosomiosis, proceso social, salud pública, programa de control, conocimiento, percepciones.

Recibido: 14-11-2010/ Aceptado: 12-05-2011

* Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. E-mail: martinee@uc.edu.ve

** Universidad de Carabobo. San Carlos, Venezuela. E-mail: gbastidas@thor.uc.edu.ve, bastidas-protozoo@hotmail.com

Schistosomiasis, a Health Public Problem in Venezuela. Socio-Educational Aspects

Abstract

At present, studies refer to health-illness as a social process, although this concept has not wholly overtaken the concept of illness as a merely individual problem. It is evident that this process also occurs with tropical illnesses, specifically, schistosomiasis, a disease of the central-north region of Venezuela, with 70,000 cases. This significant public health problem has not yet been eradicated; although control programs exist, these refer only to the treatment of clinical cases and vector control, with scant, somewhat disconnected community participation, in which the educational component does not predominate. The affected subject is not the center of the problem; researchers and health personnel make decisions from their own perspectives, and although they are filled with good intentions, they do not solve the problem in any case.

Keywords: Schistosomiasis, social process, public health, control program, knowledge, perceptions.

Introducción

En la actualidad se considera a la salud-enfermedad como un proceso social, vale decir, un hecho sociológico, porque se acepta la complejidad social del mencionado evento, al superarse la concepción de la enfermedad como un problema meramente individual. Así, la doctrina de la etiología específica, dio paso a la teoría de la etiología multifactorial, cuyo alcance es completo e integral. Pues, por lo general, la respuesta a cualquier influencia nociva compromete al organismo como un todo, y en consecuencia, dada la complejidad del hecho, casi nunca se pueden explicar los procesos naturales de la enfermedad en términos de simples y directas relaciones de causa-efecto (Paredes, 1994). Es incuestionable, que igual situación se cumple en las enfermedades tropicales, por ejemplo, la esquistosomiosis, que merece equivalente tratamiento, por ser un importante y hasta ahora un no erradicado problema de salud pública.

La esquistosomiosis o bilharziosis (Bilharz, 1851) en el ser humano es provocada por cinco especies del género *Shistosoma*: *mansoni*, *japonicum*, *mecongi*, *intercalatum* y *haematobium*. La infección puede afectar intestino,

hígado y vías urinarias y muchas de las personas afectadas mueren. Este parásito requiere condiciones climáticas de humedad y calor, que se consiguen en zonas muy específicas del trópico como Sudamérica, Asia y África (Mahmound, 2000). Su prevalencia en el mundo es de aproximadamente 300 millones de casos, además, más de 650 millones de personas viven en áreas endémicas, por lo que constituye la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el trópico, después del paludismo y la cifra de muertes anuales asciende aproximadamente a 200.000 (WHO, 2001), los niños son los más afectados, particularmente porque los hábitos de juego e higiene de los mismos los hace especialmente vulnerables a padecer de esquistosomiosis, los cuales están comprometidos física e intelectualmente por la anemia que ocasiona esta parasitosis, a tal punto de presentar deficiencia en la atención y decaimiento físico, factores que a la larga incrementan el ausentismo escolar. Lo alarmante de la situación, llevo a la Organización Mundial de la Salud a emitir en 2001 una resolución, en que increpa al tratamiento regular de al menos el 75% de los niños infectados, con el fin de reducir a su mínima expresión el riesgo de esquistosomiosis para el año 2010, objetivo, que para la fecha parece difícil de lograr (WHO, 2001, 2006).

Esquistosomiosis un problema de salud pública en venezuela

Es a partir de 1917, que se descubre el hospedador intermediario de *Shistosoma* sp., un caracol, *Planorbis guadeloupensis* (Alarcón, 1999) y en 1922, a pesar que se desconoce la distribución de este vector se esbozan las primeras medidas de control de esquistosomiosis, pero es desde 1943 que realmente comienza el programa con una estructura formal en el anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2009). No obstante, estos programas, solo van referidos al tratamiento de casos clínicos y al control del vector, con escasa participación de la comunidad, algo descontextualizado, y en los que no predomina el componente educativo (son programas de corte netamente vertical). Durante el periodo 1946-1986 las principales medidas de control se dirigieron a lograr la muerte del caracol, al manejo medioambiental, concretamente del contacto de las comunidades con agua infectada y a educación rígida sanitaria periódica (Incani, 1987).

Con el fin de mostrar la magnitud del problema de esquistosomiosis en Venezuela, se traen a colación algunas características epidemiológicas, en este sentido, se señala que el área endémica para esta enfermedad, es la región centro-norte del país, formada esta demarcación por los estados Vargas, Miranda, Aragua, Carabobo y norte de Guárico, con 70.000 casos humanos. Que la distribución de la esquistosomiosis en Venezuela no presenta un patrón homogéneo, es así que los focos de transmisión más importantes estén en Caracas (29,1%), Aragua (24,8%), Miranda (10, 3%) y Carabobo (9,9%) (MPPS,

2009), en localidades con deficiente infraestructura, marginalidad y bajo nivel educativo, en muchos casos catalogadas como zonas rurales. Finalmente, que no se dispone, oficialmente, de datos importantes sobre género, actividad económica, estilos de vida, condiciones de vida, participación comunitaria y representación social, construcciones sociales estas, indispensables para establecer los parámetros de comportamiento ante cualquier situación y particularmente en el proceso salud-enfermedad (Incani, 1987), concretamente, porque el sujeto afectado dejó de ser el centro para a bordar la solución del problema, el mismo es ocupado por los investigadores y por el personal de salud, quienes toman decisiones desde su perspectiva, aunque preñadas de buenas intenciones, en ningún caso resuelven el problema del todo, es evidente que, estos aspectos deben ser descritos para el desarrollo de estrategias, preventivas, que sumadas a las curativas, ya existentes, sean verdaderamente efectivas para el control de esta enfermedad parasitaria (Hardy, 2000).

A pesar de esto, la prevalencia de la enfermedad en Venezuela descendió de 14,7% durante el periodo 1943-1960 a 0,6% durante el trienio comprendido entre 1985-1988, no obstante, durante el lapso 1992-1996 se aprecia incremento en la morbilidad hasta llegar a 1,39%, atribuible este hecho, además, de factores biológicos, como la incorporación de nuevas especies de hospedador intermediario (*Biomphalaria straminea*) (WHO, 2006) y al incremento de aguas estancadas con altos niveles de contaminación orgánica, favorable a *Biomphalaria glabrata* (principal vector) (Gabaldón, 1985), a la no inclusión de las comunidades en los programas de control, olvidándose que la acción que la sociedad civil realiza puede oponerse a las más brillantes medidas de control, al no ser aceptadas y menos aún asumidas por esta (Mott, 1990).

Se cree que un factor también importante en el incremento de la casuística de esquistosomiosis es el proceso de descentralización administrativa y política, que se inició en Venezuela en 1989, con la promulgación de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del poder público, actualmente paralizada, en que algunos Estados eran autónomos en su política de salud, y decidían, que enfermedad endémica infecciosa vigilar, en franca oposición con la política sanitaria nacional de lucha contra la esquistosomiosis que, perseguía disminuir la frecuencia de la enfermedad, aunque con un enfoque netamente curativo. Situación local que se agrava, el incremento de los casos de esquistosomiosis, con la aparición de enfermedades epidémicas temporales como dengue y cólera, que menguan, aún más, los escasos recursos y la atención destinados a para la enfermedad parasitaria, pues durante largos periodos de tiempo, los gobiernos regionales, abandonaron la vigilancia de la misma, al dejarse de lado el control de caracoles en las principales cuencas de agua, la educación sanitaria (aunque vertical), la vigilancia activa de casos, la quimioterapia y la evaluación del costo beneficio impuesta por el estado venezolano (WHO, 2006). Sin embargo, es prudente resal-

tar que la descentralización de la salud, en sí, no es mala, pero escudarse en la misma, para redireccionar lo dispuesto para una endemia, en un programa estatal de salud, hacia otro problema, sin justificación valedera, si lo es.

Esto es contrario a los importantes logros científicos, que pudieran apuntalar el control de la esquistosomiosis, así los avances más importantes se han logrado en el diagnóstico, esto favorece particularmente a Venezuela porque 80% de sus sujetos parasitados tienen infecciones leves o asintomáticas de difícil diagnóstico por el tradicional examen de heces por Kato-Katz (eliminan menos de 100huevos/gr de heces) y por algunos métodos serológicos (pruebas inmunoenzimáticas que emplean dos antígenos y prueba de la fosfatasa alcalina) (Alarcón, 1992; Mott, 1990; Pujol, 1990; WHO, 2006). Por tanto, se desarrolló una prueba para detectar anticuerpos, llamada prueba de precipitación circumoval (PPCO) para zonas de alta transmisión (Alarcón, 1996) que posee un rango de sensibilidad entre 92 y 100% y de especificidad entre 96 y 100% considerada como el "Gold Standard" (prueba de oro) del diagnóstico. Sin duda el avance ha sido grande en el diagnóstico de la enfermedad, pero no así, en el estudio de las dimensiones sociales que la conforman, específicamente, en lo que respecta a género, educación para la salud, consecuencias socioeconómicas y programas organizados de control que logren la más efectiva participación comunitaria.

En este sentido, se afirma que los avances biomédicos alcanzados en el tratamiento y curación de la esquistosomiosis, no se reflejan de forma positiva en su control. Tal situación puede responder, por una parte a las inadecuadas nociones y creencias que ante la enfermedad poseen los residentes en zonas endémicas, que influyen en su comportamiento a tal punto de, afectar su salud de forma positiva o negativa. Por otra parte, también podría obedecer a la estructura y funcionamiento del programa para el control de la esquistosomiosis, que ignora la especificidad del contexto social y su impacto en la organización, programa, también, enteramente influenciado por la disponibilidad de recursos de los Estados, que se ven obligados a establecer prioridades en salud, por esto la esquistosomiosis, por ser una enfermedad parasitaria crónica, como consecuencias de las frecuentes reinfecciones, en algunos momentos queda fuera de la consideración como importante problema de salud pública (Oliver-González, 1954).

Ambas circunstancias, agravan el problema de salud pública, pues logran que el paciente ignore, si se quiere todo, respecto a la enfermedad, por tanto, no asocia su afección con esquistosomiosis, por eso no se dirige inicialmente al servicio correspondiente y acude a hospitales generales y ambulatorios que no están en capacidad de producir el diagnóstico (Briceño-León, 1994). A lo anterior se suma, la inexistencia de programas educativos de control, debido al mensaje de desvalorización, emitido por el estado venezolano,

implícita o explícitamente, del posible rol positivo, que puede jugar la sociedad, la conocedora de sus fortalezas y debilidades, en la resolución, o al menos control, de sus problemas de salud (Kliksber, 2001).

Aspectos socio-educativos relacionados con la frecuencia de esquistosomiosis

En las poblaciones de América Latina se tienen importantes insatisfacciones económico-sociales, en este sentido, la mayoría considera, que existe exacerbación de problemas vinculados con la pobreza, entre ellos la carencia de oportunidades de trabajo, incertidumbre laboral, bajos sueldo, y especialmente deficiencias en el acceso a la salud y a la educación de buena calidad, que involucre la promoción para la salud, especialmente en áreas donde existen enfermedades infecciosas endémicas, en consecuencia se produce mayor inequidad, discriminación y desafiliación socio-cultural (Kliksber, 2001; Arzate, 2010).

Por tanto, es importante subrayar la relación entre enfermedades tropicales y pobreza. La esquistosomiosis es una enfermedad, al igual que muchas infecciones endémicas, que afecta a sujetos que viven en condiciones sanitarias y de urbanismo, deficientes, y, por tanto, favorecedoras del éxito del ciclo de vida del parásito. Por ende, si se pudieran mejorar las mismas sería más fácil controlar la enfermedad, sin embargo, la realidad es que la mejora de la calidad de vida es aun más difícil que la extirpación de la enfermedad misma. Ahora bien, lo cierto es que el mejoramiento de la salud puede acelerar el desarrollo del proceso económico. El reto es pues, descubrir métodos efectivos y de bajo costo para el control de la enfermedad, fundamentados en la participación de la comunidad, con la indispensable intervención de sus líderes naturales (Romero, 1995). Máxime que el programa de control existente en Venezuela está dirigido mayoritariamente al uso de molusquicidas y al tratamiento de casos clínicos, programa insuficiente en formación, cobertura y permanencia en el tiempo, puesto, que son los Estados (por la mal entendida política de descentralización) los que deciden dirigir hacia otras patologías, según su situación de salud, los recursos económicos inicialmente programados para el control de esquistosomiosis.

Al respecto, un importante estudio realizado en Venezuela (Alarcón, 1999), evidencia la emergencia de áreas endémicas para esquistosomiosis, pues poseen los factores sociales y las condiciones epidemiológicas (entre ellas las continuas inmigraciones), necesarias para que se cumplan las etapas de la historia natural de esta parasitosis. La investigación en cuestión mostró que la población mayormente afectada, es la económicamente productiva, pero no se indaga, sobre consecuencias psicosociales de la enfermedad, o se hace someramente, ni se incluyen a profundidad, variables como género, ocupación, conocimientos y percepciones (Alarcón, 1999). Es tal la importancia de estas variables en la pre-

valencia de esquistosomiosis que no pueden dejarse de estudiar, por ejemplo, para género y ocupación, es conveniente mencionar que el ambiente y el contexto social, son los que determinan las expresiones de los comportamientos asociados a lo que se acostumbra llamar masculinidad y feminidad, y la ocupación que llevan implícitos, es tradicional entender que los papeles de género atribuyen a la madre el cuidado de los hijos (sumisión) y al padre el proveer económicamente a la familia (poder) (Incani, 1987; Briceño-León, 1993). Así, en áreas rurales o de pobreza crítica es la mujer quien está en mayor contacto con aguas contaminadas al realizar las labores del hogar, entre ellas el lavado de ropas y el acarreo de agua. La perspectiva de género permitirá repensar lo que verdaderamente significa ser mujer u hombre en esta patología, como una posibilidad para resignificar los riesgos, pues estas categorías son dinámicas y pueden modificarse para favorecer a los individuos (Jiménez, 2000).

Otra variable a significar es el conocimiento que sobre la enfermedad poseen las comunidades, a sabiendas que el conocimiento sobre salud y enfermedad se convierte, en muchos casos, en propiedad de grupos privilegiados de la sociedad, por lo que se deben utilizar métodos para acercarse a la población en general la información sobre las causas y consecuencias de las enfermedades endémicas y sobre sus métodos de control. Las comunidades deben estar más involucradas en la identificación de sus propios problemas y los científicos deben adoptar como prioridad las necesidades identificadas por la población (Romero, 1995).

Debe recordarse que estar enfermo es un proceso holístico, que incluye un procesamiento biológico del cual puede no percatarse el individuo. Muchas personas pueden estar infectadas con el parásito de la enfermedad (esquistosomiosis) y por el carácter muchas veces asintomático de la misma, debido a que el agente etiológico aún no provoca daño o la injuria es silente, no se expresan síntomas, y por tanto, el individuo puede no estar consciente de su padecimiento (Figueroa, 1998). Asimismo, saberse enfermo implica un proceso personal de reconocimiento y aceptación de la enfermedad. En algunos casos las enfermedades no se reconocen como tales, bien sea, porque se ha convivido tanto tiempo con ellas, que se les asume como normales o inclusive como importantes socialmente, un ejemplo de representación social de la enfermedad, es el sinónimo de virilidad que atribuyen algunas comunidades africanas, a la orina roja, hematuria, que caracteriza la esquistosomiosis urinaria de ese continente. O bien porque el temor a sufrir, impide que las personas acepten que están enfermas lo que retrasa la búsqueda de diagnóstico y por ende la obtención de tratamiento precoz y oportuno (Briceño-León, 1996). Por lo que estudios, no desde fuera, sino desde dentro de la población y centrados en el sujeto, constituyen, acaso la única, o la alternativa más valedera para combatir las enfermedades, porque a partir de ellos germinan los programas de control, con y para las comunidades (Pinto, 1991).

Por otra parte, la definición de prioridades en el sector sanitario es a menudo reflejo de las metas sanitarias internacionales, sin conexión directa con los problemas locales prevalecientes. Por tanto, también, es perentorio, determinar cómo los habitantes perciben sus problemas de salud, dentro del marco de todos los inconvenientes comunitarios, y que conductas han asumido para combatir las dificultades que se les presentan a diario, con especial interés sobre los que afectan su salud. En este sentido, los objetivos del control de las enfermedades parasitarias, han dado un giro, del control de la transmisión al control de la enfermedad. Este giro, no obstante, no se acompañan de cambios en la forma en que los procedimientos de control se evalúan e inspeccionan, ni en la verdadera importancia de conocer las características sociales que acompañan a la enfermedad y por supuesto sin estímulo a la participación efectiva (Amezcuca, 2002; Van Dalen, 2010).

Conclusiones y Perspectivas

El deterioro mundial de la situación económica y particularmente en muchas áreas endémicas de esquistosomiosis, ha originado el empobrecimiento del sistema de salud y el desmantelamiento de la infraestructura de salud pública, con pérdida de la capacidad para la recolección de información sobre el número de personas tratadas por las intervenciones del sector salud, uno de los aspectos más básicos y fundamentales del monitoreo, esencial para la efectiva y eficiente operación de los programas de salud, porque permite medir objetivamente el impacto de la medida de control (WHO, 2006). Además y aunque existe alguna información, es insuficiente el uso de la misma para la toma de decisiones, por los entes oficiales del estado venezolano (Borges, 2010).

Lo que implica dificultades en la aplicación de las estrategias para el control de la morbilidad, y por supuesto el incremento en la prevalencia de esquistosomiosis, una parasitosis que es el resultado, como muchas de las enfermedades tropicales, de la inequidad y de la pobreza, donde la gente que se infecta no tiene acceso a agua potable y segura, ni aun adecuado sistema de exposición de excretas y donde la infección se adquiere durante la rutina doméstica, actividades agrícolas u ocupacionales (Tanner, 1992). También, muchas áreas endémicas para esquistosomiosis tienen otros problemas de salud pública prioritarios como: malaria, HIV/SIDA y tuberculosis, las cuales consumen la mayor parte de los recursos. Igualmente, el carácter focal de la esquistosomiosis no permite que esta se aprecie como un trascendente problema de salud nacional, situación que puede agravarse, la posibilidad de reemergencia, con las inevitables migraciones y movimientos poblacionales, que introducen la infección a nuevas áreas; con los cambios climáticos y con la dinámica de la ocupación actual de la población (Sáez-Sáez, 2008). A la par se deja de lado la participación social, factor clave e indispensable, en los programas de control, lo

que acrecienta y torna crónica la transmisión de la esquistosomiosis (Amezcuá, 2002; Hotez, 2009).

Sin duda, en la esquistosomiosis, y al igual, que en otras endemias parasitarias de Venezuela, como la leishmaniasis visceral y tegumentaria americana, los programas de control se identifican con el paradigma biologicista, bajo la concepción de agente causal de la enfermedad, netamente biológico y unicausal, que excluye, la crucial, intervención de las variables psicosociales y del medio ambiente comunitario, en la permanencia de la epidemia, a tal punto, que los equipos de salud, establecen con la población afectada por la enfermedad, acciones educativas, únicamente de carácter informativo o instruccional, en una relación mecanicista y coyuntural, con la que se pierde toda relación dialógica y reflexiva (Freire, 1990; OPS, 1992; Bastidas, 2008; Borges, 2010). Asimismo, en malaria, endémica en tres focos del país, el occidental (Apure, Barinas, Mérida, Táchira y Zulia), meridional (Apure, Amazonas y Bolívar) y oriental (Anzoátegui, Delta Amacuro, Monagas y Sucre), para su adecuado control, también se requiere de la participación comunitaria, con capacidad para intervenir en la toma de decisiones, junto con los organismos oficiales de salud, en una relación en la que priva la corresponsabilidad e integración social (Gómez, 2010).

Que hacer al respecto, se trata no solo de reconocer la importancia de los elementos participantes en el proceso biopsicosocial salud-enfermedad, sino de intentar incorporarlos activamente, por lo que se cree necesario hacer un esfuerzo por evaluar y comprender las distintas esferas del proceso salud-enfermedad, a partir de experiencias concretas, entre ellas destaca, aunque desde el contexto netamente cultural pero transferibles al sanitario, el estudio de etnias venezolanas, como la Wayuu, en que se evalúan características mínimas de comportamiento dentro y fuera de su organización social, con el fin de entender su forma de vivir (Govea, 2010). No se cree que la respuesta al problema se encuentre en lo abstracto, sino en la confrontación de las teorías con los procesos sociales reales y en la voluntad de reconstrucción del objeto y su impacto, desde la integración de las diversas aproximaciones (OMS, 2000). En este sentido se propone:

1. Que las sugerencias deben cubrir el necesario relanzamiento de las actividades, a partir de la comprensión de la situación presente, pues no solo están involucrados problemas materiales, objetivos (carencias), sino cierta subjetividad expresada en actitudes, comportamientos y costumbres. Recordar y aceptar que muchas de las debilidades derivan de la relación con el entorno institucional, en un país donde los servicios públicos de salud, a pesar de los esfuerzos realizados por el estado venezolano, se mantienen prisioneros del rutinarismo (Briceño-León, 1990).
2. La salud es demasiado importante para dejársela solo a los médicos o a su equipo técnico de salud, también es responsabilidad de los científicos sociales contribuir con sus saberes y acción en la mejora de las con-

diciones de salud y prestación de servicios. Para lograr la equidad en salud, no creemos sea una utopía, debe comprenderse que diferentes grupos, tienen a su vez, diferentes necesidades que deben ser identificadas para darle adecuada respuesta. Para esto es necesario reconocer las diferentes situaciones, condiciones y problemas en salud de la sociedad. Ya que, el comportamiento social está fuertemente influenciado por la cultura, el género, el nivel socioeconómico, el grupo étnico y la edad de los subgrupos poblacionales (OPS, 1997).

3. Se debe dar prioridad a las metas sociales en el diseño de políticas públicas en salud, con carácter nacional, pero que soluciones problemas locales, con base en una sociedad, cada vez, más moderna y eficiente, con recursos financieros y humanos calificados, e inquietas porque se estudie las causas sociales de las enfermedades y los vínculos entre salud y las variadas medidas para alcanzar el tan anhelado progreso social.
4. Emplear los estudios sociológicos, porque resaltan el aspecto subjetivo del problema, pues permiten profundizar en la comprensión de la realidad, centrada en la experiencia de los que padecen (los propios pacientes, sus familiares, sus amigos y demás integrantes de su red social) (Pinto, 1991). Porque en la sociedad, el acercamiento sujeto-objeto es posible en virtud de que las acciones, las estructuras y las relaciones sociales adquieren significados a partir de las motivaciones, intenciones y proyectos de los actores. Se intenta, con el enfoque cualitativo, penetrar en el nivel más profundo, el de los significados, los motivos, las aspiraciones y los valores, contenidos en la cotidianidad de la vida (Romero, 1997).
5. Hay acuerdo mundial, cada día en crecimiento, también en Venezuela, de la validez e importancia en términos de efectividad de la participación comunitaria en el control de su salud, sobre las tradicionales verticales y burocráticas políticas sanitarias, que desconocen lo heterogéneo de las desigualdades e inequidades de diferentes comunidades afectadas, en este caso, por esquistosomiosis, así como también, olvidan, la diversidad de las organizaciones sociales, en constante variación, los perfiles culturales, y su enlace, con el sistema de salud local.
6. Es importante considerar que si las comunidades a las que se desea ayudar, participan desde el inicio y a lo largo del desarrollo del programa de promoción social en salud, e igualmente se les involucra en la planificación, gestión, control y por supuesto en la evaluación, las metas se logran, con el mejor uso de los recursos y sustentabilidad en el tiempo.

De lo expuesto se entiende lo difícil, pero no lo imposible, del control de la transmisión del patógeno para la esquistosomiosis, si no se deja de lado el componente social. Se requieren, pues, del desarrollo de iniciativas, de programas a largo plazo, para educar a las poblaciones susceptibles de enfermar,

previo estudio del sujeto social y desagregación de los datos en atención a la perspectiva comparada e histórica, en un marco de equidad, enraizada en la visión de salud para todos.

Referencias bibliográficas

- ALARCON DE NOYA, B.; BALZAN, C.; ARTEGA, C.; CESARI, I. y NOYA, O. (1999). "The last fifteen years of Schistosomiasis in Venezuela: features and evolution". **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. Volumen 94, Nro.2, 139-146.
- ALARCON DE NOYA, B.; BALZAN, C.; COLMENARES, C.; RODRÍGUEZ, M.; SPENCER, L.; RODRÍGUEZ, E.; GONZÁLEZ, M.; STOJANOVIC, A.; RUIZ, E.; ROMERO, F.; MASROUA, G. y NOYA, O. (1992). "Esquistosomiasis en el caserío de los Naranjos, estado Carabobo". **Acta Científica Venezolana**. Volumen 43, Nro. 1, 201.
- ALARCON DE NOYA, B.; COLMENARES, C.; LOSADA, S.; FERMÍN, Z.; MASRONA, G.; RUIZ, L.; SOTO, L. y NOYA, O. (1996). "Do intestinal parasites interfere with the seroepidemiologic surveillance of *Schistosoma mansoni* infection". **Epidemiology and Infection**. Volumen 116, Nro. 1, 323-329.
- AMEZCUA, M. y GALVEZ, A. (2002). "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta". **Revista Española de Salud Pública**. Volumen 76, Nro. 1, 423-436.
- ARZATE, J.; CASTILLO, D. y GARCÍA, G. (2010). "La articulación pobreza-desigualdad violencia en la vida cotidiana de los jóvenes". **Espacio Abierto**. Volumen 19, Nro. 3, 521-539.
- BASTIDAS, G. y DIAZ, B. (2008). "Conocimientos y prácticas populares sobre Leishmaniasis en un área endémica del estado Cojedes". **Fermentum**. Volumen 18, Nro. 52, 634-655.
- BORGES, R. (2010). "Evaluación de conocimientos de la Leishmaniasis visceral en comunidades intervenidas con el programa de control. Municipios Díaz y Gómez -Isla de Margarita del Estado Nueva Esparta. Venezuela". **Espacio Abierto**. Volumen 19, Nro. 1, 79-92.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1990). **La casa enferma**. Primera edición. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana Consorcio de Ediciones Carriles C. A.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1994). "Venezuela: retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las enfermedades tropicales". **Fermentum**. Volumen 3 y 4, Nro. 8 y 9, 165-176.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1996). "Salud y sociedad". **Espacio Abierto**. Volumen 4, Nro. 2, 5-13.
- BRICEÑO-LEÓN, R. y PINTO DIAS, J. (1993). **Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea**. Caracas, Venezuela. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela.
- FIGUEROA, G. (1998). "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". **Cadernos Saúde Pública**. Volumen 14, Nro. 1, 87-96.

- FREIRE, P. (1990). **La naturaleza política de la educación**. Barcelona, España: Editorial Paidós. Primera edición.
- GABALDÓN, A. (1985). "Posibilidad de la erradicación de la esquistosomiasis o bilharziasis en Venezuela". **Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental**. Volumen 25, Nro.1/2, 1-18.
- GOMEZ, I.; ALARCON, L. y AMUNDARAY, L. (2010). "El abordaje comunitario desde la perspectiva del personal de salud: la experiencia en la lucha contra la malaria en la localidad de Río Seco, Península de Paria, estado Sucre". **Espacio Abierto**. Volumen 19, Nro.4, 737-756.
- GOVEA, V.; VERA, G. y CRISTALINO, F. (2010). "Las vivencias en su cotidianidad cultural y académica de un wayuu". **Espacio Abierto**. Volumen 19, Nro. 2, 375-390.
- HARDY, E. y JIMÉNEZ, L. (2000). **Masculinidad y género. Salud y equidad una mirada desde las ciencias sociales**. Río de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- HOTEZ, J. y FENWICK, A. (2009). "Schistosomiasis in Africa: an emerging tragedy in our new global health decade". **PLoS Neglected Tropical Disease**, Volumen 3, Nro. 9, e485.
- INCANI, R. (1987). "The Venezuelan experience in the control of Schistosomiasis mansoni". **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. Volumen 82, Nro. 4, 89-93.
- JIMÉNEZ, M. (2000). "Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. Salud y equidad una mirada desde las ciencias sociales". Río de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- KLIKSBER, B. (2001). **Diez falacias sobre los problemas sociales de América Latina. Centro de documentación en políticas sociales**. Buenos Aires, Argentina.
- MAHMOUD, A (2000). "Schistosomiasis from the beach to the field" In: **Tropical medicine: science and practice**. G Pasvol and S Huffman (editors). London: Imperial College Press. P. 134-41.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2009). **Boletín Epidemiológico 52. Dirección de Epidemiología y Análisis Estadístico. Dirección de Vigilancia Epidemiológica**. Documento consultado en internet el 12/01/2010 en <http://www.mpps.gob.ve>.
- MOTT, E.; DESJEUX, P.; MONCAYO, A.; RANQUE, P. y DE RAADT, P. (1990). "Parasitic diseases and urban development". **Bull World Health Organization**. Volumen 68, Nro. 1, 691-698.
- LEY ORGÁNICA DE DESCENTRALIZACIÓN, DELIMITACIÓN Y TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS DEL PODER PÚBLICO (1989). Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nº 4.153, diciembre 28.
- OLIVER-GONZÁLEZ, J. (1954). "Anti-egg precipitin in sera of human infected with Schistosoma mansoni". **Journal of Infectious Diseases**. Volumen 95, No. 1, 86-91.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). **Informe sobre la salud en el mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992). **Epidemiología Sin Números**. Washington: Serie Paltex número 28.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1997). **Taller sobre género, salud y desarrollo: guía para facilitadores**. 219 pp.
- PAREDES, C. (1994). "Venezuela: aspectos sociológicos y económicos del paludismo. En el caso de los llanos occidentales venezolanos". **Fermentum**. Volumen 3-4, Nro. 8-9, 154-164.
- PINTO DIAS, J.; BORGES, R. (1991). "La necesidad de investigación social y económica para las acciones de control de las enfermedades tropicales". En: Briceño-León R. y Pinto, J.C. (Ed), **Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea** (pp. 28-50). Caracas, Venezuela. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela.
- PUJOL, H. y CESARI, I. (1990). "Antigenicity of adult *Schistosoma mansoni* alkaline phosphatase". **Parasite Immunology**. Volumen 12, Nro. 1, 189-198.
- ROMERO SALAZAR, A. (1997). "Reciprocidad y convergencia de los enfoques cuantitativo y cualitativo". **Revista Costarricense de Salud Pública**. Volumen 6, Nro. 11, 25-32.
- ROMERO SALAZAR, A. y RUJANO, R. (1995). "La eficiencia del diagnóstico y de la introducción y la administración del tratamiento en el control de la lepra". **Espacio Abierto**. Volumen 4, Nro. 2, 63-81.
- SAEZ-SAEZ, V.; AGUILAR, H. y PINO, J. (2008). "Comparación entre los casos de malaria en venezuela y el índice de oscilación del sur (IOS). Período 2000 a 2006". **Terra**. Volumen 24, Nro.35, 63-84.
- TANNER, M. (1992). "De cómo ir del laboratorio al terreno: control de infecciones parasitarias con atención primaria en salud". En: Briceño-León, R. y Pinto, J.C. (Ed), **Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea** (pp. 222-256). Caracas, Venezuela. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela.
- VAN DALEN, J. (2010). "In the news! An opinion – health for, or health of the people?". **Education Health**. Volumen 23. Nro. 3, 580.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). "Control of schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections". **Report by the Secretariat**. Executive Board 107th session. Provisional agenda item 3.3 (EB107/31). Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). "Schistosomiasis and soiltransmitted helminth infections-preliminary estimates of the number of children treated with albendazole or mebendazole". **Weekly Epidemiological Record**. Volumen 16, No. 81, 145-164.