

The background of the cover is a photograph of a severely deteriorated building. The walls are covered in peeling, cracked, and stained paint, revealing the underlying structure. A window on the left has a broken wooden frame and missing panes. The ground in the foreground is a chaotic pile of debris, including wooden planks, sticks, and rubble. The overall color palette is dominated by earthy browns, tans, and greys, with a stark contrast provided by the bright cyan text.

La casa enferma

Sociología de la
enfermedad de Chagas

Roberto Briceño-León

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

60. *El sistema de salud de Brasil: ¿Qué es el SUS?*
Jaímlson Silva Paim, 2025

59. *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*
Saúl Franco, 2025

58. *La farmacia, los farmacéuticos y el uso adecuado de los medicamentos en América Latina.*
Núria Homedes, Antonio Ugalde, 2025

57. *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.*
Zulmira María de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva, 2025

56. *Tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública.*
Celia Iriart, Laura Nervi, Beatriz Oliver, Mario Testa, 2025

55. *Salud, medicina y clases sociales*
Alberto Vasco Uribe, 2025

54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*
Eduardo L. Menéndez, 2025

53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*
Susana Belmartino, 2024

52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*
Susana Belmartino, 2024

51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*
Mario Bronfman, 2024

50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*
Rita Barradas Barata, 2024

49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

48. *Teoría social y salud*
Floreal Antonio Ferrara, 2024

47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*
Henry E. Sigerist, 2024

46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*
Sandra Caponi, 2024

45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*
Eduardo L. Menéndez, 2024

43. *Participación social, ¿para qué?*
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

42. *Teoría social y salud*
Roberto Castro, 2023

41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*
Naomar de Almeida Filho, 2023

39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*
Mario Testa, 2023

38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*
Gregorio Kaminsky, 2023

37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
Maria Cecília de Souza Minayo, 2023

36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*
Eduardo Bustelo, 2023

35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*
Rosana Onocko Campos, 2023

34. *Introducción a la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*
Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*
Patricia Aguirre, 2023

31. *pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*
Martín Domecq, 2022

30. *Hospitalismo*
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*
Madel T. Luz, 2022

28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*
Giovanni Berlinguer, 2022

27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*
Viviana Martinovich, 2022

26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

“Ver Colección cuadernos del ISCO
(Continuación)”

La casa enferma

Sociología de la enfermedad de Chagas

Roberto Briceño-León



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Briceño-León, Roberto

La casa enferma : sociología de la enfermedad de chagas / Roberto Briceño-León. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; 61)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6723-00-0

1. Enfermedad de Chagas Mazza. 2. Sociología. 3. Políticas Públicas. I. Título.
CDD 301.072

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki*

Coordinación editorial de esta obra: *Viviana Martinovich*

Ilustración de tapa: *BitsAndSplits*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Carina Pérez*

Diagramación: *Carina Pérez*

Edición 1990, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana

© 2025, Roberto Briceño-León

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-631-6723-00-0

DOI [10.18294/CI.9786316723000](https://doi.org/10.18294/CI.9786316723000)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

A la memoria de mi padre,
quien me enseñó el amor por los libros
y una tarde se murió de repente



Roberto Briceño-León

Profesor titular de Sociología de la universidad Central de Venezuela. Miembro vitalicio de la Academia Nacional de Ciencias Económicas de Venezuela y de la Academia de Ciencias de América Latina. Es director del Instituto de Investigaciones LACSO y del Observatorio Venezolano de Violencia. Ha sido profesor de la Universidad Sorbonne-Nouvelle, Paris III, Francia; de la Universidad Autónoma de México y de la Universidade Federal do Ceará, Brasil. Fue fellow del Saint Antony's College de la Universidad de Oxford, Inglaterra, y del Wilson International Center for Scholars en Washington, DC.

Fue miembro del Comité Asesor de Investigaciones de Salud (CAIS) de la OPS en Washington y del Panel Asesor

de expertos en enfermedades parasitarias de la OMS en Ginebra. Dirigió el Programa de Pequeñas Becas de Investigación en Ciencias Sociales y Salud para América Latina del TDR (Tropical Disease Research and Training Programme, UNDP-World Bank-WHO). Fue miembro de los comités de expertos en investigación socio económica, investigación aplicada y enfermedad de Chagas de la OMS. Consultor y evaluador de programas sociales en Africa, Asia y América Latina. Ha sido uno de los impulsores del enfoque de Ecosalud en América Latina.

Tiene más de 200 artículos y capítulos científicos y 28 libros publicados o editados, entre ellos: *Los efectos perversos del petróleo* (1990); *Clases sociales e individuos* (1991); *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais* (2000); *Applying Health Social Sciences Best Practice in the Developing World* (2001); *Ciudades de vida y muerte* (2015); (2001); *Sociología de la violencia en América Latina* (2008); *La modernidad mestiza* (Barcelona, 2018); *Tanatopolítica en Venezuela* (Barcelona, 2022); *La gobernanza criminal y el Estado* (Barcelona, 2023); *La gramática social de la violencia* (Barcelona, 2023).

Índice

Prólogo a la primera edición digital <i>Roberto Briceño-León</i>	VII
Presentación <i>Arnoldo Gabaldón</i>	XV
Introducción	1
Primera parte: La transmisión	
Capítulo 1. La enfermedad de Chagas	9
Capítulo 2. Vivienda campesina y enfermedad de Chagas	19
Capítulo 3. El estudio sociológico de la transmisión vectorial	29
Capítulo 4. El individuo, sus circunstancias y la enfermedad	45
Segunda parte: El control	
Capítulo 5. Las políticas de control de la enfermedad y los efectos perversos	69
Capítulo 6. Microcambio social dirigido: cambiando el juego con investigación-acción	87
Capítulo 7. El control apropiado de la enfermedad	105
Capítulo 8. La sociedad sana	115
Bibliografía	121
Equipo de investigación	131



Prólogo a la primera edición digital

Roberto Briceño-León

Una breve historia, treinta y cinco años después

Cada libro académico, así como la investigación que lo sustenta, da cuenta de un momento histórico ante el cual responde las preguntas de su presente, salda deudas pendientes que venían del pasado e intenta abrirse camino hacia un futuro siempre incierto. Escribir un libro es relativamente fácil, lograr que alguien lo lea es mucho más difícil y enigmático.

Por eso, la reedición de un libro después de 35 años de su primera impresión es una alegría que se agradece a los lectores antiguos y a los potenciales, así como a la generosa disposición de la casa editorial: el Instituto de Salud Colectiva, de la Universidad Nacional de Lanús de Argentina, y de su editor, el Dr. Hugo Spinelli.

Cuando realicé a mediados de la década de 1980 la investigación que se reporta en las páginas de este libro se podía contar con los dedos los años transcurridos desde la declaración de Alma Ata de la OMS en 1997. Su impacto apenas comenzaba a sentirse en las conciencias y todavía no hallaba muchas formas de expresión práctica en la investigación, y mucho menos en las políticas, las cuales continuaban amarradas a la idea de la salud como la evitación de la enfermedad y no como promoción del bienestar humano.

Las investigaciones que precedieron nuestro trabajo daban cuenta de un pasado marcado por el esfuerzo en conocer mejor el parásito y en los hábitos del vector. Eran muy valiosas contribuciones de las cuales aprendimos mucho, pero que, por las propias limitaciones profesionales de sus autores y por las no pocas restricciones de los financistas, en sus reportes se limitan a destacar, como ya lo había hecho antes el propio Carlos Chagas a comienzos del siglo XX, la relevancia de los factores sociales, pero nada más. No se abundaba en su significación para las políticas de control, no se profundizaba en las explicaciones de su impacto; solamente, y con mucho respeto, se repetía aquel mantra de la importancia de los factores sociales, el cual era venerado e ignorado al mismo tiempo. Por eso, como escribimos al inicio del libro *La casa enferma*, sabíamos mucho de los parásitos y comportamiento de los vectores, pero muy poco del comportamiento de los enfermos reales y potenciales de la enfermedad.

Más allá de las limitaciones profesionales y financieras que podían existir, quizá el mayor obstáculo para avanzar era la fuerza cultural que tenía —y en gran medida

podemos afirmar que todavía tiene— la idea de la salud como ausencia de enfermedad, pues implica un cerramiento de la mirada hacia el individuo como ente biológico aislado y no como ser social en comunidad, como una persona que convive con otras personas en un medio natural y que, para sobrevivir, modifica constantemente su ambiente y al mismo tiempo es transformado permanentemente por su entorno.

El pasado al cual debía dar cuenta la investigación estaba marcado por los estudios sobre los vectores y su vínculo con las condiciones materiales de las viviendas campesinas. Nuestra investigación debía avanzar hacia las personas, las familias y la comunidad local. Sabíamos que todos esos factores tenían como trasfondo la economía y política nacional, sin embargo, nuestra decisión fue concentrarnos en hurgar lo microsocioal y dejar apenas como una referencia lo macrosocioal, pues si bien no era posible de ignorarlo, tampoco se le podía dar un papel relevante en un estudio de terreno. Pues pretender hacerlo era como intentar desarmar un reloj de pulsera con una llave inglesa.

Las investigaciones sobre los vectores se concentraban en conocer los mecanismos utilizados por los insectos para llegar y permanecer en las viviendas, para ello se estudiaba su presencia en el medio natural, en los árboles y las palmeras, sus fuentes de alimentación en los animales silvestres, su escasa capacidad y autonomía de vuelo, pero su habilidad para aprovecharse de las corrientes de viento. Y en las viviendas se escudriñaban las casas y su entorno, las paredes, los pisos y los techos de las casas, los corrales de animales, las formas de almacenamiento de semillas y otros alimentos, la disposición de la ropa o demás enseres familiares, los materiales de construcción como los bloques de adobe que se fabricaban y acumulaban para usarlos posteriormente. Se medía de una forma minuciosa y admirable la cantidad de vectores que se encontraban en una vivienda y se calculaba la cantidad de sangre que para su alimentación podían extraer de la familia con la cual compartían la casa. En Venezuela y en Honduras, luego de comprarle la vivienda a las familias que la habitaban, las casas fueron derrumbadas para minuciosamente contar los varios miles de *R. prolixus* o *T. Dimidiata* que pululaban en sus paredes y techos.

Todo ese titánico esfuerzo estaba dirigido a mejorar el control de la enfermedad con la aplicación de los insecticidas. La fumigación de las viviendas con el DDT había sido notablemente exitosa como estrategia de combate contra la malaria en las décadas de 1940 y 1950. Su aplicación se había iniciado durante la Segunda Guerra Mundial para proteger a los soldados de Estados Unidos que libraban batallas contra el ejército japonés en las islas del Pacífico. Pero, al finalizar la guerra, se había permitido su utilización para fines civiles y fue así como, bajo la férrea dirección del Dr. Arnoldo Gabaldón, se logró que una amplia zona del trópico fuera declarada sin malaria. El éxito de la estrategia del uso de insecticidas para acortar la vida de los vectores y poder interrumpir la transmisión de la malaria, se quiso replicar con la enfermedad de Chagas.

En un primer momento, en los años cincuenta del siglo pasado, se usó el DDT; luego, en los años sesenta fue substituido por otros insecticidas organoclorados, como el gamexane y el dieldrin, y para los años ochenta se generalizó la utilización

exitosa de los piretroides como la deltametrina y el β -cipermetrina. Con cualquiera de los químicos la propuesta era la misma, se trataba de hacer lo que en ese tiempo se conoció como el flushing-out de los insectos, que consistía en forzarlos a salir de sus escondites y que, en el contacto con el insecticida, se murieran y dejaran de ser una amenaza a la salud de la familia. La estrategia fue exitosa, donde se aplicó logró proteger la salud de decenas de miles de personas, pero tenía una gran limitación: la fumigación de la vivienda debía repetirse cada seis meses, o en menos tiempo si se detectaba una reinfestación. Entonces, los gobiernos y los programas de control de vectores enfrentaban el reto financiero de poder costear los insecticidas y los costos operativos que implicaba la logística del desplazamiento del personal y sus equipos hacia las zonas endémicas. Muchos gobiernos lograron hacerlo, el de Venezuela, notablemente lo logró, con los ingentes ingresos petroleros que recibía pudo financiar esas operaciones de campo de manera regular: los fumigadores dejaban detrás de la puerta una tarjeta con el registro de la fecha de la visita y un pequeño frasco de vidrio donde la familia debía almacenar el vector que encontrase. Los inspectores sanitarios del Ministerio de Salud visitan las viviendas con regularidad y hurgaban en las paredes y, si encontraban indicios de la presencia del vector, aplicaban nuevamente el insecticida en la casa, mientras que la familia congregada fuera de la casa observaba toda la operación de rociamiento de su hogar, sin entender bien lo que ocurría.

Estas actividades se llevaron a cabo con éxito por varias décadas, hasta que la estrategia afrontó dos problemas importantes: por un lado, se hallaron evidencias en los estudios de laboratorio de la resistencia de los vectores a los insecticidas piretroides y, por el otro, en el terreno, el programa empezó a encontrar señales del cansancio de la población campesina por las reiteradas visitas que si bien mataban los molestos insectos, perturbaban la vida cotidiana, y hasta mataban sus gallinas, pues las aves se comían los vectores y se intoxicaban. Se tenía entonces una doble resistencia, la entomológica de los vectores a los insecticidas y la social de las personas al programa.

Buscando dar una respuesta a esa doble adversidad, se desarrollaron dos técnicas de control de vectores que estaban en boga cuando iniciamos nuestra investigación. La primera era el pote fumígeno, el cual, como su nombre lo indica, era un envase que al abrirse tenía capacidad de generar por combustión y sin llamas una gran cantidad de humo que transportaba el insecticida Beta-cipermetrina y que podía penetrar en las grietas de las paredes, los intersticios de los techos de palma, paja o tejas y en los enseres domésticos rápidamente, reduciendo las molestias a las familias y su aplicabilidad, pues no requería de un rociador especializado. Y la segunda era la aplicación en las paredes de unas pinturas con insecticida residual, que originalmente era el malatión, el cual podía tener una duración mucho mayor y evitar las molestias y los costos de las visitas repetidas cada seis meses para la aplicación del rociado con el insecticida tradicional. Sin embargo, cualquiera de estas innovaciones, se circunscribían a la aplicación del mismo concepto de evitar la enfermedad, no de promover la salud.

Los programas de construcción o mejoramiento de vivienda vinieron a cubrir ese deseo de ofrecer a la población de las áreas endémicas algo más que la eliminación de los insectos para el control de la enfermedad. A finales de la década de 1940, en el estado de Minas Gerais en Brasil, el doctor Emmanuel Dias había llevado a cabo un breve programa de mejoramiento de la vivienda campesina. Posteriormente, a inicio de la década de 1950, en Tucumán, Argentina, el doctor Cecilio Romaña realizó un estudio y publicó un manual sobre Cómo puede construirse un rancho higiénico antivinchuca; y a mediados de esa misma década, en el poblado de Magdaleno, en el estado Aragua de Venezuela, se llevó a cabo una experiencia con la utilización de tierra cemento que fue documentada y posteriormente convertida en un manual de construcción que imprimió la Dirección de Mariología del Ministerio de Salud con el título de Vivienda Sana. Las tres intervenciones, aunque fueron realizadas de manera semioficial, contaron con un apoyo importante de fundaciones privadas que las hicieron posible y que de algún modo querían mostrar la relevancia de la participación de actores diferentes del Estado, tanto de las empresas privadas como de la propia población en riesgo.

Estos modelos de intervención cambiaron en 1958, cuando se creó y masificó el Programa de Vivienda Rural en el Ministerio de Salud de Venezuela, pues sus éxitos desviaron la atención de dos componentes esenciales que habían tenido las propuestas anteriores: una tecnología constructiva autóctona y la participación de la población. El Programa de Vivienda Rural en Venezuela estuvo integrado a otra importante política social del gobierno, como fue la Reforma Agraria, la cual se dedicó a comprar y ofrecer tierras baldías en los latifundios para el cultivo por la población campesina. La reforma agraria había sido una importante demanda social que durante la primera mitad del siglo XX había recorrido de norte a sur América Latina y que, en Venezuela, coincidía con el fin de la dictadura militar y el inicio del nuevo período democrático. El nuevo gobierno tenía necesidad de conseguir gobernabilidad y de legitimarse ante la población, el presidente Betancourt había logrado con un pacto entre líderes formar un gobierno de consenso de todos los partidos políticos democráticos, sin embargo, su estabilidad no estaba garantizada pues tenía la amenaza reiterada de intentos de golpe de Estado por los militares que habían sido desplazados del poder y por un movimiento guerrillero de inspiración y apoyo cubano que buscaba asentarse en las zonas rurales. La reforma agraria, las escuelas rurales para la alfabetización de niños y adultos y el programa de vivienda rural para el control de enfermedades transmisibles, conformaron los tres componentes de una política social que dio el soporte a la gobernabilidad y sobre la cual se cimentó la derrota de la guerrilla, mucho más que en las acciones militares.

Para hacer factible la meta de estabilidad política, los programas sociales tenían que ser masivos y ofrecer casi gratuitamente tanto las tierras para el cultivo, la escuelas para la educación como las casas para las familias de los campesinos. Y, en Venezuela, eso fue posible realizarlo por los abundantes recursos provenientes del petróleo que le permitieron al gobierno, por un lado, adquirir los insumos necesarios, con lo cual apoyaba la industria del cemento y la construcción, y, por el otro, contratar al personal y ampliar la burocracia estatal, que debía llevar a cabo la titánica

tarea de construir en pocos años cientos de miles de viviendas rurales. La iniciativa fue un éxito político en todas sus dimensiones, se incrementó la salud de las familias, se alfabetizó a la población y los adversarios de la democracia fueron derrotados.

Pero esa masificación del programa de vivienda saludable tuvo unos costos. Pues, para poder llevarla a cabo, era necesario una estandarización del proceso constructivo, aplicar el mismo diseño arquitectónico para diferentes medios culturales y distintos pisos climáticos, y utilizar insumos y procesos industriales, por lo tanto, se descartaron los materiales e insumos autóctonos, los saberes constructivos locales y la participación de la población.

La investigación se enfrentaba entonces a dos retos importantes: por un lado, lograr una vivienda sana que no requiriera de flushing-out, ni de potes fumígenos o pinturas con insecticidas para estar libre de los vectores; y, por el otro, que esa vivienda se pudiera construir con la participación de la familias en riesgo de contraer la enfermedad, de modo tal de hacerla sustentable, es decir, que los propios campesinos la pudieran reparar o ampliar en el futuro de acuerdo al cambio de sus aspiraciones y necesidades y para eso debían utilizarse materiales y saberes locales y contar con la voluntad de la población. Este libro da cuenta de ese proceso.

Responder a ese reto implicaba descifrar un presente para poder orientar un futuro de los programas de control vectorial de la enfermedad de Chagas. Para descifrar el presente se formuló una investigación con unas técnicas cuantitativas y cualitativas, y para otear el futuro se diseñó una investigación-acción que era un cuasiexperimento. La investigación cuantitativa tenía dos componentes, el primero fue un censo de las viviendas rurales de un municipio en el cual se diseñó con la ayuda de entomólogos una escala para medir las condiciones constructivas de la edificación que permitían su colonización por los vectores. Y el segundo, la aplicación de dos test psicosociales, uno sobre las expectativas generales de control del futuro y otro sobre las expectativas específicas de control de la enfermedad. Paralelamente, y de manera cualitativa, se realizaba un estudio sobre las respuestas de la población a los programas de vivienda conocidos y las consecuencias no intencionales que habían tenido en la cultura de la población sobre el control de la enfermedad.

Con esos elementos se procedió a diseñar e implementar un programa de mejoramiento de las viviendas de bahareque¹ que no permitiera su colonización por el *R. prolixus*, principal vector de la zona, utilizando materiales y técnicas tradicionales mejoradas y con un procedimiento constructivo y de financiamiento progresivo que, en una suerte de ingeniería social, permitiera progresivamente incrementar la participación y la confianza de los campesinos en su capacidad para controlar la enfermedad y su futuro.

Los resultados sociales y sanitarios de ambos procesos se explican en el libro, con el lenguaje de la época y con un estilo que pretendió ser sencillo en lo social y riguroso en lo científico, pues estaba dirigido tanto a lectores de las ciencias sociales y médicas, como a funcionarios tomadores de decisiones en el Ministerio de Salud. Tarea que no fue nada fácil en el pasado, ni tampoco es sencilla en el presente.

¹ Bahareque: pared de palos entretreídos con cañas y barro. (DRAE, versión en línea).

A pesar de la reticencia inicial de los funcionarios encargados de la ejecución de los planes de vivienda en el Ministerio de Salud de Venezuela, aprensión que uno puede presumir se debía a razones culturales y económicas, se logró crear un nuevo programa de vivienda con materiales locales y participación popular que se llamó Mejoramiento Integral de la Vivienda Campesina (MIVICA), el cual reconoció la utilidad de los resultados de la investigación e incorporó en sus planes las propuestas de organización social y técnicas constructivas. Experiencias similares se repitieron en otros países con mayor o menor éxito, en el Sur, en Bolivia y Paraguay, en Centroamérica, en Honduras y El Salvador.

Visto en la distancia, la investigación y el libro impulsaron unos cambios importantes que se fueron consolidando con el tiempo y al cual dediqué parte de mi trabajo posterior: el mejoramiento de la vivienda de tierra fue aceptado como un medio adecuado para el control de la enfermedad de Chagas y en ese proceso se valorizó el saber constructivo popular y se pudo demostrar que esa milenaria técnica constructiva podía incorporar los avances de la ciencia y que no estaba maniatada en el pasado, sino que admitía nuevos diseños y conocimientos constructivos y nuevos materiales que permitían mestizarla para aumentar su calidad y durabilidad (Briceño-León, 1993ba,1997, 2001).

También se pudo demostrar el valor que tiene la participación de las familias en riesgo sobre la política estatal del regalo, pues con la participación se garantizaba sostenibilidad y se fortalecía la confianza de las personas como agentes forjadores de su destino. No se trataba simplemente de la mezquina idea de reducir los costos, sino de aumentar el potencial de agencia social de los actores (Briceño-León, 1996a,2001b,2014).

Desde el punto de vista económico, se ofreció una mirada fresca a los cálculos de los costos financieros, pues lo conveniente que resultaba en el corto plazo el precio de los insecticidas en comparación con el mejoramiento de la vivienda en el corto, luego se modificaba radicalmente cuando la estimación se efectuaba para un periodo de tiempo más largo y se incorporaba la reiterada compra del químico y el pago del personal, entonces el mejoramiento de la vivienda ofrecía un mejor costo-beneficio (Briceño-León, 1993a).

Se logró mostrar que era posible el trabajo conjunto entre los funcionarios del Estado y la población a través de unos mecanismos de organización del trabajo cuyas metas temporales priorizaran los logros lentos que permitieran generar la autoconfianza y sostenibilidad propios de la promoción de la salud, y no solo la rápida eficiencia burocrática del número de edificaciones realizadas o del rociamiento ejecutados para evitar la enfermedad (Briceño-León, 2006,2007b).

También permitieron reconceptualizar la idea de la cultura de la enfermedad, la cual había promovido la antropología médica estadounidense, pero que para sus teóricos tenía una significación y unas consecuencias negativas entre la población y, por el contrario, en mi propuesta se le cambió la valoración completamente y se pudo establecer que la existencia de una cultura de la enfermedad entre la población era un factor de protección, pues le permitía a las personas protegerse ante los riesgos. El concepto de cultura de la enfermedad lo usamos en un primer momento

para referirnos a las enfermedades transmitidas por vectores, las metaxénicas, sin embargo, luego se mostró que podía ser de utilidad ante cualquier enfermedad transmisible, como el COVID 19 (Briceño-León, 1998, 2022a, 2022b).

El continente se hizo cada día más urbano y los movimientos demográficos y de expansión de la ocupación territorial de las ciudades abrieron el campo para que tomaran relevancia otras formas de transmisión de la enfermedad y su presencia se encontrará en otros continentes o en el Amazonas (Briceño-León, 2007a).

La enfermedad de Chagas, que había sido el símbolo epidemiológico de la enfermedad de la pobreza rural, se volvió un problema urbano (Briceño-León, 2009). La idea de que la enfermedad solo se encontraba presente en la población residente en América Latina se modificó por su presencia en las ciudades de Europa y Estados Unidos, a las cuales habían viajado una gran cantidad de emigrantes latinoamericanos, quienes llevaron no solo sus esperanzas de una vida mejor, sino también la enfermedad, lo cual requirió formación de especialistas y atención en los hospitales y cuido en los bancos de sangre fuera de América Latina.

El libro tuvo gran difusión en toda América Latina, la edición impresa se agotó pronto y, como en esos años no existía el PDF digital, fue fotocopiado ininidad de veces para ser utilizado en las clases de postgrado, en el diseño de los programas, y muchas veces, como referencia o argumento ante los funcionarios resistentes a la innovación. Esa gran acogida sirvió para apuntalar la idea fuerza de que con una intervención social que empoderase a las personas y permitiera la incorporación de los saberes y materiales constructivos autóctonos, era posible producir un micro cambio social que mudara el estereotipo de la vivienda de tierra como un rancho que enferma a la población y demostrar que la casa enferma podía transformarse en una casa sana.

Caracas, julio 2025



Presentación

Arnoldo Gabaldón

Es para mí un gran placer aceptar la invitación que me ha hecho el distinguido amigo, sociólogo Roberto Briceño-León, de hacer la presentación de este interesante trabajo, resultado de sugerencias e inquietudes que desperté en él para que investigara acerca de las condiciones en que vive nuestra gente en el medio rural.

Me satisface grandemente que él haya sabido interpretar con excelencia este propósito, como lo demuestra el contenido de la investigación realizada, la cual sin duda va a servir de orientación al Programa Nacional de Vivienda Rural que impulsé desde 1958, antes de la creación de la nueva Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Dicho programa fue instituido con el objetivo preciso de eliminar el rancho insalubre y sustituirlo por una vivienda sana. Por eso, cuando ejercí el cargo de ministro del mencionado despacho, expresé de manera concluyente que “lo que se requiere es una verdadera revolución en cuanto a habitación de nuestros sectores obreros y campesinos [...] aspiramos a ver alojados a los sectores menos favorecidos económicamente de la población venezolana en una pequeña quinta, fundamentalmente diferente al rancho, capaz de servir de ambiente esperanzador a nuestras masas. Tal objetivo es posible si apartamos del programa toda demagogia”.

Este pensamiento expresa mi convicción de que el rancho no solo representa un problema sanitario, sino que envuelve consideraciones sociales, económicas y culturales, y que la acción dirigida a eliminarlo, no solo significa un cambio positivo en el mejoramiento de la salud si no, lo que es más importante, un cambio en el modo de vida de sus habitantes.

No hay duda de que el rancho es originado por factores económicos y sociales, pero es fundamentalmente debido a un factor cultural. Por eso siempre he creído que la vivienda es más el resultado de la orientación cultural de la gente que de las limitaciones económicas de que dispone.

Para expresarlo con un ejemplo, es indudable que un alemán o un sueco metido en el llano, aun cuando esté, por decirlo, botado allí, lo que haría de vivienda con los materiales de que dispone en ese ambiente no resultaría un rancho, porque sencillamente su cultura lo lleva a constituir algo diferente y mejor. Por este motivo, considero que el trabajo realizado por Briceño-León, con el enfoque del sociólogo moderno, es un aporte positivo a lo que debe hacerse en el campo de la vivienda rural.

Desde 1984, Briceño-León se ha dedicado con entusiasmo y disciplina a analizar lo que piensa la gente del medio rural venezolano acerca de las viviendas modestas que pueden adquirir con los haberes que poseen o con los esfuerzos que pueden

hacer para alcanzarlas, mantenerlas y mejorarlas. Además, hace un estudio del desarrollo del Programa Nacional de Vivienda Rural y determina que no ha cumplido totalmente con los objetivos propuestos inicialmente, porque según él debería ser “un programa global de cambio social alrededor de la vivienda”. Entre los análisis que hace al respecto, determina que se cambiaron los materiales por unos más costosos, no se consideró la ampliación de la vivienda ni se tomó en cuenta la participación del campesino en la construcción de ella. Otro problema que considera importante es el destinatario social y dice que “la vivienda rural estaba pensada para la familia rural pobre y en riesgo de contraer enfermedades metaxénicas, en especial la enfermedad de Chagas. Pero con la evolución económica del país y los cambios políticos ha sucedido que los destinatarios de las viviendas han sido otros”.

Por ello considero que es necesario hacer un análisis de lo que ha sucedido con el programa y este trabajo es un aporte importante que va a permitir que se tome el camino adecuado, ya que estuvo dirigido a planificar y desarrollar una política nacional de vivienda para la gente de pocos recursos. Además, va a servir de guía para todas aquellas personas involucradas en los problemas de las comunidades campesinas.

Por eso felicito y estímulo a Briceño-León a seguir aportando con su investigación y tenacidad para el mejoramiento del medio rural venezolano.

Marzo de 1990

Introducción

El presente trabajo es un esfuerzo por hacer algo útil de la sociología; algo que pueda ayudar a controlar de una mejor y más permanente manera esta extraña enfermedad.

La sociología ha hecho desde hace varias décadas sus incursiones en el campo de la sociología de la medicina, pero su foco de interés ha estado centrado en las instituciones médicas, en los roles que se despliegan en los actos curativos o en las percepciones de la enfermedad o la distribución social de la enfermedad.

Este trabajo no puede ubicarse estrictamente en el área de la sociología de la medicina, sino en otro que preferiríamos llamar “la sociología de la salud”. Su interés se centra en la comprensión de los procesos sociales y de comportamiento individual que permiten que entren en contacto un individuo, un vector —en este caso, un insecto— y un parásito; y, en la ocurrencia, se suceda la enfermedad.

Una buena parte de las enfermedades tropicales son transmitidas por vectores: zancudos, moscas, caracoles, jefenes; responsables de la malaria, la schistosomiasis, la leishmaniasis y la oncocercosis o enfermedad del sueño. Para que ocurra la enfermedad se requiere, entonces, que un vector infectado con el parásito se tope con un hombre y se lo transmita.

Las circunstancias por las cuales ocurre este contacto dependen de condiciones de la naturaleza y de la sociedad.

La sociología de las enfermedades metaxénicas se encarga de comprender la dimensión individual y societal del encuentro vector-parásito-hombre; y los modos en que es posible evitarlo, alterando el comportamiento de las personas, la organización social o el medio ambiente construido.

Para lograr su cometido, la sociología estudia el comportamiento de los hombres y las relaciones reales e imaginarias que ellos establecen entre sí, con la naturaleza y con la tecnología; el comportamiento y las relaciones que pueden favorecer, dificultar o impedir la transmisión de las enfermedades.

El desarrollo de esta sociología ha sido la intención de nuestro trabajo en el Laboratorio de Investigaciones Sociales. Para hacerlo, hemos echado mano de todas las herramientas y teorizaciones de las cuales podíamos disponer en el terreno de las ciencias sociales. Pero el campo de la sociología está desértico luego de tantas floridas ilusiones de la década de 1960. Las oficinas públicas y las universidades cierran departamentos o cancelan cargos; y periódicos importantes se atreven a preguntarse en grandes títulos: “Who needs sociologist?”, (*The Guardian*, 16-2-88).

Creemos que la sociología es útil y necesaria para comprender los lastres y errores del pasado, los retos del presente y los caminos del futuro. Para lograr esto, es menester una práctica sociológica enfrentada y comprometida con su sociedad y su tiempo. Dispuesta a llenarse los pies y las manos de barro. Deseosa de salir de las aulas y los cafés. Voluntariosa para inventar modos nuevos de trabajo, tomando lo rescatable de la tradición e inventando lo obligatoriamente inventable para poder

asir la escurridiza realidad social. Y, por supuesto, preparada para aceptar los riesgos del fracaso que tiene cualquier actividad científica.

El trabajo que hoy presentamos combina, en la modesta tradición de nuestro Laboratorio, las técnicas de investigación cuantitativas con las cualitativas, la encuesta y el *survey*, con el experimento y la investigación acción; los estudios históricos con los análisis contemporáneos; la perspectiva macrosocial con la micro y psicosocial.

La fase preparatoria del estudio se inició en 1984, con la preparación del primer protocolo y nuestra formación en los aspectos médicos, epidemiológicos y entomológicos de la enfermedad. A principios de 1985, se llevó a cabo un estudio de factibilidad y luego, a mediados de año, se comenzó la aplicación de la encuesta de 556 familias campesinas que duró, incluyendo los primeros análisis de los resultados, hasta inicios del año siguiente. En 1986 se ejecutó la segunda parte de la inquiria, correspondiente a la investigación-acción orientada hacia las alternativas de control de la enfermedad. En 1987 se realizó el análisis integral de los resultados y se tradujeron en propuestas de políticas de control de la enfermedad. La última revisión y análisis fue realizada en 1988.

He querido presentar la investigación de una manera amable y legible para diversos tipos de lectores. La escogencia del estilo no fue fácil, ya que la formación profesional de los potenciales lectores es muy amplia: sociólogos, médicos, políticos, arquitectos...este texto tiene un poco de todo eso. pero es un trabajo esencialmente sociológico; tal y como entendemos la sociología.

Conscientes estamos de que mucha gente desdeña este modo de trabajar y más conscientes aún estamos de los juicios según los cuales un trabajo de este tipo no podría considerarse sociología. Nosotros sostenemos que toda esa gente está equivocada, que esta es una manera legítima de hacer sociología, que hay otras formas, distintas, pero no mejores. Y que existen también otras labores que pueden ser interesantes o simpáticas, pero que no son sociología.

De todos modos, en el Laboratorio no se pretende dar consejos a nadie sobre cómo investigar y trabajar, simplemente lo estamos haciendo. Lamentablemente, no puedo decir mucho más sobre lo que debe ser una sociología científica y útil en el futuro, pues, sabrán entender que —como decía el poeta— también estamos en el camino.

De ese andar a tientas inventando el rastro, entrego este producto. A los amigos y detractores solo pido un juicio por los frutos.

En la concepción, realización y análisis de la investigación participó el equipo original y central del Laboratorio de Investigaciones Sociales: Silverio González Téllez, Luis Mauricio Phelan y José Andrés Ruiz. La capacidad y dedicación mostrada en el trabajo, la creatividad y el sentido institucional que siempre estuvieron presentes en todo el grupo, constituyen un ejemplo raro en Venezuela y, quizá, en el mundo.

Para la ejecución de la investigación fue muy valiosa la cooperación del Programa Especial para Formación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales de la Organización Mundial de la Salud, en particular de Patricia Rosenfield, cuya insistencia y carisma nos ganó para el área de trabajo. En Venezuela, el personal de la Oficina

Sanitaria Panamericana nos prestó siempre su ayuda y estímulo y facilitó desde un inicio lo que después ha resultado una muy fructífera relación con la Dirección General Sectorial de Malariología y Saneamiento Ambiental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En particular se debe mencionar a Renato Gusmao, responsable de la oficina de Maracay, y experto en la enfermedad, y a Jorge Velasco, quien con su amistad y boliviana paciencia nos introdujo en el conocimiento del vector y sus relaciones con la vivienda.

En el desarrollo de la parte experimental en el Estado Cojedes fue de gran importancia la participación de Federico Reyes Pereira, a la sazón Gobernador del Estado, y de Victoria Martínez, líder agraria de la zona, quien nos abrió las puertas de los campesinos.

Para la transformación de los resultados de investigación en políticas de control nos fueron muy útiles los consejos, la voluntad política y la veteranía de Arturo Luis Berti y Domingo Mora Márquez. Y, por último, pero no menos importante, el Dr. Amoldo Gabaldón, quien nos dio su sabio apoyo siempre y en los momentos más difíciles mostró más entusiasmo y juvenil apertura hacia lo nuevo que muchos otros, que bien pudieran ser sus nietos.

A todos ellos nuestro agradecimiento grande y sincero. Su contribución fue muy valiosa para lograr todo lo que de bueno este trabajo tenga. Los errores y las limitaciones de las que pueda adolecer, las asumo enteramente¹.

Oxford, 31 de diciembre de 1988

¹ Los borradores de este libro fueron revisados por diversas personas a quienes el autor desea expresar su agradecimiento sincero, muy en particular a: Milady Sequeda, Renato Gusmao, Marielsa López, Miguel Bolívar, José O'Daly y Olga Avila.



“El mejoramiento de la vivienda rural
debe tener un significado profundo sobre
lo que debe ser la Venezuela del futuro”
Arnoldo Gabaldón, 1958



Primera parte

La transmisión

Capítulo 1

La enfermedad de Chagas

La muerte de Severiano

El día que se iba a morir de repente, Severiano se levantó temprano para ir a limpiar el conuco. Tenía sembrado un maicito, poco menos de una fanega, y un cuarto de yuca en las tierras de Don José. Claro, ya hacía mucho que Don José no iba por allá ni Severiano le pagaba el piso; pero él sabía que esas eran tierras ajenas, a pesar de que él fuese nacido y criado allí y que nadie más se preocupara por ellas.

Había quitado un poco de mala yerba la semana pasada, pero no lo suficiente, pues se mareaba y se le hinchaban los pies. Él realmente no se sentía mal; incluso, se veía muy bien. Varias veces, cuando se juntaban los sábados para jugar bolas y beberse un anís, los amigos lo bromeaban con la barriga que le había crecido diciéndole que si se había metido a rico. Pero Severiano no comía más que sus vecinos: menestras, arepita con sardinas y café recolado en la mañana antes de salir al campo. Tampoco se sentía peor que ellos.

Vivía en el piedemonte, en un ranchito de palma que él mismo había levantado cuando se mudó hacia este lado con su mujer buscando nuevas tierras para la roza. Su compadre, quien lo vio caerse aquella tarde, le dijo en chanza que si lo había rascado el café. Pero Severiano no respondió. Se habían sentado a echar cuentos y a tomarse un guarapo con el fresco del atardecer, pero no pudieron seguir la conversa y la historia se quedó a mitad de camino. Severiano estaba muerto. Lo había matado una cosa rara que los vecinos no saben bien, pero que pasa de repente. Uno del pueblo dijo que se trataba de ese mal que mientan de Chagas. Otro comentó que se murió de lo bien que estaba...

Como Severiano hay muchos otros campesinos o trabajadores de la ciudad que un día se mueren de repente y no aparecen ni en la conciencia de sus familias, ni en las estadísticas como afectados por la enfermedad de Chagas. Lo difícil del diagnóstico y lo deprimida de la población mayoritariamente afectada, hace que sea complicado realizar estimaciones acertadas sobre su impacto. Sin embargo, se estima que entre 10 y 20 millones de personas han sido afectados por el parásito y cerca de 65 millones están en riesgo (WHO, 1985; OPS, 1983).

La enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas solo existe en América, de allí que se le llame *Tripanosomiasis americana*; pero a pesar de que es posible su transmisión desde Argentina hasta California, efectivamente existe como problema de salud pública al sur del Río Grande.

Es una enfermedad parasitaria causada por el *Trypanosoma cruzi* y originalmente era una enfermedad de animales, una zoonosis, que en algún momento de la historia natural pasó al hombre. Varios autores estiman que esto puede haber ocurrido en el Valle de Cochabamba en Bolivia, por la costumbre de guardar animales en las casas que tenían los indígenas, y de allí se extendió al resto del continente (Schofield, 1988). En autopsias aplicadas a momias encontradas en el norte de Chile con una antigüedad de entre 1.600 a 2.400 años, se han encontrado signos de megacolon y cardiomegalia que hacen pensar en la existencia de la enfermedad entre los pobladores indígenas (Rothhammer *et al.*, 1984).

La enfermedad de Chagas fue descubierta por Carlos Chagas a comienzo de siglo y reportada por primera vez en 1909 durante su trabajo de campo en el norte del estado de Minas Gerais, en Brasil. El descubrimiento de la enfermedad fue, en sí misma, una gran aventura científica, pues Chagas, quien había sido enviado por su maestro Oswaldo Cruz para organizar la campaña antimalárica en la zona donde se estaba construyendo una línea de ferrocarril, supo de la existencia de un insecto cuyas molestias habían sido notificadas por los pobladores y pensó que podía encontrarse allí una enfermedad. Al poco tiempo, Chagas identificó el parásito en un gato y, luego, los efectos en una niña de dos años que se encontraba en la choza donde él había hallado el gato y que, días antes, cuando él la había visto, se encontraba bien de salud (Lewinsohn, 1981). Siguiendo los postulados de Koch, logró reproducir la infección en animales experimentales y recuperar los parásitos de esos animales. Dos años más tarde ya había logrado describir los aspectos clínicos, patológicos y epidemiológicos de la enfermedad (Lewinsohn, 1981).

La enfermedad se caracteriza por una progresiva cardiomiopatía o aperistalsis de las vísceras que conducen a los megasíndromes (García Zapata & Marsden, 1986). Tiene dos fases que describió C. Chagas desde 1911: la aguda y la crónica. La fase aguda se produce fundamentalmente en niños y jóvenes y se manifiesta con una leve fiebre, edemas, chagomas localizados, hepatomegalia, esplenomegalia e hipertrofia de los ganglios linfáticos, leucocitosis moderada y, en los niños con infecciones graves, puede darse taquicardia y baja presión sanguínea. En los casos terminales se produce miocarditis grave y meningoencefalitis aguda (OPS, 1982; García Zapata & Marsden, 1986). Muchas veces la fase aguda es asintomática y pasa desapercibida, se ha estimado que apenas el 10% de los casos agudos son detectados clínicamente (Dias, citado en Cansado & Chuster, 1985). Si el individuo no muere durante la fase aguda, pasa entonces a un estado asintomático —la fase crónica— durante la cual, por razones aun escasamente comprendidas (Maguirre, 1987), el daño cardíaco continúa en un pequeño grupo de pacientes (las estimaciones van del 10% al 30%) produciéndose

fibrosis del músculo cardíaco. En este estadio los pacientes pueden morir súbitamente debido a fibrilación ventricular o paro cardíaco (Carrasco *et al.*, 1983).

Hay dudas sobre la posibilidad de atribuir la miocardiopatía rural a la enfermedad de Chagas (Novoa Montero, 1985); la poca relación entre la existencia de los nidos de parásitos y las lesiones cardíacas en pacientes crónicos han llevado a pensar que podría tratarse de una lesión alérgica (Torres, 1982); en otros casos, como en la mejoría observada en los pacientes de edad media en Venezuela, una posible explicación puede ser la disminución de la infección y superinfección, así como el control de otras enfermedades parasitarias y la mejoría en la alimentación (Aquatella *et al.*, 1987). Sin embargo, la poca comprensión que todavía existe de la patogénesis, es quizá uno de los pocos puntos en que están de acuerdo todos los investigadores.

La transmisión de la enfermedad

La enfermedad tiene tres formas de transmisión: la vectorial, la transfusional y la transplacentaria; siendo la primera la más importante.

La transmisión vectorial se produce a través de un insecto hematófago de la familia *triatominae*, el cual, al momento de chupar la sangre del individuo, defeca, dejando en sus heces el parásito causante de la enfermedad. El parásito ingresa a través de las mucosas oculares, bucales o nasales o cuando el hombre se rasca por la irritación causada por la picadura. Al hacer esto, introduce sin darse cuenta los parásitos al torrente sanguíneo.

Hay más de 110 especies de *triatominos*, pero muy pocas contribuyen a la transmisión de la enfermedad. No todos los insectos están infectados con el parásito y existe una limitada probabilidad de que el hombre se rasque y facilite la entrada del parásito, sin embargo, y a pesar de la aparente complicación e ineficacia del mecanismo de transmisión, hay varios millones de individuos infectados.

Las principales especies en la transmisión de la enfermedad son el *Triatoma infestans* y el *Panstrongylus megistus* en la parte sur de Sudamérica: Perú, Bolivia, Chile, Paraguay, Brasil y Argentina, donde se le conoce popularmente como “vinchuca”, “chinchón” o “chicha-guazú”; el *Triatoma dimidiata* en la parte norte, México y Centroamérica, donde se le llama “chinche picuda”; el *Triatoma brasiliensis* en el nordeste brasileño, donde se le llama “barbeiro” y el *Rhodnius prolixus* en Colombia y Venezuela donde se le denomina “chipo o pito” (Ravinovich, 1985).

En Venezuela hay 18 especies de *triatominae*, pero solo dos se consideran realmente importantes para la transmisión: el *Rhodnius prolixus* y el *Triatoma maculata* (Torrealba *et al.*, 1985).

La transmisión por vía transfusional consiste en el paso de sangre infectada a individuos sanos, ya sea a través de heridas que se ponen en contacto con dicha sangre o, lo que es más grave, por la transfusión que se realiza a través de los bancos de sangre. En Sao Paulo se estima que el 2% de los donantes de sangre son positivos, lo cual daría 10.000 nuevos casos por este origen, y en Sta. Cruz de Bolivia se ha

estimado que el 62,1% de los donantes y el 70% de los recipientes son seropositivos, por lo tanto, se cree que más de la mitad de los seronegativos reciben sangre seropositiva (Schmuñis, 1985).

El tercer tipo de transmisión es la que ocurre de la madre a su hijo a través de la placenta. En este caso se estima que la madre transfiere a su hijo los parásitos y la enfermedad y hablaríamos entonces de Chagas congénito, pero también se piensa que puede transmitir los anticuerpos para el *Tripanosoma cruzi* y, en este caso, podía tener un efecto protector y positivo durante los primeros meses de vida (Breniere *et al.*, 1983). Algunos autores consideran también que la transmisión oral puede darse a través de las escoriaciones del pezón durante la lactancia o mediante la ingestión de alimentos contaminados con deyecciones del vector (Carcavallo, 1985).

La prevalencia de la enfermedad

Se estima que en toda América Latina hay alrededor de veinte millones de personas que han tenido o tienen el parásito; y que, por lo tanto, reaccionan positivamente al examen de sangre. De esa cifra, entre un 10% y un 30% desarrollará la enfermedad; la variación depende de los países, de la cepa de los parásitos y de factores colaterales aún poco conocidos. Pero este porcentaje sugiere un potencial de enfermos que oscila entre los dos y los seis millones de habitantes.

La enfermedad existe en casi toda América Latina. En los Estados Unidos se han reportado tres casos, uno de ellos autóctono (Schiffler, 1984). Existen muchos individuos seropositivos entre los migrantes latinos que allí viven y que la adquirieron en su lugar de origen (Kirchoff & Neva, 1985); pero el problema es marginal y de poca monta. El problema existe como tal desde México hacia el sur.

En México, la enfermedad se encuentra fundamentalmente en la costa del Pacífico y en la provincia de Yucatán. A pesar de que los datos no muestran un grave problema, se estima que existe una transmisión activa, particularmente en Chiapas y Oaxaca. En Centroamérica, el área endémica cubre todos los países, haciéndose particularmente grave en Honduras y El Salvador.

En El Salvador, el vector está presente entre el 30% y el 70% de las viviendas rurales —que son las tres cuartas partes de las viviendas del país— y una cuarta parte de los insectos están infectados (OPS, 1982). En Honduras la situación es bastante particular pues existe, además del *T. dimidiata* —que es común en Centroamérica—, el *R. prolixus*, que es propio de Venezuela y Colombia. En un estudio reciente hecho en cinco departamentos se encontró que el 32,2% de los insectos tenían el parásito y el 36,8% de las personas tenía serología positiva (Ponce & Zeledón, 1973). En investigaciones posteriores, en la zona endémica se hallaron el 14,9% de las viviendas con vectores. De manera significativa, se observó que uno de los vectores —el *T. dimidiata*— se encontraba muy difundido en la capital del país (Ponce, 1984) e incluso en

pleno centro urbano; al punto que en una familia de profesionales clase media se reportó un caso agudo de la enfermedad en 1989¹.

En Costa Rica se encontraron en una zona representativa, el 34,6% de las viviendas con el vector y hubo un promedio de 21,5 insectos por casa. El 30,9% de los insectos resultó portador del parásito y el 11,7% de los individuos con serología positiva (Zeledon *et al.*, 1975). En Guatemala, 6% de las serologías resultaron positivas y en Panamá entre el 3% y el 22% en las provincias endémicas (WHO, 1985). Sobre Nicaragua no existen informaciones, pero se sabe que existe la enfermedad.

En Argentina, en una encuesta entre los conscriptos que a los 18 años ingresaban al servicio militar, se encontró un 5,6% de prevalencia de la infección; pero se cree que esta cifra pueda llegar al 30% en la zona de mayor transmisión (WHO, 1985). El área de transmisión cubre más de la mitad del país, en un estudio realizado en una localidad del norte del país se encontró que cerca del 100% de las viviendas tenía presencia del vector y una prevalencia de seropositiva de anticuerpos para el *T. cruzi* en 8% de los niños menores de cinco años de edad (Pavloni *et al.*, 1988). En Chile la mitad norte del país se considera área endémica (Schofield *et al.*, 1982). En una encuesta realizada entre 1982 y 1985 se encontró que, en las áreas rurales y periurbanas de una zona, el 24% de las viviendas eran positivas (Flores *et al.*, 1982), en otra un 29,4% de las viviendas tenían el insecto y el 16,9% de los individuos eran serológicamente positivos (Schenone *et al.*, 1982).

En Uruguay, la prevalencia se ha encontrado entre los sectores rurales y periurbanos. Entre los mayores de 12 años se encontró un promedio que ascendía desde el 1% en unos departamentos hasta el 7% en otros (Salvatella, 1986). En Paraguay se considera casi toda el área rural como endémica. En una muestra representativa de la población rural se encontró un 22% de prevalencia en las personas, siendo de 16,4% la infección entre los menores de 15 años (Arias *et al.*, 1988); otros datos dicen que en algunas zonas altamente endémicas puede llegar al 72% la prevalencia de infección humana (WHO, 1985).

Se considera que en Brasil el 4,4% de la población rural presenta anticuerpos para el parásito. Estimaciones recientes colocan en cinco millones la población chagásica y en cerca de 25 millones quienes están en riesgo. Si solamente se considerara que el 10% de los infectados desarrollará la enfermedad, se estimaría que al menos 75 mil trabajadores deberían ausentarse del trabajo por serios problemas cardíacos (Dias, 1987). En un análisis de los certificados de muerte del Distrito Federal de Brasil se encontró que el 4,3% de las razones se atribuían a la enfermedad (Pereira, 1984).

En Bolivia, se estima que cerca del 80% del país es endémico y en una gran cantidad de áreas se considera más bien raro que algunas casas no estén infestadas con el vector. Un estudio ha reportado que el 74% de las casas tenía vectores positivos (Tybayrenc, 1984).

En Perú, la mayor infección humana se ha encontrado en la zona de Arequipa, Moquegua y Tacna, con un 12% de infección.

¹ Comunicación personal del Dr. Ponce.

En Colombia existe un área relativamente amplia de alta transmisión. En una investigación llevada a cabo en el Departamento del Norte de Santander se encontró un 15,6% de las viviendas con vectores y un 30% de infección humana.

En Venezuela, se ha estimado que puede haber cerca de un millón de personas con serología positiva, pero las condiciones han mejorado mucho con la aplicación de un amplio programa de control.

Durante la década de 1950, Pifano y colaboradores encontraron que había zonas donde el 54,1% de la población tenía serología positiva. En una encuesta epidemiológica de pobladores rurales realizada entre 1959 y 1965 se encontró que en el grupo de 35 a 44 años de edad había una prevalencia de anticuerpos del 78,7% y que a medida que disminuía la edad bajaba ese porcentaje, llegando a ser de 15,1% en el grupo entre los 5 y 14 años.

Afortunadamente, esta cifra cayó en forma dramática por el programa de control llevado a cabo a partir de la década de 1960. Sequeda y colaboradores demostraron que, en el grupo de 0 a 9 años de edad, la prevalencia bajó de 20,5% en 1959-1965 a 1,3% en 1980-1982; y de 28,4% a 2,7% en el grupo de 10 a 19 años. Los niveles de infestación por los vectores han sufrido también una disminución muy importante, pasando del 73,2% de los caseríos y de 31,1% de las casas infestadas al inicio del programa, a comienzos de la década de 1960, a 22,1% de las localidades (Tabla 1 y Figura 1) y 5,6% de las casas en 1976 (Tabla 2 y Figura 2), (Sequeda *et al.*, 1986).

Tabla 1. Infestación de localidades con *Rhodnius prolixus*, según estados. Índice previo, penúltima y última evaluación. Venezuela, 1976.

Estados	Total	Estudiadas	Índice previo	Penúltima evaluación	Última evaluación
Aragua	1.197	963	72,4	1,1	1,1
Carabobo	686	477	95,3	20,8	14,8
Cojedes	914	693	77,4	39,4	32,4
Portuguesa	1.313	129	78,6	31,2	38,4
Trujillo	1.795	401	61,9	17,1	29,9
Yaracuy	1.124	1.099	53,5	20,4	17,7
Total	7.029	4.762	73,2	21,7	22,1

Fuente: Sequeda *et al.* (1986).

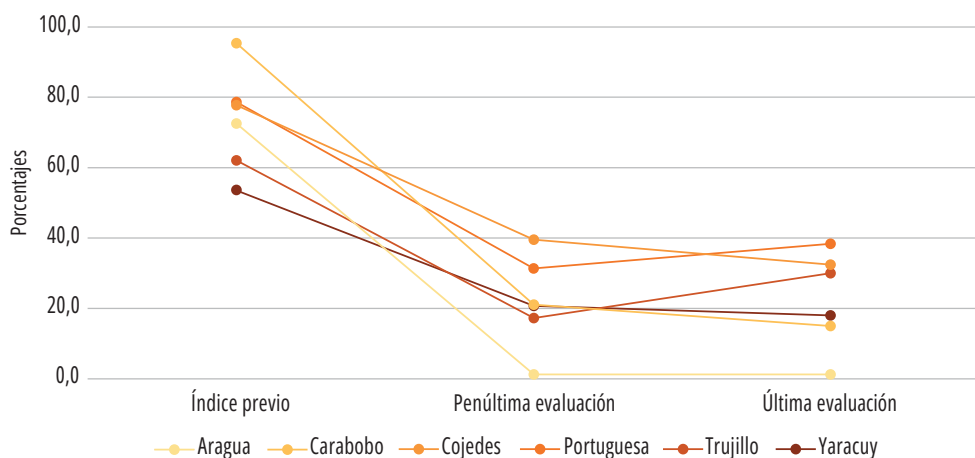


Figura 1. Infestación de localidades con *Rhodnius prolixus*, según estados. Venezuela, 1976.

Fuente: Sequeda *et al.* (1986).

Tabla 2. Infestación de casas con *Rhodnius prolixus*, según estados. Índice previo, penúltima y última evaluación. Venezuela, 1976.

Estados	Total	Estudiadas	Índice previo	Penúltima evaluación	Última evaluación
Aragua	92.070	16.745	34,6	0,1	0,1
Carabobo	61.563	19.234	32,3	1,6	0,8
Cojedes	20.290	5.854	59,2	19,7	13,5
Portuguesa	75.677	14.776	29,4	7,6	11,9
Trujillo	77.844	7.556	19,8	2,0	5,2
Yaracuy	54.627	14.952	11,2	3,4	1,9
Total	38.2071	79.127	31,1	4,9	5,6

Fuente: Sequeda *et al.* (1986).

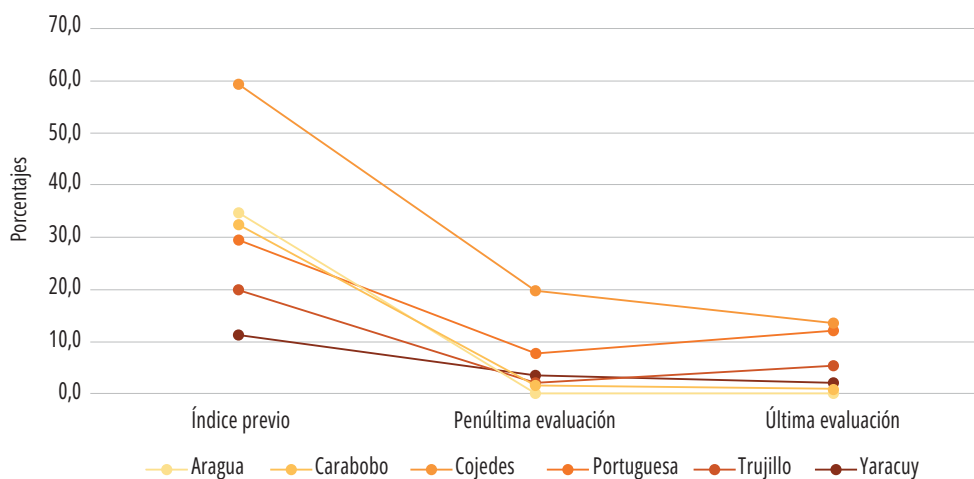


Figura 2. Infestación de casas con *Rhodnius prolixus* por casas, según estados. Venezuela, 1976.

Fuente: Sequeda *et al.* (1986).

A pesar de que el 66,8% del territorio nacional es susceptible de considerarse área de posible transmisión de la enfermedad, ya que se encuentra el vector, el problema en la actualidad se halla concentrado en la zona del piedemonte de Portuguesa, Cojedes, Carabobo y Trujillo (Otero *et al.*, 1984). Sin embargo, la disminución de la cobertura del programa de rociado de insecticidas de 73,7% en 1980 a 11,1% en 1984, hace pensar en la posibilidad de reinfestación de las viviendas, por la presión selvática del tipo de vector que predomina en Venezuela. Este hecho ya se observó en el municipio Bergantín del Estado Anzoátegui, donde, entre 1970 y 1973, luego de tres años sin aplicación de insecticida, las casas positivas aumentaron del 2,8% al 11,4%, y los caseríos del 10% al 49,9%.

El factor olvidado: el hombre

De los tres elementos que forman parte de la transmisión de la enfermedad: el parásito que la produce, el vector que la transmite y el hombre que la sufre, tenemos abundante información sobre los dos primeros; pero muy poco sobre el hombre. Conocemos el parásito, sabemos de los hábitos del insecto; pero apenas entendemos, o solo tenemos hipótesis generales, sobre el comportamiento del individuo que la padece.

Sin embargo, la enfermedad de Chagas es una dolencia social. Una enfermedad del atraso, la miseria y la desesperanza. Si observamos el mapa de distribución de la enfermedad en América Latina, nos daremos cuenta que se trata de una enfermedad básicamente rural, que se encuentra en las áreas más deprimidas y que afecta a los sectores más pobres del campesinado, quienes sufren la enfermedad y pueden, además, padecer —como sucede en ciertas zonas de Argentina— del estigma social de una serología positiva que les impide conseguir un empleo.

Quizás, en la actualidad, la gran explicación se encuentra en la situación de subdesarrollo y atraso de las áreas rurales del continente: las formas de producción semif feudales del latifundio, la limitación y pobreza de los pequeños productores, las dificultades de comercialización de los productos, la escasa tecnología empleada, la poca inserción en la economía monetaria y la persistencia de la economía de subsistencia, el aislamiento y la dispersión de las comunidades; todo ello conforma un cuadro que genera los dos factores sociales dominantes en la enfermedad de Chagas: migraciones y un hábitat precario.

Los movimientos de poblaciones afectan en distintas direcciones la transmisión de la enfermedad: primero, cuando el campesino se mueve hacia una nueva zona donde desforesta y limpia el campo buscando tierra para sembrar, le invade el terreno al vector, quien pierde sus fuentes de alimentación y las va a buscar en la vivienda del hombre (Silva, 1985); segundo, cuando el campesino se traslada con su familia de un lugar a otro y lleva sus pertenencias, traslada muchas veces entre los enseres el vector de la enfermedad que va a domiciliarse en nuevas zonas; y, tercero, cuando emigra hacia las ciudades o hacia zonas no endémicas puede ser él mismo un transmisor del parásito, sea a través de la infección de un vector no contaminado, sea por vía de la sangre donada (Goldbaum, 1982). Por último, existe también la posibilidad de que los habitantes urbanos viajen hacia zonas endémicas y contraigan allí la enfermedad (Brisseu *et al.*, 1988).

Pero es obvio que todo esto sucede no por voluntad caprichosa del campesino, sino por empeño de las circunstancias que, la mayoría de las veces, se encuentran fuera de su control: el trabajador del campo debe buscar nuevas tierras porque ha sido expulsado de las anteriores; o porque su ignorancia o incapacidad económica para realizar otras formas de cultivo lo han hecho agotar las tierras anteriores, como sucede con el campesino conuquero² venezolano o la “gente da roca” de Brasil. Migra también porque no tiene ni encuentra trabajo en la zona donde vive y debe ir temporalmente a la ciudad para conseguir un empleo y luego regresar a la casa con algo de dinero. Así, en Brasil, van de Minas Gerais a la zona agrícola de Sao Paulo a recoger naranjas durante la época seca de su siembra (Dias, 1985); o, en Argentina, desde Corrientes y Santiago del Estero hacia el Chaco para trabajar en la cosecha de algodón (Nasir, 1988); o de Santiago del Estero a Mar del Plata, para trabajar en los hoteles durante la época turística del verano. O emigran definitivamente hacia un nuevo lugar donde vivir mejor y un día dejan Minas Gerais para irse a trabajar como operarios en las fábricas o construcciones de Sao Paulo; o de Villazón, en Bolivia,

² *Conuquero*: propietario o habitante de un conuco. Conuco: parcela pequeña de tierra destinada al cultivo de frutos menores, casi sin regadío ni laboreo. (DRAE, versión en línea).

hacia Jujuy, en Argentina (Boscio & Boscio, 1984); o del campo del Paraguay hacia Buenos Aires; o de El Salvador o Nicaragua hasta Washington, DC (Kirchoff *et al.*, 1987), siempre buscando trabajar en cualquier cosa que les permita una vida mejor...y llevan el parásito. A veces, como no consiguen trabajo venden su sangre en los hospitales para obtener unas monedas y si los bancos de sangre no tienen recursos, no les alcanza el presupuesto ante la demanda, o no tienen la técnica, no la examinan, y se la pueden transfundir a un paciente sano (Schmuñis, 1985).

Y la vivienda, porque, en las condiciones de pobreza o urgencia que el campesino hace su casa, apenas le da el tiempo y el dinero para levantar un abrigo donde protegerse de la intemperie. El campesino llega a una zona donde no tiene cobijo, por lo tanto, debe construirse un techo rápido para poder dedicarse a la siembra de alimentos para conseguir la comida. La tierra, por lo regular, no es de su propiedad; no tiene tampoco muchos modos de mejorar la casa y hacerla más bonita, ni cree que si lo hace pueda venderle a alguien su construcción. Además, puede que también crea que él está por allí de paso; que el día de mañana deberá mudarse, bien porque la tierra se agote, o el patrón lo expulse, o ya no queden más campesinos con quien trabajar y realizar la “*troca de días*”, como le dicen en Brasil, o la “*tarea vuelta*”, en Colombia y Venezuela.

En estas circunstancias, la vivienda, que debiera ser protección y abrigo, se convierte en lugar ideal para la presencia de los vectores de la enfermedad. En ella encuentran escondite fácil y alimento seguro. Puede haber dos o tres vectores por casa, cuando hay baja infestación; pero también pueden encontrarse —en la alta infestación— hasta 7.934 vectores, como se contaron al demoler una casa en el estado Cojedes, en Venezuela. En esa oportunidad se estimó que los vectores extraían 1,2 litros de sangre por mes a cada uno de los once miembros de la familia que moraban en esa casa, con un promedio de nueve picadas a cada persona por día (Rabinovich, 1979). En general, se estima que la biomasa de una familia de seis a ocho miembros puede servirle de alimento razonable a entre dos a cuatro mil insectos por muchos años (Días, 1985b).

De los diversos aspectos que existen en la transmisión de la enfermedad, este último es el más importante. El trabajo y la investigación que presentamos procura comprender la dimensión sociológica del problema, nos preguntamos: ¿por qué existe y persiste esa vivienda campesina que permite la prevalencia de la enfermedad?

Capítulo 2

Vivienda campesina y enfermedad de Chagas

El encuentro vector-hombre

La enfermedad tiene dos ciclos: uno selvático, que se da en la naturaleza y no afecta al hombre, y otro doméstico que sí lo hace.

El ciclo selvático o de la naturaleza

Dadas unas determinadas condiciones ecológicas, climáticas y de presencia de diferentes especies animales, el parásito se mueve entre el vector y sus fuentes de alimentación animal en un ciclo enteramente natural. El vector habita en las palmeras, en los nidos de aves o en las cuevas de rabipelados, zarigüeyas, cobayas y ratas. Se alimenta de estos animales y les traspasa el parásito, excepto a las aves, las cuales son refractarias al parásito por su sistema de complemento que impide el crecimiento del *T. cruzi* en su seno (Nery-Guimares & Lage, 1972). Esos animales a veces sufren la enfermedad, otras no; pero todos se convierten en reservorios del parásito, pudiendo a su vez contaminar a un vector sano y seguir así la cadena de transmisión que se perpetúa en la naturaleza.

El ciclo doméstico o de la cultura

Así, en un momento dado, este ciclo se vuelve doméstico; el hombre trae animales a la casa, o elimina las fuentes de alimentación que existían para los vectores en la naturaleza, o corta una palma donde había huevos del insecto y la lleva para hacer el techo de su casa e instala allí, en el espacio que él ha construido para protegerse, al transmisor de la enfermedad.

El hombre ha modificado la naturaleza al desforestar para sembrar y edificar su vivienda; por lo tanto, el vector pierde sus fuentes de alimentación y sus nidos

y se mueve de su medio natural al construido por el hombre. Cambia, entonces, su hábitat primitivo de la palmera por la casa campesina; en lugar de los animales, encuentra nuevas fuentes de nutrición: los hombres.

El vector llega a la casa del hombre por sus propios medios o pasivamente, llevado por el hombre; pero una vez allí debe encontrar lugar para sobrevivir. Los triatominos, como otros insectos, tienen hábitos de alimentación nocturnos que le permiten estar activos mientras las otras especies y sus posibles predadores (los hombres, las gallinas, etc.) se encuentran en reposo; y descansar y esconderse cuando estos entran en acción. Para que el insecto pueda esconderse debe hallar los lugares donde hacerlo; deben existir los espacios con cantidad adecuada de luz, viento, temperatura y humedad para que pueda sobrevivir escondido y protegido de sus enemigos. Los techos de palma, las paredes sin frisar, los pisos de tierras, los enseres domésticos, representan esos lugares.

Los tipos de espacios que se requieren para que la casa pueda ser colonizada dependen del tipo de vector. En casi toda América es importante el estado de las paredes, pues representan un buen escondrijo para todas las especies: si las paredes tienen grietas o huecos de algunos centímetros, seguro que allí podrá estar el vector. No importa mucho el tipo de material que se utilice en la construcción, puede ser barro o ladrillos de cemento, el punto está en las hendiduras que presente.

El techo es particularmente importante en el caso del *Rhodnius prolixus* (Carvalho & Tonn, 1985) pues esta es una variedad originalmente selvática, acostumbrada a vivir en las palmeras que luego se utilizan en el techo. Además, el tejido de la media palma, técnica utilizada en la construcción del cobijo, es un tipo de estructura que facilita el escondrijo del vector (Gamboa & Pérez Ríos, 1965). De cualquier manera, si bien la palmera no ha sido importante en otros lugares (Marsden *et al.*, 1982) pareciera que esto de vivir en el techo no ha sido único del *R. prolixus* puesto que el nombre que se le daba en quechua al vector —*Triatoma infestans* en esa zona— era “huinchuca” que en esta lengua significa “el que cae” y pareciera deberse al hábito del insecto de arrojar sobre las personas durante la noche.

Para el caso del *Triatoma dimidiata*, vector localizado en Centroamérica, resulta importante el piso; que no lo es en el caso del vector en Venezuela. Los objetos domésticos: la ropa de las personas que, al no tener muebles especiales para guardarlas, se colocan en cajas y se amontonan; la leña dentro de la casa o la cosecha que se guarda en una habitación de la vivienda para protegerla; los recortes de periódicos, las estampas políticas o religiosas que decoran los muros; todo ello, así como las pequeñas aberturas entre el final de la pared y el comienzo del techo, son lugares propicios para la colonización del vector (Zeledón, 1974). Aquí el punto importante es el lugar donde esconderse.

Pero no todas las viviendas en América Latina presentan estas condiciones: solo algunas. Son bastantes, es verdad, pero no son todas. Son las viviendas de un sector social. Son las viviendas de los campesinos pobres que en Venezuela construyen su rancho con bahareque sin frisar y techo de palma; los mismos que en Brasil hacen un “*pau-a-pique*”; en Paraguay construyen un estaqueo sin revoque o en Argentina una pared sin enlucido.

En Venezuela, se calcula que el 38,3% de las viviendas del área rural —195.375 en total— son inaceptables: 165.250 están construidas de paredes de bahareque sin frisar; 30.559 tienen techo de palma; 113.386 tienen piso de tierra (Oficina Central de Estadística e Informática, 1986). Claro, no todas estas viviendas se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad; pero sí una gran mayoría, siendo las razones sociales de su existencia iguales por doquier. Casi las mismas que hacen que en Paraguay se considere que el 85% de las viviendas rurales está en regulares o pobres condiciones, que el 42% tenga paredes de estaqueo, el 72% techos de paja y el 80% piso de tierra (Ríos & Rosner, 1988). Se ha considerado que en Brasil sería necesario mejorar 600.000 viviendas en el área endémica chagásica para cambiar las condiciones que las hacen susceptibles de ser colonizadas por el vector (Dias, 1985b).

Si uno observa en las diversas zonas de los distintos países, encontrará que hay viviendas que están en buen estado y otras que no; hay algunas que están mejor terminadas que otras, aunque todas tengan la misma tecnología de construcción. Este hecho sugiere, entonces, que es posible, en todos los casos y con los mismos procedimientos, obtener una casa distinta que haría más difícil, si no imposible, su colonización por el vector de la enfermedad. Lo que ha sucedido es que el constructor no llegó hasta el final.

El elemento común a todas estas viviendas es el ser edificaciones inacabadas; casas que si se hubiesen concluido serían distintas; que, si se mejoraran, los resultados serían otros. Allí surge la pregunta clave: ¿por qué el campesino deja incompleta la vivienda?

La casa incompleta

Hay dos niveles de explicación y dos tipos de teorías que se han ofrecido. En primer lugar, se ha trabajado a nivel macrosocial, a nivel de la explicación completa de la sociedad: estas teorías colocan la explicación en el nivel global de la sociedad. La importancia del individuo o las circunstancias locales son rebajadas de monta, pues son los grandes procesos sociales, históricos o estructurales los que permiten explicar: es el subdesarrollo, son las formas de producción de la sociedad, es la cultura e ideología de la colonización o el latifundismo.

A paisagem geral das áreas chagásicas nos dias de hoje está demarcada pelos padrões sociais das populações: um espectro de pobreza, de más condições de vida e educação, de uma frágil organização política. São condições que resultam diretamente do sistema externo de produção econômica, determinante básico das estruturas sociais e de seus contínuos cambios internos. (Dias, 1985a) [El panorama general de las zonas afectadas por la enfermedad de Chagas está marcado actualmente por los patrones sociales de la población: un espectro de pobreza, malas condiciones de vida y educación, y una organización política frágil. Estas condiciones son consecuencia directa del sistema externo de producción económica, determinante fundamental de las estructuras sociales y sus continuos cambios internos. (Traducción libre)]

En segundo lugar, están las explicaciones microsociales: en este caso no se consideran los grandes procesos históricos, la responsabilidad en la explicación no está allende el individuo, sino aquende: en su comportamiento, sus actitudes o sus conocimientos. Es el fatalismo, la falta de preparación para el trabajo o la poca capacidad de ahorro:

...the disease occurs in traditionally formed family groups with a low level of education. The rural inhabitants who frequently migrate...the communities more exposed to risk of becoming infected are those unwilling to make changes, firmly adhering to tradition, with limited levels of exchange of information. (Carcavallo, 1979) [...la enfermedad se presenta en familias tradicionalmente formadas, con bajo nivel educativo. Los habitantes rurales que migran con frecuencia... las comunidades más expuestas al riesgo de infección son aquellas que no están dispuestas a cambiar, se aferran firmemente a la tradición y tienen un intercambio de información limitado. (Traducción libre)]

Y se trabaja con dos tipos de teorías. La primera es de corte situacional, esta teoría dice que son las condiciones objetivas las que determinan la existencia de este tipo de vivienda y la transmisión de la enfermedad: es la pobreza del campesino; la explotación a la cual está sometido; el hecho de que no tiene propiedad de la tierra y le pagan poco por sus productos y que el sistema de intercambio internacional o la división internacional del trabajo le dan un papel secundario o le extraen —en un intercambio desigual— el fruto de su trabajo, dejándolo en la miseria:

A pobreza gera debilidade no trabalho humano, de onde resulta produção insuficiente, baixa renda, habitação e nutrição deficientes, doença, pobreza. A doença de Chagas está, como poucas outras, intimamente vinculada a esse ciclo de relação pobreza-doença-pobreza. (Silveira, 1985) [La pobreza genera debilidad en el trabajo humano, lo que resulta en producción insuficiente, bajos ingresos, vivienda y nutrición deficientes, enfermedades, pobreza. La enfermedad de Chagas está, como pocas otras, estrechamente vinculada a ese ciclo de pobreza-enfermedad-pobreza. (Traducción libre)]

La segunda es de tipo cultural o psicosocial. Para esta teoría lo importante son las condiciones internas de los individuos, su educación, su cultura y sus valores. En este caso no se consideran las constricciones externas que el individuo puede tener, sino aquellas que derivan de su interior, de su incapacidad o de su abulia o desinterés, sea su responsabilidad o no; pero que no puede atribuírsele a alguna razón o causa distinta al individuo mismo: “La pobreza no es necesariamente un obstáculo para la vida higiénica. Hasta ahora la ignorancia, no la pobreza, es el mayor obstáculo para la lucha contra la enfermedad” (Petana, 1976).

Por supuesto que sería injusto decir que los autores citados no consideran la complejidad e interrelación existentes entre los factores, algunos lo hacen incluso de manera explícita y brillante (como en el caso de J. C. P. Dias); pero la idea es mostrar cómo se hacen ciertos énfasis y cómo se trabajan distintos tipos de explicaciones que se relacionan con diversas teorías de la sociedad.

Las teorías sociológicas de la acción

Hay dos grandes corrientes teóricas que intentan explicar el comportamiento de los individuos: las objetivistas y las subjetivistas.

Las objetivistas son aquellas que, desde distintas perspectivas, afirman que la acción de los individuos tiene sus raíces en las condiciones objetivas en las cuales se encuentran y no en las ideas, la conciencia o los valores que dicho individuo profesa. En esta tendencia se encuentran posturas epistemológicas y políticas tan disímiles como pudiera ser el materialismo histórico de Karl Marx (Marx & Engels, 1965) o el neopositivismo de Karl Popper (1967).

Tres grupos pueden distinguirse entre la perspectiva objetivista. Los estructuralistas, que centran su explicación en las estructuras de la organización de la producción de la sociedad y en las relaciones sociales que los hombres establecen alrededor de ellas. El resumen más lúcido de esta postura se encuentra en la sexta tesis de Marx sobre Feuerbach, la cual dice: “La esencia humana no es más que la suma de las relaciones sociales” (Marx, 1970). La explicación del comportamiento de los individuos se debe buscar, entonces, en las relaciones sociales, básicamente de producción, en las cuales están insertos. Cuando esta postura se desarrolla y se lleva a consecuencias extremas, el individuo desaparece como actor de la historia; la historia es producto de las estructuras de la sociedad y de los grandes procesos sociales. Tiene poco sentido preguntarse sobre los individuos, pues su acción es una variable dependiente de las condiciones objetivas y del gran proceso social, lo único que debe conocerse, indagar. Es una historia sin sujeto (Althusser, 1967).

La segunda vertiente es la del actor racional, la cual procura explicar la acción humana como orientada a la consecución de fines en un contexto de posibilidades y restricciones presentes en ese instante e irrepetibles (Boudon, 1985). En este caso, la acción no está pautada por ninguna circunstancia previa a la acción misma —ni valores, ni cultura, ni experiencias previas—, sino por las elecciones que se realizan en cada situación concreta (Popper, 1970; 1981). No existe una necesidad causal, sino una suma de circunstancias independientes que se encuentran y diversos actores que deciden de acuerdo a sus objetivos en el contexto de la situación; no se parte de las estructuras sino de los actores individuales. Para algunos autores esta situación es de orden simbólico porque depende de cómo el actor entienda, sea capaz de leer la situación, con las circunstancias, las posibilidades y las expectativas, de lo que es la situación misma y lo que será la acción de los otros actores intervinientes (Blumer, 1969).

El tercer grupo consiste, en nuestra opinión, en las teorías ambientalistas, que son una especie de transición entre los aspectos objetivos y subjetivos. A pesar de ser consideradas como teorías psicológicas, son los elementos objetivos de tipo micro-social los que determinan completamente la subjetividad y la construcción del individuo, son los mecanismos de refuerzo, los premios y los castigos los que moldean al sujeto; pero no es que le dan las alternativas sobre las cuales va a seleccionar, sino que se internalizan y después adquieren vida propia en la mente del individuo, lo cual es realmente un rasgo propio del segundo tipo de corrientes (Skinner, 1967).

Las corrientes subjetivistas sostienen que los rasgos psicológicos o las condiciones culturales presentes en los individuos son fundamentales para explicar lo que el individuo hace o deja de hacer. En general, se preocupan poco o difieren en la explicación de los orígenes de tal rasgo o cultura, pero consideran que una vez existente entra a dominar la acción del individuo.

El primer grupo de esta corriente está formado por los culturalistas, quienes afirman que es la cultura del individuo —sus valores, sus modos de hacer las cosas, sus jerarquías de necesidades— lo que va a pautar los comportamientos y, en consecuencia, arrojar una explicación tanto de las acciones individuales, como de los resultados colectivos (Weber, 1969). Estos rasgos culturales permiten comprender a una comunidad y proporcionan la clave para la comprensión de sus éxitos o sus fracasos (Harrison, 1985).

El segundo lo podemos ubicar en el otro extremo y se refiere a las teorías de la psicología profunda, a las teorías del inconsciente que explican la acción del individuo por las marcas ocultas y olvidadas que se encuentran en el inconsciente del individuo y no se recuerdan en la memoria consciente, sino que se rememoran como actos que se repiten compulsivamente (*wiederholungszwang*) (Freud, 1973). En esta postura no son las condiciones objetivas externas ni tampoco los rasgos culturales conscientes los que ofrecen la clave profunda de comprensión del comportamiento, sino la forma imaginaria como el individuo se relaciona con el mundo exterior. La esencia del individuo se le escapa a su propio saber consciente, pues este solo enmascara u ofrece metafórica o metonímicamente la verdad de la persona que se encuentra trasmutada en el inconsciente: pienso donde no soy, luego soy donde no pienso (Lacan, 1976).

Entre las dos anteriores se encuentra el tercer grupo integrado por las teorías del aprendizaje social. Estas entienden que es la manera como el individuo interpreta el mundo lo que va a determinar su acción, no el mundo mismo sino su manera de concebirlo; no son, por lo tanto, los resultados de su acción los que van a determinar su actuar, sino su expectativa sobre lo que él cree que van a ser esos resultados (Rotter, 1966). Por supuesto que la manera de entender el mundo y sus tipos de expectativa sobre el pasado han sido aprendidas por el individuo en su experiencia social; pero una vez incorporada adquiere vida propia, pierde su referencia a la situación concreta donde tuvo origen y se transforma en expectativa general que guía y hace que este comportamiento sea aplicable a cualquier otra circunstancia (Seligman, 1975).

La presente investigación se basa en una postura sincrética ante la discusión de las teorías de la acción individual (Strmiska, 1989). Se trata no solo de reconocer en general la importancia de los elementos de las teorías opuestas a la que se asuma, sino de intentar incorporarlos activamente. No proporcionamos una teoría propia de la acción, no la hemos elaborado ni tampoco disponernos todavía de una que nos satisfaga. Por ello, y mientras tanto, creemos que debe hacerse un esfuerzo por evaluar y comprender las distintas esferas de la acción partiendo de experiencias concretas, es eso lo que hacemos. No creemos que la respuesta a la orfandad teórica se encuentre en la hermenéutica abstracta, sino en la confrontación de las teorías

con los procesos sociales reales y en la voluntad —¡cuán difícil!— de reconstrucción del objeto y su impacto teórico.

La voluntad sincrética no se funda en una pretensión de globalidad, sino en las necesidades que impone el problema para su comprensión. Los procesos sociales reales son siempre más complejos que las teorizaciones, por ello siempre se requiere un recorte y una escogencia que da ventajas, pero significa pérdidas cognitivas. Cuando Weber destaca en la última página de la *Ética Protestante* la importancia de los aspectos materiales, da cuenta de la opción que lo obligó a no trabajar los aspectos materiales en las doscientas páginas previas y reconoce el nivel de pérdida que había tenido su escogencia. El esfuerzo que hoy se realiza es buscar, de una manera sistemática, la integración de las diversas aproximaciones para cubrir el objeto, para que sea a partir de los requerimientos del objeto de estudio que se definan las aproximaciones teóricas necesarias; de manera que el recorte del objeto no sea una imposición forzada de una teoría —lo que es inaceptable— ni una imposición del objeto —lo que es imposible— sino el resultado de una interacción entre ambos que intente captar la complejidad de las dimensiones y reproducirlas en la investigación como procedimiento técnico.

Las dimensiones sociales de la enfermedad

Confrontando las observaciones derivadas de los estudios epidemiológicos con los estudios más globales sobre el campesinado y la sociedad rural en América Latina, hemos podido encontrar las siguientes dimensiones de la enfermedad que deben servir para su investigación.

La primera dimensión se relaciona con la situación de trabajo y consumo del individuo y su familia, con el latifundismo y el tipo de trabajo que el individuo realiza y el ingreso que obtiene. Esta dimensión pautaría lo que es su nivel de vida global y las condiciones materiales en las cuales se mueve su existencia, una de las cuales es, por supuesto, la vivienda. Las referencias a la pobreza o a la idea de la enfermedad entre campesinos u obreros es continua en la literatura epidemiológica y esto significa fundamentalmente un tipo de ocupación y un nivel de ingresos (Ribera, 1985). Para algunos autores la diferencia en la ocupación representa distinciones en el comportamiento (Touraine, 1978). Las diferencias ocupacionales pueden ser entendidas de diversos modos, uno de ellos es como si fuesen clases sociales, en el sentido marxista de los distintos lugares que se ocupan en las relaciones de producción. Esta clasificación, que puede tener muchas ventajas en el estudio de largos períodos históricos, resulta demasiado abarcativa en el estudio de períodos históricos cortos (Poulantzas, 1974): sin embargo, parece importante conservar como elemento diferenciador la idea de la relación de los individuos con los medios de producción que utilizan. Pero estos grupos deben, además, estratificarse, para poder tener una idea de cuáles están en mejores condiciones que otros, así nos estemos refiriendo a un grupo de

pobres en general. Interesa estratificar la pobreza para poder captar las diferencias allí existentes. Compararlos con los otros estratos de la sociedad es una perogrullada.

Globalmente uno puede admitir que los ingresos son una variable dependiente de la ocupación; sin embargo, pueden existir diferencias a nivel del campo que dependen de las ayudas familiares y de circunstancias no imputables a la ocupación del individuo o de los miembros de su familia. La dificultad con los ingresos de las poblaciones campesinas, en cualquier parte de América Latina, es que resulta casi imposible obtener una cifra confiable. La poca inserción en la economía monetaria, la dominancia de la producción para el autoconsumo y el intercambio de servicios o bienes realizado en especies convierten el cálculo en una tarea imposible. No obstante, pareciera acertado asumir que existe una covarianza entre la ocupación y el ingreso, sobre todo en la medida que los cambios en las ocupaciones representan diferencias en el nivel de acceso a la economía monetaria. Por lo tanto, se puede considerar que la dimensión ocupación es importante en la transmisión de la enfermedad de Chagas.

Una segunda dimensión es la propiedad de la tierra que se trabaja. La propiedad de la tierra ha sido considerada como el elemento fundamental en las sociedades agrarias a través del tiempo. Las diferencias en la propiedad de este medio de producción deben mostrar divergencias en la situación social y relacionarse con los ingresos y la ocupación (De la Plaza, 1975; Luvquist, 1979). Siguiendo una distinción hecha por Althusser, se pensó que debía diferenciarse “propiedad” de “posesión” de la tierra, entendiendo por propiedad el acto legal de dominio y por posesión el acto real de control y uso de la tierra. Los productores con posesión y propiedad no debían tener condiciones para la transmisión de la enfermedad, mientras los poseedores sin propiedad debían tenerla (Althusser & Balibar, 1966).

Una tercera dimensión, de carácter objetivo, es la propiedad de la vivienda. Se presume que, dependiendo de esta circunstancia, el individuo podrá comportarse de manera distinta frente al estado de su casa. La propiedad de la vivienda implica tres aspectos: uno es la propiedad de la estructura construida; otro, es la propiedad de la tierra sobre la cual está edificada; y el tercer elemento es la capacidad real de poder enajenar la vivienda en un momento dado, sea por razones jurídicas o de mercado. Se presume que, si el individuo es propietario de la casa y la tierra, o si piensa que, aun no siéndolo, podrá vender la casa y recuperar el dinero y el trabajo invertido cuando decida partir, podrá más fácilmente decidirse a mejorar la casa.

Una cuarta dimensión es de tipo mental, subjetiva y no objetiva. Se dice que el campesino latinoamericano es fatalista; pero qué significa el fatalismo. Si desmenuzamos la idea de fatalismo, encontraremos que en el centro existe una gran incredulidad; incredulidad en los resultados positivos o exitosos de las acciones que se puedan llevar a cabo; de antemano se presume el fracaso y la inercia. El fatalismo es una expectativa negativa sobre el futuro. En este tipo de expectativa los sucesos no dependen de la acción ejecutada o fallida, sino de fuerzas que le son ajenas y escapan de las manos al actor.

La creencia en la capacidad de controlar el destino es un elemento fundamental en el comportamiento de los individuos (Rotter, 1966). En el comportamiento fatalista

se piensa que las cosas que van a suceder suceden con independencia de lo que uno haga; que lo que pasa depende de la suerte, o de dios, o, quizá, de otras fuerzas poderosas (Levenson, 1981) igualmente ajenas al fatalista. Si el individuo estima que su destino no depende de su acción, poco esfuerzo hará por controlarlo, pues sería como trabajar en vano (Montero, 1982). Fuerza decir que este sentimiento y tipo de expectativas está en Latinoamérica fundado en una historia real de fracasos y frustraciones, pero una vez enraizado actúa sin consideración ni análisis de la situación real y concreta a la cual se enfrenta. Los individuos con esta expectativa tenderán a vivir en peores condiciones, tendrán menos movilidad social y dejarán sus viviendas en peor estado, permitiendo la colonización del vector de la enfermedad.

Lo mismo que sucede con el destino en general, pasa con el control de la enfermedad en particular. Si las personas piensan que, independientemente de lo que hagan, podrán un día contraer la enfermedad; que el enfermarse o no depende de circunstancias fuera de su control tales como la naturaleza, la brujería o, simplemente, la suerte; poco sentido tiene afanarse por evitarla: la decisión y escogencia está en otro lado. Distinto actuará quien considere que puede hacer algo por evitarla y protegerse. La diferencia en el riesgo de contraer la enfermedad dependerá de este hecho. Las creencias sobre el control de la transmisión de la enfermedad son, entonces, la quinta dimensión social.

El latifundismo y los temores de expulsión de la tierra, la atracción de la ciudad, las migraciones, la rotatividad del tipo de cultivo, han dado una sensación de transitoriedad a la vida campesina que ha permitido atribuir la incompletud de las viviendas a ese sentimiento de estar de paso por esas tierras, de ese “ya me voy y cualquier día de estos no me ven más”. Las decisiones de inversión y de mejoría de la vivienda dependen de si el actor espera permanecer allí por un período razonable de tiempo. Si cree que está allí temporalmente, ¿qué sentido tendría hacerlo? La última dimensión, también de tipo subjetivo, que pensamos tiene la enfermedad es el sentimiento de arraigo.

Estas seis dimensiones han sido consideradas de una u otra manera en los estudios epidemiológicos o en los escritos de personas con amplia experiencia en las acciones de control de la enfermedad, pero de una manera intuitiva y, en consecuencia, vaga, no sistemática y, por supuesto, sin la conceptualización que hemos utilizado. Desde los primeros escritos de Carlos Chagas, pasando por las menciones y manifestaciones de interés que han mostrado eminentes investigadores como Emmanuel Dias (1958), José Francisco Torrealba, Arnoldo Gabaldón (1965) y José Witremundo Torrealba (1980), se ha insistido en la importancia del problema. Sin embargo, hasta el presente no había existido un estudio científico que intentase correlacionar sistemáticamente las dimensiones sociales con la probabilidad de transmisión vectorial de la enfermedad. Esa ha sido la primera parte de nuestro trabajo.



Capítulo 3

El estudio sociológico de la transmisión vectorial

Para el estudio sociológico de la transmisión vectorial realizamos una investigación en una zona tradicionalmente chagásica ubicada al norte del estado Cojedes en Venezuela. El diseño sobre el cual se montó la investigación fue el que se detalla a continuación.

La construcción del objeto de estudio

La transmisión vectorial depende de la existencia en la casa de condiciones que permitan la permanencia del vector. Se trataba, entonces, de conocer por qué el campesino deja la casa en condiciones que permiten su colonización por el insecto; e intentar, a partir de allí, identificar las variables que podían permitir predecir la existencia de tales condiciones a partir de las características sociales de los individuos.

Por lo tanto, para los fines de la investigación, las condiciones de la casa era lo que definía la probabilidad de la transmisión y, en consecuencia, el objeto central de estudio. Pero, ¿por qué la casa y no la infestación de las viviendas por el vector o la infección de las personas con el parásito?

Hay tres tipos de razones: en relación a la infección en las personas, es bastante difícil, pues la persona puede haber contraído la enfermedad mucho tiempo antes; quizá en otra casa, cuando niño, en fin, en circunstancias muy imprecisas. Por lo tanto, la única manera de realizar este trabajo es a través de un estudio longitudinal que permita establecer cuáles personas no están infectadas y presentan una serología negativa y con el tiempo averiguar cuáles de ellas contrajeron la enfermedad y se tornaron positivos. Esto puede hacerse, pero realizar un estudio social con este procedimiento es casi imposible; pues debe hacerse también un seguimiento de la transformación de las variables sociales, las cuales se modifican en el tiempo, creando problemas para decidir en qué momento se establece la asociación.

La segunda razón, que involucra tanto la infección como la infestación, es de carácter ético. No se puede dejar una casa que tiene condiciones para la transmisión de la enfermedad sin realizar algún tipo de acción, máxime cuando se trata de una enfermedad que no tiene cura y en un país donde existe un programa de control que sí puede hacer algo por evitar un nuevo enfermo. Entonces, la casa debe someterse a

la intervención del programa de control, lo cual implica un rociamiento inmediato con insecticida para eliminar al vector. Con lo cual las asociaciones con la infección o la infestación quedan bastante limitadas, si no eliminadas.

Hay, además, un tercer tipo de argumento, relativo a usar la presencia del vector como la variable dependiente. En condiciones de baja infestación, como es el caso de Venezuela, la captura de los *triatominos* es bastante dificultosa y solo puede hacerse de manera adecuada y cabal a partir de la disección de la vivienda. Por lo tanto, no existe seguridad de si la no captura de vectores significa realmente la no presencia de los mismos, o una falla en la técnica de búsqueda y captura de insectos.

Por todas estas razones decidimos que la variable dependiente fuera las *condiciones de la vivienda*, a partir de la elaboración de un constructo teórico relacionado con la noción epidemiológica de riesgo. El constructo lo llamamos *condiciones propicias en la vivienda para su colonización por el vector de la enfermedad*, o, en breve y simplemente, *condiciones propicias*. El concepto, como su nombre descriptivo lo sugiere, se refiere a la existencia de ciertos rasgos materiales en la vivienda que permiten o facilitan que el vector de la enfermedad pueda permanecer allí, esconderse y reproducirse. La evidencia de estas condiciones implica una *potencialidad* en ciertas condiciones ecológicas adecuadas para la existencia del vector en su ciclo selvático, pero no su *real* presencia. Esta potencialidad es muy importante por las dificultades de captura del vector en bajas densidades, pero puede ser factor decisivo para la transmisión de la enfermedad.

En un estudio llevado a cabo en Brasil durante un período de 9 años, se encontró que 19 personas habían adquirido el parásito y eran seropositivas, de estas 17 eran niños. Todos habían habitado durante ese tiempo en la zona, en 13 de las casas donde vivían estas personas se encontraron vectores; es de notar que 17 vivían en casas con paredes no frisadas. Si bien la probabilidad de seroconvertirse es mayor entre aquellos en cuyas viviendas se encontró el vector, el más amplio indicador es el estado de las viviendas, sobre todo tratándose de niños (Piesman *et al.*, 1985).

Recientemente en México, en la zona de Jalisco, se dio un brote. Ocho de los nueve casos correspondieron a un grupo de trabajadores que pasó una semana en una casa de adobe abandonada, con muchas grietas en las paredes (Hernández-Matheson, 1987).

Por estas razones, el objeto del estudio es la existencia o no de condiciones propicias en la vivienda para su colonización por el vector y las condiciones sociales y aspectos del comportamiento humano que inciden en que las viviendas tengan o no dichas características, pudiendo potencialmente facilitar la transmisión de la enfermedad.

Las variables del estudio

Definido nuestro propósito de este modo, la variable dependiente la constituye las condiciones de la vivienda, mientras que las otras dimensiones sociales se asumieron como las independientes.

La variable dependiente: condiciones propicias

Para la construcción de la variable *condiciones propicias*, se tomaron en cuenta los estudios sobre el comportamiento del vector, de modo tal que pudieran establecerse los rasgos de la casa más importantes en la transmisión y las diferencias de peso que cada uno de ellos tenía. Fue así como se consideraron para la zona en la cual trabajábamos los siguientes indicadores:

- Estado del techo: el tipo de material utilizado, así como la forma de construcción es importante. En el caso de Venezuela, y tratándose del *R. prolixus*, era lo fundamental si el techo era de palma o no. Para los techos en buen estado no importaba si se trataba de láminas de zinc, tejas u otro material.
- Estado de las paredes: si las paredes estaban frisadas o sin frisar marcaba la diferencia fundamental. No importaba por lo tanto el tipo de material de construcción, aunque, por lo regular, se trata de paredes de bahereque.

Estos dos indicadores se aplicaban tanto a la casa como al peridomicilio, gallineros, corrales o almacenes, en el caso de existir. Por supuesto, tenían un mayor peso su existencia en la casa y, más aún, si se encontraban en el cuarto que se usaba para dormir.

- Estado interno de las pertenencias: condiciones acerca de cómo estaba la ropa, si guardada en cajas, si desordenada; si se usaba una pieza para guardar la cosecha, o si se tenía leña guardada dentro de la casa. Presencia de animales, presencia de aves.
- Estado de los alrededores de la vivienda: si había basura acumulada en los alrededores de la casa; estado de limpieza del piso.
- Uso de insecticidas: frecuencia con la cual se utilizaban insecticidas.

Con estos indicadores se construyó una escala que medía las condiciones de la vivienda. Esta escala iba de ninguna condición propicia, cero, a todas las condiciones propicias, uno. El indicador *estado del techo* podía llegar a 0,35 del peso total; igual el referente a las paredes; los demás, cubrían el 0,3 restante. Para los fines de la investigación, se consideraba que por encima de 0,35 existían condiciones altas y por encima de 0,70 muy altas.

Las variables independientes

Ocupación

La primera de las dimensiones a las cuales nos habíamos referido derivaba hacia dos tipos de variable: *ocupación e ingresos*.

Referente a los ingresos, intentamos conocer cuánto obtenía una familia campesina. Para lograrlo usamos dos maneras: primero, intentamos realizar un cálculo de todas las formas de ingreso monetario que el hogar recibía: salarios, ayudas, ventas de cosechas; segundo, procuramos conocer los gastos que realizaba la familia, para inferir los ingresos a partir de allí. Pero los resultados recurrentes indicaban que la familia gastaba mucho más de lo que recibía. Esto puede tener dos tipos de explicaciones: una, que el campesino es receloso de declarar cuál es su verdadero ingreso; otra, que es verdaderamente difícil poder realizar esas estimaciones de memoria, pues el individuo no lleva nada por escrito. Fue así como este indicador se subsumió dentro de otro más abarcador: la ocupación.

Decidimos, entonces, concentrarnos en la ocupación, entendiendo esta como estatus socio-ocupacional y no como simple descripción de la tarea realizada. De esta manera, fueron establecidos cuatro grupos, de acuerdo a las calificaciones requeridas para la realización de dicha tarea: propiedad o posesión de los medios de producción, cantidad de capital requerido para la ejecución de la actividad, monto y regularidad del ingreso en los casos en los cuales existían sueldos o salarios. Los grupos resultantes fueron:

- Grupo I: Las personas con mejor nivel en el campo —apartando los latifundistas que, simplemente, no viven en el campo— eran los granjeros que tenían unas medianas propiedades, los encargados de las fincas grandes o haciendas, los comerciantes medios y los transportistas, tipo camioneros que eran dueños de su vehículo.
- Grupo II: Por debajo de los anteriores se encontraban los granjeros que no tenían la propiedad de las tierras, los pequeños propietarios y ciertos empleados del Estado.
- Grupo III: Luego seguían los trabajadores regulares de las fincas y agroindustrias, los campesinos asentados en tierras del Estado y pequeños comerciantes bodegueros vecinales.
- Grupo IV: Por último, los conuqueros, los pisatarios y los trabajadores a destajo de las fincas y haciendas.

Propiedad de la tierra

La relación de los individuos con sus medios de producción en el medio rural, se trabajó como la variable *propiedad de la tierra*. Por esta se entendía el tipo de relación

social (básicamente jurídica) que el individuo tenía con la tierra que trabajaba y con los otros actores sociales intervinientes en el proceso. Se clasificaron, entonces, en cuatro grupos:

- Grupo I: los propietarios de las tierras y los instrumentos, que controlaban todo el proceso de producción.
- Grupo II: no propietarios que trabajaban en tierras comunales o del Estado. En este caso no existe la propiedad en el sentido jurídico; pero, para todos los otros efectos, las personas funcionan con un tipo de posesión que los hace actuar “como si” fuesen propietarios. Pueden incluso enajenar, pero la comercialización y el acceso a las fuentes de financiamiento está restringido.
- Grupo III: no propietarios que trabajan en tierras ajenas, pero no pagan renta. Se trata del pisatario tradicional, el conuquero, solo que sin obligaciones de pago de renta para con el propietario. La posesión está bastante restringida pero sus nexos con el dueño no son de un leve sometimiento.
- Grupo IV: el tradicional conuquero, en relación de tipo semifeudal con pago de la tierra en especies o en dinero. En este caso el nexo social es más fuerte y existe un reconocimiento continuo de la propiedad.

Status de la vivienda

Para trabajar con la posesión de la vivienda se estableció una variable compuesta que agrupaba los diversos aspectos que diferencian desde el punto de vista sociológico las viviendas en el campo: por un lado, está la propiedad de la edificación misma, de la construcción; por el otro, tenemos la propiedad de la tierra sobre la cual está levantada la vivienda; y, por último, la negociabilidad o posibilidad de vender la casa. Si hacemos esta distinción es porque estos tres factores pueden no coincidir y regularmente no lo hacen. Con ellos se establecieron cinco grupos:

- Grupo I: construcción propia en tierra propia y negociable.
- Grupo II: construcción propia, en tierras públicas, negociable.
- Grupo III: construcción propia, en tierras ajenas propiedad privada o comunales, negociables.
- Grupo IV: construcción propia, en tierras privadas o comunales, no negociables.
- Grupo V: construcción no propia: prestada, alquilada, invadida; tierra no propia; no negociable.

Locus de control

La dimensión cultural de las creencias del individuo sobre su futuro, el fatalismo, la desesperanza, fueron trabajadas con el concepto de *locus de control*. Es decir, el lugar donde el individuo cree que está el control de su destino; si cree que se encuentra en sus manos, en su acción, en sí mismo: los internos. O si, por el contrario, cree que se halla fuera de él, en circunstancias ajenas a su actuar, como serían el destino, la suerte, el gobierno. Al primer grupo, como dijimos, se les llama *internos*; al segundo, *externos*. Dentro del segundo grupo pueden distinguirse, a su vez, dos subgrupos: aquellos que piensan que su destino está controlado por la suerte, el destino o dios; y aquellos que piensan que su futuro depende de otros individuos o fuerzas que tienen un poder del cual ellos no gozan.

Como se observará, el segundo subgrupo es, digámoslo así, menos externo o más interno que el primero, el cual cree en la suerte; pues sus expectativas pudieran constituir, incluso, un juicio acertado sobre la realidad de la situación y, en cualquier caso, se trata de circunstancias humanas, materiales y transformables. En un mismo individuo, es normal que se combinen los tres tipos de expectativas, dependiendo del área de la vida a la cual se refiera; pero la dominancia de uno u otro aspecto es lo que va a marcar la tendencia global de su comportamiento.

Con estos criterios, entonces, se establecieron tres valores para la variable *locus de control*:

- Grupo I: quienes tienen unas expectativas predominantemente internas, que creen que de una manera razonable las cosas que le suceden y los logros que obtienen dependen de su actuar.
- Grupo II: quienes tienen unas expectativas donde su futuro se encuentra controlado por fuerzas poderosas ajenas a su comportamiento y decisión. Los logros y los fracasos se atribuyen a esta figura que puede estar representada por el Estado, los líderes, las “palancas” o los dueños de la tierra.
- Grupo III: quienes creen que es la suerte, el azar caprichoso, quien determina los sucesos de la vida, sean estos buenos o malos. Que poco vale afanarse por producir el futuro, pues este se produce dominado por fuerzas que se le escapan a su humano actuar.

Creencias sobre el control de la enfermedad

Para trabajar las *creencias sobre la enfermedad* y su posible influencia en la vivienda, se asumió un patrón conceptual similar al utilizado en el locus de control. Se trataba de diferenciar, en las creencias, si el individuo creía que él podía hacer algo por controlar la enfermedad por su propia cuenta, o si más bien pensaba que la transmisión de la enfermedad era un asunto de la naturaleza, de la suerte; y el control algo que

correspondía al Estado, al gobierno o a cualquier otro agente distinto de él mismo. En este caso, se trabajó con los dos tipos básicos de expectativas: la interna y la externa.

A pesar de ser una variable con valores dicotómicos, donde cuando no es “a” es obligatoriamente “b”, los grupos fueron nominados con referencia a la externalidad pues queríamos poner el énfasis en las creencias de no control de la enfermedad. Los grupos fueron:

- Grupo I: quienes tenían baja externalidad; es decir, creían que podían hacer bastante por su propia cuenta para el control de la enfermedad.
- Grupo II: quienes tenían externalidad media; es decir, creían que podían hacer algo, pero otra gran parte se le escapa de sus manos.
- Grupo III: quienes mostraban alta externalidad; pensaban que poco, si es que algo, podían hacer para impedir la transmisión de la enfermedad.

Arraigo

La última de las dimensiones fue trabajada con el concepto de *arraigo*, entendiendo por este el sentimiento de permanencia que tiene una persona con referencia al lugar donde vive. Las razones del arraigo pueden ser de orden económico o sentimental, pero se expresan como un sentimiento que se traduce en actos. Se establecieron cinco grupos:

- Grupo I: muy alto arraigo.
- Grupo II: alto arraigo.
- Grupo III: arraigo medio.
- Grupo IV: bajo arraigo.
- Grupo V: arraigo inexistente.

Como se observará, las seis variables independientes que hemos incluido en el análisis se corresponden a niveles distintos de la realidad y a posturas teóricas diversas. Las tres primeras son de tipo situacional u objetivo, mientras que las tres últimas de tipo psicosocial o subjetivo.

Es así porque esas son las dimensiones que se han visto como relevantes para el abordaje del problema.

En las tres últimas variables se trabaja aplicando el principio sociológico de la definición subjetiva de la situación por el actor. No importa si lo que el sujeto cree sobre sus posibilidades de controlar su futuro o de permanecer en un lugar son verdaderas o falsas: si el individuo cree que algo es de una determinada forma, así lo es para los fines de su comportamiento. Por el contrario, en las tres primeras la definición de la situación es de tipo objetivo y debe ser reconocida socialmente como tal.

Las hipótesis de trabajo

Desde el punto de vista sociológico, lo que se consideraba importante era saber cómo las variables sociales estaban interviniendo en la existencia o no de condiciones en la casa para la transmisión de la enfermedad. La hipótesis de trabajo previa es que existe una asociación entre ambos hechos y que al variar uno debía variar el otro, fue así como se estableció como hipótesis general que:

La ocupación, el estatus de la vivienda, el tipo de propiedad de la tierra, el locus de control, las creencias sobre la enfermedad y el sentimiento de arraigo determinan la existencia o no de condiciones propicias en la vivienda para su colonización por el vector de la enfermedad.

Pero de manera más particular, esta determinación debía tener una direccionalidad; no era una simple asociación, sino que, dependiendo de los valores que asumieran las variables independientes, deberían obtenerse ciertos valores en la dependiente. Como se recordará, en la descripción dada previamente sobre los valores de las variables, todas tenían rangos que se movían de mayor a menor, de más control a menos control, etc. Estos debían coincidir con los valores establecidos también para la vivienda, en un modelo pensado así:

Supongamos que X es las condiciones de la vivienda y X1, X2 y X3 los valores bajo, alto y muy alto de las condiciones propicias de la vivienda. Sucesivamente, entonces, cada uno de esos valores debía coincidir con una o varias de las variables independientes; por ejemplo, con las mejores, medias y bajas ocupaciones, sean estas a1, a2 y a3. Por lo tanto, la relación esperada entre las variables era la siguiente:

X1= a1, b1, e1, d1, e1, f1
X2= a2, b2, c2, d2, e2, f2
X3= a3, b3, c3, d3, e3, f3

De esta manera, entonces, las hipótesis de trabajo extremas y que daban cuenta de dichas variaciones decían lo siguiente:

- 1) Un individuo con alta ocupación, con una vivienda propia y comerciable; propietario de la tierra donde trabajaba; con un locus de control interno; con creencias internas sobre el control de la enfermedad y con un alto sentimiento de arraigo, tenderá a tener una casa que no permita la colonización por el vector y la transmisión de la enfermedad.
- 2) Un individuo de baja ocupación; sin propiedad ni comerciabilidad de su vivienda y no propiedad de la tierra; con un locus de control externo; con creencias externas sobre el control de la enfermedad y nulo arraigo, tenderá a tener su casa en condiciones que permiten su colonización por el vector y la transmisión de la enfermedad.

Con estas orientaciones de trabajo se diseñaron los instrumentos de recolección de información y su análisis en un área tradicionalmente endémica.

El proceso de investigación

El área de estudio

La investigación se realizó en el área rural del Municipio Tinaquillo, estado Cojedes, el cual queda al noroeste de Venezuela, entre los 68 07'48"y los 68 29'20" oeste y los 9 29'20" y 10 03'32" norte, con un área de 699 km². La temperatura media es de 25,5°C, con un promedio de 630 metros sobre el nivel del mar y un nivel medio de precipitación anual del orden de los 1.515 mm (Tabla 3, Figura 3).

Hay tres tipos de vegetaciones: la tropical de sabana que cubre la mayor parte del área; la de selva tropical, que es húmeda todo el año y la de maleza, que es la menos extendida. Se producen dos estaciones marcadamente diferenciadas: la seca (7 mm-16 mm), que va desde octubre a marzo; y la lluviosa (213 mm-248 mm), que ocupa el resto del año (Arocha, 1966).

La Palma Real, hábitat natural del *Rhodnius prolixus*, es muy común en la zona. Esta municipalidad ha estado tradicionalmente infectada por los vectores, en particular por este. Para 1961-1962, antes del inicio del Programa Nacional de Control, el 91% de los centros poblados y el 51 % de las casas tenían vectores. Esta cifra cayó como resultado de la campaña de rociado de insecticida, pero hubo continuas reinfestaciones. Para 1968-1969 la infestación cayó a 33% para los caseríos y 5,2% para las casas, pero en 1974 subió de nuevo al 71% de los sitios y 15% de las casas, para volver a caer

Tabla 3. Índice de infestación por localidades. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1961-1985.

	Índice previo 1961-1962		Posterior primer r. 1968-69		Posterior quinto r. 1974		Posterior décimo r. 1981		Posterior duodéc. r. 1983-84		Posterior decimoterc. 1985	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total localidad	121	100,0	121	100,0	123	100,0	102	100,0	99	100,0	99	100,0
Estudiadas	108	89,3	103	85,2	97	78,9	88	86,3	81	81,8	76	76,8
Con <i>R. Prolixus</i>	99	91,6	34	33,0	68	70,1	19	21,6	6	7,4	25	32,9
Con <i>T. Maculata</i>	1	0,9	2	2,0	5	5,2	1	1,1	4	4,9	3	3,9
Con triatominos	99	91,6	34	33,0	69	71,1	19	21,6	10	12,4	26	34,2

Fuente: Elaboración propia con base en MSAS-DGSMAS. Archivos del Programa de Control.

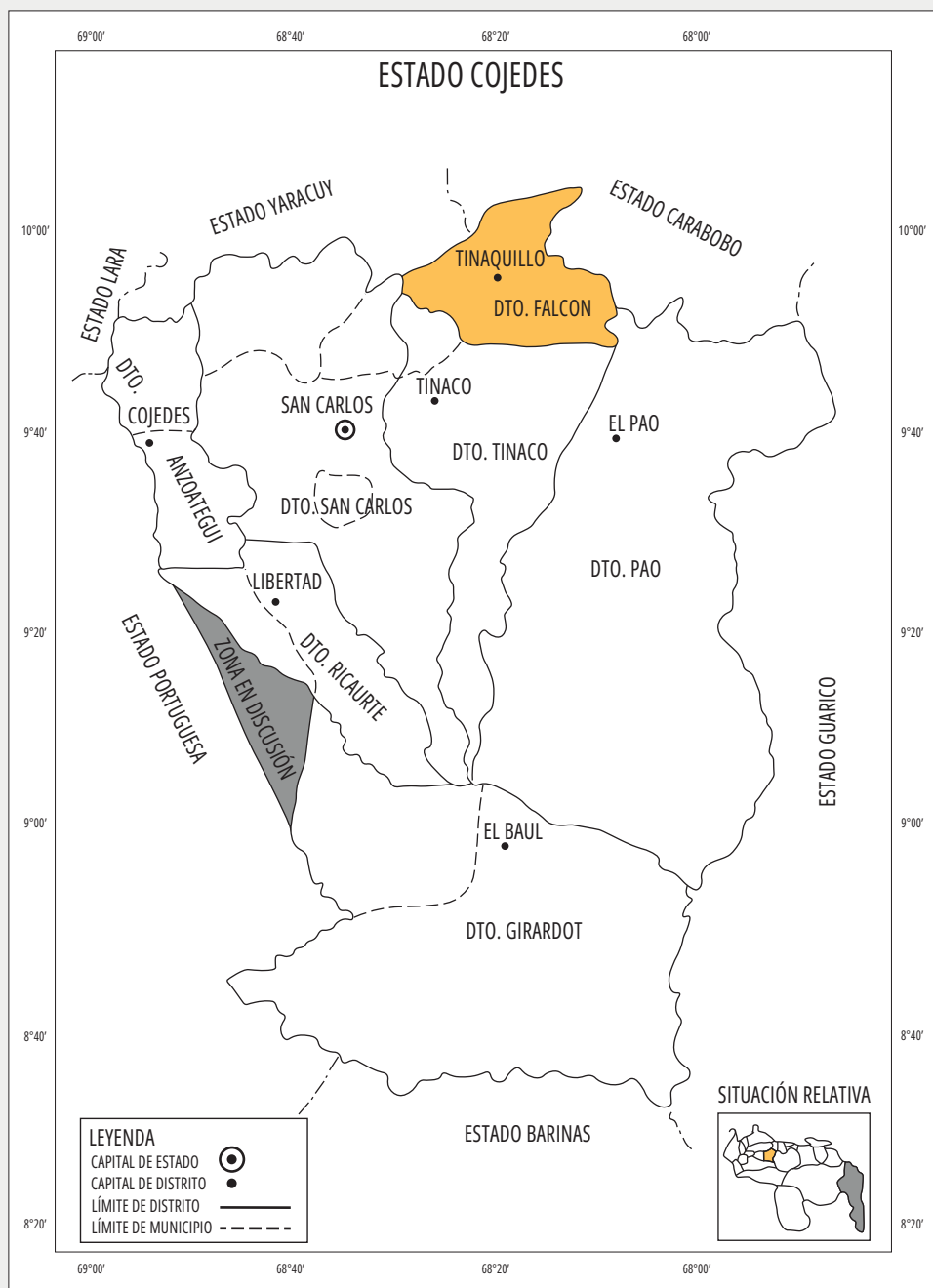


Figura 3. Área de estudio. Municipio Tinaquillo, Venezuela.

en 1982 al 12,4% de los caseríos y 1,7% para las casas; y de nuevo aumentar en 1985 al 34,2% de los lugares y 2,3 de las viviendas. (Tabla 4, Figura 4).

Como se observa, el continuo sube y baja de los índices de infestación muestra fuerte presión selvática por parte del vector y la repetida intervención del Ministerio de Sanidad. Cada vez que ha habido una disminución en la actividad de rociado, se

Tabla 4. Índice de infestación por casas. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1961-1985.

	Índice previo 1961-1962		Posterior primer rociado 1968-1969		Posterior quinto rociado 1974		Posterior décimo rociado 1981		Posterior doceavo rociado 1983-1984		Posterior treceavo rociado 1985	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total casas	3.781	100,0	3.781	100,0	3.781	100,0	5.723	100,0	5.726	100,0	5.726	100,0
Total casas estudiadas	1.796	100,0	942	100,0	1.389	100,0	1.356	100,0	997	17,4	1.322	100,0
Con <i>R. Prolixus</i>	916	51,0	49	52,2	208	14,9	25	1,7	13	1,3	28	2,1
Con <i>T. Maculata</i>	1	0,0	2	0,2	6	0,4	1	0,0	4	0,4	3	0,2
Con triatominos	917	51,0	51	5,4	214	15,4	26	1,8	17	1,7	31	2,3

Fuente: Elaboración propia con base en MSAS-DGMSA. Archivos del Programa de Control.

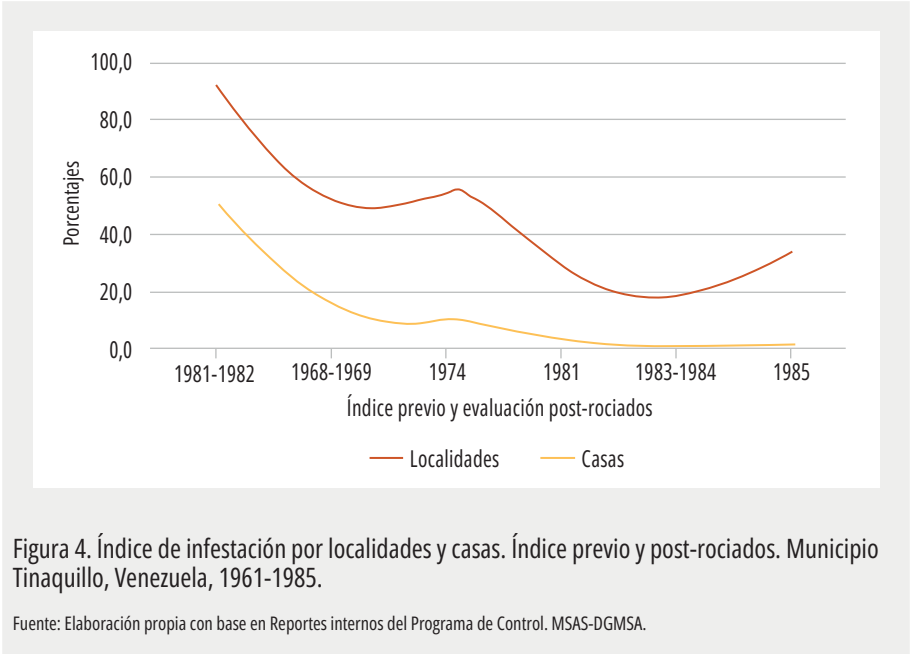


Figura 4. Índice de infestación por localidades y casas. Índice previo y post-rociados. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1961-1985.

Fuente: Elaboración propia con base en Reportes internos del Programa de Control. MSAS-DGMSA.

incrementa la presencia vectorial. En el año de inicio de la investigación, 1985, tan solo el 4,6% de las inspecciones entomológicas programadas se hicieron y apenas el 37,3% de los rociados planificados se ejecutaron¹.

El proceso de recolección de información

La primera parte de la investigación consistió en una entrevista que se aplicó a los jefes de familia del área rural de Tinaquillo. En la fase preparatoria, entre abril y mayo de 1985, todas las comunidades rurales fueron visitadas a fin de actualizar los resultados del Censo de 1981. No existió una muestra de la población, sino un Censo que cubrió a todos los hogares y las viviendas de los habitantes del campo.

Un instrumento de recolección de información fue diseñado con preguntas abiertas y cerradas, con frases reactivas y un plan de observación detallado sobre la vivienda. Durante los meses de junio y julio de 1985 el instrumento fue probado dos veces en veinte comunidades. Estas pruebas resultaron en la reducción del número de preguntas; un cambio en el orden de presentación y en el lenguaje usado; el cierre del máximo posible de preguntas y la incorporación de orientaciones precisas para el plan de observación de las viviendas.

La variable “ocupación” se trabajó solicitándole a las personas una descripción del tipo de trabajo que realizaban e indagando sobre el tipo de ingresos que tenían: salarios, monto, regularidad, ingresos por venta de cosechas, ayudas familiares o institucionales; y los egresos: cuánto gastaban en alimentos, transporte, servicios, etc. Sobre las variables *propiedad de la tierra* y *estatus de la vivienda* se utilizaron dos tipos de fuentes. Primero, la opinión de los individuos y luego, un chequeo de archivos o fuentes secundarias relativas al tipo de propiedad o la mercadeabilidad de la vivienda. Los datos sistemáticamente coincidieron.

Se había pensado trabajar la variable “locus de control” utilizando la versión venezolana de los test realizada por Romero García². Sucesivamente se probaron los test de Rotter (1966), Vallecha y Ostrom y Levenson (1981), encontrándose dificultades para su aplicación a individuos analfabetos. Los problemas se presentaban particularmente en cuanto al formato del test, que había sido pensado para ser autoadministrado y para que la persona tomara partido por un tipo de opinión en el caso de las frases alternativas. Sin embargo, resultaba ser extremadamente reactivo y rico en las respuestas que daba el campesino al hablar; pero que no lo llevaban a realizar una escogencia. Se probó también el uso de imágenes, de tarjetas de colores, pero la negativa y la tensión que se generaba fue siempre la misma. Al campesino no le gusta tomar partido a favor o en contra de alguien frente a un extraño y procura simplemente congraciarse con el visitante. Cuando el entrevistador no da muestras

¹ SAS-DGSMSA: ZONA XXII. *Archivos de endemias rurales 1961-1986*. Procesamiento propio.

² Laboratorio de Psicología, Universidad de los Andes, Mérida.

de inclinación por ninguna de las alternativas y simplemente coloca al campesino en la disyuntiva, se produce una angustia difícil de superar.

Se decidió, entonces, utilizar una adaptación del test de Levenson en el cual eran leídas al campesino las frases y se le preguntaba la opinión. La respuesta era grabada o escrita por el entrevistador textualmente y no se le repreguntaba, lo más que podía hacerse era volver a leer la frase una vez más.

Para la variable “creencias sobre la enfermedad” se formularon preguntas de múltiple escogencia que estaban preclasificadas con uno de los dos valores que podía tomar la variable: internas o externas. La variable “arraigo” se decidió trabajarla con indicadores objetivos y no con respuestas verbales: se preguntaba la existencia de árboles frutales alrededor de la casa sembrados por el propio individuo y se observaba el estado de los corrales, en fin, se buscaban las expresiones materiales del arraigo.

Finalmente, para la variable “condiciones de la vivienda” se levantaba un plano de la casa y del peridomicilio, colocando el estado de las paredes, los techos y pisos. Igualmente, el entrevistador debía llenar un cuestionario sobre las condiciones de limpieza, existencia de cosechas, etc. Al entrevistado se le preguntaba sobre el uso de insecticidas.

El proceso de recolección de información se hizo utilizando la técnica de barrido que se inició desde el suroeste hacia el noreste. La entrevista se aplicó tanto a los caseríos como a las casas aisladas. El trabajo se inició con un grupo y un vehículo de profesionales. Un mes después, cuando se tenía suficiente control del instrumento y de los posibles problemas, el grupo se dividió para formar dos equipos a los cuales fueron incorporados estudiantes de sociología y de medicina. Al tercer mes, se dio una nueva división y se incorporaron inspectores de la Dirección de Malariología del Ministerio de Sanidad. Cada equipo estaba formado por un sociólogo de la Universidad que estuvo desde el comienzo en el trabajo, estudiantes e inspectores sanitarios.

Las actividades comenzaban diariamente a las 2 pm, pues los campesinos regresan a la casa a partir de las 3 pm. Las entrevistas comenzaban alrededor de esta hora y duraban hasta las 7 pm cuando oscurecía. La entrevista debía terminarse antes del anochecer, pues la mayoría de las casas no disponen de luz eléctrica. A la mañana siguiente, cada entrevistador debía revisar el instrumento, asegurarse de que el texto fuese legible, escribir sus observaciones sobre el ambiente y las condiciones de realización de la entrevista y entregársela al supervisor.

Durante los meses de agosto de 1985 a enero de 1986 fueron entrevistadas 556 familias de las 572 programadas. El porcentaje de rechazo fue del 2,7%.

El procesamiento y la codificación

Una vez concluida la recolección, las entrevistas fueron codificadas siguiendo dos procedimientos: primero, el normal, de cerrar preguntas abiertas a partir de la construcción de modalidades o de simple asignación de códigos que pudieran permitir la alimentación a la computadora; y segundo, el establecimiento de un panel de jueces, el cual se utilizó para la variable de “locus de control”.

Como no existía un cerramiento previo de la reacción ante las frases del test, y solo existía un texto, se decidió que un grupo de tres jueces debía leer las respuestas independientemente y asignarle un valor entre tres alternativas: acuerdo, desacuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo. Esta es una simplificación de las alternativas originales del test al hacer desaparecer los valores extremos: muy de acuerdo, muy en desacuerdo; pero se consideró que para los jueces —y también a veces para los entrevistados— este es un matiz difícil de lograr. Cada respuesta era, entonces, evaluada independientemente y la decisión se tomaba por mayoría simple; en casos imprecisos se le otorgaba el beneficio a la duda y no se incluía la respuesta.

Las variables “ocupación”, “propiedad de la tierra” y “estatus de la vivienda” se codificaron como variables nominales; y las cuatro restantes, “locus de control”, “creencias sobre el control de la enfermedad”, “arraigo” y “condiciones de la vivienda”, como variables ordinales. Sin embargo, para efectos del tipo de análisis que se iba a realizar, todas fueron transformadas en nominales y se crearon los rangos que definimos al describir las variables.

La técnica de análisis de datos

Para analizar los datos se usó un sistema de organización de información de tipo escala, en el cual la información se acumulaba de arriba hacia abajo. La variable dependiente, “condiciones de la vivienda”, se organizaba desde las bajas condiciones para su colonización por el vector (X1) que estaba en la parte alta de los cuadros, hacia las muy altas condiciones (X3) que estarían en la parte baja. Las otras variables debían organizarse de modo tal que coincidieran con esta organización y de acuerdo a lo establecido en las hipótesis; así, la mejor ocupación (A1) debía coincidir con las bajas condiciones de la vivienda y las peores ocupaciones (A3) con las más altas, teniendo una presentación de este modo:

	A1	A2	A3
X1	+	0	-
X2	0	+	0
X3	-	0	+

Las variaciones debían coincidir en las dos variables: (X1 y a1, X2 y a2, X3 y a3) y así sucesivamente; si esto sucede, se asume que la variable independiente es significativa para predecir los cambios en las condiciones de la vivienda, si toma cualquier otra forma esto no se considera importante y se declara que no hay asociación entre ambas. Si la diferencia ocurre porque la data toma la forma de los lugares centrales (X1 y a2; X2 y a1; X2 y a3; X3 y a2), el error no es grave y en el cálculo ni suma ni resta. Mientras que si se ubica en los extremos (X1 y a3; X3 y a1), sí se considera importante y resta en el cálculo de la significancia.

Con esta organización de la información se aplicaron diversos procedimientos de análisis: el coeficiente de contingencia de Pearson y los estadísticos de predicción de Lambda y Gutmann; pero, al final, fueron el Chi cuadrado y el estadístico de Mann-Whitney las herramientas usadas para la interpretación de los datos.



Capítulo 4

El individuo, sus circunstancias y la enfermedad

La sociedad global

Para ir de las sabanas ganaderas de Venezuela hacia la zona central, sede del poder y de los negocios, se debe pasar por Tinaquillo. Quizá por eso se le llamó La Puerta de Los Llanos, o del Centro, dependiendo desde donde se viera. Nunca fue una zona de producción ganadera, pero siempre tuvo muchas reses que ramoneaban en sus pastizales para recuperarse de la pérdida de peso sufrida durante el largo trayecto desde el llano de donde venían, y mientras esperaban la llegada de un buen comprador o una buena oportunidad de matadero (Vila, 1956; Arocha, 1966).

La sociedad colonial era pequeña: pocos blancos, pocos indios, pocos esclavos. La Guerra de Independencia escamoteó los aumentos poblacionales y los escasos recursos daban apenas para sobrevivir en la zona a los allí presentes. Con el tiempo y el aumento de las ganancias, los dueños de las tierras se mudaron a Valencia y las estancias quedaron en manos de encargados. Los pueblos tenían muy poca vida, pues la población se concentraba en haciendas. Los abundantes ríos determinaban la ocupación del espacio, la fundación de los poblados y la ubicación de las casas de las haciendas (Dirección Nacional de Estadísticas y Censos Nacionales, 1876). En la bucólica y pobre sociedad rural era costumbre que la gente de ambos sexos se bañara junta en los ríos para higiene y refresco, hasta que un obispo de paso por la zona, cuidadoso de la salud moral de su rebaño, obligó a los feligreses a que reservaran un codo del río para los hombres y otro para las mujeres... (Martí, 1928).

Al inicio del siglo, la población se concentraba en el piedemonte para la producción de café. El sistema de hacienda funcionaba con campesinos que trabajaban en medianería para la producción del grano; este modo de pago subsistió hasta la década de 1930, cuando la crisis capitalista y la devaluación del dólar bloquearon las exportaciones venezolanas. A partir de entonces, los latifundistas decidieron empezar a cobrar la renta de la tierra en dinero y no en especies; trasladándole el problema de la venta del producto al campesino, quien quedaba endeudado (Briceño-León, 1984).

A partir de ese momento, se abandonó la producción cafetalera, de la cual hoy no quedan ni rastros, y se empezó a producir caña de azúcar para el papelón, granos

diversos y verduras para las vituallas diarias y algo de ganadería para carne. Esto obligó a la población a moverse progresivamente hacia la zona baja del municipio o a emigrar hacia la zona central de Valencia, Maracay y Caracas. Las tierras valiosas para la producción dejaron de estar en la montaña y empezaron a encontrarse en la explanada. La fuerte atracción de las inversiones que, derivadas del ingreso petrolero, se hacían en la zona central, la malaria (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1940) y la incuria colectiva, generaron una sensación y un estado de abandono que se mantuvo durante varias décadas (Morales Lara, 1941). Una mina de amianto representó apenas la posibilidad de un viraje a una actividad económica distinta y un alivio a la pobreza de algunos, pero poco tiempo duró la producción y a inicios de la década de 1960, entre los conflictos laborales y una medida nacionalista, se produjo su cierre y la salida de la compañía canadiense que la administraba. El país empezó desde entonces a importar amianto (Banco Central de Venezuela, 1966).

Para mediados de la década de 1970, la situación era bastante clara: seis familias con seis hatos controlaban cerca de las tres cuartas partes de las tierras con una producción ganadera de doble propósito de condiciones muy desiguales: unas muy buenas, otras primitivas. Unos pocos y modestos granjeros se dedicaban a la cría de aves y porcinos en tierras privadas. En el resto, sea en tierras propiedad del Estado o de dueños indefinidos, pequeños productores cultivaban granos y frutas o cebaban ganado y producían algo de leche para la humilde y familiar industria de queso local. Nada hacía pensar en un cambio en la zona; pero una decisión nacional alteró el destino.

A partir de una modificación hecha al decreto de desconcentración industrial, en el momento de auge de los precios petroleros, se incluyó al municipio entre las áreas que podían recibir incentivos a las industrias que allí se creasen o mudasen. Un proceso rápido de instalación de factorías metalmecánicas, eléctricas y textiles, produjo una fuerte migración hacia la ciudad desde el campo y los distritos aledaños, sea para el trabajo de fábrica como para la industria de la construcción, que se ocupaba de levantar las empresas, generar las viviendas y abrir las carreteras.

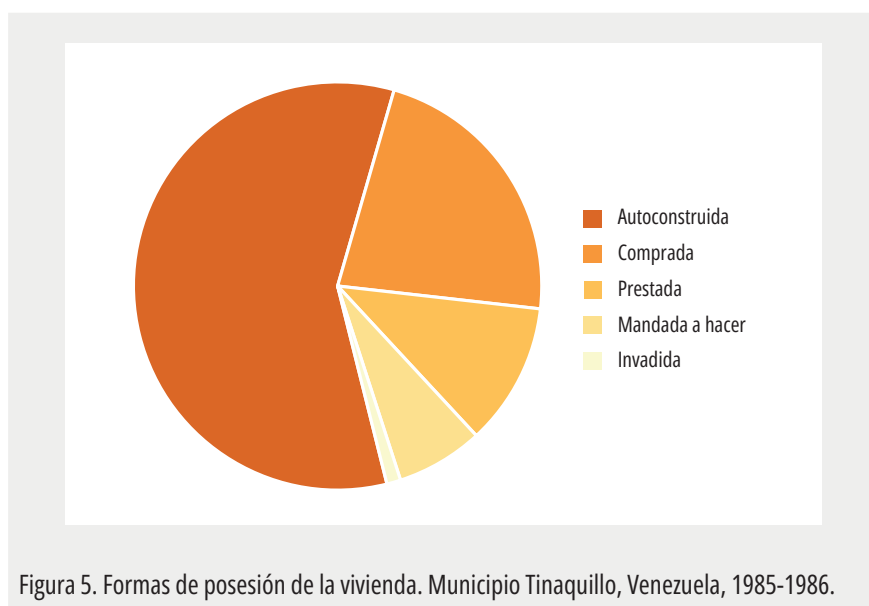
La población del campo menguó aún más, aunque ciertos individuos guardaban la casa rural como lugar de residencia mientras hacían trabajos suburbanos. Algunos ganaderos decidieron dedicarse a las actividades urbanas, vendieron los animales y prepararon urbanizaciones; otros, simplemente se quedaron a la zaga del proceso.

Cuando los precios del petróleo cayeron en 1983, se paralizó la construcción y las industrias que vivían de los créditos del Estado, y no de su producción, se vieron obligadas a cerrar. Algunos campesinos regresaron a sus tierras; los menos, por supuesto. La pequeña producción de granos se incrementó algo, pero de resto la situación siguió igual para quienes se habían quedado en el campo. Esa población es la que aún sigue expuesta a la enfermedad y sobre la cual versa nuestro estudio.

El hombre rural y su casa

La población rural del municipio es de 3.614 habitantes quienes viven en 42 pequeños centros poblados dispersos en todo el territorio. Solo 9 de ellos tienen más de 100 habitantes; el resto oscila entre los 30 y los 70 pobladores. Son casas dispersas, una aquí otra más allá, cuando no aisladas y difíciles de encontrar en medio de los caminos.

Son casas que, en su mayoría, han construido los propios campesinos (58,3%); han comprado hechas o mandado hacer (un 29,2%) o la tienen en forma de préstamo, sea de un familiar, sea del dueño de la tierra (11,3%) (Figura 5). Solo el 0,2% paga renta: realmente una minoría.



Estas edificaciones representan la tradicional vivienda rural del campo venezolano, con algunas mejoras introducidas en las recientes décadas. Los materiales de construcción que se utilizan son el barro, usado como bahareque que es la forma popular por ser más rápida y menos costosa que el adobe o la tapia, y los bloques de cemento que, si bien pudieran hacerse familiarmente, las personas no manejan la tecnología y lo compran en el mercado local; poco menos de la mitad de las casas (44,2%) tenía el cuarto de dormir con paredes internas de bahareque sin frisar, el resto la tenía frisada con independencia de la técnica usada. Una cuarta parte de las casas (24,6%) tenía techo de palma, el resto usaba fundamentalmente zinc. Más de un tercio (36,7%) usaba un cuarto de la casa para guardar la cosecha de granos. Poco menos de la mitad

(44,6%) tenía el piso sucio y un poco más (57,4%) guardaba su ropa y sus pertenencias en cajas amontonadas en el cuarto (Figura 6).

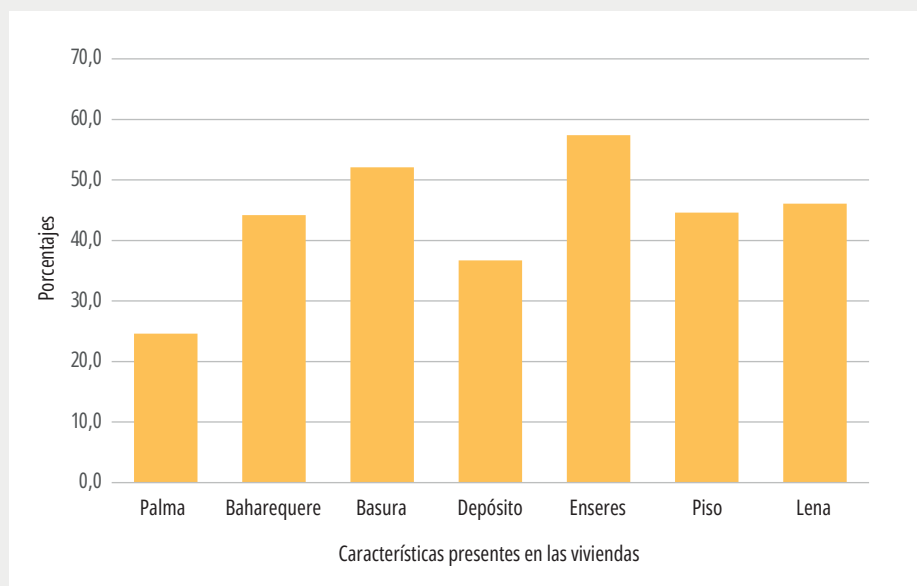


Figura 6. Condiciones de las viviendas. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Y no se debía dicho estado de incompletitud a una reciente construcción de la vivienda, pues solo el 12,7% tenía menos de un año en la casa. Entre los restantes, el 36,6% había habitado allí por más de diez años; el 16,7% entre cinco y diez; y un 34,1% entre uno y cinco años (Figura 7).

El 88,8% de los jefes de familia que entrevistamos eran hombres, el resto eran mujeres que, con muchas dificultades, lograban sostener una familia en el área rural. La población es básicamente autóctona, el 89% de ellos habían nacido en el mismo municipio o en los vecinos; un 9,2% venía del resto del país y un 1,8% del exterior. El origen de estos extranjeros se debe a que durante un tiempo los dueños de la tierra traían mano de obra de Colombia para las labores agrícolas estacionales; algunos de ellos permanecieron en el país y el campo.

Los niveles educativos son bastante bajos, poco comparables con el resto del país: un 45,7% declaró ser analfabeto. Si a ellos se suman quienes solo hicieron los primeros años de primaria, que fueron el 30%, puede decirse que había un 75,7% de analfabetismo funcional entre los jefes de familia (Figura 8).

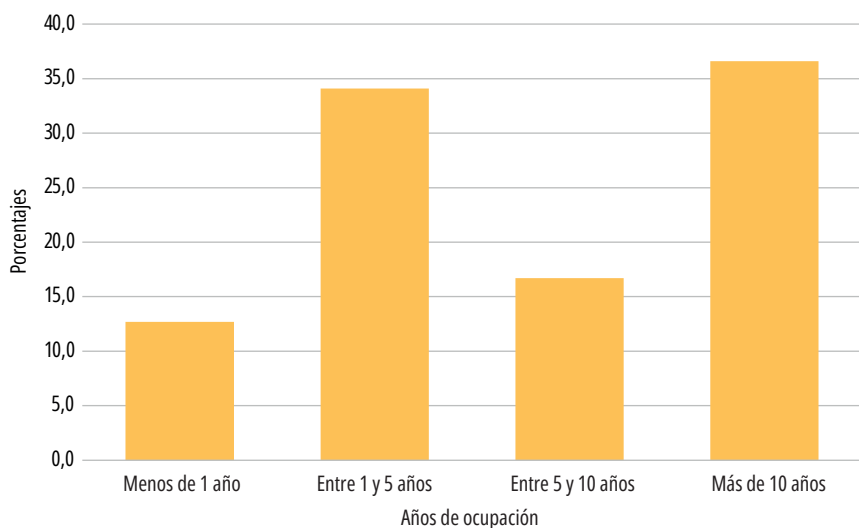


Figura 7. Tiempo viviendo en la casa. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

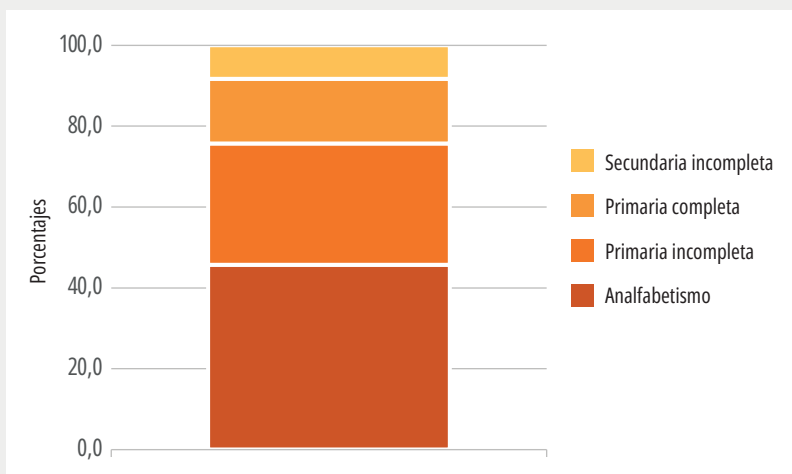
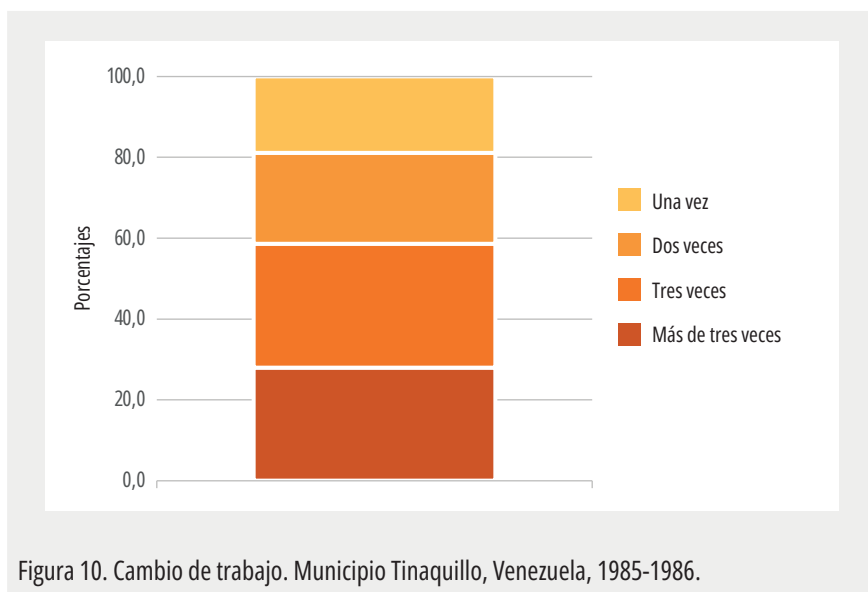
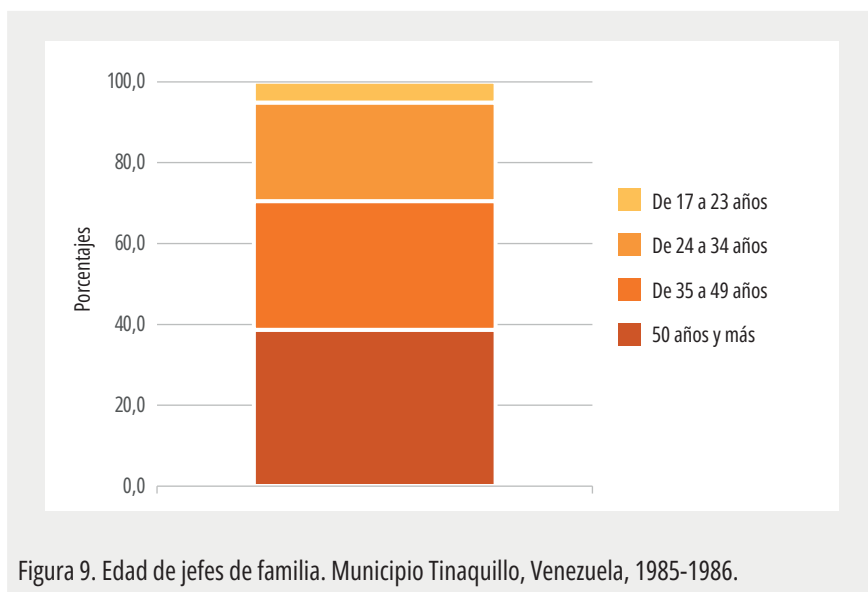


Figura 8. Nivel educativo alcanzado. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Claro que las cifras se refieren a los adultos, pero tampoco se trataba de una población de avanzada edad, pues el 56,2% estaba entre los 24 y los 49 años. El 38,7% pasaba los 50 años y el 5,1% estaba entre los 17 y los 23 años (Figura 9).



Un 15,1% de estos individuos fueron criados por sus madres, quienes mantenían solas sus casas; un 3,6% por sus hermanos mayores y un 5,9% por sus tíos, abuelos u otros familiares.

La población se mostró igualmente estable tanto en la ocupación como en la residencia. Son campesinos bastante atados a la tierra o con muy escasa movilidad: el 28% de los jefes de familia nunca había cambiado de trabajo y, quizá, tampoco de patrón; un 30,6% había cambiado una vez de trabajo mudándose de tierra; un 22% dos veces y el resto tres o más (Figura 10).

Preguntados libremente sobre qué cosa habían deseado en la vida que no hubiesen obtenido, las respuestas se dispersaron; pero, para nuestra sorpresa, la mayor puntuación la obtuvo un carro o una moto (16,7%), lo cual es bastante comprensible, no solo por la jerarquía de valores de la sociedad venezolana. sino por la utilidad que puede tener un vehículo en esas apartadas zonas. Le seguía muy de cerca dinero (15,1%) y, después, una buena casa (14,7%).

La vivienda y sus determinantes socioindividuales

Poco más de la mitad del total de viviendas analizadas tenían altas condiciones propicias para ser colonizadas por el vector de la enfermedad: es decir, tenían techo de palma o paredes de bahareque sin frisar. Una quinta parte tenía unas muy altas condiciones, es decir tenía ambas características y quizás otras más. El resto tenía bajas condiciones, el bahareque sin frisar estaba en el peridomicilio o simplemente no mostraba ninguna posibilidad para la colonización por el vector. Mas, ¿acaso estas variaciones se correspondían con las diferencias existentes en la población en términos de sus condiciones materiales de vida o de sus expectativas?

Las restricciones externas

De las tres variables objetivas que se consideraron como relevantes para comprender y predecir el estado de las viviendas, la única que resultó significativa fue la de “ocupación”. Ni la “propiedad de la tierra”, ni el estatus de la vivienda lo fueron.

La ocupación

La ocupación del jefe de familia resultó ser altamente significativa en la variación de las “condiciones de la vivienda”. Los individuos con mejores ocupaciones mostraron tener viviendas que no permitían su colonización por el vector, mientras que aquellos que tenían las más rudimentarias ocupaciones, con menor control de su trabajo y con menores ingresos, sí tendían a tenerlas (Tabla 5, Figura 11).

Tabla 5. Condiciones de la vivienda y ocupación. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Condiciones propicias	Ocupación									
	Granjeros Capataces Comerciantes		Granjeros no pequeños propietarios Empleados		Asentados Obreros Bodegueros		Conuqueros Pisatarios Temporeros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajas	18	3,3	52	9,4	95	17,2	77	14,0	242	43,9
Altas	4	0,7	15	2,7	71	12,9	99	18,0	189	34,3
Muy Altas	0	0,0	15	2,7	31	5,6	74	13,4	120	21,8
Total	22	4,0	82	14,9	197	35,8	250	45,4	551	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Chi²= 50,506; significación= 0,000. Estadístico de Mann-Whitney= -6,414; significancia = 0,000.

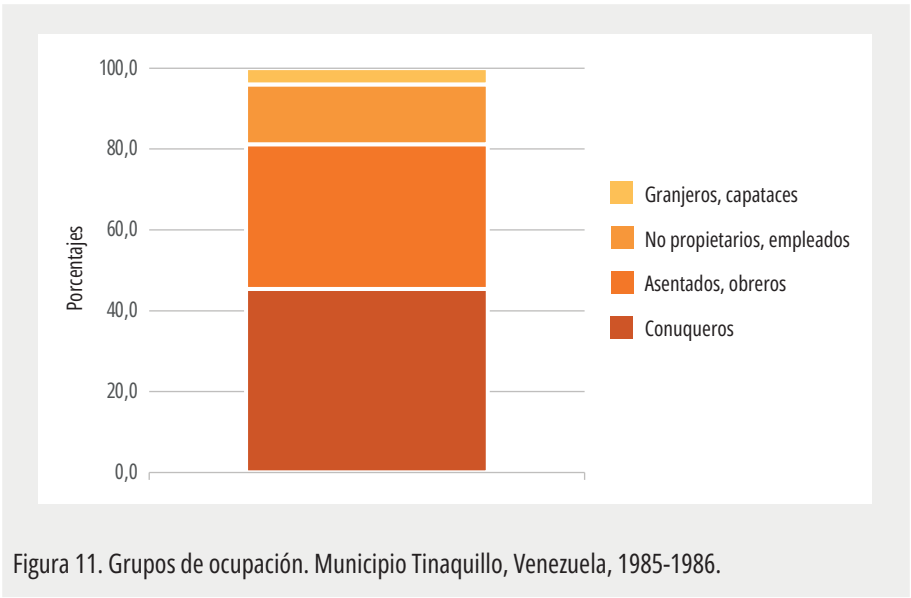


Figura 11. Grupos de ocupación. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

La ocupación significa también, en este caso, un cierto nivel de ingresos; sobre todo de ingresos en moneda que permiten el acceso a los productos del mercado. La mejoría de la vivienda pasa por la posibilidad de comprar ciertos productos de construcción como techos de zinc, clavos o el cemento para el frisado de las paredes. El cemento, e inclusive los clavos, pueden obviarse con el uso de algunas técnicas

tradicionales; pero no así los techos de lámina metálica o cualquier otro material: esto significa que para poder mejorar su casa el campesino debe tener la posibilidad de destinar una cierta cantidad de dinero para la compra de algunos productos.

Si se observa el más bajo de los cuatro estratos ocupacionales establecidos, se notará que representan el 45,4% de la población entrevistada. Este es el grupo de mayor riesgo y está integrado fundamentalmente por campesinos conuqueros, quienes pueden desempeñarse como obreros temporales durante ciertos días del año en las fincas cercanas, ora para arreglar las cercas, ora para faenar el ganado durante la entrada y salida de aguas. Pero estas ocupaciones, que le proporcionan un salario por jornada, no los emplean sino escasos días al año. Esencialmente, su trabajo consiste en la siembra de unas fanegas de menestras: maíz, caraota, frijol y unos cuartos de yuca para el casabe; así como la cría de unas gallinas que son la casi exclusiva fuente de carne. Cuando son afortunados, logran engordar un cochino para diciembre. De lo que cosechan de la siembra pueden vender algunos sacos de grano y las mujeres pueden hacer unas tortas de casabe con la yuca, que les puede dar algo más de dinero.

Aunque es muy difícil hacer estos cálculos, los montos de ingresos en moneda que logramos establecer, luego de innumerables cuentas, se encontraban para 1985 entre los tres y los siete mil bolívares anuales. Con este dinero deben comprar los productos que no ofrece su economía de subsistencia: sal, aceite, azúcar; ciertos productos que el campesino consume con frecuencia: sardinas y espaguetis; las medicinas, las baterías para el radio, el anís para las fiestas y “la cola de la cayapa” que se hace al final de la quema del terreno del conuco y la ropa para los estrenos de diciembre. Obviamente que con este esquema de gastos es difícil realizar mejoras en sus casas que impliquen desembolsos financieros importantes para su escala.

Quienes se encuentran en mejores condiciones que los conuqueros son aquellos que tienen más ingresos regulares en moneda. Estos pueden ser los campesinos asentados en tierras del Estado, ya que por definición de la política agraria han tenido acceso a los créditos y a las políticas sociales del Estado. O también, los trabajadores regulares de las fincas ganaderas, quienes son asalariados que regularmente reciben un pago y que pueden además tener un pequeño sembradío para el autoconsumo o, incluso, pequeñas crías de aves y porcinos, ya que pueden adquirir los pollos y las vacunas en el mercado y construir un pequeño corral con protección contra los predadores. En este caso, no importa mucho lo mal o bien que sean pagados los trabajadores, el solo hecho de recibir regularmente un dinero los diferencia de los conuqueros y les permite disponer de algo para la compra de los materiales destinados a la mejora de la casa.

En los dos siguientes estratos este hecho se potencializa, pues simplemente aumentan los montos del dinero que se recibe. En el tercer estrato, los obreros agroindustriales o los empleados del gobierno perciben un salario mayor y tienen otros beneficios. Los dueños de fincas, aunque sin propiedad privada de la tierra, tienen por lo regular animales, vacas lecheras o animales de engorde, su capital es mayor y su manejo de dinero más fluido y permanente. En el último grupo existe, además, la posesión de capital importante: es el caso de los granjeros de aves y

porcinos, o de los camioneros que poseen su vehículo, o los comerciantes; es decir, quienes controlan su medio de trabajo. En el caso de los capataces no hay propiedad; pero por lo regular reciben una casa de la hacienda con el trabajo y tienen ingresos bastante buenos en comparación con los demás asalariados. Este caso, la posibilidad objetiva de tener una buena casa que no permita la colonización por el vector es completa pues deriva de los propietarios de la hacienda o hato.

Propiedad de la tierra

La segunda hipótesis del estudio era que las variaciones en la propiedad de la tierra donde se trabaja debían darse en consonancia con las diferencias presentadas por las casas. La hipótesis quedó rechazada.

El Chi cuadrado mostró ser significativo, lo cual indicaba una asociación entre las dos variables; sin embargo, la direccionalidad de esos cambios no eran los sugeridos por la hipótesis del estudio.

En un sentido, este resultado parece extraño, pues pareciera tener cierta lógica la relación entre ambos factores. Pero, por otra parte, pensando en la sociedad venezolana, parece comprensible por la poca importancia que la propiedad privada ha tenido en términos reales en el campo, debido a los derechos otorgados a los poseedores de tierras por los procesos de luchas políticas y de reforma agraria. Expulsar a unos campesinos de la tierra en la cual viven no es una tarea sencilla en Venezuela; esto les da una relativa seguridad a los pobladores, con independencia de la relación jurídica que con la tierra ellos tengan. Este hecho se pudo confirmar, ya que el 72,3% de los entrevistados trabajaban tierras que no eran de su propiedad. Estos no pagaban renta, simplemente la ocupaban y usufructuaban. Es paradójico, pero muchos campesinos nos comentaron durante el estudio lo dificultoso que era para ellos no tener un propietario de la tierra con cierta presencia en la zona. Muchos deseaban un propietario con el cual relacionarse. La explicación es esta: el campesino necesita de un permiso dado por las autoridades encargadas de la conservación de la naturaleza para poder realizar la quema, pero los funcionarios no otorgan dicho documento sin un consentimiento explícito del dueño de la tierra; por lo tanto, quienes trabajan tierras con un propietario ausente no pueden lograr el permiso y deben quemar y sembrar en la ilegalidad y temerosos de las autoridades ambientales (Tabla 6).

Por otro lado, sucede que en la zona existen otras formas de propiedad distintas a la privada, las cuales funcionan con bastante legitimidad en la vida social. Desde el punto de vista estrictamente jurídico, se trata de herencias indivisas o tierras de algún organismo del estado central; no del municipio, pues no hay ejidos. Mas, desde el punto de vista social, tiene otras formas. Unas tierras son de nadie y otras son de San Antonio; del santo, no de la iglesia. Al parecer, un devoto cristiano sin descendencia legó, muchos años ha, su fortuna al santo, quien —por supuesto— no pudo pasar a reclamarla; por lo que esas suaves laderas quedaron como terrenos comunales que se ocupaban de hecho, o distribuía un justo varón de la zona. El otro tipo de tierras son herencias que o bien las abandonaron sus dueños o el litigio

Tabla 6. Propiedad de la tierra y condiciones de la vivienda. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Condiciones de la vivienda	Propiedad de la tierra									
	Propietarios		No propietarios Tierras del Estado		No propietarios tierra privada no pagan		No propietarios tierra privada pagan		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajas	11	2,5	2	0,4	122	27,2	42	9,4	177	39,5
Altas	1	0,2	4	0,9	117	26,1	39	8,7	161	35,9
Muy altas	0	0,0	1	0,2	85	19,0	24	5,4	110	24,6
Total	12	2,7	7	1,6	324	72,3	105	23,4	448	100,0

Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2 = 15.972$; significación = 0,014. Estadístico de Mann-Whitney = -0,692; significación = 0,244.

de la sucesión ha quedado sin dictamen final, lo que ha llevado a que las personas compren porcentajes de derechos a los herederos y luego los vuelvan a vender. Al final termina, como en casi todos los casos, siendo una posesión real que se traspasa en acuerdo privado —escrito o no— entre partes.

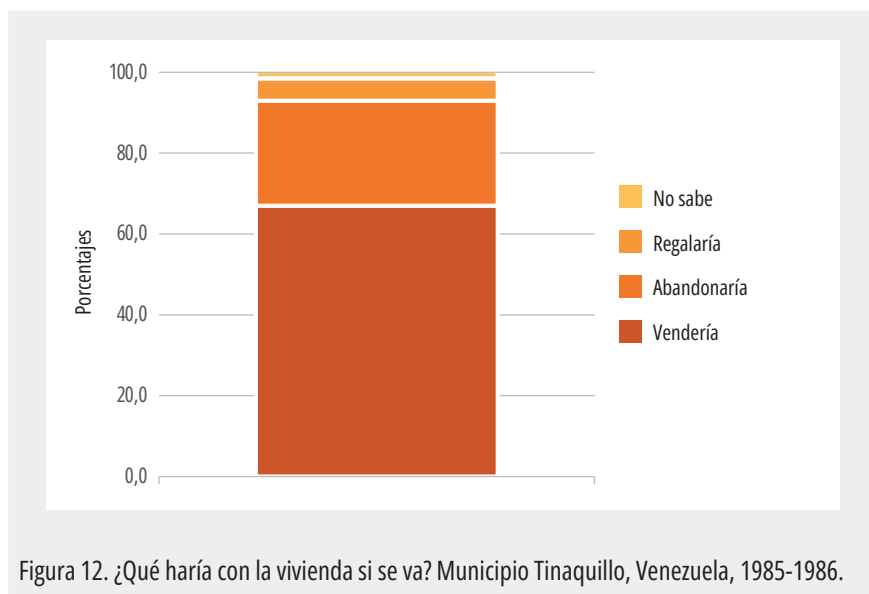
Igual puede decirse de las tierras del Estado: los asentamientos campesinos. Existe un conjunto de regulaciones para la venta o traspaso, pero de hecho las personas compran y venden por acuerdos privados. En estos acuerdos, las tierras cambian, incluso, de función social; pasando a veces a ser viviendas secundarias de población urbana o a producción agrícola llevada por otro grupo social con condiciones de acceso al capital distintas que las del campesino asentado. Esto sucede con cierta frecuencia. Si se observan los totales del cuadro sobre propiedad de la tierra, se notará que los totales son bastante inferiores al total del universo entrevistado, pues el 19,4% de las personas no trabajaba la tierra de ninguna manera, simplemente habitaba en el campo.

En estas condiciones se comprenderá que la propiedad de la tierra como acto jurídico tiene poca relevancia para una vida cotidiana que se basa más en procesos de apropiación real o, si la tiene, puede ir en direcciones bastante inesperadas. Aquí se puede decir que las diferencias entre las viviendas pueden relacionarse más con los ingresos y que —al menos en el caso analizado— los ingresos tienen poco que ver con el tipo de propiedad de la tierra.

Estatus de la vivienda

La tercera hipótesis sugería que, dependiendo como cambiase el tipo de propiedad de la edificación de la vivienda, de la tierra sobre la cual había sido levantada y las posibilidades de comercializarla, así deberían mudar las condiciones para su colonización por el vector. La hipótesis no resultó corroborada. Al igual que con la propiedad de la tierra, existe una relación significativa entre las variables de acuerdo al Chi cuadrado, pero no en la dirección formulada y esperada por la hipótesis.

Llama la atención cómo, a pesar de que el 90% de las viviendas estaban construidas sobre un terreno que no era de la propiedad del dueño de la casa, solo el 31% consideró que su casa no era negociable, mientras que el otro 67% pensaba que podía vender su casa sin restricciones. Esto nos dice claramente que la seguridad de la posesión es bastante alta, lo cual resulta comprensible en el contexto del campo venezolano (Figura 12). En Venezuela, si un propietario desea sacar a un campesino que tiene una casa construida, debe pagarle las bienhechurías, así el campesino las haya construido sin su consentimiento. Por lo tanto, ¿qué importancia tiene la propiedad de la tierra donde se encuentra la vivienda?



La mayoría de los campesinos erigen su casa ellos mismos. En esta zona, el 58,3% de los jefes de familia había autoconstruido su vivienda. En algunos casos, cuando se mudan de lugar o desean adquirir el derecho de posesión de un lugar, compran la casa hecha; ese fue el caso del 22,3%. También, cuando tienen ingresos y trabajo

Tabla 7. Estatus de la vivienda y condiciones propicias. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Condiciones de la vivienda	Estatus de la vivienda											
	Propiedad terreno propio negociable		Propiedad terreno público negociable		Propiedad terreno privado negociable		Propiedad terreno privado no negocia		No propiedad prestada no negocia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajas	32	5,8	94	17,1	25	4,5	44	8,0	47	8,5	242	44,0
Altas	15	2,7	76	13,8	33	6,0	42	7,6	22	4,0	188	34,2
Muy altas	8	1,5	47	8,5	10	1,8	33	6,0	22	4,0	120	21,8
Total	55	10,0	217	39,5	68	12,4	119	21,6	91	16,5	550	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Chi²= 18.558; significación= 0,0170. Estadístico de Mann-Whitney= -1,210; significación= 0,1130.

regular y se les dificulta o desconocen el proceso de construcción, la mandan a fabricar por otras personas: el 6,9%.

Las formas de no propiedad de la edificación propiamente dicha son muy escasas. El alquiler es casi inexistente, quizá por eso se observa más la fórmula del préstamo personal y familiar (11,3% de los casos), que es una manera de cooperación, pero, también, una forma de garantizar posesión de la casa y de las tierras que la rodean (Tabla 7). La separación en los hechos de la propiedad de la tierra (Figura 13) y de la edificación, así como las formas sociales de protección de las bienhechurías, hacen que la mejoría de la vivienda y, en consecuencia, la existencia de condiciones

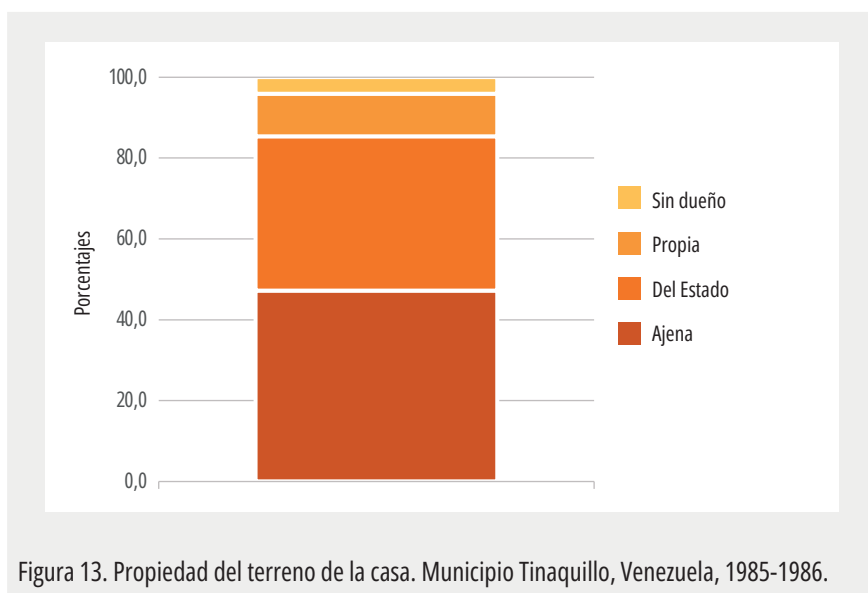


Figura 13. Propiedad del terreno de la casa. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

propicias para su colonización por el vector de la enfermedad, varíen con independencia del estatus de la vivienda.

Las restricciones internas

Las tres variables psicosociales que fueron consideradas en el estudio resultaron significativas en la asociación y predicción de las condiciones de la vivienda.

Locus de control

Las expectativas que el individuo tenía acerca de su futuro resultaron variar de acuerdo a los cambios en la vivienda: los individuos que pensaban que su destino sí estaba controlado por lo que ellos hicieran o dejaran de hacer, tendían a tener una casa en mejores condiciones que aquellos individuos que creían que su futuro estaba en manos de dios o de la suerte.

De la población analizada, el 63,5% tenía un locus de control externo; es decir, pensaba que el control de su vida estaba fuera de sí mismos. Entre ellos, el 33% pensaba que estaba en manos de “Otros poderosos”; mientras el 30,5% atribuía lo que podía sucederle —para bien o para mal— al azar (Tabla 8, Figura 14).

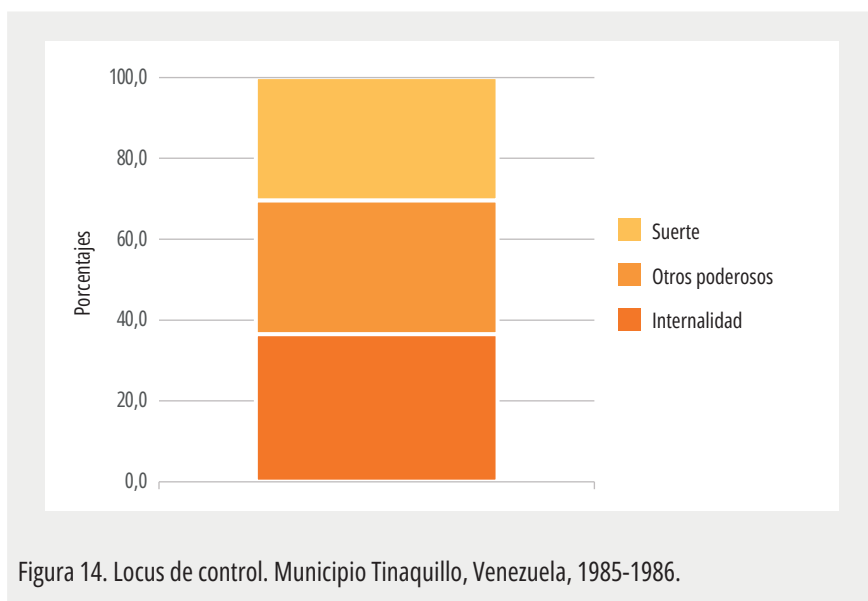
En general, resulta difícil interpretar los resultados de creencias en “Otros poderosos” en una población campesina como la que fue objeto de nuestro estudio. Es decir, la interpretación que puede hacerse sobre este tipo de expectativas es bien *sui generis*, puesto que la situación en la cual los campesinos viven es realmente la de estar sometidos a la actuación de poderes que se les escapan —objetivamente— de

Tabla 8. Locus de control y condiciones propicias. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Condiciones de la vivienda	Locus de control							
	Internalidad dominante		Otros poderosos dominante		Suerte dominante		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajas	95	22,8	61	14,6	42	10,1	198	47,5
Altas	44	10,6	48	11,6	47	11,3	139	33,3
Muy altas	23	3,1	29	7,0	38	9,1	89	19,2
Total	152	36,5	138	33,1	127	30,5	417	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Chi²= 31,394; significación= 0,000. Estadístico de Mann-Whitney= -5,526; significación= 0,000.



las manos. Si un campesino depende en su siembra y en su comida del próximo año, de la eventualidad de una autorización del dueño de la tierra, o de la voluntad de las autoridades de conservación ambiental o de sus contactos con la prefectura o el líder político zonal, la creencia en “Otros poderosos” no es una ficción ni una marca cultural de origen antiguo, si no, bien y por el contrario, un juicio de realidad. No es una expectativa aprendida y sin vigencia situacional, es una percepción correcta del mundo objetivo. Por lo tanto, la creencia en que otros poderes son los que controlan el futuro de los individuos es, en muchos casos, una evaluación situacional acertada (Briceño-León, 1986a).

Sin embargo, en condiciones similares, otros individuos con menos sentido de la realidad —quizás—, o con más voluntarismo —seguro—, emprenden acciones y expresan opiniones sobre el futuro que contradicen a los que creen en los “Otros poderosos”. Quizá, aquí también, la manera como se perciba o se conozca la experiencia social venezolana provocará comportamientos distintos. En la sociedad venezolana, las experiencias individuales de movilidad social ascendente, las reivindicaciones obtenidas por las luchas campesinas y obreras, y los logros sociales generales propulsados por el ingreso petrolero y el populismo político, han permitido estimular las creencias internas de los individuos; han dado cierta base para que muchos individuos puedan pensar que, si se proponen algo razonable, pueden lograrlo. Esto es muy positivo y constituye —o al menos ha constituido— una excepción en el contexto de desesperanza de América Latina. Pero el aislamiento campesino hace que incluso algunas de estas experiencias no sean asimiladas ni aprendidas. Por otro

lado, la relación con la naturaleza —siempre azarosa— y las creencias religiosas y mágicas —que aún persisten—, contribuyen a esta sensación de depender de la suerte y no de su acción o esfuerzo.

Por los resultados, es claro que aquellos individuos que tienen confianza en su acción y en su esfuerzo han mejorado la vivienda por sus propios medios, porque creen que es posible hacerlo. Mientras que los otros no.

Creencias sobre el control de la enfermedad

La quinta hipótesis decía que las condiciones de las viviendas debían variar de acuerdo al tipo de creencias que los individuos tuvieran sobre el control de la enfermedad (Tabla 9, Figura 15). Los resultados fueron altamente significativos. Esto quiere decir que aquellos individuos que pensaban que ellos por su propia cuenta podían hacer algo por controlar la enfermedad, ya lo habían hecho; y tenían su casa en mejor estado que aquellos que creían que ellos no podían hacer nada; que la posibilidad de enfermarse dependía de la suerte y que el control de la enfermedad, si es que había alguno, le correspondía al gobierno.

Los resultados tienen sentido, pues si alguien estima que nada de lo que haga va a servir para evitar la enfermedad, ¿cuál es el valor de empeñarse en hacerlo? Pero si se considera que los afanes que uno se proporcione para impedir la enfermedad van a conducir a eliminar o minimizar el riesgo, vale la pena el esfuerzo. En este caso, como en los otros de naturaleza psicosocial, lo que el individuo crea acerca de la situación es lo importante. no la situación misma.

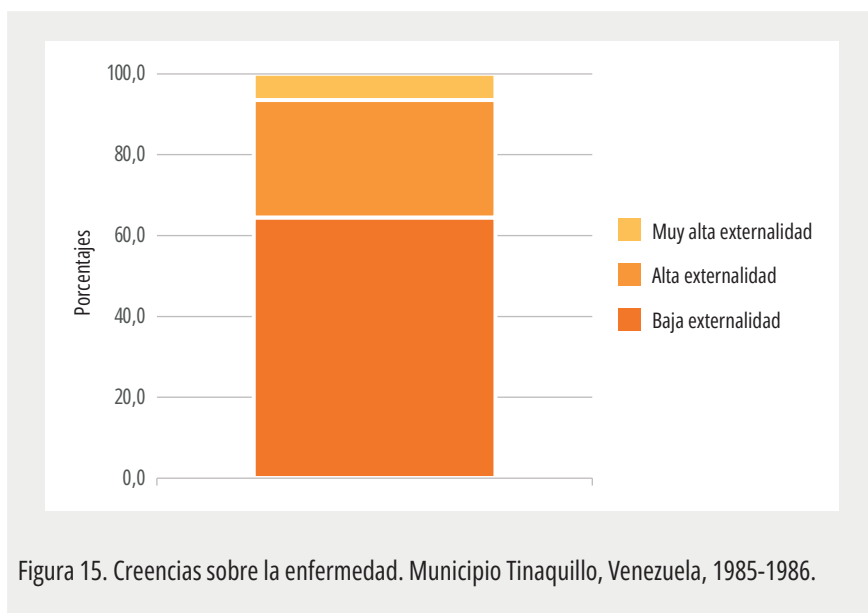
Llama la atención de los resultados que, al contrario de las expectativas generales ligadas al control global de los sucesos de la vida, las creencias internas eran bastante

Tabla 9. Creencias sobre la enfermedad y condiciones propicias. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Condiciones de la vivienda	Creencias sobre la enfermedad							
	Baja externalidad		Media externalidad		Alta externalidad		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajas	189	34,0	47	8,5	9	1,6	245	44,1
Altas	117	21,0	60	10,8	14	2,5	191	34,4
Muy Altas	53	9,5	54	9,7	13	2,3	120	21,6
Total	359	64,6	161	29,0	36	6,5	556	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Chi²= 39,911; significación= 0,000. Estadístico de Mann-Whitney= -6.240; significación= 0,000.



altas y solo un pequeño grupo creía que el control de la enfermedad se les escapaba completamente de las manos.

Este hecho de una baja externalidad global nos dio pistas y ánimo acerca de la posibilidad de desarrollar un programa de control de la enfermedad con participación comunitaria, pues sugería una positiva disposición en el grupo que, aun teniendo en sus casas condiciones propicias para la permanencia del vector, estaba preparado para hacer algo por controlar la enfermedad. Esto, además, se veía reforzado por el hecho de que, en el grupo que tenía externalidad media, muchas de las reacciones se relacionaban con las circunstancias incontrolables de la naturaleza y la invasión continua de las viviendas por el vector sin que ellos pudieran hacer nada.

Esto es particularmente cierto en el caso del *Rhodnius prolixus*, el cual, a diferencia de los otros vectores que son más domésticos, tiene un hábitat selvático y llega a la casa por fototropismo o en búsqueda de fuentes de alimentación, con independencia de las medidas que el individuo tome, y crea una situación que objetivamente se escapa de sus manos. Por lo tanto, podía matizarse la fuerza que estas creencias externas tenían y considerarse que también podían ser un juicio de realidad.

Por supuesto, si bien lo que el individuo haga no imposibilita la llegada del vector, sí tiene importancia, pues impide o dificulta al extremo su permanencia. Pero esta es una sofisticación mayor del conocimiento entomológico que no se podía considerar en la investigación.

Arraigo

La última de las hipótesis decía que si el individuo creía que iba a permanecer en la zona, su casa tendería a estar en mejores condiciones que si estimaba que se marcharía pronto. En la población campesina esto se expresa fundamentalmente en el tipo de árboles que siembra y en la manera como arregla los corrales para los animales: las aves y los porcinos. Los resultados fueron levemente significativos. Los individuos con débil arraigo tenían casas que permitían la colonización por el vector, no así quienes tenían arraigo fuerte. La explicación es sencilla desde el punto de vista del comportamiento. Lo particular es que este arraigo ocurre con cierta independencia de la propiedad de la tierra; ya que, en la relación con las condiciones de la vivienda, esta no fue significativa. Es decir, que el arraigo es más una disposición interna del individuo, o el resultado de factores de atracción o de expulsión, independiente de la propiedad de la tierra misma (Tabla 10).

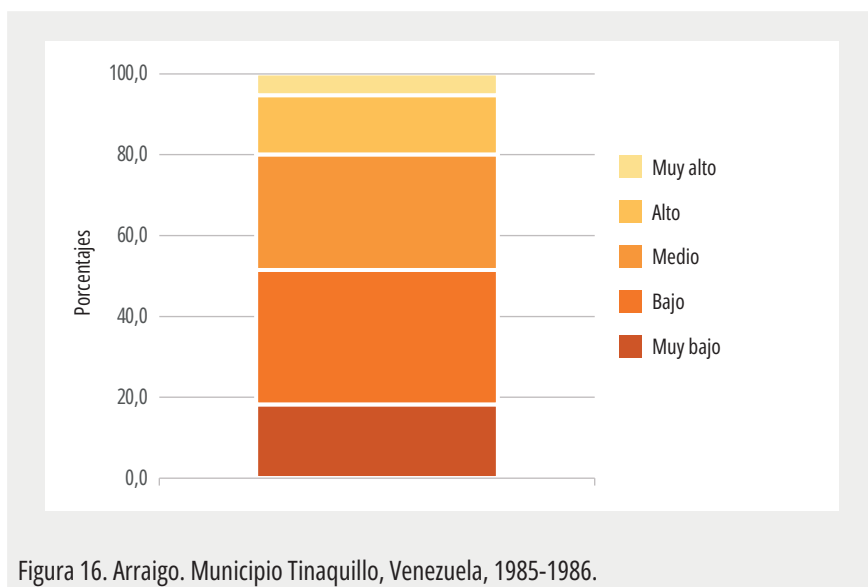
Tabla 10. Arraigo y condiciones propicias. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Condiciones de la vivienda	Arraigo											
	Muy fuerte		Fuerte		Medio		Débil		Muy débil		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajas	19	3,4	33	5,9	81	14,6	74	13,3	38	6,8	245	44,1
Altas	10	1,8	28	5,0	49	8,8	69	12,4	35	6,3	191	34,4
Muy Altas	1	0,2	20	3,6	29	5,2	42	7,6	28	5,0	120	21,6
Total	30	5,4	81	14,6	159	28,6	185	33,3	101	18,2	556	100,0

Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2 = 14,858$; significación = 0,062. Estadístico de Mann-Whitney = -2,460; significación = 0,007.

De cualquier manera, el bajo arraigo fue dos veces y media mayor que el arraigo alto, lo cual indicia una situación de transitoriedad importante (Figura 16). Mucha de esta transitoriedad se debe al propio sistema de conuco que obliga al campesino a cambiar de tierras de cultivo y, en su momento, cuando se le toman demasiado lejanas, también de casa.



El individuo y sus circunstancias

Las condiciones en que el campesino deja su casa dependen, entonces, de variables objetivas que representan su capacidad para emprender dicha acción y de variables subjetivas, pues campesinos en las mismas condiciones objetivas, unos han mejorado su vivienda y otros no; por lo tanto, la diferencia viene dada por las expectativas que el individuo tenga de control hacia su futuro, de control de la enfermedad o de arraigo. Depende en cierta medida del individuo mismo y, en otra, de las circunstancias en la cual se encuentra (Briceño-León, 1988d).

El hombre es siempre un ser circunstanciado, sus actos, exitosos o fallidos, se encuentran perenne e infaliblemente marcados por las circunstancias en las cuales el individuo se desenvuelve o se ha desenvuelto. Las circunstancias pueden ser características del presente o del pasado y pueden tener influencia directa o indirecta sobre el individuo y sus actos; pueden ser de la naturaleza o de la cultura, restricciones objetivamente impuestas o solo de la mente y la fantasía del individuo mismo y su imaginaria interpretación y relación con el mundo real.

La acción de cada individuo y la posibilidad de contraer la enfermedad están encadenadas a circunstancias macro de la sociedad y de la naturaleza, así como a condiciones micro de sus relaciones interpersonales y del ambiente natural donde vive.

Desde la perspectiva social, la acción de un hombre cualquiera depende de las condiciones de su sociedad nacional y de la inserción que su sociedad encuentra en la sociedad mundial. La vida, la ocupación y los ingresos de un campesino conuquero

de Cojedes, Venezuela; de un agricultor de Minas Gerais, Brasil, que viaja a trabajar en la zafra de caña de azúcar; o de un cosechador a destajo del algodón del norte de Santa Fe, Argentina, depende en cierta medida de la situación a nivel mundial. Un campesino asentado de Cojedes que ha vivido del crédito agrícola depende de los ingresos del gobierno central, que a su vez están sujetos a los ingresos petroleros que oscilan de acuerdo con los precios del crudo, fijados en el mercado libre de La Haya, en la bolsa de Nueva York, o las querellas de dos lejanos países árabes.

Pero también de ciertas condiciones microsociales, restringidas al ámbito de la zona donde se desenvuelve y a las decisiones de otros actores locales. La ocupación de un campesino que labora sobre la base de la “tarea vuelta” depende de la presencia de otros pares que le permitan desarrollar el intercambio de jornadas de trabajo, en Tinaquillo, Venezuela o en Cansanção, Brasil. Pero, también, de decisiones o circunstancias de individuos que no son sus pares como, por ejemplo, de la muerte de un patrón y de los deseos que respecto a esas tierras tengan sus herederos.

Y, por último, depende igualmente de condiciones de la naturaleza como la temperatura, la humedad, la existencia de predadores animales, de fuentes alternas de alimentación para el insecto, de reservorios del parásito...

Las condiciones para que todos esos factores concierten son infinitas, pero no necesarias. No hay una causalidad obligada ni en el mundo social ni el mundo animal; la coincidencia del hombre y sus circunstancias, de la naturaleza y de la cultura, con el vector y el parásito, son siempre únicas e irrepetibles. Sin embargo, hay algunas condiciones donde esta coincidencia se hace más probable.

A estas circunstancias objetivas se suman aquellas que el hombre cree que existen, las cuales pueden tener su origen en experiencias pasadas del individuo y que, consciente o inconscientemente, se acumulan en su interior y lo llevan a interpretar de una determinada manera, individual e imaginaria, el mundo real. Las circunstancias que fueron causa de una determinada percepción o creencia sobre el control del destino pueden desaparecer objetivamente, mas se pueden conservar en la mente del individuo como fantasía o expectativa que le impide relacionarse diáfananamente con la realidad.

Las acciones u omisiones que un hombre cualquiera, en riesgo de contraer la enfermedad, pueda ejecutar, están sometidas a las siempre limitadas opciones que las condiciones macro y micro le ofrecen. Pero los modos como el individuo interpreta la situación, que se relacionan con su pasado social e individual, lo llevan a una determinada escogencia que entra en relación, obligada coincidencia y posterior concierto, con las decisiones de otros tantos individuos, unos cuantos insectos y otros tantos parásitos. Al final, la historia de la sociedad, la vida de los individuos, su salud y su enfermedad, se construye con lo que queda de esa atropellada y desordenada coincidencia en tiempo y espacio de realidades, deseos y ficciones.

Una pared frisada es sinónimo de casa sana (Figura 17), pues las grietas de las paredes sin frisar (Figura 18) son un escondrijo perfecto para los insectos.



Figura 17. Casa con pared frisada. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.



Figura 18. Casa con pared sin frisar. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Bajo la hermosa trama del techo de palma (Figura 19) se esconde el chipo, temible vector del Mal de Chagas. La sustitución por techo de zinc (Figura 20), aunque menos hermoso, garantiza una casa sana.



Figura 19. Casa con techo de palma. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.



Figura 20. Casa con techo de zinc. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Segunda parte
El control



Capítulo 5

Las políticas de control de la enfermedad y los efectos perversos

La más antigua referencia a los vectores de la enfermedad de Chagas en Venezuela se encuentra en el jesuita José Gumilla; quien, en su libro sobre el Orinoco, habla de los “pitos”, nombre con que aún se conoce el vector en Los Andes venezolanos y Colombia. Los refiere como poseedores de un pico rabioso y suave; dice que cuando picaban lo hacían con tanto tiento y dulzura que no se sentían. Y añade, además, que abundaban en la zona, sobre todo en casas recién construidas.

Sin embargo, el descubrimiento de la enfermedad en Venezuela se le debe al Dr. Enrique Tejera, quien describió el primer caso en 1919.

Posteriormente, a comienzos de la década de 1930, el Dr. José Francisco Torrealba encontró un nivel de cardiopatía en el estado Guárico que consideró imposible atribuírselo a otra causa. A partir de aquí, se dedicó a realizar un estudio e hizo un xenodiagnóstico a 20 campesinos de Zaraza, encontrando que cinco de ellos tenían parásitos en la sangre; pues se la habían transmitido a los insectos sanos con los cuales se había hecho la prueba. Luego, en 1934, diagnosticó el primer caso agudo en un niño también de Zaraza (Torrealba, 1943).

Posteriormente, los estudios del Dr. Pifano definieron con claridad la situación epidemiológica de la enfermedad en el país. A través de sus publicaciones, estableció que el 20% de la población rural venezolana debía estar infectada (Pifano & Guerrero, 1963), llegando en algunas zonas a exceder el 50% de la población, como fue el caso del Municipio Belén del estado Carabobo; pero relativamente inexistente en otros como Nueva Esparta (Pifano *et al.*, citado en Sequeda *et al.*, 1986). En una encuesta serológica llevada a cabo entre soldados en 1960 se encontró que el 6,8% de los conscriptos tenía anticuerpos contra el *Tripanosoma cruzi* (Mora *et al.*, 1960).

Para este momento ya se tenía un panorama claro de la situación de la enfermedad en Venezuela. Durante los años previos de estudios, investigaciones y ensayos de medidas sanitarias y médicas, se fueron definiendo las políticas de control de la enfermedad, las cuales se alimentaban de la vasta y valiosa experiencia de la lucha antimalárica llevada a cabo en Venezuela y en América.

Las políticas de control

Cuando la malaria dominaba el escenario de las enfermedades tropicales, poco caso se le prestaba a la enfermedad de Chagas. La conducta es comprensible; la morbilidad y la mortalidad de la malaria no solo es más alta, sino su percepción más fácil por parte de la población y de la élite, debido a la inmediatez de sus efectos. Esto convierte más fácilmente a la malaria en un problema sentido por la población, lo cual no sucede con la enfermedad de Chagas, ya que básicamente sus consecuencias se presentan a largo plazo. Por eso, solo en el momento en el que se pudo interrumpir la masiva transmisión de la malaria, se inician los programas de control de la enfermedad de Chagas. En algunos casos se hizo evidente, como sucedió en Venezuela donde, en 1957, se decidió que los recursos previamente destinados a la malaria se reorientarían hacia la lucha contra la enfermedad de Chagas (Otero *et al.*, 1984).

Como la enfermedad no tiene cura, ni existe tratamiento o vacuna aceptados para la fase crónica, las medidas de acción son fundamentalmente preventivas. Hay solo una cosa por hacer: debe evitarse el encuentro entre el vector y el hombre. Las medidas que se utilizan a posteriori, tales como las drogas que se emplean para desparasitar a las personas con una alta infección, tienen al parecer un buen efecto en los casos agudos; pero ofrecen una acción limitada, pues la mayoría de los casos no se conocen durante dicha fase aguda.

En esta fase no existe ya tratamiento y el daño continúa, las acciones solo procuran evitar las consecuencias del daño con drogas o con intervenciones como la instalación de un marcapaso. Pero todo esto es costoso económicamente y su eficacia muy limitada.

Por eso, la política de control de la enfermedad tiene como objetivo la interrupción del ciclo doméstico de la transmisión a través del rociado de insecticida para eliminar los vectores presentes; así como el mejoramiento de la vivienda para evitar la existencia de escondrijos que le permitan instalarse allí; y la educación sanitaria, para generar una cultura de prevención y defensa contra el vector y la enfermedad.

Estas políticas se han llevado a cabo en diferentes grados y de distintas formas. Los resultados han sido, sin lugar a dudas, positivos; pero una buena cantidad de los problemas encontrados y de los efectos laterales no deseados que se han producido, tienen su origen en una escasa comprensión de los factores sociales involucrados.

Los rociamientos de insecticida

Cuando en 1945 se inició la campaña de DDT contra la malaria, se pensó que este insecticida podía tener un efecto exterminador adicional sobre la población de *triatominos*, pero no resultó así. Más aún, el efecto fue opuesto y hubo un aumento en la cantidad de *Rodhnius prolixus* en las viviendas, lo cual se le atribuyó a la eliminación de los depredadores del vector.

El objetivo de la política de rociados es desinsectar las viviendas de una manera rápida y eficaz cortando de esta manera el ciclo doméstico.

En 1952, se hicieron las primeras pruebas con dieldrín en el municipio Carvajal del estado Trujillo, que para ese entonces había presentado el 100% de las casas con vectores y una alta infección. Los resultados fueron exitosos, pues solo el 10% de las casas habían sido reinfestadas siete meses después. Con estos precedentes se amplió la campaña de rociamientos a otros estados y, entre 1952 y 1955, se rociaron más de 716 mil casas (Sequeda *et al.*, 1986).

Con la masiva aplicación de los insecticidas se encontraron algunas dificultades, siendo la principal de ellas la reinfestación de las viviendas. Los insecticidas tienen un efecto residual, pero con el tiempo este desaparece, haciéndose necesario una nueva fumigación con las consecuentes dificultades de costo económico y molestia para la población, sobre todo cuando baja el número de *triatominos* por vivienda.

El insecticida tiene las ventajas de una acción eficaz y rápida; pero con una duración restringida. En un estudio llevado a cabo en Cúpira, Edo. Miranda, durante tres años a partir de 1954, se demostró, por primera vez, la reinfestación de las viviendas. En las inspecciones se encontró que las casas habían sido reinfestadas y los insectos se habían mudado de las paredes hacia los techos, donde la aplicación del químico había sido menor. En ese tiempo se pensó que se debía rociar también los muebles y enseres domésticos y así se hizo, pero los problemas de reinfestación continuaron (Gamboa C., 1968). En el municipio Bergantín del estado Anzoátegui, luego de tres años sin aplicación del insecticida, se pasó de 2,8% de viviendas y 10% de localidades positivas en 1970 a un 11,4% de las viviendas y 49,3% de las localidades en 1973 (Sequeda *et al.*, 1986).

La forma de las grietas en las paredes dificulta la aplicación del insecticida y al mismo tiempo hace que se mantengan focos ocultos. Por otro lado, la presión selvática del vector principal de Venezuela hace que exista siempre la tendencia a la reinfestación de las casas y que la utilización de los químicos sea apenas una medida transitoria.

Desde el punto de vista socioindividual, la campaña de rociado de insecticidas ha tenido dos efectos distintos en la población. Por un lado, se ha dado en la población afectada una suerte de información y educación no planificada ni buscada. Después de varias décadas de rociamientos, se sabe que algo malo debe tener ese “bicho”, pues, como decía un campesino, “*si lo buscan tanto y no vale dinero, debe ser malo de verdad*”. Este ha sido un efecto positivo y no buscado de la campaña. Pero hay otro que es negativo, se trata de una conciencia de que ellos no pueden hacer nada, de que “eso lo debe hacer el gobierno”.

Esta pasividad generada por una acción que no incorpora a la población, casi carente de información de los propósitos de la misma, es, sin embargo, compensada por los efectos positivos de conciencia de peligro y postura de alerta que la población desarrolla, expresada luego en la compra de latas de insecticidas por la población.

A fin de facilitar el uso de los insecticidas se están desarrollando dos nuevos productos: el ensayo con insecticidas de lenta liberación que pueden colocarse en pinturas que contienen el químico y que tienen un efecto residual mayor, disminuyendo

los costos al distanciar la reaplicación (Oliveira Filho, 1984); y un pote fumígeno que puede ser aplicado por los mismos pobladores simplemente cerrando la vivienda durante unas horas, disminuyendo así los costos de personal involucrado en la aplicación de insecticidas tradicionales (Zerba *et al.*, 1988).

Pero las dificultades centrales permanecen. Esta es una política de control costosa, por los precios de los químicos y por tener que repetirse indefinidamente debido a los riegos de reinfestación, que solo los grandes países de América Latina con préstamos o ayudas internacionales pueden pagar. Además, la eficacia de las pinturas o los gases se relacionan directamente con las condiciones de las viviendas.

En el caso de las pinturas, las paredes de barro sin frisar dificultan su eficacia y obligan a varias aplicaciones. con lo cual se pierden las ventajas comparativas de costos. Y en el caso de los gases se requiere de una vivienda bien cerrada y su residualidad sigue siendo limitada.

El mejoramiento de la vivienda

Por todas estas dificultades con los insecticidas, desde hace mucho tiempo se ha pensado que la solución de control permanente es la existencia de una vivienda que no tenga las condiciones que facilitan su colonización por el vector. Para que esta vivienda sana exista pueden suceder dos cosas: o se mejora la vivienda anterior, eliminando aquellas condiciones que favorecen la presencia del insecto, o se produce una nueva vivienda donde, desde un inicio, dichas características no estén presentes.

A mediados de la década de 1950, la Dirección de Malariología emprendió planes de construcción de vivienda utilizando bloques de tierra e incorporando el trabajo de la familia para su fabricación. Con esta tecnología se realizaron las primeras casas de tierra-cemento en la población de Magdalena, estado Aragua, y se publicó un manual de construcción popular llamado *Vivienda sana*, en el que se le explicaba de manera sencilla a la familia, o a un líder local, cómo construir una casa que lograra un propósito sanitario (DGMSA-SAS, 1956). Por esa misma época, en Argentina, se publicó también un manual para construir una casa “antivinchuca”, utilizando materiales locales y tecnología tradicional (Romana, 1952).

En 1958 se creó en Venezuela el Programa Nacional de Vivienda Rural. Era la llegada de la democracia, luego de casi una década de dictadura, y la idea de una vivienda campesina estaba relacionada tanto con los logros estrictamente sanitarios, como con la promoción del campesinado en el sentido social y político. Los objetivos iniciales hablaban de una vivienda “acondicionada para producir bienestar social, con los servicios básicos [...] e integrada a la comunidad donde se construyan servicios comunitarios de tipo educacional, recreativo y salud” y de “bajar la morbilidad y mortalidad de la población rural”, pero también de “cambio progresivo en sus hábitos, creencias y valores”, su “participación activa, consciente y efectiva en formas de organización que les permita la defensa de sus intereses” y de “fomentar la economía y educación de la familia rural, con el uso y la valoración de elementos

autóctonos como materiales de trabajo para incentivar y aumentar su capacidad productiva” (Sequeda *et al.*, 1986). En fin, se trataba de un programa global de cambio social alrededor de la vivienda.

Lamentablemente, debido a varias razones tales como las exigencias internas de eficacia que obligan al cumplimiento estricto de metas expresadas en la cantidad de unidades construidas en un cierto período de tiempo, sin considerar los aspectos colaterales como educación sanitaria; o los requerimientos políticos-partidistas que demandan en cada uno de los estados la construcción de viviendas en zonas o para personas escogidas con criterios clientelistas y no sanitarios; o, globalmente, la presencia del ingreso petrolero abundante en las manos del Estado venezolano, que hacía pensar que todo era posible y no se requería ni esfuerzo ni ahorro, pues debían repartirse beneficios a todos, los principios que dieron origen al programa se fueron abandonando en el proceso de construcción masivo de viviendas rurales. La idea de una vivienda construida con participación de la familia usuaria se abandonó para pasar a ser “viviendas construidas por el Estado”.

Al comienzo, se dejó de participar en la construcción de la vivienda y solo se trabajaba en el cavado del pozo para la letrina; luego, también esto se puso en manos de los trabajadores del gobierno. El uso de materiales locales y de técnicas tradicionales se abandonó bajo la premisa del progreso y la modernidad: la tierra se substituyó por el cemento y la madera por el hierro. Adicionalmente, a fin de disminuir costos, se uniformizó un modelo de casa que se ha implantado en todo el país sin importar el clima o la costumbres.

Empero, la vivienda rural ha tenido un gran éxito. No solo por el hecho de que en treinta años se hayan construido más de 280 mil casas; sino también porque su monótona repetitividad la convirtió en el modelo de “casa buena” para los sectores pobres del país. De esta manera, la “vivienda rural” se ha convertido también en el signo de la modernidad de estos grupos sociales que, cuando tienen recursos para construirse una casa, la hacen a semejanza de la “rural”, de tal forma que cuesta a veces distinguir cuál es producto de la acción del gobierno y cuál es producción privada que copia los símbolos —pues no siempre la técnica— constructivos del Estado.

No obstante, estas viviendas presentan dos problemas para los fines sanitarios de control de la enfermedad de Chagas: uno se refiere al mantenimiento y crecimiento de la vivienda, el otro al tipo de destinatario social. La vivienda rural se hace con una técnica constructiva que le es desconocida al campesino y que es costosa, pues requiere de productos industriales que ameritan de una mayor inserción en la economía monetaria; a su vez, demandan de mano de obra calificada. Por lo tanto, el campesino pobre no tiene cómo mantener esta casa y si desea hacer una ampliación por el crecimiento de la familia, o un lugar de expansión en el patio, lo hace con los materiales que toma directamente de la naturaleza y con las técnicas tradicionales de bahareque que conoce, pero no usa apropiadamente. De esta forma, el campesino, al lado de la casa sanitaria, construye una edificación susceptible de albergar al vector de la enfermedad. Esto sucede porque el trabajador rural no tiene los modos de reproducir el modelo de vivienda sana que se le ha propuesto.

Hay también algunas diferencias culturales referidas al hábitat que ha hecho que algunos grupos étnicos particulares no acepten la vivienda o la usen solo para depósito, pero este es un problema que considero menor. La práctica obligatoria de destruir el rancho previo, una vez construida la nueva vivienda, ha tenido en estos y otros grupos sociales, sin lugar a dudas, un buen resultado.

El segundo problema que se consideró importante es el cambio del destinatario social. La vivienda rural estaba pensada para la familia rural pobre y en riesgo de contraer enfermedades metaxénicas, en especial la enfermedad de Chagas. Pero con la evolución económica del país y los cambios políticos, ha sucedido que los destinatarios y usuarios de las viviendas sean otros. Esto tiene diversas explicaciones: primero, el programa exige un determinado nivel de ingreso mínimo para poder ser beneficiario, pues esta es la garantía formal de que se podrá pagar la casa. La demanda de ingreso mínimo está en los siete mil bolívares al año, cifra que suena baja a los oídos urbanos; pero que no alcanza un alto porcentaje de la población rural, la cual obtiene menos de esa cantidad en dinero. Y son precisamente quienes se encuentran en más riesgo de contraer la enfermedad quienes menor ingreso tienen —unos tres a cinco mil bolívares anuales— y, en consecuencia, quedan fuera del programa.

Ahora bien, supongamos que al campesino se le da la vivienda gratis. Esta es una familia que tiene carencias económicas fuertes, pues, aunque subsiste de la propia cosecha, sus productos se venden escasamente en el mercado; por lo tanto, el día que se le presenten

algunas urgencias saben que pueden vender parte de la vivienda y obtener un dinero útil para lo fines inmediatos o, incluso, vender la vivienda completa. Para sus propias condiciones, vender la vivienda y obtener un dinero con el cual comer, vestirse, comprar medicinas, adquirir algo de muebles o de aparatos electrodomésticos, como una nevera, o unos animales, le representa una mejoría en su nivel de vida superior a la de vivir en otra casa. Paradójicamente, se puede decir que es una vivienda demasiado buena para la población a la cual está dirigida, no por la vivienda misma, sino por el nivel de la población en riesgo.

Es así que entre una y otra dificultad, ya sea porque las construyeron para ellos o porque fueron vendidas por los usuarios originales, la vivienda rural ha devenido en una casa suburbana con poca o ninguna relación con el control de la enfermedad de Chagas. Ha dejado de ser un programa sanitario y se ha convenido en un programa de vivienda más del Estado venezolano. Lo cual no es en sí mismo malo, pues muchas familias requieren viviendas, pero no cumple con el propósito sanitario establecido relativo a la enfermedad.

La educación sanitaria

En 1946, José Witremundo Torrealba hizo publicar, a través de la Gobernación del estado Guárico, un folleto de alto tiraje —20 mil ejemplares— para difundir

conocimientos sobre la enfermedad. Posteriormente se establecieron los programas de educación sanitaria que han consistido en charlas, proyección de películas, publicaciones, etc. Creo que las premisas implícitas en los programas de educación sanitaria son dos: la primera es que la persona no tiene informaciones sobre la enfermedad, y que, por lo tanto, su comportamiento depende de la ignorancia sobre los riesgos a los cuales está sometido. La segunda, que como el individuo no tiene informaciones mantiene ciertos hábitos y actitudes que favorecen la transmisión de la enfermedad o no favorecen a las medidas de control. En el primer caso, hay una circunstancia pasiva, de vacío cognitivo; en el segundo, se transforma en una respuesta activa, de un saber y comportarse negativo.

Para responder a estas circunstancias, los programas de educación sanitaria han estado orientados a transmitir informaciones que debieran conducir a un cambio en las actitudes de los individuos que luego los llevaría a comportarse de manera diferente. En algunos casos son informaciones simples, en otros se les añaden recomendaciones sobre formas de actuar distintas a través de demostraciones prácticas.

Las dificultades que normalmente presenta este modelo¹, que relaciona informaciones con comportamiento, se hacen mayores en un tipo de enfermedad como la de Chagas. No es cierto que el hecho de que una persona reciba una información la hará necesariamente actuar en consecuencia con el saber recibido. La premisa presente en este modelo es que la ignorancia es un vacío que debe ser llenado; se trata de lo que Paulo Freire llamó la concepción bancaria de la educación: el individuo es una olla vacía en la cual se introducen nuevos conocimientos (Freire, 1970). Pero la realidad es siempre otra, sobre todo si pensamos en población adulta. El hombre o la mujer que recibe una información tiene un conjunto de saberes previos que se confrontan con los nuevos y entran en conflicto o se superponen. Las consecuencias de comportamiento dependerán de la manera cómo se resuelva la relación entre las dos informaciones: puede suceder que venza la innovación; puede que no. O también puede ocurrir que simplemente ambos saberes se ubiquen en niveles distintos y el nuevo conocimiento quede en el área del saber teórico sin mayores consecuencias prácticas.

En el caso de la enfermedad de Chagas, digo que esto se hace más complicado por la dificultad de comprender la enfermedad y el hecho de que sus consecuencias no son inmediatas. Las personas no consideran importante la enfermedad y si bien esta puede ser muy relevante desde el punto de vista médico y real en tanto que proceso físico, no lo es desde el punto de vista cultural. Si a esta limitación se le añade la de un difícil diagnóstico y la conducta del personal médico de no informar sobre la enfermedad a los pacientes con serología positiva, a fin de no causar preocupaciones innecesarias o no estigmatizar, se produce una extraña situación donde se habla mucho de una enfermedad que puede afectar a todos, pero nadie conoce a alguien que la sufre o se haya muerto de ella. Todo esto lleva a que la enfermedad no exista culturalmente. Por lo tanto, un tipo de acción educativa que esté basado

¹ Se le conoce como modelo *KAP*: *Knowledges (leading to) Attitudes (leading to) Practice*.

solamente en informaciones y que no procure golpear los saberes y las prácticas previas, tiene una muy limitada posibilidad de ser eficaz.

Es justicia también decir que los programas de educación sanitaria han recibido en toda América Latina muy escaso apoyo. Se habla mucho de su importancia, se le reconoce en discursos y publicaciones oficiales; pero se le otorga muy poco soporte para que se cumpla su cometido, cualquiera sea el método usado.

Los efectos perversos de las políticas de control

Venezuela constituye un buen ejemplo para estudiar las políticas de control de la enfermedad; pues, además de haber mantenido un importante programa durante mucho tiempo, ha tenido los recursos para desarrollar un conjunto de acciones que en otros países latinoamericanos su simple mención suena a lejanas utopías.

A partir de la década de 1960, la combinación entre altos ingresos petroleros y una política populista del Estado y los partidos políticos produjo un cambio en las acciones sanitarias. En la década de 1950, comienzos de los sesenta, existía una búsqueda de formas sencillas y eficaces para controlar la enfermedad; al mismo tiempo, los planes sanitarios se pensaban en el contexto del cambio de la sociedad.

Posteriormente, parecía que el cambio hubiese llegado por sí solo con los ingresos petroleros. Nos creímos ricos como país y desarrollados como sociedad; así abandonamos las alternativas sencillas y laboriosas y pensamos solo en la modernidad y el confort. La búsqueda de promoción social se transformó en el establecimiento de nexos clientelistas entre los líderes políticos y la población. La manera de llevar a cabo la acción sanitaria del Estado se basaba solamente en dar a la población sin exigirle nada; de esta manera se les colocaba en una situación de deuda que luego la cobrarían con la lealtad política y el voto². Siendo así, cualquier exigencia que pudiera eliminar o disminuir la deuda era rechazada.

Como resultado del auge del ingreso petrolero, en Venezuela se abandonó la producción de viviendas tierra-cemento y se substituyó por el cemento y el hierro. Asimismo, se disminuyó la participación de la población, aumentó el regalo de casas y su otorgamiento por razones de clientelismo partidista. Había demasiado dinero como para ser exigentes y cuidadosos.

Creo que es justo presumir que en todo el proceso ha habido buena intención y, sin lugar a duda, logros importantes. Pero el deseo de hacer algo por la salud del otro ha estado marcado por un pensamiento —y un tipo de acción— de orden industrialista y burocrático-clientelista que no considera ciertos principios de comportamiento social que producen efectos colaterales indeseables o perversos. Son formas de comportamiento de la sociedad en general que se repiten y se refuerzan en la

² El concepto de deuda es usado aquí en el sentido antropológico de intercambio, tal y como ha sido estudiado por Marcel Mauss en su *Sociologie et anthropologie* y Claude Levi-Strauss, en *Las estructuras elementales del parentesco*.

acción sanitaria. Veamos a continuación algunas de estas políticas que, intencionales o no, producen efectos perversos³.

Hacer por otro lo que él no quiere hacer por sí mismo

El principio subyacente es intentar hacer por unos individuos en riesgo de contraer la enfermedad una acción que ellos mismos no están dispuestos a emprender. Los deseos sanitarios de quien adelanta la política lo llevan a hacer por los otros mucho más de lo que ellos están dispuestos a hacer por sí mismos. Los resultados de este comportamiento, que sobreactúa en la búsqueda del beneficio para el otro, son muy dudosos, pues o bien puede encontrarse con un rechazo de la población o bien con una actuación a posteriori que anula los propósitos del programa.

Quizá, la primera experiencia de acción sanitaria en vivienda para el control de la enfermedad la realizó Emmanuel Dias en Bambui, Brasil, en la década de 1940. En 1943, Dias inició sus trabajos sobre la relación del vector y la vivienda, hizo pruebas para el mejoramiento de las casas de tierra y el uso de la tierra-cemento, pero la población mostró resistencia al abandono de las técnicas tradicionales. En 1949, obtuvo un crédito de la Fundação da Casa Popular y construyó, con personal local, 10 viviendas con sala, dos cuartos, cocina, baño, agua y electricidad. Estas casas se ofrecieron a los pobladores que vivían en los ranchos y chozas de la zona para que las alquilaran por un precio simbólico o las compraran; pero debían comprometerse a repararlas y mantenerlas limpias. Después de 11 meses, ninguno de los pobladores había querido aceptar las casas; consideraban que el pago, por pequeño que fuese, los afectaba; tenían miedo de perder la nueva casa con el tiempo, luego de haber destruido la anterior; resentían no poder tener cerca los animales y declaraban que debían moverse mucho y no podían tener residencia fija en el proceso de búsqueda de un empleo. Luego de este período de tiempo, las casas fueron otorgadas al personal del centro de estudios sobre la enfermedad y usada para fines comunitarios, como distribución de leche, mientras los otros individuos siguieron viviendo en sus ranchos (Pinto Dias & Borges Dias, 1982).

En la vida social, las intenciones son una cosa y los resultados de las acciones otra, y pueden ser muy distintas. Por momentos, se piensa que puede hacerse algo más por el otro, cuando este no lo hace por sí mismo, pero es muy difícil. Claro, también lo es el decidir que no se hace nada si el otro no lo quiere hacer, pues objetivamente se conocen los riesgos de tal situación. Pero el problema está en que la gente no acepta la acción hecha para ellos, como sucedió en Bambui, o, lo que es más común, la gente deshace por la noche lo que la política sanitaria ha hecho durante el día. Suele suceder, como lo hemos visto en Venezuela, que construya una extensión de

³ Efectos perversos en el sentido sociológico de efectos colaterales no deseados ni buscados o hasta indeseables en la intencionalidad de los actores, pero que se suceden como producto de la conjunción de acciones individuales aisladas.

la casa en bahareque y palma, o la venda y se haga otra igual a la previa, dando simplemente por anulado el propósito de la acción.

Una política sanitaria con fundamento social debe contar con la voluntad y el esfuerzo de la gente y debe asumir el riesgo de transmisión de la enfermedad, en los casos que las personas no quieran o se opongan a participar en el control de la enfermedad. La política sanitaria debe procurar cambiar esta situación; pero a partir del cambio en las personas, no a pesar de ellas.

El cumplimiento de las metas específicas, no las esenciales

Como en toda tarea humana emprendida en un contexto de evaluación burocrática, en las políticas de vivienda para el control de la enfermedad hay un conflicto entre el logro de las metas esenciales que se propone la institución ejecutora con su política y los indicadores de cumplimiento o éxito.

El objetivo, en última instancia, es sanitario y social; sin embargo, la tarea que se debe ejecutar es constructiva. Ambos propósitos (construir viviendas y controlar la enfermedad) coinciden teóricamente, pero su ejecución puede llevarlos a divergir.

En términos de las políticas se establece la meta de construir un determinado número de viviendas. El objetivo es el control de la enfermedad, la meta, el número de casas construidas. Como la institución será evaluada por la cantidad de viviendas, esta meta debe cumplirse de cualquier forma y es allí donde empiezan los problemas. La expresión “de cualquier forma” puede significar algo tan positivo como la realización de un esfuerzo de trabajo adicional para el logro de la meta, pero también un cambio en la concepción del programa.

Puede suceder, por ejemplo, que existan muchas dificultades para la construcción de las viviendas en las zonas aisladas y rurales, o que no se consigan terrenos donde poder erigirlas. Ahora bien, como se trata de llegar al número total de casas, entonces se construyen donde se obtuvo el terreno o donde sea más sencilla la ejecución de la obra; por ejemplo, en las afueras de las ciudades, sin importar si en dichos lugares existe riesgo de transmisión de la enfermedad. Igualmente sucede con la participación de las personas, se pensó que era bueno que los individuos trabajasen en la construcción de su propia vivienda para lograr un proceso educativo práctico; pero esto es complicado, los trabajos se pueden retrasar por lo lento de los individuos inexpertos o mañosos. Por lo tanto, lo mejor es que no participen y que el gobierno construya todo para poder concluir las y entregarlas a tiempo o realizar la inauguración. Sucede, además, que las personas que se encuentran en mayor riesgo, y para quienes había sido primordialmente pensado el programa, no pueden acceder a estas viviendas, pues su nivel de ingresos es insuficiente, lo cual impide su calificación en la adquisición de las mismas. Así, estas viviendas se hacen para otro grupo social, pues al fin y al cabo se debe cumplir con la meta de la producción de viviendas.

Al final de todo, la meta se cumplió; pero es bien dudoso que el objetivo se haya logrado. Habrá otros beneficios, nadie lo duda; pero son “otros”.

La discriminación positiva, o el castigo de los buenos

El principio de esta política es sencillo y completamente acertado desde la perspectiva sanitaria: se debe intentar proteger primero a quienes se encuentran en mayor riesgo, luego se atenderán los demás.

Esto lo podemos considerar como una discriminación positiva, pues se trata de privilegiar a quienes se encuentran en peor estado e intentar prestarle una ayuda que les serviría de alivio a la penuria y de protección ante la enfermedad. Hasta aquí todo está bien, el problema se presenta con las consecuencias que esto trae desde el punto de vista social, al momento de su aplicación práctica. Veamos un ejemplo.

En la Sabana de Monay, estado Trujillo, se decidió hacer un programa de mejoramiento de las viviendas campesinas. El programa procuraba eliminar las condiciones en la vivienda que permitiesen la presencia del vector. Los inspectores sanitarios llegaron a realizar una evaluación de las condiciones de las casas. Al doblar una esquina, encontraron dos casas de bahareque aledañas: una se encontraba sin frisar, mostraba techo de palma y lucía desordenada en su exterior. La otra no era igual, se mostraba limpia, su dueño la había frisado hacía poco y, al final de la cosecha anterior, le había cambiado el techo y puesto láminas de zinc. En una parte, las chapas del techo eran nuevas; en otra, en la del corredor, eran de segunda mano.

La decisión sanitaria era muy clara: en una casa se podía transmitir la enfermedad, en la otra no. Por lo tanto, se decidió que al individuo de la vivienda mala se le iba a construir una nueva, mientras al otro no se le daba nada pues no lo necesitaba. Ambos eran agricultores en tierras del Estado, sus ingresos eran similares, sus familias tenían casi igual tamaño. Solo que uno había decidido en varias oportunidades que él ahorraba algo de dinero, se tomaba unas cervezas menos, y lo dedicaba a la casa; mientras que el otro, no. Ahora bien, cuando llega el programa del gobierno, resulta que es al otro, al que no había ahorrado, a quien premian otorgándole una vivienda. Repito, la razón sanitaria es indiscutible, pero cuál es el mensaje social que queda: “no te preocupes por ti mismo, no cuides de tu salud, y el Estado lo hará por ti”.

Varios años después de concluido el programa, el vecino laborioso nos contó que él había pedido unas láminas de zinc para sustituir las usadas del corredor y le dieron apenas la mitad, pues él no lo necesitaba. Al de la casa nueva le preguntamos cuánto pagaba por ella. Se sorprendió, nos dijo algo azorado que nada, que nunca había pagado ni tampoco le habían dicho que debía hacerlo. Creo que quedó asustado con la posibilidad de que nosotros fuésemos cobradores en búsqueda de morosos (Briceño-León *et al.*, 1986).

Es interesante notar cómo la política de discriminación positiva puede producir efectos sociales negativos y conducir a un castigo de aquellos que se esfuercen y trabajan por sí mismos, su salud y su familia.

La no consideración del interés individual

Cuando se estableció el programa de mejoramiento de las casas en las montañas de Mesa de García, Edo. Trujillo, se decidió iniciar el trabajo en la casa de la señora Dominga. Mujer sola, entrada en años, pero amable, emprendedora y bien querida en la comunidad, su hogar resultaba un buen lugar para empezar el programa. Los vecinos dedicaban el fin de semana a realizar los trabajos de cambiar la pared, hacer los refuerzos, sustituir la estructura del techo... Al principio iban todos, pero pasaron los meses y el trabajo avanzaba poco y algunos comenzaron a faltar. La señora Dominga siempre garantizaba la comidita de esos días, pero se acercaban a los seis meses de trabajo y aún estaba "crudito". El acuerdo era que cada uno trabajaría en la casa de los otros, y que, luego, cada otro repondría la ayuda trabajando en la casa de cada uno de sus colaboradores. No eran muchos los vecinos, pero puede uno presumir que el número diez de la lista debe haber calculado que, al ritmo que avanzaban los trabajos, a él lo vendrían a ayudar dentro de cinco años, le tocaría su turno. Además, corría con el albur de que no lo ayudasen por mala voluntad, o que la otra persona vendiese, se muriese o, simplemente, no quisiera; al fin y al cabo, la música ya estaba paga...

A causa del ausentismo, los que venían podían avanzar menos y el trabajo se retrasaba aún más. Los pocos que siempre venían pensarían que al final a ellos los retribuirían igual que los que faltaban y, por lo tanto, si faltar o no era lo mismo, lo más racional era faltar. El ausentismo crecía y la obra se seguía retrasando todavía más.

Entonces, se decidió cambiar el procedimiento de trabajo. Cada quien iba a ser responsable de su casa, cómo iba a solucionar los problemas de la mano de obra era su asunto; podía intercambiarla, pagarla, o hacer lo que quisiera, pero en su casa. El cambio fue radical, la gente empezó a trabajar fuertemente, hicieron acuerdo entre ellos y vino familia de los pueblos cercanos a ayudar a los más necesitados de trabajo forzado. Incluso, varios de ellos pidieron dinero propio o lo consiguieron de sus familiares a fin de completar la casa o comprar muebles una vez que estuviese concluida (Briceño-León *et al.*, 1986).

En este tipo de política muchas veces se asume que las personas a nivel popular tienen un comportamiento colectivo distinto del que presentan los demás miembros de la sociedad. Existe una presunción de colectivismo que es errónea por cuanto ignora o subsume los intereses individuales en los intereses del colectivo. Hay algunas de estas dificultades que las producen los propios científicos o los promotores sociales, en tanto que transfieren a las personas de la comunidad sus propios comportamientos. Es decir, un promotor o un científico trabajando en una comunidad campesina bien distante de él, está allí porque desea ayudar a otra persona distinta de sí mismo, casi siempre con abnegación, otras como una fórmula de ganarse el cariño de la gente, otras para obtener una buena visa para el cielo. Sea cual fuere la razón, lo fundamental es que no lo hace por él mismo en el sentido material; sino en tanto y en cuanto hace algo por los demás, por los otros. Este tipo de comportamiento presume, entonces, que todas las otras personas deben actuar con igual abnegación por otro, como él lo está haciendo por los demás. Pero no es así, las otras

personas minusválidas o desfavorecidas sí están haciendo algo por ellos mismos en términos materiales y, por lo tanto, el formato de conducta es diferente.

En términos prácticos, el tipo de comportamiento que allí se desarrolla pudiéramos interpretarlo con las teorías de la acción racional (Olson, 1971). La explicación que podemos dar es la siguiente: si a un individuo número diez se le plantea participar en la construcción de la casa de la señora María, a él se le presenta el siguiente dilema: primero, él sabe que va a obtener un beneficio: le van a mejorar su casa; ahora, si él falta a los trabajos y deja que los otros vayan, de todos modos, podrá obtener el beneficio, pues es un programa para toda la comunidad. El individuo concluye que lo mejor es no participar; ya que, si el programa es un éxito, él obtendrá su casa, pero si el programa se interrumpe antes de los cinco años, él se habrá ahorrado el esfuerzo.

Igual sucede con todas las demandas a las oficinas del Estado. Pensemos en que es necesario hacer gestiones para que se instale la luz eléctrica: el individuo sabe que si él no va a las manifestaciones y a las infinitas diligencias y se logra la instalación de la luz, él la va a disfrutar de todos modos; si no se logra, se habrá ahorrado el trabajo.

Lo que es distinto en los casos de la luz y de la vivienda es que, en la luz, como es un servicio colectivo, se hace muy difícil la discriminación selectiva entre quienes se esforzaron por lograr la meta y quienes no lo hicieron; pero en el caso de la vivienda, que es un hecho individual-familiar, esto sí es posible. Lo paradójico es que en el caso de la vivienda se haya intentado aplicar el tipo de política aplicado a la electricidad, aun cuando conduzca a las mismas dificultades.

Igualitarismo y colectivismo

En una oportunidad, el Dr. A. Gabaldón contó del impacto que había sufrido cuando llegó a un poblado mexicano donde todas las casas tenían las paredes a poco más de un metro de altura. El aspecto de una urbanización a media altura era extraño y risible. Al parecer, la razón de esto era que los individuos que participaban en la construcción de la vivienda temían que, una vez terminada la casa del vecino, este se dedicase a disfrutar de su casa y no retribuyese el trabajo prometido a los demás. Entonces se había decidido que se avanzaría progresiva e igualitariamente en las casas de todos para que la finalización fuese pareja.

Existe un gran temor en nuestra sociedad a establecer diferencias entre las personas, el sentimiento igualitario hace que se tenga temor de establecer una “discriminación” entre los individuos. Por lo tanto, se asumen políticas que producen efectos negativos, pues, o se hace muy complicado el proceso, o simplemente se desestimula el esfuerzo individual al penalizarlo con el techo de la igualdad.

Este sentimiento se ha combinado con un estilo de organización del trabajo que reconoce la eficacia de la organización industrial de las tareas: fraccionamiento, encadenamiento, etc., y procura aplicárselo al trabajo comunitario. La mezcla de ambas concepciones ha producido una situación engorrosa y nefasta en muchos

programas de vivienda y construcción en América Latina. La imagen que se tiene de las comunidades rurales es de un notable colectivismo, pero la realidad es otra. Son comunidades donde la necesidad y la bondad han llevado a establecer nexos que favorecen el intercambio y la solidaridad —que es una forma de intercambio—; pero no el colectivismo ingenuo o fraternal. Lo que sí existe como mecanismo de conservación del grupo es la tendencia igualitaria que tiene como base un sistema redistributivo fuerte y exigente. De manera que es erróneo trabajar con programas que subestimen la diferencia individual o que más bien fomenten la incapacidad de establecer distinciones, pues se está impidiendo el crecimiento de una fuerza ya existente en el trabajo que cada quien hace para mejorar su vivienda.

El regalo no satisface

En 1985, Silverio González y Mauricio Phelan, dos miembros del Laboratorio de Investigaciones Sociales-UCV, iniciaron una experiencia con dos familias en la sierra de Cojedes. Los individuos habían pedido una ayuda para mejorar sus casas y se le proporcionó unos sacos de cemento, unos kilos de clavos... Ambos vivían cerca y en condiciones similares; uno de ellos utilizó los materiales para mejorar la casa, el otro no. Pasadas las semanas, a quien había mejorado la casa, se le regalaron otros materiales más; al otro se le negó, pues no había usado todavía los anteriores recursos. Este individuo se disgustó y, ofendido, no le dirigió más la palabra a quienes le habían dado el regalo... Como este hay muchos casos más en la experiencia venezolana. Como sociedad petrolera de abundantes ingresos se ha acostumbrado a la población a recibir las cosas como si fuesen regalos, sin que exista un esfuerzo sostenido de trabajo para su logro. Muchas veces, habría que reconocer, ha existido un esfuerzo importante para el logro del regalo; pero no en la dirección del trabajo, sino en el arreglo, la palanca, la componenda. Lo singular aquí es que, además de romperse la relación causal entre esfuerzo y logro en la mente y la cultura de los individuos, se produce una situación continua de insatisfacción con lo logrado. Así, sorprenden las continuas críticas que reciben las casas que construye el Estado —y no solo para fines sanitarios—; la devaluación continua de lo obtenido y la exigencia permanente de mayores regalos. Pero, sobre todo, sorprende cuando se sabe que son casas subsidiadas, que se pagan poco o nunca; mientras vecinos que han construido sus casas con su propio esfuerzo, las valorizan más.

Una de las explicaciones de esto es que cuando un objeto es regalado y quien lo recibe no ha necesitado establecer una relación entre costo y beneficio frente al mismo y frente a los posibles beneficios que pueden proporcionar otros objetos o fines competitivos, lo que opera en los individuos es el deseo simple y fantasiado que nunca podrá ser satisfecho. Y eso sucede con cualquier persona.

Supongamos un individuo cualquiera que pudiera desear vivir en una casa con innumerables comodidades, una de ellas, por ejemplo, sería una piscina. Si a esta

persona le ofrecen como regalo una vivienda y le preguntan sobre cómo desearía la casa, seguro exigiría una pileta.

Es probable que este sujeto se sienta insatisfecho, y hasta frustrado, si la casa que obtuvo como regalo no tiene la piscina solicitada. Pero si él hubiese tenido que pagar la piscina, si ese deseo hubiese tenido para él un costo, entonces la situación sería distinta. El habría debido evaluar si lo podía cubrir, o si valía la pena dedicarle los esfuerzos a este fin o a otro competitivo: los muebles, un carro, etc. Con este mecanismo nadie se siente mal si al final se quedó sin piscina, pues ha sido una decisión propia entre costos y beneficios. Esto mismo ha sucedido en los programas de vivienda —por supuesto, sin la piscina—, con objetos y circunstancias que tienden a tener el mismo impacto en la satisfacción expresada y que se refieren a las diferencias percibidas en la relación entre objeto con algún costo y objeto con costo cero o regalo.

A los pobres no se les puede exigir

Al cobrador de las viviendas rurales lo remuneran de acuerdo con los cobros efectuados. La decisión parece justa, pues es una manera de evitar que el empleado se quede en el café de la esquina y no haga ninguna de las poco gratas gestiones que por oficio le tocan. Pero esto tiene sus problemas.

El cobrador nuevo visita todas las casas que le corresponden y hace su *performance* en cada una de ellas. Repite la faena una segunda y otra tercera vez. Al llegar al cuarto recorrido, ya ha podido establecer quienes son susceptibles de sus argucias, o buenos pagadores netos, y quienes no. En la quinta o sexta vuelta él debe tomar una decisión de costo-beneficio individual: su ganancia proviene del cobro, pero el costo que representa cobrarle a los que no pagan es alto para él: su tiempo, su sudor, la suela de sus zapatos. Como no existen mecanismos de presión e intimidación realmente eficaces que puedan ayudarlo en su tarea, seguir visitando a los que no pagan es entonces un costo sin beneficios. Por lo tanto, lo mejor es ahorrarse el costo y no visitar a los maulas y concentrar su esfuerzo en los pagadores susceptibles de sus presiones, a quienes les duplica el esfuerzo. La conclusión de la historia es que quienes no pagan nunca más reciben la visita del cobrador y, si algo de mella les hacía la cobranza, terminan también ahorrándosela. Sin embargo, aquellos que sí pagan son fustigados y obstinados por las mañas del insistente cobrador.

En este tipo de comportamiento se suceden dos procesos distintos: por un lado, existe la ideología compasiva del clientelismo partidista; por el otro, la ausencia de una normativa clara y aplicable de funcionamiento social.

En el caso anterior, la paradoja solo se resuelve con la existencia o —mejor dicho— con la aplicación de un sistema normativo que haga que el hecho de pagar o no pagar no resulte indiferente. Si da igual hacer cualquiera de las dos cosas, quienes salen castigados son quienes pagan y cumplen. Son ellos quienes sufren al cobrador y quienes restan de sus ingresos el pago de la casa; mientras los otros disfrutan de

su dinero sin las penas del pago o del cobro. Pero esta ausencia de aplicación de la norma y del pacto previo, se encuentra sustentada en la ideología compasiva, versión existente en Venezuela del pensamiento social caritativo.

La ideología compasiva se funda en que los pobres son pobres y, por lo tanto: “ipobrecitos!”. Por eso, cualquier medida que implique exigencia, esfuerzo o pago debe ser rechazada. El argumento puede adquirir en Venezuela un matiz justicialista nada desacertado: icómo se le va a cobrar a los pobres, cuando los ricos que han recibido tanto dinero no pagan nada! Razón no falta, cuando se observa la historia reciente del país en créditos industriales, agrícolas y hasta bancos; pero el problema es otro.

Cuando esto sucede no se valora el esfuerzo, se premia al malo y a quien no cumple y no se enseña a luchar por una sociedad y un destino mejor a los individuos. Cuando la izquierda ha sostenido este argumento, queriendo así mostrar su parcialidad social o su voluntad de favorecer a los desafortunados o el cambio social, estimo que se ha equivocado radicalmente.

Este tipo de comportamiento no ayuda al crecimiento individual, ni a las luchas sociales, ni al cambio necesario en la sociedad global. A nivel del individuo crea pasividad y no fortalece la relación esfuerzo-logro; a nivel grupal evita la exigencia de la población que se encuentra en deuda con los políticos o los líderes donantes; y a nivel colectivo fomenta la complicidad y dificulta las medidas necesarias. Esto puede llegar hasta el punto de impedir la protesta por lo que no pagan los ricos, pues, como los pobres tampoco pagan, todos somos cómplices e iguales...

Creo que hoy en día lo transformador en Venezuela es cobrar y exigir que se cumplan los acuerdos, estableciendo penas a quien falte a las normas. Podemos asegurar sin resquicios de duda que la población responderá distinto y muy positivamente.

Las nuevas alternativas de control de la enfermedad y el comportamiento social

Antes de la aplicación de la campana de rociamientos contra el vector de la enfermedad, su distribución social era bastante amplia en las zonas endémicas y con fuerte presión vectorial. Para la década de 1940, casi todos los grupos sociales podían verse afectados por igual; pues, si bien las casas y la alimentación difería notablemente de un grupo a otro, la vida era básicamente rural y las personas pasaban noches en casas distintas a las suyas habituales: en las fincas, en el campo, en el trabajo o, simplemente, en las posadas de los recorridos. En estos sitios la probabilidad de transmisión era alta para cualquiera de los pasantes. Pero, una vez desarrollada la campana, este riesgo se concentró en un grupo social específico como es el constituido por los pobres del campo.

Ante este grupo social, y teniendo en mente las experiencias previas, se hace necesaria una política diferente tanto desde el punto de vista técnico como social. No es posible seguir proporcionando una técnica ajena e impagable a una población que tendría posibilidad de otras alternativas; no se debe continuar proponiendo el cemento y el hierro que el campesino no conoce y no puede reproducir como tecnología; no se puede mantener la oferta de una vivienda que los individuos no pueden pagar.

Desde la perspectiva social, es necesario desarrollar una propuesta de control de la enfermedad y de mejoramiento de la vivienda que vaya a lo esencial del propósito sanitario y no se quede como simple cumplimiento de metas. Una política que valore el esfuerzo individual y estimule la responsabilidad por resolver los propios problemas; un programa donde se valore el trabajo y nada se regale o se considere como sin valor. Una política donde no se castigue a quienes cumplen o se preocupan por sí mismos, sino a los otros. En fin, una política que asuma los riesgos de fracasar en sus metas frente a quienes no quieren cuidar de sí mismos, para dar la posibilidad de obtener un logro más estable entre quienes sí lo hacen y aumentar la confianza de todos de un proceso de cambio social e individual modesto, sistemático, logrado con el propio trabajo y contando con las propias fuerzas.

¿Será esto viable? ¿Cómo reaccionará la población luego de años de costumbre a una acción política y sanitaria diferente? Los resultados de la encuesta nos habían dicho que la ocupación, los ingresos de las personas y la confianza que los individuos tuviesen en la posibilidad de transmisión de la enfermedad y su destino, eran importantes para comprender el estado como tendrían sus casas y la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Pero, y si lográsemos intervenir sobre estas dos condiciones, nos decíamos, ¿cómo reaccionaría la población?

Los resultados de la primera parte de la investigación se referían a una situación pasada, habíamos reconstruido el comportamiento del individuo; pero, ¿actuarían igual si la situación objetiva y simbólica cambiase? ¿Podría esperarse una modificación en el comportamiento de los individuos ante su vivienda y la posibilidad de mejoramiento de la misma o, simplemente, insistirían en sus experiencias del pasado? Este fue el reto de la segunda parte de la investigación.

Capítulo 6

Microcambio social dirigido: cambiando el juego con investigación-acción

El peso del pasado

Cuando un campesino va a iniciar la construcción de su casa, ya tiene seguro el lugar donde pretende sembrar la comida, incluso puede haber iniciado ya el cultivo y estar esperando la próxima cosecha. Un conuquero trabaja habitualmente con tres terrenos: uno de donde está comiendo en el tiempo presente; otro del cual comió el año anterior, del que restan algunos productos; y el tercero, que está en siembra y ofrecerá las vituallas en el año venidero. El campesino empieza su nueva casa cerca de donde tiene el cultivo del año siguiente y trabaja en ella mientras va al lugar de la limpia de la siembra.

Primero escoge el lote y lo desmata; si es necesario hace un poco de nivelación del terreno para que quede horizontal y espera que la luna esté menguante para ir a cortar los árboles que le servirán de estructura a la casa: los horcones. Esto es importante para proteger la madera de los insectos y que no le entre el coquito. Aunque un buen horcón de corazón no lo precisa, algunos campesinos queman la parte del tronco que se enterrará para evitar así que la humedad pudra la madera. Una vez plantadas las columnas de la casa, le abren unos bocados en la parte alta; donde luego se aposentarán las soleras o maderas que unen las columnas y permitirán colocar el techo que, en dos aguas, se levanta sobre una estructura de maderas llamadas tirantes y cumbreras, que el campesino tradicional amarraba con un bejuco llamado “cola de burro” y en la actualidad se juntan con clavos. Cuando se llega a este punto, el campesino busca la palma real: le corta las hojas, las divide en dos y las pone a secar. Luego las tejerá directamente sobre el techo, para construir el cobijo de la casa.

Cuando tiene mucha premura en mudarse, o es la época seca que dificulta bajar el barro, coloca las palmas como paredes exteriores y se instala allí. Cuando no, procede a la colocación de las paredes. Para eso busca unas ramas pequeñas de caña amarga o bambú o simplemente listones con los cuales unen los horcones por uno o dos lados de las columnas, con esto forman una suerte de cesta que posteriormente se pasa a embutir con barro simple o con piedras. En caso de que resulte oneroso encontrar agua para formar el barro o la tierra sea demasiado arenosa y poco arcillosa, el barro se usa, apenas, para sellar los intersticios de las piedras y darle una

frisada general. El día que se coloca el barro, la pared se muestra con una superficie lisa; pero a los pocos días la evaporación hace su efecto y el moldeable barro se transforma en un material sólido y compacto que ofrece la seguridad y la protección exigidas a cualquier muro. No obstante, con la pérdida del agua se produce también un agrietamiento de las paredes y aparecen las hendiduras que serán un escondrijo perfecto para los insectos.

El campesino pudiera seguir completando las paredes y frisarlas adecuadamente, pero a estas alturas debe ocuparse más de la siembra.

Por si fuera poco, debe construir también las puertas para protegerse cuando salga al pueblo. También debe construir un alzado donde colocar las topias, para así levantar la cocina del piso, y debe limpiar el terreno alrededor de la vivienda. Tampoco tiene dinero para comprar algunos productos, pues tuvo que pagar a un jeep para que le mudase los coroticos¹ y en estos días debe gastar más en la comida del abasto... muchas complicaciones juntas para seguir y, al fin y al cabo, la función esencial de cobijo y protección de la casa ya está logrado. De manera que la vivienda se queda así, a medio hacer.

La metodología de investigación hacia el futuro

Los resultados de las entrevistas realizadas nos habían dado clara evidencia de que ciertos factores resultaban significativos para poder explicar por qué los campesinos habían dejado las casas en el estado que las encontramos. Pero, ¿qué pasaría si se modificaban temporalmente algunas de esas circunstancias? ¿Responderían los campesinos a las nuevas circunstancias, o el peso aplastante de un pasado de frustraciones impediría reaccionar positivamente?

Era difícil saberlo. Desde el punto de vista sociológico no es posible presumir que las circunstancias que determinaron la existencia de un suceso en el día de ayer deban necesariamente producir el mismo resultado el día de mañana. Tampoco que el orden de las explicaciones forenses, realizadas sobre actos del pasado, puedan ser válidas para una propuesta de acción hacia el futuro. En la vida social no hay leyes ni determinación, parece que tampoco en la física (Popper, 1984). Pero pensamos que podíamos comprender mejor el comportamiento de los individuos en un determinado contexto social, a partir de un proceso real de intervención que pudiera darnos señas sobre su forma de actuar observable y presente y no simplemente reportada sobre sucesos del pasado.

La propuesta fue, entonces, la observación de un proceso real de construcción o mejoramiento de la vivienda a partir de la modificación de ciertas condiciones y la creación de una situación semiartificial para observar lo que sucedía. El objetivo era encontrar fundamentos para una propuesta de acción hacia el futuro y poder conocer cuáles características debían reforzarse y cómo se comportaban las variables

¹ *Corotico*: diminutivo de “coroco”, cacharo de cocina, vajilla. (DRAE, versión en línea)

que habían resultado significativas en la encuesta cuando se les enfrentaba a unas condiciones distintas de las que le dieron origen.

Desde el punto de vista metodológico, se trata de una propuesta de investigación en un contexto de acción creado por los investigadores. Este hecho, desde una perspectiva clásica, puede interpretarse como un cuasiexperimento; desde un punto de vista más contemporáneo, se piensa y asume como investigación-acción o investigación-activa, por el nivel de compromiso y participación de los encargados de la investigación.

Se trataba de producir artificialmente una situación observable, mensurable y comparable de mejoramiento de vivienda en una comunidad campesina promedio. Debía disponerse de una información de base tanto de la vivienda como de los individuos, luego se realizaría la acción de un agente externo que pretendía modificar temporalmente las circunstancias existentes. Durante este proceso se observaría y registraría lo que sucedía en la comunidad, para luego evaluar los cambios comparando la situación final con la inicial y correlacionándolo con las variables consideradas con el fin de ver si existía asociación.

El proceso de recolección de información se llevó a cabo utilizando técnicas cualitativas, en particular la observación participante y el diario de campo; también se aplicó la encuesta y el test psicosocial usado en la fase previa. Para el procesamiento de la información se utilizaron igualmente diversas técnicas: se realizó un proceso de triangulación de la información registrada en diario de campos, así como de todos los valores asignados a los indicadores durante la observación participante. Posteriormente, todas las variables que habían sido trabajadas como nominales fueron transformadas en ordinales; una vez cambiadas, se correlacionaron aplicando el análisis factorial de correspondencias múltiples, método Benzecri (1984).

La intervención sociológica

El objetivo era lograr que la propia población en riesgo de contraer la enfermedad produjese una vivienda que no fuese susceptible de ser colonizada por el vector de la enfermedad. Esto podía lograrse, sea a través de la mejoría de las casas dejadas incompletas, particularmente en el cambio del techo (Gamboa, 1973) y frisado de las paredes (Schofield & Marsden, 1982) o bien con la edificación de unas nuevas en caso de que las anteriores fuesen irrecuperables.

Pero, como la misma población no había hecho esto anteriormente, era bien improbable pensar que lo iba a realizar en aquel momento; por lo tanto, se requería de una intervención externa que cambiase las condiciones previamente existentes.

De acuerdo a los resultados del *survey*, era necesario intervenir fundamentalmente sobre dos áreas. Una primera de tipo material: la capacidad financiera para adquirir ciertos productos en el mercado, la cual estaba relacionada con el ingreso que derivaba de la ocupación; la otra, de tipo psicosocial: la confianza de los individuos en su propia capacidad para controlar su destino y prevenir la enfermedad.

Se quiso añadir una tercera de tipo normativo y sociosimbólico; se actuó sobre esas tres áreas.

Los niveles de intervención

La intervención se desarrolló a tres niveles que procuraban afectar tres dimensiones de la vida social.

Nivel situacional material

Se trataba de cubrir una dificultad objetiva existente en los individuos con poca inserción en la economía monetaria y facilitar su acceso a los objetos y servicios que debía adquirir en el mercado. Si la vivienda se construía con una tecnología de cemento y hierro, por ejemplo, el costo de la vivienda y del personal que debía hacerlo era muy alto para el campesino, quien no podría pagarlo. Por lo tanto, se trataba de ofrecer una tecnología adecuada a sus conocimientos y destrezas que redujese la cantidad de productos requeridos de ser comprados en el mercado y optimizase el uso de productos tomados directamente de la naturaleza. Pero como siempre era necesario una cantidad de dinero, se proporcionaría un crédito en materiales para obtener aquellos productos requeridos. Básicamente se trataba de láminas para el techo; cemento, cal y pintura para el frisado de las paredes; y cemento y arena para el piso. Se daban también clavos y alambre para las uniones, lo cual podía substituirse por productos naturales; pero el costo monetario era mínimo y el ahorro en trabajo muy grande.

Nivel psicosocial

Desde el punto de vista psicosocial se trataba de reforzar tres áreas: la confianza del individuo en sí mismo, la percepción de una relación positiva entre el esfuerzo y el logro y el incremento de la responsabilidad individual.

La confianza del individuo en sí mismo se trabajó tanto en relación a la persona misma y su familia, como en relación a su casa. El trabajo consistía en mensajes verbales simples: *“usted puede construirse su casa”*; *“muy bonita como tiene su cocina”*, etc. Se imponía un tratamiento de seriedad y responsabilidad con ellos: se les cumplía en todo lo prometido, se les iba a visitar el día y la hora prevista y se les trataba de “señor” o “señora”.

Respecto al refuerzo de la relación entre esfuerzo y logro se decidió trabajar con metas suficientemente difíciles, de manera que significasen un estímulo y un reto, pero a la vez lo suficientemente factibles como para que no condujesen a la frustración inmediata (Romero García, 1985). Se ponía al campesino en la obligación

de fijar una meta de trabajo para los próximos quince días, el promotor o agente externo debía hacer reflexionar al individuo si tal meta era posible o no; si el campesino consideraba que sí lo era, así se establecía y se le otorgaba el crédito en materiales, necesario para la ejecución de las tareas previstas. A las dos semanas regresaba el promotor a revisar el trabajo. Si el trabajo había sido cumplido, se le daban estímulos verbales, se procedía a fijar nuevas metas y se otorgaba la parte siguiente del crédito. Si no se había cumplido, se le pedía amablemente una explicación y no se daba ningún mensaje verbal adicional, simplemente silencio. No se permitía fijar nuevas metas, ni se entregaban nuevos materiales.

En relación a la responsabilidad individual se trabajó casi siempre de manera personalizada. Al inicio del programa y al final se realizaron reuniones colectivas, el resto del tiempo se visitó a cada una de las familias. Al comienzo, se dio una explicación general de la enfermedad y de la importancia de la vivienda. Como se sabía que el campesino no le otorgaba mayor importancia a la misma, se cambió el foco de atención de los padres hacia los hijos. No se decía nunca: “Ud. puede evitarse esta enfermedad”; sino: “Usted puede evitar que sus hijos contraigan la enfermedad”. Tomamos esta determinación, puesto que el campesino dice zamarramente que ¿cuál es el sentido de preocuparse de algo que lo puede matar a uno veinte años después, cuando hay tantas circunstancias que lo pueden matar a uno en los diecinueve precedentes? Como sabemos, la importancia de los hijos en las comunidades rurales es muy grande; por lo tanto, se concentraron allí los mensajes.

La participación en el programa era voluntaria, cada quien evaluaba su situación y decidía si participaba o no de manera individual-familiar. Los contratos de intención se firmaron de manera individual, las evaluaciones eran individuales y las faltas y los éxitos también. No se hizo nada para estimular las reuniones, la cooperación, ni la competencia entre ellos; pero sabemos que todo eso sucedió.

En relación a los agentes externos, su responsabilidad fue siempre individual. La manera que ellos encontraban para cumplir era su problema; sabemos que usaron intercambio de faenas (unos ayudaban a otros unos días en cambio por el mismo trabajo) y división técnica del trabajo (un viejo experto conocedor de árboles y diestro con el machete procuraba los horcones a los jóvenes, mientras estos hacían tareas pesadas). Pero ante nosotros nada de eso menguaba: la responsabilidad era individual.

Nivel simbólico-normativo

Finalmente estaba el nivel sociosimbólico. En este caso se trataba de una contrapropuesta simbólica y normativa. Por un lado, estrictamente simbólico, se buscaba darle valor a la vivienda tradicional venezolana, el rancho campesino de bahareque, la arquitectura popular de tierra, que en el proceso de modernización del país se convirtió en signo de atraso y subdesarrollo. Se procuraba destacar los aspectos positivos de la vivienda: sus ventajas climáticas y económicas, así como su belleza

estética; los cuales adquieren su verdadera dimensión una vez solucionados los problemas de tipo sanitario.

Por otro lado, había una contrapuesta de tipo normativo, se trataba de establecer reglas claras de comportamiento y funcionamiento aplicables a todos por igual. Las reglas debían ser difundidas y conocidas por todos, su cumplimiento o falta no debía ser indiferente. Debían existir premios y castigos aplicables a todos. Se buscaba premiar el esfuerzo, el cumplimiento y el trabajo.

Las primeras personas que se visitaron en la comunidad fueron aquellas que tenían mejores casas; es decir, donde existían menos condiciones propicias para la transmisión de la enfermedad. Desde el punto de vista sanitario, es esto un contrasentido, pero importante desde la perspectiva social; pues en una comunidad donde las diferencias sociales no son demasiado grandes es una manera de valorizar las buenas viviendas y sus familias.

Nada era gratis, ni los materiales ni el trabajo de las familias; todo debía ser pagado y compensado. La decisión de participar no pasaba por el partido ni por ninguna instancia de poder distinta de las reglas establecidas para todos. Si alguien deseaba participar debía demostrar activamente su voluntad, esto significaba que debía realizar una primera tarea antes de obtener la primera porción del crédito.

Todo ello se relacionaba estrechamente con la idea de reforzar la relación esfuerzo-logro. Se establecía hipotéticamente una relación entre una acción y un posible resultado y se buscaba que fuese verdaderamente así y no de una forma distinta. Si el individuo cumplía se le otorgaba el nuevo préstamo; si no, se le penaba no otorgándole la siguiente parte. Si el individuo no finalizaba la vivienda no se le reconocía el trabajo como parte del pago; si utilizaba los materiales para un propósito distinto debía cancelarlos automáticamente.

La persona establecía cuánto tiempo había efectivamente dedicado para la realización de una tarea, de modo tal que se debitase de su pago.

A fin de evitar deformaciones en el programa, un maestro conocedor de la técnica actuaba como juez en la decisión de cuánto tiempo de trabajo medio era necesario para la realización de alguna faena; establecía una suerte de tiempo de trabajo socialmente necesario, sobre el cual se ubicaban los tiempos reales de los individuos. En fin, todo un conjunto de normas, que eran conocidas, se aplicaban efectivamente. Las mismas estaban destinadas a crear un cuadro situacional desde el punto de vista simbólico que les permitiese a las personas una orientación clara para su comportamiento.

El proceso real

Para la ejecución del programa se escogió una comunidad campesina del norte del Estado Cojedes. Sus habitantes están dedicados a diferentes tipos de actividades agrícolas, sus casas se encuentran dispersas en un área de terreno quebrado de suaves montañas y un río antiguo y fenecido de donde le viene el nombre de “Caño

Muerto”. Siembran conuco y algunos también laboran en las fincas o en las granjas cercanas. Las casas eran de bahareque sin frisar y en la última inspección sanitaria realizada antes de nuestro trabajo se habían encontrado viviendas infestadas con el vector de la enfermedad. No tenían agua potable, ni luz eléctrica, ni cloacas; algunas casas tenían letrinas. Una carretera de tierra la comunicaba, a una hora caminando, con una encrucijada y un pequeño pueblo desde donde se podía tomar transporte público para ir a la ciudad y al mercado. La tierra que cultivan, donde además han construido sus casas, pertenece al Estado.

Ellos se consideran una comunidad y efectivamente lo son; tanto por la identidad nominal como por los vínculos de comunicación existentes entre ellos. Sin embargo, para el recién llegado, es difícil hacerse una idea del lugar por lo dispersas que se encuentran las 23 familias que allí habitan.

El programa se inició en febrero de 1986, con una explicación de los objetivos y una charla sobre lo que era la enfermedad; esta fue dada por el jefe del Programa de Control de la Enfermedad de la Dirección de Malariología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En los días siguientes, cada una de las familias fue visitada en su casa, allí se les explicaron las condiciones específicas del programa se establecieron las reglas y se dieron los primeros mensajes de estímulo y apreciación de sus viviendas. Si la persona aceptaba participar, inmediatamente se firmaba un pequeño documento de intención con un valor más simbólico que legal y se establecía la primera tarea que la familia debía ejecutar previo al momento de recibir la primera porción del crédito. Si no se lograba un acuerdo, la visita debía repetirse dos veces más.

Una vez logrados los primeros acuerdos, se realizó una ceremonia de inicio con participación de los líderes locales de sombrero, el gobernador del estado en guayabera y el obispo en rojo encarnecido. El programa era ejecutado por la Oficina de Vivienda del estado Cojedes, la cual ofrecía el crédito y llevaba la parte administrativa; y por nuestro Laboratorio de la Universidad, el cual diseñaba el trabajo y se encargaba de su ejecución.

En términos prácticos, el personal profesional de la Universidad llevó a cabo las labores de los promotores, apareciendo como funcionarios del estado. De cualquier forma, el programa fue diseñado para ser realizado por personal medio como promotores, asistentes sociales o inspectores sanitarios y así fue ejecutado por el personal de la Universidad. Sin embargo, para la parte de investigación se necesitaba un personal de alta calificación capaz de llevar a cabo la observación participante y hacer su adecuado registro e interpretación; por esto fueron investigadores científicos quienes lo hicieron.

De las veintitrés familias, dieciséis decidieron que participaban; cinco se opusieron y dos ni participaron en el programa ni lo enfrentaron. Las cinco familias que se opusieron alegaban que esas casas no eran casas de verdad —a pesar de que sus viviendas estaban construidas de esa forma— y que ellos querían viviendas de cemento, construidas completamente por el gobierno y con un crédito del Estado o gratis. Ellos vivían en casas de bahareque iguales a las que no aceptaban y tenían vinculaciones importantes con el partido de gobierno. Fue el primer momento crítico

para la experiencia; felizmente, por una decisión de apoyo político de parte de la gobernación, se acordó que el programa debía continuar como estaba diseñado y estas personas quedaron fuera. La reacción del resto de la comunidad fue altamente positiva ante esta decisión.

En la segunda y siguientes diez visitas sucesivas se revisaba la tarea ejecutada, se establecía una nueva meta y se ordenaban los materiales necesarios.

En la tercera visita apareció el segundo momento difícil desde el punto de vista normativo. Algunos individuos no habían realizado las metas propuestas, pero demandaban que se les diese la porción siguiente del crédito. La respuesta fue de acuerdo a las normas. Cuando estos se dieron cuenta de que los demás recibían las siguientes porciones del crédito y ellos no, se percataron de que lo establecido no era indiferente y procuraron trabajar fuerte para recuperar el tiempo perdido.

Las decisiones que implicaban opciones diferenciales de gustos, confort y costos, fueron trasladadas a los campesinos quienes realizaron las escogencias sobre el tipo de techo, el diseño de la casa o el color de las pinturas. Los promotores presentaron, por ejemplo, los distintos tipos de láminas para techo existentes en el mercado, con una breve descripción de las diferencias en cuanto a sus ventajas y los costos implicados; y la familia decidía.

La última entrega de materiales y la evaluación final se realizó en la segunda quincena de julio del mismo año, cinco meses después. De las dieciséis familias participantes, doce concluyeron el trabajo con alto rendimiento y las cuatro restantes con un rendimiento medio. Algunas casas que habían permanecido inacabadas por diez años, fueron completadas en cuatro meses. El arreglo de cuentas finales fue establecido restando los días trabajados a la cantidad otorgada en materiales. Se elaboraron y firmaron los documentos y se estableció la forma para ejecutar el pago en un período de cinco años. Una vez concluidas las viviendas, los promotores-investigadores regresaron a cada una de las casas y le mostraron a las familias el registro fotográfico del cambio de las viviendas. Igualmente, lo que ellos les habían dicho al inicio y en la entrevista acerca de las dificultades para mejorar las viviendas y controlar la enfermedad les fue repetido para que recordasen sus propias palabras.

Poco antes de concluir el programa, la comunidad se reunió y decidió, como una reflexión sobre lo positivo de la experiencia vivida, que el antiguo nombre de *Caño Muerto* no debía permanecer y lo cambiaron por *Caño Nuevo*.

Los resultados de vivienda y comportamiento

La comunidad había sido entrevistada tres meses antes de iniciarse el programa, por lo tanto, esto se consideró información de base. Un mes después de concluido el programa, los investigadores regresaron y aplicaron un nuevo test psicosocial a los jefes de familia; lo cual, junto con la evaluación de los cambios en la vivienda y el registro llevado durante todo el proceso, constituyó la documentación para el análisis.

El objetivo sanitario y social era la producción de una vivienda sana que no permitiese su colonización por el vector de la enfermedad; por lo tanto, esta fue considerada la variable dependiente con la cual se correlacionaron el resto de variables consideradas. Esta variable asumía tres valores: mejoró la casa completamente, parcialmente o no la mejoró². Como resultado se obtuvo que doce de las familias participantes lograron un mejoramiento completo; cuatro lo hicieron parcialmente y siete no participaron. De las dieciséis que participaron, cinco mostraron un cumplimiento y rendimiento bastante elevado, por encima de lo esperado por nosotros; nueve un rendimiento bueno y promedio y dos un bajo cumplimiento.

Las variaciones en el mejoramiento estuvieron asociadas con el tipo de ocupación-ingreso de los individuos, el papel de la mujer, el apoyo de los hijos mayores de quince años, la presión del grupo, la experiencia urbana de los individuos y la valoración expresada sobre la técnica de construcción. Por otra parte, las variables sexo, edad, educación, nexos políticos y locus de control no resultaron significativas para la participación en el programa. En relación a la variable locus de control, la participación en el programa modificó, de acuerdo a los resultados del post-test, los niveles de internalidad y confianza en sí mismos de los individuos.

El papel de la mujer —esposa o concubina— y el apoyo de los hijos mayores de quince años actuó de acuerdo a lo esperado: cuando la mujer estuvo a favor del programa y los hijos dieron su apoyo, este funcionó (Tabla 11). En general, cuesta mucho establecer este aspecto, pues en la acción de la mujer campesina hay un manejo escondido de poder que no es fácilmente identificable. La mujer campesina participa en muchas tareas físicas del conuco y la casa; pero, aunque obviamente las

Tabla 11. Rol de la mujer y situación económica. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Tipo de rol	Tipo de mejoramiento							
	No mejoró		Mejóó parcialmente		Mejóó totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Positivo	2	9,5	1	19,0	10	47,6	13	61,9
Negativo	2	9,5	2	9,5	0	0,0	4	19,0
Neutro	2	9,5	1	4,7	1	4,7	4	19,0
Total	6	27,2	4	19,0	11	52,3	21	100,0

Fuente: Elaboración propia.

² Varias de las casas consideradas aquí con mejoramiento parcial fueron después completadas, pero no se toman en cuenta pues se consideró el mes de agosto de 1986 como el momento de corte para el establecimiento de los valores.

decisiones alrededor de la vivienda pasan por ella, ninguno de los acuerdos se hizo con mujeres. Ellas siempre remitieron a los hombres, quienes firmaron los papeles.

Sucedió también que en el primer momento los promotores eran hombres, por lo tanto, no se podía entrar en las casas ni hacer pactos con las mujeres; pero cuando se introdujo una mujer en el equipo de la Universidad pudimos conocer las opiniones de la mujer dadas en la cocina a otra mujer. A partir de entonces, los resultados fueron significativos. Había básicamente dos posturas: unas mujeres deseaban que les arreglaran las casas pues pensaban permanecer en el campo. Otras no, pues, o bien querían una casa de otro tipo que expresase prestigio, ya que deseaban cambiar de estatus, y en el campo eso significaba dejar la casa de tierra por una de cemento; o bien deseaban migrar al pueblo, lo cual significaba también una mejoría del estatus, y sentían que invertir en una casa en el campo dilataba el proceso migratorio.

Con los hijos mayores de quince años la situación es más de apoyo físico. Por supuesto que la mujer también realizaba trabajos manuales en parte del frisado, pero no era tan relevante como su participación simbólica. En cambio, los hijos ayudaban a un conjunto de tareas pequeñas o pesadas, pero importantes para avanzar en el trabajo, como batir la tierra y recoger las piedras. O también en ciertas actividades que requerían de más de una persona para su ejecución. Cuando los hijos estaban presentes y ayudaron, el proceso avanzó mejor que si no (Tabla 12). Ciertamente, para un hombre solo era difícil —aunque no imposible— hacer el trabajo.

Tabla 12. Papel de los hijos y situación económica. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Tipo de presión	Tipo de mejoramiento							
	No mejoró		Mejóro parcialmente		Mejóro totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Positivo	1	4,3	3	13,0	11	47,8	15	65,2
Negativo	6	26,0	1	4,3	1	4,3	8	34,7
Total	7	30,4	4	17,3	12	52,1	23	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados en relación a la ocupación y el ingreso fueron opuestos a lo que habíamos esperado. Uno podía pensar que aquellos que tenían mejores ingresos iban a participar en el programa y mejorar sus casas de manera más eficiente que quienes no, pues eso era lo que había dado la encuesta general, pero fue al contrario: quienes no tenían ingresos fueron quienes participaron y mejor rindieron (Tabla 13). La explicación a posteriori nos parece que es la siguiente: quienes tienen mejores ingresos no requieren de un programa como el que estábamos ofreciendo, ya que pueden construirse una casa de cemento por sus propios medios o pueden aplicar

Tabla 13. Situación económica y mejoramiento de la vivienda. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Medios económicos	Tipo de mejoramiento							
	No mejoró		Mejóro parcialmente		Mejóro totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Con medios	5	21,7	0	00,0	2	8,6	7	30,4
Sin medios	2	8,6	4	17,3	10	43,4	16	69,5
Total	7	30,4	4	7,3	12	52,1	23	100,0

Fuente: Elaboración propia.

para un programa de vivienda del Estado que exige un mínimo de ingresos anuales. Ellos tienen otras alternativas, el resto no. Quienes participaron no pueden jamás pensar en hacerse una vivienda de cemento ni aplicar para una del gobierno o del Ministerio de Sanidad; por lo tanto, la propuesta les era muy apropiada y respondieron en consecuencia.

Para estudiar la presión de grupo (Tabla 14), se elaboró un sociograma con los nexos de amistad y comunicación entre las familias y se observó que quienes habían decidido no participar mantenían fuertes vínculos entre ellos. Incluso, una de las familias que al comienzo dudó en participar, luego no lo hizo, pues mantenía nexos muy estrechos con los otros que habían decidido no tomar parte en la experiencia. En una comunidad campesina este hecho es muy importante, ya que dependen para su sobrevivencia de sus vínculos amistosos locales y repiten la idea de “tu mejor hermano es tu vecino más cercano”. Como estos individuos se encontraban

Tabla 14. Presión del grupo y situación económica. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Tipo de presión	Tipo de mejoramiento							
	No mejoró		Mejóro parcialmente		Mejóro totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva	0	0,0	3	13,0	10	43,4	13	56,5
Negativa	6	26,0	1	4,3	2	8,6	9	36,1
Ninguna	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	7	30,4	4	17,3	12	52,1	23	100,0

Fuente: Elaboración propia.

liderizados por una persona con vínculos políticos partidistas, quisimos también saber si la existencia o no de una relación sistemática con el poder político partidista había influenciado la participación y el mejoramiento; pero los resultados dieron negativos.

Lo que resultó importante fue la presión del grupo que estaba comandado por una figura vinculada políticamente, no los nexos políticos en sí mismos.

El tipo de experiencia urbana fue también significativa y en una dirección cónsona con la disposición al cambio que presenta la sociedad urbana. Hubiera podido pensarse que quienes habían estado en las ciudades se iban a oponer a la utilización de una técnica rural, antigua y fuera de moda; pero no resultó así. Particularmente, quienes habían vivido en la ciudad tenían una visión del mundo más amplia, más cosmopolita en el sentido antropológico, y podría también decirse que una mayor disposición al cambio, que no presentaban aquellos que siempre habían vivido en el área rural. Paradójicamente, la introducción de una técnica constructiva tradicional en el contexto ideológico de la modernización, representa una innovación que no es fácil de asimilar sino por aquellos que se encuentran más propensos al cambio y estos eran quienes habían salido fuera del poblado (Tabla 15).

Tabla 15. Visión del mundo y situación económica. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.								
Tipo de presión	Tipo de mejoramiento							
	No mejoró		Mejoró parcialmente		Mejoró totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cosmopolita	5	21,7	1	4,3	2	8,6	8	34,7
Localista	2	8,6	3	13,0	10	43,4	15	65,2
Total	7	30,4	4	17,3	12	52,1	23	100,0
Fuente: Elaboración propia.								

La actitud hacia el bahareque como técnica constructiva resultó también significativa: la participación variaba de acuerdo a como variaban las actitudes (Tabla 16). El problema está en que no sabemos cómo interpretar estos datos en relación a las otras variables, pues si ellos no tenían otras alternativas, uno puede pensar que lo que existe aquí es una racionalización de una situación de hecho. El problema es si ellos participan porque tienen una actitud positiva hacia el bahareque o tienen una actitud positiva porque participan. De bahareque es la casa que efectivamente tienen, cualquier actitud opuesta sería conflictiva; de manera que pensar y hacerse creer a sí mismos que es buena y bonita disminuye cualquier disonancia cognoscitiva.

Con relación a la variable “locus de control” los resultados fueron interesantes y sorprendentes, pensamos que aquellos individuos que mostraban una mayor expectativa

Tabla 16. Actitud hacia el bahareque y situación económica. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Tipo de actitud	Tipo de mejoramiento							
	No mejoró		Mejóro parcialmente		Mejóro totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativa	3	13,0	3	13,0	1	4,3	7	30,4
Neutra	1	4,3	1	4,3	0	0,0	2	8,4
Total	4	17,3	4	17,3	15	65,2	23	100,0

Fuente: Elaboración propia.

en que podían controlar su destino debían participar más en el programa; pero la variable no fue significativa y los individuos participaron y mejoraron o no con independencia de su internalidad (Tabla 17). Sin embargo, una vez concluido el programa, se aplicó un post-test cuyos resultados difirieron del primero, notándose un cambio en la internalidad total de la comunidad³.

Tabla 17. Locus de control y participación en el mejoramiento pre-test. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.

Tipo de participación	Tipo de internalidad total					
	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participantes	8	1,25	8	-2,69	16	-0,18
No-participantes	4	1,00	2	-2,50	6	-0,17
Total	12	1,16	10	-2,65	22	-0,70

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, se observó que hubo un aumento global en la internalidad total (IT) en los jefes de familia de la comunidad. El pre-test había dado una internalidad total media del grupo de -0,7, y los resultados del post-test muestran un leve descenso de la negatividad: -0,4. Este cambio es muy diferente entre quienes participaron y quienes no: aquellos que participaron pasaron de una IT negativa de 0,18 a una IT

³ Para hacer esta parte del trabajo se utilizó el concepto de “Internalidad Total”, pues permitía más agilidad en los cálculos y correlaciones. La “Internalidad Total” se obtiene sumando los resultados de “Otros Poderosos” y “Suerte” y dividiéndolos entre la “Internalidad”. Tomamos el concepto y el modo de cálculo de O. Romero García (1981).

positiva de 1,75; los que no participaron también aumentaron la IT, pero la hicieron levemente positiva: de -0,166 a 0,250. De los ocho individuos que habían presentado internalidad total negativa antes del programa, seis se tomaron positivos al final del experimento (Tabla 18).

Tabla 18. Locus de control y participación en el mejoramiento post-test. Municipio Tinaquillo, Venezuela, 1985-1986.						
Tipo de participación	Tipo de internalidad total					
	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participantes	14	2,25	2	-1,75	16	1,75
No- participantes	3	1,66	1	-4,00	4	0,25
Total	17	2,15	3	-2,50	20	0,40
Fuente: Elaboración propia.						
Nota: dos no-participantes rechazaron el post-test.						

Lo que resulta interesante de los resultados es que, si bien la expectativa sobre el control de su destino no es importante para la participación en un programa de mejoramiento de la vivienda para el control de la enfermedad de Chagas, la participación en el programa de mejoramiento sí juega un papel relevante en el aumento de las expectativas internas de control del destino de los individuos. Es decir, que un programa de esta naturaleza tiene un subproducto de autoconfianza en la comunidad que no debe ser subestimado si se está pensando en una política de control a mediano y largo plazo (Briceño-León, 1987).

La interpretación: pasado y presente en la acción social

Los sucesos de la vida social son irrepetibles. Para su ocasión concurren demasiadas circunstancias imposibles de controlar y difíciles incluso de conocer, pues dependen de fuerzas distintas. La coincidencia de estas múltiples circunstancias no obedece a una ninguna urgencia ni necesidad, sino más bien al azar que los encuentra en tiempo y lugar. Sin embargo, del conocimiento *post festum* de los hechos sociales es posible derivar regularidades y producir limitados conocimientos.

Por años, los campesinos de Caño Nuevo habían dejado sus casas incompletas; luego, pudieron mejorarlas en pocos meses. ¿Qué verdaderamente sucedió allí?

Creo que el experimento muestra las dificultades y límites de la explicación social y de la acción política en la sociedad.

Cuando un campesino de Caño Nuevo decide actuar, ¿está tomando su decisión sobre informaciones y experiencias del pasado o sobre las del presente? ¿Ante los recuerdos de otra situación pasada o ante las características que ofrece la que enfrenta en ese instante? Pareciera que de las dos. El individuo lee la nueva circunstancia, pero lo hace con el diccionario del pasado, pues simplemente no tiene otro. Si la información obtenida de la situación a la cual se enfrenta es deficiente o incompleta, él llenará los vacíos existentes con sus saberes previos y actuará en consecuencia, interpretando la situación como si fuese similar a la conocida por él. Pero si se produce una información suficiente que permita claramente interpretar la situación como algo distinto de las anteriores experiencias, la persona responderá adecuándose a la nueva situación y evaluándola en relación a sus propios intereses materiales y afectivos. Mas, ¿podría acaso uno pensar que el peso de la experiencia anterior puede impedir a una persona reconocer la existencia de una situación distinta a la anterior y conocida? Creo que sí puede suceder. Por eso son tan importantes las nuevas informaciones, para contrarrestar dicho peso muerto del pasado.

No obstante, salvo circunstancias propiamente patológicas, el individuo podrá captar la nueva circunstancia y desechará, luego de algunos ensayos verifcatorios, la anterior información; o, mejor dicho, la pondrá en reserva y se abrirá novedosamente hacia el futuro.

En Caño Nuevo se presentaron dos grupos de individuos que tenían circunstancias distintas y comprendieron la situación de una manera diferente. A unos su interpretación los llevó a participar, a los otros no; pero estimo que ambos estaban acertados en sus decisiones. En esta experiencia hubo un conflicto de percepción que estaba mediado por los valores, las apreciaciones que se tenían sobre las viviendas y las técnicas constructivas; pero también sobre las circunstancias de cada quien, que lo hacían entender la situación de una manera distinta.

Con análisis factorial se confirmó la existencia de los dos grupos de acuerdo a las características descritas (Figura 21): unos tenían apoyo de los hijos y de la mujer, una presión de grupo positiva, actitud favorable hacia la técnica y una visión cosmopolita por la experiencia urbana; mientras los otros mostraban lo contrario. Las circunstancias singulares de cada uno de ellos los llevaba a interpretar la situación de una manera distinta.

La evaluación de la situación tenía un carácter real para ellos: unos no tenían más alternativa, económica ni política, otros sí. Pero también existía un carácter simbólico, como lo era aceptar un patrón contracultural que se correspondía con su situación objetiva, aunque no con las formas estéticas y de prestigio dominantes ni con la disposición de aceptar un tipo de reglas de juego distintas. Las continuas pruebas que los propios individuos nos pusieron durante la ejecución del programa eran una forma de confirmar si verdaderamente las reglas habían cambiado o si se trataba de una falsa alarma.

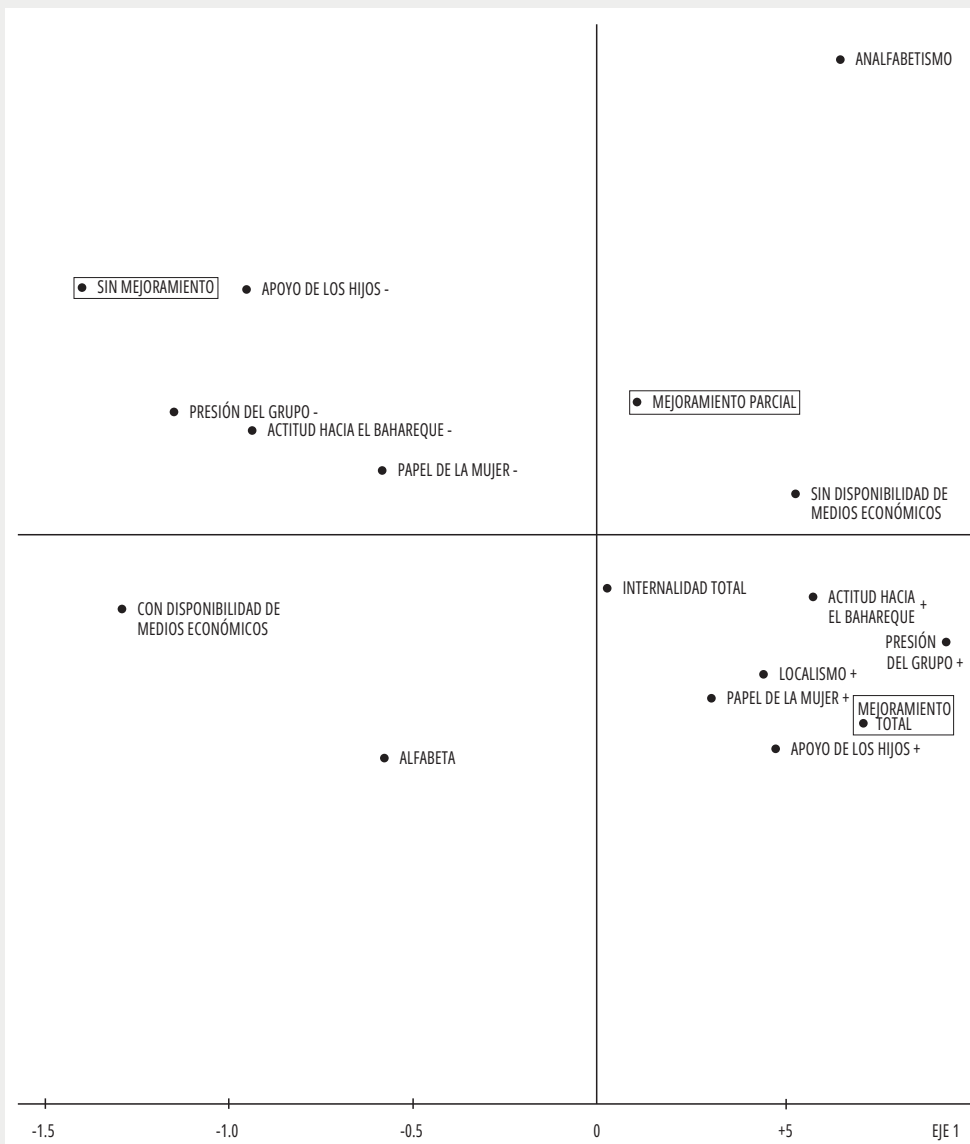


Figura 21. Mejoramiento de la vivienda. Análisis factorial de correspondencias múltiples. Gráfico de factores.

Se puede decir que ninguno de los participantes creyó en el primer momento que lo que se decía era verdad, pero luego fueron percatándose de que sí lo era. Estos reaccionaron de acuerdo a esta normativa y empezaron incluso a exigir su cumplimiento.

Los otros individuos, los del segundo grupo que no participó, tenían condiciones muy distintas. Condiciones materiales desemejantes, puesto que tenían medios económicos y nexos políticos como para optar por un tipo de vivienda distinta. Pero, fundamentalmente estaban jugando con una evaluación de la situación que escapaba al corto plazo. Expliquemos esto.

Ambos grupos hicieron una evaluación de la situación. Para quienes participaron era una alternativa válida; pues, a pesar de estar opuesta a los valores dominantes, era acorde con su situación y por lo tanto la asumieron. Quienes no participaron y pidieron una vivienda del Estado, de cemento y con crédito, estaban evaluando no solo la situación de un programa experimental, sino su relación permanente con el poder y el partido. Ellos sabían que la presencia de la Universidad y del gobierno local era transitoria y que, por lo tanto, tendrían su oportunidad después. De alguna manera, desfásados en el tiempo, existían dos tipos de interlocutores y de situaciones simbólicas: una, la presentada por el programa, la Universidad y el gobierno local; otra, la presentada por el poder político, especialmente el partido. Las reglas del juego eran distintas en ambos casos, pero la posibilidad de optar entre uno y otro campo no existía para toda la población, solo para algunos. Aquellos que no tenían la alternativa del poder y la palanca, optaron por la que sí estaba a su alcance: la del esfuerzo propio y el trabajo.

En mediano término, ambos grupos lograron su cometido. En el primer momento, como ya expresamos, los campesinos participantes en el programa experimental construyeron o mejoraron sus viviendas con un crédito de gobierno local; los otros quedaron rezagados y penalizados por no desear participar en el juego del esfuerzo y el logro. En un segundo momento, un año después, el partido decidió que debía darle las viviendas a las personas que habían rechazado el programa y el Ministerio de Sanidad así lo hizo. La oficina local, saltando incluso una normativa interna existente, y quizás también a su pesar, les construyó a estas familias unas viviendas de cemento, hechas por gente distinta a sus futuros moradores, cuatro veces más costosas que las de bahareque y con un crédito a largo plazo; lo que en Venezuela uno sabe lo que puede significar. Ambos grupos actuaron acertadamente, solo que con estrategias distintas y, por supuesto, con consecuencias sociales y a largo plazo bien disímiles.

Cualquier microcambio social enfrenta estas limitaciones, pues solo se puede modificar la situación temporal y limitadamente. A mediano plazo permanece la situación anterior, frustrando cualquier iniciativa distinta. La experiencia de Caño Nuevo muestra, sin embargo, las inmensas potencialidades que tiene nuestra población rural, la más pobre y abandonada, de responder ante situaciones novedosas de cambio social y ante circunstancias que reclaman esfuerzo y trabajo.

A pesar de las múltiples y reiteradas experiencias negativas, el individuo del campo conserva su posibilidad de reaccionar positivamente. Creo que esto constituye una gran esperanza para un control permanente de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad, así como también en relación a la salud en general y a la sociedad como un todo.

La gente no está perdida ni apabullada por el pasado. Está apabullada por un presente que no fomenta el esfuerzo ni el trabajo ni la iniciativa individual, sino la componenda, el arreglo y el vínculo partidista. Un presente que no estimula la acción de la familia para contribuir al control de la enfermedad, sino que lo deja en las manos del Estado y de los caprichos de los funcionarios o políticos de turno.

La experiencia nos enseña que el problema no se encuentra en el pasado cultural o psicosocial ni en los individuos, sino en el presente y en la situación real y simbólico-normativa que orienta su actuación.

Capítulo 7

El control apropiado de la enfermedad

Los conocimientos sobre la enfermedad

Los campesinos del estado Cojedes, Venezuela, al igual que sus homólogos brasileños de la Municipalidad de Mambai en Goias, Brasil, confunden la enfermedad de Chagas con la *Leishmaniasis*. La sintomatología o el cuadro clínico o de transmisión, es bastante diferente; pero, ante una enfermedad tan difícil de comprender como lo es la de Chagas, una asociación mental de nombres produce la confusión. La palabra “chagas” en portugués significa “llaga” y es usada en Brasil por los católicos para referirse a las llagas de Cristo, es por ello que la asociación inmediata que se hace de la enfermedad no lo es tanto con el nombre de Carlos Chagas como con el sentido de la herida abierta (Bizerra *et al.*, 1981). En español la palabra “chagas” no existe, pero su cercanía fonética con la palabra “llagas” es tan grande, que las personas entienden que se trata de una “enfermedad de llagas” y, en varias comunidades, al hablar de la enfermedad nos refirieron a personas o perros con llagas, particularmente quienes han estado más cerca de un foco de *Leishmaniasis* que ha existido en la zona (Briceño-León, 1986b).

En el estado Trujillo, una zona hiperendémica, cuando nos describieron de lo que se trataba la enfermedad y por lo cual se había hecho un programa de mejoramiento de vivienda, nos las refirieron como la “amarilla” o la “fiebre amarilla”. Al indagar las razones de esta denominación nos justificaron el nombre diciendo que la gente se ponía amarilla. Es bien probable que el origen de la asociación esté en la anemia que producían las abundantes picaduras en estas zonas de alta infestación (Briceño-León *et al.*, 1986).

En general, los conocimientos sobre la enfermedad son muy confusos, cuando no inexistentes. Recientemente, en una encuesta realizada en Paraguay, se encontró que el 96,2% de las personas conocía el vector, pero solo el 2% conocía de la existencia de la enfermedad (Arias *et al.*, 1988). En un estudio realizado en Chile en los pueblos de San Pedro de Atacama y Toconao, se relacionó la existencia de la enfermedad con el conocimiento del vector y resultó que tanto los individuos chagásicos como los que no, conocían el vector y dijeron haber sido picados. Sin embargo, la proporción de quienes dijeron que el vector estaba en su casa fue más alta entre los chagásicos, mostrando una aparente correlación entre su conocimiento de presencia en la vivienda y la enfermedad (Apt *et al.*, 1987). En Mambai, Brasil, se les

preguntó a los individuos en cuyas casas se había encontrado el vector de dónde pensaban ellos que provenía. Un importante número (39% en área rural y 35% y 20% en poblados) dijo que, de la vegetación cercana, lo cual es improbable pues nunca se han encontrado *T. infestans* en hábitats silvestres en la zona.

En Termas de Río Hondo, provincia de Santiago del Estero, Argentina, zona de estudio del “Proyecto María”, los entrevistados conocen más de la enfermedad: el 98,7% dijo conocer a la vinchuca por haberla visto en la propia casa o en el peridomicilio. En esta, que es una zona hiperendémica, del total de entrevistados solo un 30,8% dijo conocer un enfermo de Chagas, sea porque la persona misma se lo había dicho, sea porque lo decían los análisis clínicos o por haberle visto la hinchazón del ojo. Pero, más sorprendentemente, preguntados acerca de lo que harían de ser picados por el insecto, solo un 41,5% dijo que visitaría al médico; de tener problemas clínicos derivados de la enfermedad, solo un 36,4% dijo que iría al hospital cercano (Merzer, 1988).

Adicional a las dificultades de percepción de la enfermedad, en algunas regiones la relación entre el vector y la enfermedad se complica; tal y como sucede, por ejemplo, en algunas áreas de Argentina (Carcavallo, 1979) donde se considera que el insecto trae buena suerte; o en México, donde existe la creencia de que si los vectores son comidos producen importantes efectos afrodisíacos (Salazar-Schettino, 1983).

En la encuesta que aplicamos en Tinaquillo, en 1986, el 93.2% de los entrevistados dijo que pensaba que la picadura del chipo hacía daño. Solo el 16,6% lo relacionó con el nombre de “mal de Chagas” y un 4% se refirió a algún tipo de afección del corazón; el resto de las respuestas se dispersaba completamente. Hubo un grupo (19%) que le otorgó la explicación a la tradición y a la autoridad: hace daño porque dicen que hace daño, lo dicen los médicos, los maestros, los inspectores sanitarios o algún vecino. Esto resulta interesante, pues, así no se dispongan de los conocimientos médicos, se va construyendo un conocimiento popular y una cultura que hace falta en relación con la enfermedad.

Esta desigualdad de conocimientos tan notable muestra cuán difícil resulta la percepción de la enfermedad, a pesar de que esta exista como problema real y objetivo entre los individuos. Cualquier programa permanente de control debe intentar producir una cultura de la enfermedad. Ya que la principal dificultad, pienso, se encuentra en que esta no ha pasado todavía a la conciencia ni a los hábitos.

La enfermedad como hecho biológico y como cultura

La antropología médica norteamericana introdujo una diferenciación que hizo fama y después se trasladó, también, con igual encanto, al dominio de la sociología de la medicina. La distinción es muy difícil de traducir al castellano y dice que un asunto es la *disease*, otra la *illness* y otra la *sickness*. El postulado subyacente arguye que un hecho es la enfermedad, en tanto proceso o anomalía patológica que

afecta al individuo, y otra distinta la manera como ese individuo o una colectividad interpreta ese proceso biológico, lo comprende e intenta tratarlo terapéuticamente,

En un primer momento, se le asignó el nombre de *disease* al proceso de disfunción, malfunción o maladaptación biológica o psicológica; mientras que *illness* se refiere a la manera como los individuos vivían la enfermedad y cómo la colectividad reaccionaba ante dicho suceso (Kleimann, 1978).

Ambos procesos pueden coincidir, pero igualmente no. Puede darse que una persona interprete y crea que tiene una enfermedad (en este caso sería una *illness*) sin que, en realidad, esté sufriendo ningún proceso real de disfunción orgánica (es decir, la *disease*). O bien puede que efectivamente lo padezca, pero lo desconozca, no esté consciente de lo que sucede y no afecte su vida individual y social consciente (Field, 1978). Este último tipo de proceso es lo que pasa con la enfermedad de Chagas.

Se ha observado, también, que esta interpretación puede darse tanto a nivel individual como a nivel colectivo o de la cultura en general. Los individuos reconstruyen metafóricamente la enfermedad, relacionándola tanto con sus experiencias personales como con su fundamento cultural general, tradiciones o mitología.

Las múltiples explicaciones de las enfermedades a través de los dioses o fuerzas sobrenaturales en pugna (Sindzingre, 1984), así como las interpretaciones del “susto” o los nervios (Scheper-Hughes, 1988) o la atribución de santidad asignada a las jóvenes que sufren anorexia nerviosa (Bell, 1985) son apenas ejemplos de cuán distintos son los procesos biológicos y los modos imaginarios como las personas los viven y actúan en consecuencia.

Por esta necesidad de diferenciar los procesos individuales y los colectivos, se ha establecido, entonces, una separación en el concepto original de *illness*, convirtiéndolo en dos conceptos. Así, se postula que *illness* permanece como la conciencia individual de la enfermedad; pero la *sickness* viene a representar, para la interpretación más sociológica, la manera como la disfunción biológica o la conciencia de dicha disfunción afecta las relaciones del individuo sufriente con los otros individuos (Susser *et al.*, 1985); o, desde una perspectiva más antropológica, como esas dos experiencias, biológica y de conciencia, son socializadas y adquieren significación social para una colectividad determinada (Young, 1982), nosotros lo usamos en este último sentido.

En general, es posible decir que en el uso de los conceptos de *illness* o *sickness* se presume un proceso de desconocimiento o deformación del proceso de conocimiento real o científico. Por lo tanto, una intencionalidad, explícita o no, de muchos trabajos de la antropología o sociología médica ha sido la de comprender, tratando, al mismo tiempo, de desmitificar los aspectos culturales de la enfermedad. La interpretación cultural de la enfermedad es la de una visión no científica que debía traducirse en una concepción científica. La meta referida a muchas otras enfermedades (la anorexia nerviosa o los nervios o el susto, por ejemplo) es comprensible y encomiable; sin embargo, sostengo que la situación con la enfermedad de Chagas es diferente.

La enfermedad de Chagas existe como proceso biológico real en varios millones de personas en América Latina, pero no existe como hecho cultural. El carácter

asintomático y las dificultades del diagnóstico han hecho que apenas pueda decirse que hay unos rasgos culturales derivados de las políticas de control de los ministerios de salud. Al contrario de lo que ha sostenido la antropología médica, se puede sostener que el punto más importante para el control de la enfermedad, desde el punto de vista de las personas, es la creación de una cultura de la enfermedad de Chagas. Podríamos decir: convenir la *disease* en una *sickness* conocida y reconocida por lo individuos; individuos que por lo tanto serían capaces de realizar actividades que los lleven a protegerse de la enfermedad.

Los campesinos tienen en su cultura varias *sickness* que les crean sus mecanismos de protección. Por ejemplo, existe una cultura de la culebra por la cual el campesino conoce los efectos perniciosos del reptil y se protege por su propia cuenta o acude en busca de ayuda médica rápidamente. Igualmente, podemos pensar que es necesario que se construya una cultura de defensa contra el vector de la enfermedad. Pero allí es muy importante que la política de control de la enfermedad contribuya a la creación de dicha cultura, a través de las medidas que se implementen. Las acciones de control deben estar, en consecuencia, adecuadas a la situación de los individuos y diseñadas, de un modo tal que fomenten la comprensión de la enfermedad y su conformación como parte de la cultura global.

El control apropiado de la enfermedad

Como acto general de la cultura, toda decisión de control debe adecuarse tanto a las características de los insectos como a la realidad global de los individuos. Es decir, adecuarse a los niveles de vida que tienen las familias, a las formas de organización social y a los rasgos de la cultura. No puede existir un control “lujoso” de la enfermedad cuando existe un contexto generalizado de pobreza. Puede decirse que es necesario superar y eliminar la pobreza, y la afirmación sería correcta; pero habría que esperar que esto sucediera y puede tomar bastante tiempo. Por lo tanto, es posible pensar en adecuar las medidas de control al nivel real de recursos y de vida que tienen los campesinos. No se trata aquí simplemente de la alternativa de superar la pobreza primero o controlar la enfermedad (Bucher & Schofield, 1981). Se trata de producir, en una determinada situación, medidas con las cuales se pueda controlar la enfermedad y que estas acciones estén acordes con la población específica y con el grado de desarrollo de la sociedad global.

Una política de control apropiado de la enfermedad debe, en consecuencia, fundarse en la decisión de contar con los recursos propios; en una incorporación de la tecnología local y tradicional; en una voluntad de superación y mejoramiento de dicha tecnología; en una activa participación de las personas en riesgo de contraer la enfermedad; en una redefinición de la relación entre el Estado, representado por el Ministerio de Salud, y la población y, por último, en la creación, con todo lo anterior, de una cultura global de protección de la salud, que, como en toda cultura, implica la

existencia de conocimientos, tecnología, manejo de recursos naturales y modos de comportamiento y relacionamiento social.

Las siguientes son las principales características que debe tener una política de control apropiado de la enfermedad.

Contar con los recursos autóctonos

La utilización de recursos autóctonos es un principio que se amplía, de acuerdo a los niveles de complejidad del proceso al cual uno se refiere en cada sociedad determinada. En el caso de la vivienda campesina implica, por ejemplo, el uso de la tierra para la producción de las viviendas en substitución del cemento; es decir, la utilización de recursos directos de la naturaleza. Asimismo, puede también significar la utilización de productos que esa sociedad produce en escala nacional y que se pueden ajustar a esa población, pero no para otros grupos sociales u otras circunstancias nacionales. Es posible afirmar que en la sociedad venezolana se podría usar la tierra-cemento más que en otras sociedades; pues este producto es menos costoso y escaso en Venezuela, donde se produce abundantemente. También en el caso de la sociedad venezolana podemos ejemplificar con las láminas de zinc que son producto nacional. Estas han tenido mucha difusión a nivel popular, a pesar de los inconvenientes de ruido y calor que conllevan, y se han convenido en una alternativa autóctona. Puede decirse que hay una escala en la cual se deben utilizar primero los recursos del lugar, luego los de la región, del país, y así sucesivamente. Pues ello implica costos y una sofisticación cada vez mayor que debe evaluarse en relación con el beneficio obtenido y los productos alternos que pueden satisfacer la necesidad.

Contar con los saberes populares

La incorporación de los saberes tradicionales es fundamental para poder garantizar una adecuada acción de protección. Deben rescatarse saberes técnicos o constructivos como serían el bahareque, adobe o tapia, con los cuales los campesinos han trabajado durante siglos; sin embargo, estos conocimientos no pueden tomarse como un acto de folklore que se deba conservar en sí mismo. No se trata de un ejercicio nostálgico ni una aferrada defensa de la tradición; se trata de incorporar estos conocimientos, confrontarlos con el conocimiento global de la enfermedad y el control, e intentar producir, a partir de allí, alternativas de utilización. Los conocimientos populares pueden y, en la medida que se ajusten a la población usuaria, deben procurar mejorarse con la incorporación de nuevos materiales, herramientas o procedimientos (Schofield *et al.*, s/f). Debe fomentarse la incorporación de elementos novedosos, como las mallas metálicas, para garantizar una mayor durabilidad en el frisado de las paredes de bahareque o el uso de cemento en una fase final del

friso; la utilización de ventilación cruzada en las casas o, incluso, la incorporación de las ventanas que no existen en la vivienda campesina tradicional. También debe fomentarse la utilización de nuevas herramientas que se ubiquen en el espíritu de la tecnología apropiada, como son las máquinas para la producción de adobe con presión mecánica. Por ejemplo, la CINVA-Raro inventada en Colombia a comienzos de la década de 1950, que colocaba en la palanca de una máquina simple la fuerza que en el adobe clásico hacía el pecho y los brazos del trabajador (Lunt, 1980); o las versiones mejoradas que se han desarrollado en Inglaterra (Brepak), para el uso en África, que sextuplica la presión de la CINVA-Ram, evita el uso del cemento y vuelve casi piedra la tierra comprimida (Webb, 1985; Web *et al.*, 1987); o la versión realizada en Paraguay que permite aumentar la producción de uno a tres bloques por ejecutada¹.

Los saberes populares deben, además de intentar mejorarse, procurar sistematizarse y presentarse de manera tal que puedan ser difundidos en forma sencilla al resto de la población. El peso del modernismo ha sido tan notable en toda América que, aun los conocimientos que por siglos se habían mantenido, tienden a perderse; pues quedan como saberes restringidos al grupo de los de mayor edad, o si se mantienen, lo hacen apenas de manera fragmentaria y degradada.

Un esfuerzo que en esa dirección hemos hecho en el Laboratorio de Investigaciones Sociales ha sido la producción de un manual para la construcción y el mejoramiento de viviendas de bahareque; el cual significa, justamente, un intento de recoger la experiencia constructiva de los campesinos e intentar organizarla, incorporarle las innovaciones técnicas y regresarla a la población para su utilización posterior (Laboratorio de Investigaciones Sociales/OPS, 1987).

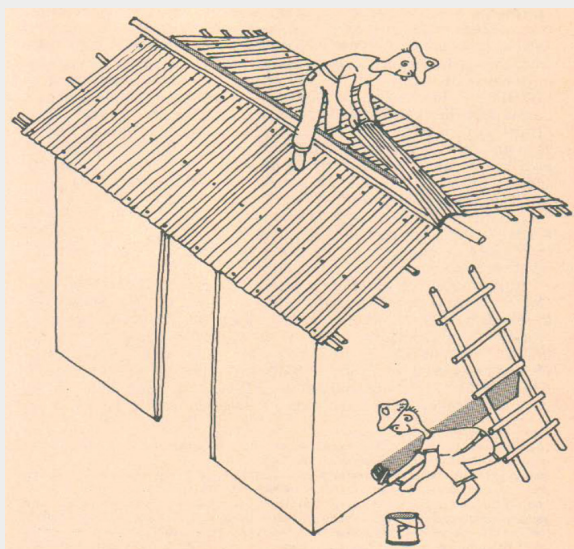
Contar con la población en riesgo

Los principales actores de una política de control han de ser los propios individuos en riesgo. Si admitimos que es muy difícil que alguien pueda hacer algo por la salud de otro si este no desea hacerlo para sí mismo, la consecuencia lógica es que se requiere de una participación continua de las personas y de la comunidad en las acciones de control de la enfermedad (Dias & Dias, 1985). Tres elementos deben considerarse como importantes a este respecto. El primero, es que no tiene sentido una política de control, en especial, digámoslo así, de mejoramiento de la vivienda, hecha para la gente por parte del Ministerio de Salud. El problema es que los individuos tampoco han producido una vivienda sana por sí mismos; pues, como veíamos, la tendencia es dejar la vivienda incompleta, ya que no tienen ni los recursos materiales, ni la disposición mental para hacer otra cosa.

Pero entonces, si el individuo no produce una vivienda, o no la mejora por su propia cuenta, y resulta erróneo, por lo contraproducente de los efectos perversos, hacer esa

¹ Desarrollada por los Arq. T. Oarth y S. Ríos en el Centro de Tecnología Apropiada, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay.

mejoría para el campesino, ¿qué se puede hacer? La postura que se considera apropiada es la de desarrollar un programa que combine los esfuerzos de la población y del Estado. Sin embargo, esta mezcla tiene sus dificultades: allí surge el segundo punto que se desea resaltar. El segundo aspecto es la manera cómo lograr hacer coincidir los intereses sanitarios del Ministerio de Salud con los intereses generales de mejoría social de la población. Para la población, comúnmente, la enfermedad no constituye una meta de acción prioritaria; pues está enfrentada a otras urgencias y a otros riesgos más inmediatos. En cambio, la vivienda sí lo es. En una encuesta global que aplicamos en 1987 en cinco zonas distintas del país, les preguntamos a los individuos cuáles serían las tres primeras cosas que harían si se ganasen un cuadro millonario de lotería: el 46,8% ofreció repuestas relativas a la vivienda (Briceño-León, 1988b, pp.72-74). Parece que esto es bastante generalizado en América Latina. Hace cerca de treinta años, en una pregunta similar realizada en un estudio en Brasil, el 44% escogió obtener una mejor casa o apartamento (Kahl, 1968, pp.126-127); lo cual muestra la gran importancia que tiene la vivienda para las personas como un modo de sentir que tienen una mejoría social y de calidad de vida. En general, es posible decir que la gente responde si se trabaja con ellos sinceramente y se les respeta (Dias & García, 1978).



Del Manual de construcción y mejoramiento de viviendas de bahareque para el control de la enfermedad de Chagas. Lis-Laboratorio de Investigaciones Sociales-UCV / OPS-Programa de Enfermedades Tropicales-Organización Panamericana de Salud-OMS.

Las medidas de control de la enfermedad tienen, entonces, un gran aliado en la importancia que la población le otorga a la vivienda. Lo que se trata es de negociar los intereses sanitarios del Estado con los intereses habitacionales de los individuos (Briceño-León, 1988c).

El tercer aspecto se refiere a la forma de organización del trabajo. Cuando se habla de participación de la comunidad tiende a pensarse en formas de trabajo colectivo, a que debe existir una comunidad que tenga presencia y organización propia y que realice el trabajo de manera grupal. Creo que esto es erróneo. La acción de mejoramiento de la vivienda es y debe ser un acto individual familiar. Lo que es necesario impulsar es la responsabilidad individual; en cierta medida, un incremento del individualismo. Como lo ha mostrado la experiencia, las formas colectivas que desvanecen la responsabilidad y el beneficio individual dificultan el trabajo y tienden al fracaso. Lo que se presta a confusión es la utilización del término “comunitaria”, porque se identifica con colectivismo o grupalismo. Es acertado hablar de participación comunitaria en la medida que se refiere a una acción realizada por individuos en riesgo de contraer la enfermedad, como algo distinto a las acciones realizadas por el Ministerio de Salud. El término refiere, substancialmente, a la oposición existente entre las acciones del Estado y aquellas que emprende la sociedad civil². “Participación comunitaria” designa cualquier acción que realiza la comunidad para protegerse del riesgo de contraer la enfermedad, como algo distinto a las realizadas por el Estado, en ejercicio de sus prácticas burocráticas. Estas acciones de la comunidad pueden darse de manera aislada o en cooperación con el Estado, pero son distintas (Briceño-León, 1988a).

Reforzar la confianza de la gente en sí misma

Las acciones deben, además de contar con la gente, procurar reforzar su confianza en sí misma, en su posibilidades y capacidades para controlar la enfermedad y controlar la vida social. La participación de las personas tiene un efecto importante sobre el conocimiento de la enfermedad, así como en el mantenimiento de los logros. En dos comunidades del estado Trujillo, donde en una se había realizado el programa con participación de las personas y en otra no, se preguntó, tiempo después, sobre las razones por las cuales se había hecho la mejoría de las casas: en la comunidad donde no hubo incorporación de la gente solo un 28% lo relacionó con la enfermedad, mientras que en la otra, el 63% lo relacionó con el vector y el control de la enfermedad de Chagas. Además, como veíamos en el análisis de la experiencia de Caño Nuevo, esto repercute en la confianza global que los individuos tienen en sí mismos y eso es importante y útil para muchas otras tareas y responsabilidades de la vida social. También ayuda al mantenimiento de los logros, como sucedió en dos comunidades en Brasil donde, luego de varios años, las casas mejoradas con

² En el sentido usado por A. Gramsci para la distinción y oposición.

participación comunitaria en Bambui se mantenían en buen estado; mientras otras hechas solo por el estado en Lapinha no lo estaban (Sequeda *et al.*, 1986).

Se relaciona, también, con los niveles de satisfacción del logro. En Caño Nuevo se dejó que fuesen los propios campesinos quienes decidieran el tipo de techo que iba a ser usado. Sabemos los problemas térmicos y sonoros del zinc y durante la programación de la acción muchas personas dijeron que no se podían usar las láminas metálicas. El equipo investigador, contrariamente, asumió que la decisión la debía tomar el campesino; pues, al fin y al cabo, era un crédito y era él quien lo iba a pagar. Se les mostraron las alternativas de techos con sus ventajas, defectos y precios. Todos escogieron el zinc porque era lo más barato y es lo que el resto de familias pobres usan. Al poco tiempo le preguntamos sobre cómo se sentían bajo ese techo y todos se mostraron satisfechos. Había sido su escogencia.

La cultura del control

Un programa que controle la enfermedad, pero produzca inseguridad en las personas, está limitando la posibilidad de una acción sanitaria permanente. Además, está inhibiendo a una población a tomar parte en el desarrollo social global.

Tener confianza en el control de la enfermedad es poder controlar los recursos, manejar y manipular la tecnología y hacerlo con el propio esfuerzo. Cuando esto sucede, se produce una cultura de autoconfianza que le permite al individuo creer y ensayar en la posibilidad de controlar el propio destino, primero como persona y familia y luego como grupo social y colectividad.

Durante un tiempo hemos creído que la enfermedad se controla con dinero y recursos. Venezuela ha tenido dinero y recursos y solo tenemos un control parcial porque no se ha logrado crear una cultura de la salud y de protección de la enfermedad.

En la experiencia que se ha desarrollado, han intervenido distintos factores; algunos de ellos son de carácter situacional, otros de tipo psicosocial. Sabemos que ambos son necesarios, pero no sabemos aún cómo es la relación entre ambos y cómo es el peso de cada uno en las acciones de los individuos; por lo tanto, se requiere indagar en investigaciones futuras la diferenciación entre las razones situacionales y las psicológico-educativas para el cambio de conducta y la participación de los individuos en el control.

Capítulo 8

La sociedad sana

La enfermedad de Chagas muestra con claridad cómo la salud es un hecho integrado completamente a la situación global de la sociedad. Su permanencia, transitoriedad o fragilidad dependen de la manera como la sociedad está conformada, las prácticas que utiliza para su vida cotidiana, la manera como organiza la producción, las formas como distribuye la riqueza, los vínculos que establece con la naturaleza y las formas que concibe para el control de la enfermedad en el caso de su aparición.

La enfermedad de Chagas existe porque existe la pobreza del campesinado latinoamericano, porque sus viviendas están construidas de una manera precaria, porque el fruto de su trabajo apenas les da para sobrevivir, porque la historia de fracasos los ha hecho tener poca confianza en sí mismos, porque no han tenido los modos de educarse y superarse como personas y como pueblo.

La salud es desarrollo, son buenas condiciones de vida en general para las personas, es una relación adecuada con la naturaleza. La sociedad sana es mucho más que aquella donde no existe la enfermedad.

La salud depende de buenas condiciones de vida en general para las personas y de una adecuada relación con la naturaleza que, en el afán de un cierto modo de desarrollo, se pierden. Es deseable, y quizá también posible, encontrar otro desarrollo donde se puedan evitar estos efectos indeseables del bienestar. Aunque se sabe que luego aparecerán otros y así sucesivamente.

Los caminos de la sociedad sana

En el proceso reciente de la sociedad venezolana, el desarrollo fue entendido como el consumo de los ingresos petroleros para el control de la enfermedad y el mejoramiento de las condiciones de vida. El dinero petrolero se ha usado para la compra de insecticidas y la construcción de viviendas por parte del Estado, para ciertos grupos en riesgo.

Ciertamente, esto ha mostrado sus beneficios más que en otras áreas; pero este es muy frágil, pues depende, por un lado, de los continuos altos ingresos petroleros. Huelga decir que, además, este tipo de control es transitorio y depende de la reinfestación o del uso que los individuos le den a sus casas. El desarrollo también ha sido entendido como el proceso de urbanización que en Venezuela y América Latina ha contribuido a la disminución de la enfermedad, al disminuir la población rural

en riesgo de entrar en contacto con el vector. Pero esta tampoco es la salida, pues se requiere de población rural para los trabajos del agro.

Por lo tanto, ¿qué significa desarrollo en el caso de la enfermedad de Chagas? Fundamentalmente, puede decirse que se refiere a: una buena vivienda y un buen trabajo, que proporcione ingresos suficientes para mantenerse a sí mismo, cuidar la casa y algo más; y a educación y confianza de los individuos en sí mismos, en su trabajo, sus acciones y su capacidad organizativa.

Los beneficios económicos del control de la enfermedad son grandes. Se ha estimado que solo en Argentina, Brasil y Bolivia representaría un beneficio de 2.840 millones de dólares (Bossert, 1988). Pero, ¿cómo lograr esto? ¿Qué implicaciones tiene para la sociedad global el logro de estas modestas características de vivienda, trabajo y autoconfianza? De acuerdo con los resultados de nuestra investigación, expresados en los capítulos anteriores, es posible deducir algunos aspectos.

Una relación diferente con la naturaleza

Es necesario pensar en un tipo de relación distinta con la naturaleza que permita una convivencia saludable para el hombre y la permanencia de la especie. Durante un tiempo se pensó que era posible someter radicalmente a la naturaleza a los caprichos o deseos del hombre. Creyéndose, además, que este proceso de sometimiento era la esencia de la cultura.

En el caso de la enfermedad de Chagas, en algunos momentos se pensó que podía erradicarse la enfermedad a través de la desaparición del vector, pero esto no ha sido posible y no parece factible la erradicación de una especie de insectos como esta (Beckert, 1985). Tampoco son posibles los sueños románticos e ingenuos de armonía con la naturaleza.

Pero, entre la dominación y la armonía es posible dialogar con la naturaleza. Un diálogo donde se permita una convivencia, en la cual la construcción cultural del hábitat del hombre pueda hacerse con un nivel de respeto por la naturaleza, de una manera sana para el hombre; permitiendo que el ciclo selvático de la enfermedad pueda continuar, esta vez, en el dominio de la naturaleza. Que se elimine el ciclo doméstico, porque el hábitat construido por el hombre así lo logra. No se trata de eliminar la enfermedad de la naturaleza, se trata de aislarla e impedirle su acceso al ambiente construido por el hombre.

Un trabajo digno para todos

La existencia de un trabajo digno puede ser entendido como la eliminación de las antiguas formas de producción existentes en el campo y la presencia de una

concentración de la propiedad, que impida el acceso a nuevos productores de una manera libre en el mercado. Pero no es solo eso.

Experiencias existen en nuestra sociedad, donde la eliminación del latifundismo no ha otorgado una respuesta satisfactoria a nivel de la producción y la vida del campo; tampoco lo ha sido el otorgamiento de créditos, pues todo esto en medio de la sociedad petrolera se ha transformado en consumo de la renta, sin verdadera producción. Sin embargo, los notables esfuerzos que realizan los campesinos como migrantes, en la búsqueda de fuentes de trabajo e ingreso satisfactorio, dan prueba de la posibilidad de éxito que tendrían en el trabajo del campo bajo circunstancias y reglas justas y remuneraciones satisfactorias. Se requiere de una producción rentable para los individuos que consolide una cultura del trabajo. El fruto del trabajo debe dar suficiente para que el individuo tenga ingresos que le permitan vivir modestamente bien. Y estimulándole a que desee y pueda optar por vivir mejor.

El uso de una tecnología adecuada

Pero el trabajo y el uso de la naturaleza debe hacerse en concordancia con un determinado tipo de tecnología que esté acorde con los tiempos presentes y con las circunstancias específicas de la sociedad y del grupo social en referencia. No es posible usar tecnología tradicional por el simple deseo folklórico de conservar lo antiguo, ni la moderna por el hecho de así serlo. Se trata de combinar ambos saberes, destrezas y tipos de herramientas, en una propuesta bitemológica que permita adecuarse a las circunstancias del grupo social, la región y la sociedad, a través de la utilización indiferente, pero adecuada, de la más antigua práctica o del más sofisticado y actual procedimiento.

Una tecnología apropiada debe a su vez hacer un uso prioritario de los recursos naturales zonales, de modo tal que transforme sistemáticamente la naturaleza, adecuándola al servicio del hombre y aumentando la riqueza interna y propia.

La tecnología adecuada es un principio que ha de aplicarse para la protección de la enfermedad, pero también para las formas de organización del trabajo productivo y para la conquista de la salud en general.

Un papel diferente del Estado

Un proceso de esta naturaleza requiere de la presencia y de la ayuda del Estado; pero, el Estado ni es todo ni es la verdadera salida. La salida está en la gente misma, por eso el papel del Estado no puede ser el paternalismo ni la imposición a través de una injerencia completa. Las relaciones del Estado y de los organismos de salud con los individuos deben fundarse en una relación de respeto que el paternalismo sincero o, su versión corrupta, el populismo, no pueden ofrecer.

El Estado debe garantizar el ejercicio de la libertad al ofrecer igualdad en las oportunidades, respeto al acuerdo normativo y realización de acciones imposibles de ejecutar por actores individuales aislados.

Normas claras y válidas para todos

Se hace necesario un conjunto de normas que regule las relaciones entre los individuos de manera diáfana y transparente, para que puedan ser comprendidas por todas las personas; que existan de manera explícita, de modo tal que las personas puedan saber en cada caso a qué atenerse; que sean difundidas. No puede suceder que las reglas existan y nadie las conozca, pues no se ha hecho esfuerzo de comunicación de las mismas. Es necesario que sean aplicables para todos, lo cual implica que sean realistas; no simplemente la verbalización de buenas intenciones que luego quedan en el papel.

Estas normas deben ser de obligatorio acatamiento, por lo que su aplicación no puede ser indiferente para la sociedad. Su cumplimiento debe ser estimulado, su infracción debe ser penalizada. No puede ser indiferente para la colectividad el que se cumplan o no las normas sociales, pues la indiferencia conlleva al estímulo del incumplimiento. La sociedad requiere de sanciones para poder favorecer los procesos deseables, y el papel disuasivo de la pena solo existe en la medida que la punición es una realidad. La tolerancia es buena e importante, pero solo existe tolerancia y comprensión en el contexto de la norma y el castigo.

Una sociedad sana debe legitimar los procesos reales de funcionamiento y convertirlos en normas sociales sancionadas o protocolizadas como hechos correctos; o, simplemente, aplicar toda la fuerza posible a su prohibición. La existencia de dobles normatividades produce injusticias y, además, coloca los esfuerzos y las iniciativas en el ámbito de la picardía y la violación de la norma legal, cuando pudieran usarse para mejores propósitos.

Un reforzamiento del vínculo esfuerzo-logro

La sociedad debe reivindicar, a través de las prácticas tecnológicas, de trabajo y normativas, la relación que existe entre el esfuerzo y el logro, entre el trabajo y la remuneración, entre la dedicación, el ahorro y la creatividad trabajadora y la riqueza.

Ni la salud, ni el desarrollo se obtienen de regalo o de gratis. La salud y el bienestar deben conquistarse. El establecimiento de metas que estimulen la acción constructiva, el establecimiento de objetivos que sean realistas y retadores y su consecuente obtención, luego de un proceso de actuación encaminada a su logro, permiten el establecimiento, en la mente de los individuos, de un proceso de conexión que propicie el mantenimiento de los logros en el área de la salud y el control de la enfermedad; pero, también, garantizan un proceso social sostenidamente positivo.

El refuerzo del individualismo

Se debe valorar la responsabilidad individual y respetar la libertad de escogencia, incluso la de la enfermedad, en el caso de que solo afecte a la persona involucrada. Debe garantizarse la información para que la libertad sea real y consciente.

Se debe permitir la diferenciación social. La acción del Estado debe estar orientada a permitir que se ejerza la igualdad, garantizándose libertad e igualdad en las iniciativas; pero debe permitirse que exista la diferenciación, producto de los esfuerzos individuales que se desean estimular. Cualquier proceso que intente anular la diferencia social producto de los esfuerzos e iniciativas individuales solo premia a quienes no se esfuerzan. El problema aquí, como en otras partes, no es de ideología ni de posturas filosóficas, es de análisis de las consecuencias sociales deseables e indeseables que tienen las acciones o decisiones que se emprendan o se tomen.

El incremento de la solidaridad social

El refuerzo de la responsabilidad individual debe generar un incremento de la legítima solidaridad social que solo es posible con individuos libres y conscientes, que mantienen relaciones justas entre ellos y que entran, voluntariamente, en un proceso de intercambio enriquecedor para todos. La superación del tribalismo, o de la indeseable presión de los grupos fundados en relaciones primarias, hace que la solidaridad social se construya sobre la voluntad libre de los individuos de cooperar con otros; en el deseo de ofrendar dones de amistad y amor, para que, en la reciprocidad, se vuelquen en crecimiento, superación y sociabilidad para todos. No es cierto que en las sociedades primitivas o en el precapitalismo se encontraba una solidaridad que luego desaparece. En esas sociedades existían nexos de sobrevivencia obligatorios, que forzaban el intercambio de bienes y servicios que permanecen simbólicamente en la transición hacia la sociedad urbana y capitalista y luego desaparecen. Pero están ahí y pueden volver a surgir; mas no en la obligación, pues ya no son necesarios, sino en la decisión individual de un mayor crecimiento y solidaridad.

La conquista de la sociedad sana

Se ha repetido que la enfermedad de Chagas se acabará cuando se elimine el subdesarrollo. Se ha dicho que las enfermedades infecciosas y transmisibles desaparecerán con el cambio de estructuras (Zaidi, 1988) o cuando el gobierno se interese (Brumpton, 1980); pero, ¿qué podemos hacer con caracterizaciones de este tipo? ¿Cómo podemos cambiar o desarrollamos sin la activa y consciente participación de los actores del proceso?

Pareciera que las alternativas de allí derivadas son que, o uno se dedica a la lucha política o la actividad económica para garantizar el desarrollo, o se sienta a esperar que un día advengan esos cambios.

Mas, hay otra alternativa que se corresponde con el tipo de análisis que hemos hecho: se trata de trabajar constructivamente en la transformación de la condición de atraso y la conquista del control de la enfermedad al mismo tiempo.

El desarrollo no es un estadio del futuro, es la construcción del futuro en el presente. Una sociedad sana puede y debe empezarse a conquistar a cada instante. Ciertamente, los aspectos macros de la sociedad tienen un rol fundamental en el control de la enfermedad; pero, ¿cómo se producen los efectos macros en la vida social si no es a través de la infinita sumatoria de procesos pequeños, de acciones limitadas, de trabajos modestos?

En América Latina estamos cansados de los mesianismos que prometen las grandes salidas y las soluciones rápidas de ancestrales problemas. No existen las respuestas inmediatas ni elaboradas. La salud no se obtendrá ni con grandes cambios, ni con capital, ni con regalos, ni con medicinas o insecticidas. Con todo ello se puede evitar la enfermedad, pero no se puede conquistar la salud.

La salud es desarrollo. Y salud y desarrollo son la suma de muchas pequeñas acciones que hacen más que las grandes propuestas. Las alternativas se encuentran en la gente misma, en la proliferación de esas pequeñas acciones sanitarias que se transforman en acciones políticas en la medida que construyen un modo de actuar y de pensar distinto.

Acciones políticas y sanitarias que hacen que el proceso sea creciente e irreversible, pues está en las manos de la misma gente.

De este modo se trabaja en la construcción del desarrollo. Es una acción política orientada al control de la enfermedad de Chagas, pero va más allá en la búsqueda de la salud en general. Más aún, en la conquista de una sociedad autosostenida, de convivencia respetuosa y responsable entre sus individuos y la naturaleza. Una sociedad sana no necesita ser opulenta, puede ser modesta en su cotidianidad; pero justa y grande en la satisfacción que produce en sus individuos, quienes han de poder lograr allí, con su esfuerzo y trabajo, una vida feliz y saludable para todos.

En hechos o problemas singulares como es esta enfermedad se encuentran presentes todas las características de la sociedad global y de sus individuos. En acciones sencillas, como el mejoramiento de la vivienda rural, deben reflejarse los principios que han de guiar la sociedad sana del futuro.

Bibliografía

- Althusser, L. & Balibar, E. (1966). *Lire le Capital*. París: Maspero.
- Althusser, L. (1967). *Pour Marx*. París: Maspero.
- Apt, W.; Arribada, A.; Sagua, H.; González, J. & Araya, J. (1987). Cardiopatía chagásica en el altiplano chileno. Estudio clínico, epidemiológico y electrocardiográfico. *Revista Médica de Chile*, (115), pp. 616-623.
- Aquatella, H.; Catalioti, F.; Gómez-Mancebo, J. R.; Dávalos, V. & Villalobos, L. (1987). Long Term-Control of Chagas Disease in Venezuela: Effects on Serology Findings, Electrocardiographic Abnormalities, and Clinical Outcome. *Circulation*, 76(3), pp. 556-563.
- Arias, A. R.; Rosner, J. M.; Ferreira, M. E.; Galeano, R.; Maldonado, M.; Henning, R. (1988). *Chagas'Disease in Paraguay*. XII International Congress for Tropical Medicine and Malaria. Amsterdam.
- Arias, A. R.; Rosner, J. M.; Ferreira, M. E.; Galeano, R.; Maldonado, M. & Henning, R. (1988). *Chagas'Disease in Paraguay*. XII International Congress for Tropical Medicine and Malaria. Amsterdam.
- Arocha, J. L. (1966). *Tinaquillo: Estudio geográfico regional*. Caracas: UCV.
- Banco Central de Venezuela (1966). *La economía venezolana en los últimos 25 años*. Colección Aniversario. Caracas: BCV.
- Beckert, D. (1985). Políticas sanitarias para el control de la enfermedad. En *Factores Biológicos y Ecológicos en la Enfermedad de Chagas* (Tomo II, pp. 305-308). Buenos Aires: Centro Panamericano de Ecología y Salud/Servicio Nacional de Chagas.
- Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Benzecri, J. P. et al. (1984). *L'Analyse des Données: L'Analyse des Correspondances* (Tome II). París: Dunod.
- Bizerra, J. F.; Gazzana, M. R.; Costa, C. H.; Mello, D. A. & Marsden, P. D. (1981). A Survey of What People Know about Chagas'Disease. *World Health Forum*, 2(3), pp. 394-397.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley: University of California Press.
- Boscio, L. M. & Boscio, S. (1984). Situación de la endemia chagásica en la provincia de Jujuy (Argentina). *Chagas*, 1(4), pp. 9-15.
- Bossert, F. W. (1988). *The Benefits of Chagas'Disease Control*. XII International Congress for Tropical Medicine and Malaria. Amsterdam.
- Boudon, R. (1979). *Effets pervers et ordre social*. París: Press Universitaires de France.
- Boudon, R. (1985). *La place du desordre*. París: Press Universitaires de France.
- Breniere, F.; Bailly, M.; Carrasco, R. & Carlier, Y. (1983). Transmission transplacentaire des anticorps anti-Tripanosoma Cruzi. *Cahiers O.R.S.T.O.M., Serie Entomologie Medical et Parasitologie*, XXI(3), pp. 139-140.
- Briceño-León, R. (1984). *Los efectos perversos del petróleo*. Caracas: UCV.
- Briceño-León, R. (1986a). Aspectos psicosociales de la enfermedad de Chagas. *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social*, 9(3), pp. 37-41.

- Briceño-León, R. (1986b). *The Effect of Social Conditions and Attitudes on Community Participation in Vigilance and Control of Chagas Disease* [Project 850121]. Caracas: LIS.
- Briceño-León, R. (1987). Rural Housing for Control of Chagas Disease in Venezuela. *Parasitology Today*, 3(12), pp. 384-387.
- Briceño-León, R. (1988a). *Community Participation in Tropical Diseases Control*. XII International Congress for Tropical Medicine and Malaria. Amsterdam.
- Briceño-León, R. (1988b). *El comportamiento del venezolano ante el trabajo y la riqueza*. Caracas: UCV-CONICIT.
- Briceño-León, R. (1988c). Housing Improvement in Chagas' Disease Control. *Social Sciences and Tropical Diseases*, 2(5), pp. 16-20.
- Briceño-León, R. (1988d). *The Situational and Sociopsychological Aspects of the Transmission of Chagas Disease*. Twentieth Conference of BSA Medical Sociology Group. *Medical Sociology News*, 14(1), p. 41. New York.
- Briceño-León, R. et al. (1986). *Control de la enfermedad de Chagas a través del mejoramiento de la vivienda rural* [Informe de evaluación social del proyecto AMR0-0903]. US, Caracas.
- Briceño-León, R. (1993a). Social Aspects of Chagas Disease. En S. Linderbaum & M. Lock (ed.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life* (pp. 287-302). University of California Press.
- Briceño-León, R. (1993b). The Role of House Design in Limiting Vector-Borne Disease. En C. F. Curtis (ed.), *Appropriate Technology in Vector Control*. Boca Raton, Florida, USA: CRC Press. Con C. Schofield, N. Kolstrupp, DJT Webb y GB White.
- Briceño-León, R. (1996a). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saude Publica*, 12(1), pp. 7-30.
- Briceño-León, R. (1996b). El DDT y la modernización de Venezuela. *Boletín de Malariología y Saneamiento Ambiental*, XXXVI(1-2), pp.44-50.
- Briceño-León, R. (1997). En la casa de bahareque podría residir el futuro. *Revista Bigott*, (43), pp.51-61.
- Briceño-León, R. (1998). A cultura da enfermidade como fator de proteção e de risco. En R. Peixoto Veras, M. Lima Barreto, N. de Almeida Filho & R. Barradas Barata (org.), *Epidemiologia: contextos e pluralidade* (pp.121-131). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz-Abrasco, Serie Epidemiológica 4.
- Briceño-León, R. (2001a). Mud, Bugs and Community Participation: Remodelling Village Houses to Eradicate Vector-Borne Disease. En N. Higginbotham, R. Briceño-León & N. Jonhson (eds.), *Applying Health Social Science. Best Practice in the Developing World* (pp 226-245). London: Zed Books.
- Briceño-León, R. (2001b). Promoción de la salud y participación comunitaria para el control de la enfermedad de Chagas. En F. Balcázar, M. Montero & J. R. Newbrough (eds.), *Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades* (pp. 167-180). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Briceño-León, R. (2006). La enfermedad de Chagas, descentralización y renta petrolera en Venezuela. En Z. E. Yadón, R. E. Gürtler, F. Tobar & A. C. Medici (eds.), *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina* (pp. 325-341). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Briceño-León, R. (2007a). Chagas Disease and Globalization of Amazonia. *Cadernos de Saude Publica*, 23 (1), pp. 33-40.

- Briceño-León, R. & Méndez Galván, J. (2007b). The Social Determinants of Chagas Disease and the Transformations of Latin América. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 102 (1), pp. 109-112.
- Briceño-León, R. (2007c). La enfermedad de Chagas y las transformaciones de América Latina. En *La enfermedad de Chagas: A la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral* (pp. 219-230). Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud y Fundación Mundo Sano.
- Briceño-León, R. (2007d). Las dimensiones sociales de la enfermedad de Chagas. En F. Rosas, D. Vanegas & M. Cabriaes (eds.), *Enfermedad de Chagas* (pp.197-204). Bogotá, Colombia: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Sociedad Española de Cardiología.
- Briceño-León, R. (2009). La enfermedad de Chagas en las Américas: Una perspectiva de Ecosalud. *Cadernos de Saude Pública*, 25(1), pp. 71-82.
- Briceño-León, R. & Avila, O. (2014). De la participación comunitaria a la participación social: Un enfoque de Ecosalud. *Espacio Abierto. Cuadernos Venezolanos de Sociología*, 23(2), pp.219-240.
- Briceño-León, R., Sequeda, M. & Terán, I. (2020). Politics as Disease. Vector Control before and after the Bolivarian Revolution. En K. Bardosh (ed.), *Locating Zika. Social Change and Governance in the Age of Mosquitos* (pp. 104-127). London: Routledge.
- Briceño-León, R. (2022a). Herd Culture and Herd Immunity. *Ciência E Saúde Coletiva*, 27(5), pp.1843-1848.
- Briceño-León, R. (2022b). COVID-19: Individual Freedom and Herd Culture. *Gaceta Médica de Caracas*, 130(2), pp. 336-341.
- Brisseu, J. M.; Cebrón, J. P.; Petit, T.; Marjolet, M.; Cuilliere, P.; Godin, J. & Grolleau, J. Y. (1988). Chagas Myocarditis Imported into France. *The Lancet*, I(8593), p. 1046.
- Brumpt, L. (1980). Epidemiologie de la maladie de Chagas. *Bulletin de la Academie Nationale de Medecine*, 164(8), pp. 782-785.
- Bucher, E. H. & Schofield, C. J. (1981). Economic Assault on Chagas Disease. *New Scientist*, (29), pp. 321-322.
- Carcavallo, R. (1979). A Social Disease. *Panamerican Health*, 11(1-4), pp. 15-17.
- Carcavallo, R. U. (1985). Sinopsis epidemiológica de la enfermedad de Chagas. En R. U. Carcavallo; J. E. Rabinovich & R. J. Tonn (eds.), *Factores biológicos y ecológicos en la enfermedad de Chagas* (Tomo I, p. 19). Buenos Aires: Centro Panamericano de Ecología y Salud/Servicio Nacional de Chagas.
- Carcavallo, R. U. & Tonn, R. J. (1985). *Rhodnius Prolixus* STAL. En R. Carcavallo, R.; J. E. Rabinovich & R. J. Tonn (col.), *Factores biológicos y ecológicos en la enfermedad de Chagas* (Tomo I, pp. 209-217). Buenos Aires: Centro Panamericano de Ecología y Salud/Servicio Nacional de Chagas.
- Carrasco Guerra, H. A.; Palacios-Prü, E.; Mendoza R., E. & Dagert de Scorza, C. (1983). Aspectos clínicos de la enfermedad de Chagas. *Interciencia*, 8(6).
- Chagas, C. (1909). Nova entidade morbida do homen. Resumo de mes estudos etiologicos e clinicos. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 3, p. 557.
- Chagas, C. (1909). Nova Tripanozomiasse humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum Cruzi n.gen., n. sp.*, agente etiologico de nova entidade mórbida no homem. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 1, pp. 159-218.
- Chagas, C. (1909). Über eine neue Trypanosomiasis des Menschen. *Archiv für Schiffs-und tropenhygiene*, (13), pp. 351-353.
- De la Plaza, S. (1975). *El problema de la tierra* [Vol. 5]. Caracas: UCV.
- DGMSA-SAS (1956). *Vivienda sana*. Maracay: Publicaciones de la Dirección de Malariología.

- Días, E. (1958). *Doença de Chagas: Um problema americano*. VI International Congress in Tropical Medicine and Malaria, pp.78-86. Lisboa.
- Dias, I. C. P. & García, A. L. R. (1978). Vigilancia epidemiológica con participación comunitaria. Un programa de enfermedad de Chagas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 84(6), pp. 533-544.
- Dias, J. C. P. (1985a). Aspectos socioculturais e economicos na expansao e no controle da doença de Chagas humana. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropical*, 65, Suppl. 1, p. 120.
- Dias, J. C. P. (1985b). Aspectos socioculturales y económicos relativos al vector de la enfermedad de Chagas. En R. Carcavallo (ed.), *Factores biológicos y ecológicos en la enfermedad de Chagas*, p. 295. Buenos Aires: Servicio Nacional de Chagas.
- Dias, J. C. P. (1985c). Historia Natural. En J. R. Cansado y M. Chuster, *Cardiopatía chagásica*. Belo Horizonte: Fundação C. Chagas.
- Dias, J. C. P. (1987). Control of Chagas Disease in Brazil. *Parasitology Today*, 3(11), pp. 336-341.
- Dias, J. C. P. & Dias, R. B. (1985). Participação da comunidade no controlada doença de Chagas. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropical*, 65(1), Supp., pp. 127-135.
- Días, R. B. (1985). *Cabeceira do cansancao e o projecto doença de Chagas s/e*.
- Dirección General de Estadísticas y Censos Nacionales (1876). *Venezuela: Apuntes Estadísticos del Estado Cojedes* [Edición Oficial]. Caracas: Imprenta de la Opinión Nacional.
- Field, D. (1978). The Social Definition of Illness. En D. Tuckett (ed.), *An Introduction to Medical Sociology* (pp. 335-366). London: Tavistock Publications.
- Flores, B.; Hernández, G.; Contreras, M.; Sandoval, L.; Rojas, A.; Villarroel, F.; González, O. & Schenone, H. (1984). Enfermedad de Chagas en Chile. Sectores Rurales. Infestación *Triatomi-dea* domiciliaria e infección por *Tripanosoma cruzi* del vector, y de mamíferos domésticos de la V Región. 1983. *Boletín Chileno de Parasitología*, (39), pp. 62-65.
- Frankemberger, R. & Lesson, J. (1976). Disease, Illness and Sickness: Social Aspects of the Choise of a Healer in a Lusaka Suburb. En J. Loudon (ed.), *Social Anthropology and Medicine* (pp. 223-258). New York: Academic Press.
- Freire, P. (1970). *La concientización*. Caracas: Instituto Agrario Nacional.
- Freud, S. (1973). Recuerdo, repetición y elaboración. En S. Freud, *Obras Completas* (Tomo II, pp. 1683-1688). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gabaldón, A. (1965). *Una política sanitaria*. Caracas, MSAS.
- Gabaldón, A. (s/f). *Discurso de inauguración*. Reunión de evaluación final de los proyectos AMRO 0902-0903. Trujillo: DGSMASAS/OPS.
- Gamboa C., J. (1968). Evaluación de la vivienda en el medio rural del estado Miranda, Venezuela. Su reflejo en la situación triatomina. *Boletín de la División de Malariología y Saneamiento Ambiental*, 8, pp.365-374. MSAS.
- Gamboa C., J. (1973). Factores que determinan la infestación y reinfestación triatominae de la vivienda campesina. *Boletín de la División de Malariología y Saneamiento Ambiental*, (13), pp. 1-2. MSAS.
- Gamboa C., J. (1973). El proceso modificador de la vivienda en el estado Miranda. Su relación con la infestación de *Rhodnius prolixus*. *Archivos Venezolanos de Medicina Tropical y Parasitología Médica*, (5), pp. 353-364.
- Gamboa, J. & Pérez Ríos, L. J. (1965). El rancho venezolano, su influencia en la prevalencia triatomi-na doméstica. *Archivos Venezolanos de Medicina Tropical y Parasitología Médica*, 5, pp. 305-328.

- García Zapata, M. T. & Marsden, P. D. (1986). Chagas'Disease. *Clinics in Tropical Medicine and Communicable Diseases*, 1(3), p. 557.
- Goldbaum, M. (1982). O problema das doenças tropicais e os movimentos migratorios no Brasil: situação em São Paulo. *Doenças e migração humana*, pp. 33-38. Brasília: Centro de Documentação do Ministério de Saúde.
- Gramsci, A. (1971). *Selection from the Prison Notebooks*. Lawrence and Wishart, London.
- Gumilla, J. (1944). *El Orinoco ilustrado, historia natural, civil y geográfica de este gran río y de sus caudalosas vertientes*. Caracas: Ediciones de la Academia Nacional de la Historia.
- Harrison, D. (1985). *Underdevelopment is a State of Mind*. Cambridge: Harvard University Press
- Hernández-Matheson, I. M.; Erickson, C. D.; Jaime, C.; Castilla, P. & Espinoza, M. P. (10 de enero de 1987). *New Focus of Chagas Disease in Mexico*. The Lancet, p. 100.
- Kahl, J. A. (1968). *The Measurement of Modernism: A Study of Values in Brazil and Mexico*. Texas: University Press.
- Kirchoff, L. & Neva, F. A. (1985). Chagas'Disease in Latin American Immigrants. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 254(21), pp. 3058-3060.
- Kirchoff, L.; Gam, A. A. y Gilliam, F.C. (1987). American Trypanosomiasis (Chagas'Disease) in Central American Immigrants. *The American Journal of Medicine*, 82, pp. 915-920.
- Kleimann, A. (1978). Concepts and Models for the Comparisson of Medical System as Cultural Systems. *Social Science and Medicine*, (12), pp. 85-93.
- Lacan, J. (1976). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En J. Lacan, *Escritos I* (p. 202). México: Editorial Siglo XXI.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among Internality, Powerful Others and Chance. En H. Levenson, *Research with the Locus of Control Construct* (Vol. 1, pp. 15-61). Academic Press.
- Levi-Strauss, C. (1964). *Las estructuras elementales del parentesco*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lewinsohn, R. (1981). Carlos Chagas and the Discovery of Chagas Disease. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 74, pp. 451-455.
- LIS/OPS (1987). *Manual de construcción y mejoramiento de viviendas de bahareque para el control de la enfermedad de Chagas*. Maracay: Imprenta de Malariología.
- Lunt, M. G. (1980). Stabilised Soil Blocks for Building. *Overseas Building Notes*, (184), p. 15. Watford: Building Research Establishment.
- Luvquist, S. (1979). *Land and Power in South América*. London: Penguin Books.
- M.S.A.S (s/f). *Anuario de epidemiología y estadística vital. Año 1940*, (cuadro 55, pp. 128-129). Caracas: SAS.
- Maguirre, J.; Hoff, R.; Sherlock, I.; Guimarães, A. C.; Sleigh, A. C.; Ramos, N. B.; Mott, K. E.; Weller, T. H. (1987). Cardiac Morbidity and Mortality due to Chagas'Disease: Prospekted Electrocardiographic Study of a Brazilian Community. *Circulation*, 75(6), pp. 1140-1145.
- Marsden, P. D.; Virgens, D.; Magalhaes, I.; Tavares-Neto, J.; Ferreira, R.; Costa, CH.; Castro, C. N.; Macedo, V. & Prata, A. (1982). Ecología domestica do *Triatoma Infestans* en Mambai, Goias-Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 24(6), pp. 364-373.
- Martí, M. (1928). *Relación y testimonio de la visita general de este Obispado de Caracas y Venezuela en el espacio de doce años, tres meses y veinte y dos días*. Caracas: Academia Nacional de la Historia.
- Marx, K. & Engels, F. (1965). *La ideología alemana*. México: Grijalbo.
- Marx, K. (1970). *Obras Escogidas*. Moscú: Editorial Progreso.
- Mauss, M. (1950). *Sociologie et antropologie*. Paris: Press Universitaires de France.

- Merzer, H. (1988). Aspectos sociológicos del proyecto: Estrategia de vigilancia de la transmisión de la enfermedad de Chagas por Atención Primaria de Salud. *Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos de las nuevas herramientas para el control de la enfermedad de Chagas*. Reunión Termas de Río Hondo. Ministerio de Salud y Acción Social, Argentina/ TDR-WHO.
- Montero, M. (1982). *Ideología, alienación e identidad nacional. (Una aproximación al ser venezolano)*. Caracas: EBUG.
- Mora, R.; Arape, I. & Maekelt, G. (1960). Estudio sobre la incidencia de la infección Chagásica entre donantes de sangre de las fuerzas armadas de Venezuela. *Archivos Venezolanos de Medicina Tropical y Parasitología Médica*, pp. 125-131.
- Morales Lara, J. (1941). *Panorama histórico y económico de Cojedes*. Conferencias Venezolanistas del Ateneo de Caracas, p. 47. Caracas: Impresores Unidos.
- Nasir, J. (1988). *Memorandum interno*. Servicio de Chagas Provincia del Chaco, Argentina.
- Nery-Guimares, F. & Lage, H. A. A. (1972). Refratariedade das aves ao *T. cruzi*. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 70, pp. 97-107.
- Novoa Montero, D. (1985). *¿Miocardiopatía crónica endémica venezolana? ¿Chagásica?* Mérida: CD-CHT-ULA-Gobernación del Estado Mérida.
- OCEI (1986). *Situación habitacional de Venezuela*. Caracas: OCEI.
- Oliveira Filho, M. A. (1984). New Alternatives for Chagas Disease Control. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 79, pp. 117-123.
- Olson, M. (1971). *The Logic of Collective Action*. Harvard: Harvard University Press.
- OPS (1982). Enfermedad de Chagas. *Boletín Epidemiológico*, 3(3), p. 3.
- OPS (1983). *Estado actual de la situación en relación a la enfermedad de Chagas en las Américas*. Washington: CD29/INF/4.
- Otero, M. A.; Mora de Morales, E.; Sucre, A. S.; Guevara de Sequeda, M.; Castro, J.; Hubsch, R. & Borges, L. (1984). *Estado actual de la enfermedad de Chagas en Venezuela*. Reunión de grupo de estudio para analizar estrategias de control de la enfermedad de Chagas. Washington: OPS/OMS.
- Otero, M. A.; Mora de Morales, E.; Sucre, A. S.; Guevara de Sequeda, M.; Castro, J.; Hubsch, R. & Borges, L. (1984). *Estado actual de la enfermedad de Chagas en Venezuela*. Reunión de grupo de estudio para analizar estrategias de control de la enfermedad de Chagas. Washington: OPS/OMS.
- Pavloni, I.; Cunit, R.; Pérez, A.; Wisnevesky-Colli, C. & Segura, E. L. (1988). Field Research on an Epidemiological Surveillance Alternative of Chagas Disease Transmission: the Primary Health Care Strategy in Rural Areas. *Revista Argentina de Microbiología*, 20 (Supl.), pp. 103-105.
- Pereira, M. O. (1984) Characteristics of Urban Mortality from Chagas Disease in Brazil's Federal District. *Bulletin of Pan American Health Organization*, 18(1), pp. 2-9.
- Petana, W. (1976). Educación para el control de la enfermedad de Chagas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, p. 56.
- Piesman, J.; Sherlock, I.; Mota, E.; Todd, C.; Hoff, R. & Weller, T. (1985). Association between Household Triatomine Density and Incidence of *Tripanosoma cruzi* Infection during a Nine-Year Study in Castro Alves, Bahía, Brazil. *American Journal of Tropical Medicine and Higiene*, 34(5), pp. 866-869.
- Pifano, F. & Guerrero, L. (1963). Campaña contra la enfermedad de Chagas en Venezuela. Aspectos metodológicos, encuestas epidemiológicas de reconocimiento en escala nacional e investigación científica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, (54), pp. 394-411.

- Pinto Días, J. C. & Borges Dias, R. (1982). Housing and the Control of Vector of Human Chagas' Disease in the State of Minas Gerais, Brazil. *PAHO Bulletin*, 16(2), pp. 117-127.
- Ponce, C. & Zeledón, R. (1973). La enfermedad de Chagas en Honduras. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, pp. 239-246.
- Ponce, C. (1984). *Prevalencia de la enfermedad de Chagas en Honduras*. Reunión para analizar las estrategias de control de la enfermedad de Chagas, pp. 2-15. Washington.
- Popper, K. (1967). *La sociedad abierta y sus enemigos*, (Tomo II). Buenos Aires: Paidós.
- Popper, K. (1970). La lógica de lo social. En T. W Adorno; K. Popper; R. Dahrendorf; J. Habermas; H. Albert & H. Pilot, *La disputa del positivismo en la sociología alemana*. México: Grijalbo.
- Popper, K. (1981). *Conjectures and Refutations. The Grow of Scientific Knowledge*. London: Routledge and Kegan.
- Popper, K. (1984). *La sociedad abierta, el universo abierto*. Madrid: Tecnos.
- Poulantzas, N. (1974). *Las classes sociales dans le capitalisme aujourd'hui*. París: De Seuil.
- Ravinovich, J. (1985). Ecología poblacional de Triatominos. En R. U. Carcavallo; J. E. Rabinovich & R. J. Tonn (eds.), *Factores biológicos y ecológicos en la enfermedad de Chagas* (Tomo I, pp. 121-147). Buenos Aires: Centro Panamericano de Ecología y Salud/Servicio Nacional de Chagas.
- Rabinovich, J. E.; Leal, J. A. & Piñero, D. (1979). Domiciliary Biting Frequency and Blood Ingestion of the Chagas'Disease Vector *Rhodnius Prolixus* Stahl (Hemiptera Reduviidae) in Venezuela. *Transactions of the royal society of tropical Medicine and higiene*, 73(3), pp. 272-282.
- Ribera, B. O. (1985). Aspectos socio-económicos y culturales de la enfermedad de Chagas. *Annales de la Société Belge de Medinice Tropical*, Vol. 65. Suppl. 1. 1985, pp. 1-8.
- Ríos, S.; Rosner, J. M. (1988). Our Approach to Housing Improvement in Chagas'Disease Control. *Reunión aspectos sociales, económicos y epidemiológicos de las nuevas herramientas para el control de la enfermedad de Chagas*. Termas de Rio Hondo, Argentina.
- Romana, C. (1952). *Cómo puede construirse un rancho higiénico antivinchu* [Folleto de divulgación N° 4]. Argentina: Instituto de Medicina Regional, Universidad de Tucumán.
- Romero García, O. (1981). *Internalidad como motivación, valor incentivo de los estudios y ejecución intelectual esperada*. Mérida: Laboratorio de Psicología, publicación 34, ULA.
- Romero García, O. (1985). *Motivando para el trabajo*. Caracas: Lagoven.
- Rothhammer, F.; Standen, V.; Nunez, L.; Allison, M. & Arriaza, B. (1984). Origen y desarrollo de la Tripanosomiasis en el área Centro-Sur Andina. *Chungara*, (12), pp. 155-160.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs General and Applied*, 80(609), pp. 1-28.
- Salazar-Schettino, P. M. (1983). Customs which predispose to Chagas'Disease and Cysicercosis in México. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, (32), pp. 1179-1180.
- Salvatella, R. (1986). Encuesta de prevalencia serológica de la enfermedad de Chagas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 2(2) (Segunda época), pp. 119-124.
- Schenone, H.; Contreras, M.; Borgoña, J.; Rojas, A.; Villarroel, F. & Valdes, J. (1985). Enfermedad de Chagas en Chile. Sectores rurales y periurbanos del área de endemosootia. Relaciones entre condiciones de la vivienda, infestación triatomidea domiciliaria e infección por el *Tripanosoma cruzi* del vector, del humano y de mamíferos domésticos. 1982-1985. *Boletín Chileno de Parasitología*, (40), pp. 58-67.
- Scheper-Hughes, N. (1988). The Madness of Hunger: Sickness, Delirium, and Human Needs. *Analysis in Medical Anthropology*. Lisboa: Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research International Conference.

- Schiffler, R. J. (1984). Indigenous Chagas'Disease (American Trypanosomiasis) in California. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 251(22), pp. 2983-2984.
- Schmuñis, G. (1985). Chagas'Disease and Blood Transfusion. En R. Y. Dodd & L. E. Baker (eds.), *Infection, Immunity and Blood Transfusion* (pp. 127-145). New York: Alan R Liss Inc.
- Schofield, C. J. & Marsden, P.D. (1982). The Effect of Wall Plaster on a Domestic Population of *Triatoma infestans*. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 16, pp. 356-360.
- Schofield, C. J. (1988). Biosystematics of the Triatominae. En *Biosystematics of Haematophagous Insects*, pp 285-312. Oxford: Clarendon Press.
- Schofield, C. J.; Apt, W. & Miles, M. A. (1982). The Ecology of Chagas'Disease in Chile. *Ecology of Disease*, 1(2-3), pp. 117-129.
- Schofield, C. J.; Briceño-León, R.; Kolstrupp, N.; Webb, D. T. J & White, G. B. (s/f). The Role of House Desing in Limiting Vector-Borne Disease. En C. J. Curtis (ed.), *Appropriate Technology in Vector Control*. CRC Press Uniscience (en prensa).
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. New York: Freeman.
- Sequeda, M.; Villalobos, L.; Maekelt, O. A.; Acquatella, H.; Velasco, J.; González, J. R. & Anselmi, G. (1986) Enfermedad de Chagas. Caracas: VII Congreso Venezolano de Salud Pública.
- Silva, L. J. (1985). Desbravamento, agricultura e doença de Chagas no estado de Sao Paulo. *Cader-nos de Saúde Pública*, 2(2), pp. 124-140.
- Silveira, A. C. (1985). O programa de controle da doença de Chagas no Brasil. *Annales de la Société Belge de Medicine Tropical*, 65, Suppl. 1, p. 140.
- Sindzingre, N. (1984). La nécessité du sens: L'explication de l'infortune chez les Senufo. En M. Auge & C. Herzlich (eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Editions des Archives Comtemporaines.
- Skinner, B. F. (1967). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Fontanella.
- Strmiska, Z. (1989). Theories de l'action et status des acteurs. En R. Briceño-León & E. Wagner, *Las ciencias de lo humano: homenaje internacional a Jeannette Abouhamad*, pp. 34-412. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.
- Susser, M.; Watson, W. & Hopper, K. (1985). *Sociology in Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Tejera, E. (1919). Primer caso de *Tripanosomiasis americana* en el estado Miranda. *Gaceta Médica*, 26, p. 113. Caracas.
- Torrealba, J. F. (1943). *Investigaciones sobre la enfermedad de Chagas en Zaraza*. Caracas: Tipografía Garrido.
- Torrealba, J. W. (1980). *A Future Perspective of Community Involvement for Control of Chagas'Disease*. Workshop on Epidemiological, Social and Economic Aspects of Present and Future Methods for Chagas'Disease Control. México.
- Torrealba, J. W.; Tonn, R. & Carcavallo, R. (1985). Venezuela. En *Factores biológicos y ecológicos en la enfermedad de Chagas* (Tomo II, 1985, pp. 465-472). Buenos Aires: Centro Panamericano de Ecología y Salud/Servicio Nacional de Chagas.
- Torres, C. M. (1941). Sobre a anatomia patologica da doença de Chagas. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*. 36, pp. 391-404.
- Touraine, A. (1978). *La conscience ouvrière*. Paris: Du Seuil.
- Tybayrenc, M. (1984) La maladie de Chagas en Bolivie: donnes preliminaires sur les cycles domestiques: méthodes simplifiées de capture des tritomes. *Cahiers O.R.S.T.O M.*, Serie Ent. Méd. et Parasito 1, XXII(1), pp. 51-53.

- Vallecha, J. & Ostrom, T. (1974). An Abbreviated Measurement of Internal-External Locus of Control. *Journal of Personality Assessment*, 38(4), pp. 369-376.
- Vila, M. A. (1956). *Aspectos geográficos del estado Cojedes*. Caracas: CVF-Editorial Ragén.
- Webb, D. J. T. & Lookwood, A. J. (1987). Brepak Operators Manual. Watford: Building Research Establishment.
- Webb, D. J. T. (1985). Low Cost Housing and Parasite Vectors. *Parasitology today*, 1(2), pp. 65-66.
- Weber, M. (1969). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Península.
- WHO (1985). Chagas'Disease in the Region of the Americas. *Weekly Epidemiological Record*, 60, p. 37.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, (11), pp. 257-285.
- Zaidi, S. A. (1988). Poverty and Disease: Need for Structural Change. *Social Science and Medicine*, 27(2), pp. 119-127.
- Zeledón, R. (1974). Epidemiology, Modes of Transmission and Reservoir Host of Chagas'Disease. En K. Elliott; M. O'Connor & G. E. W. Wolstenholme (ed.), *Trypanosomiasis and leishmaniasis (with special reference to chagas'disease)*, pp. 51-77. Amsterdam: Ciba Foundation Symposium 20, Elsevier.
- Zeledon, R.; Solano, G.; Burstin, L. & Swartzwelder, J. C. (1975). Epidemiological Pattern of Chagas'Disease in an Endemic Area of Costa Rica. *The American Journal of Tropical Medicine and Higiene*, 24(2), pp. 214-222.
- Zerba, E.; Wood, E.; Melgar, F.; Licastro, S.; M.I.P. de Villar; Casabé, N. & Wallace, G. (1988). Physiological and toxicological basis of a fumigant canister with triatomal activity. *Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos de las nuevas herramientas para el control de la enfermedad de Chagas*. Reunión Termas de Río Hondo. Argentina: Ministerio de Salud y Acción Social/TRD-WHO.

Equipo de investigación

Equipo central

Dr. Roberto Briceño-León

Director, Laboratorio de Investigaciones Sociales

Dr. Silverio González Téllez

Coordinador, Laboratorio de Investigaciones Sociales

Soc. Luis Mauricio Phelan

Investigador, Laboratorio de Investigaciones Sociales

Soc. José Andrés Ruiz

Investigador, Laboratorio de Investigaciones Sociales

Aspectos médicos-entomológicos

Dr. Jorge Velasco

Organización Panamericana de la Salud, OPS

Aspectos estadísticos

Dr. Patrick Quidel

Prof. Edgar Galfndez

Prof. Feres Gatrif

Escuela de Estadística e Informática

Investigadores invitados

Lic. Gloria Perdomo

Doctorado en Ciencias Sociales

Lic. Julia Rattia

DGSMSA, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Entrevistadores

Insp. Luis Caguaripano

Insp. Arturo Luque

DGSMSA, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Br. Anabel Martínez

Br. Nubia Martínez

Asesores

Epidemiología

Dr. Arnoldo Gabaldón

Lic. Domingo Mora Márquez

Dr. Luis Villalobos

Dr. Renato Gusmao

Arquitectura-Ingeniería

Dr. Arturo Luis Berti

Arq. Octavio Guardia

Ing. María Teresa Rojas

Psicología Social

Dra. Maritza Montero

Dr. Oswaldo Romero García

Sociología

Dr. Zdenek Strmiska

Tecnología bahareque

Sr. Gregorio Agüero

Apoyo institucional

Sr. Federico Reyes Pereira

Sr. Adonay Ochoa

Sra. Marina Jiménez

Sra. Victoria Martínez

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*
Carlos Matus, 2022

23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*
Mario Testa, 2022

22. *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*
Hugo Spinelli, 2022

21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*
Emerson Elias Merhy, 2021

20. *Vida de sanitarista*
Mario Hamilton, 2021

19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

18. *Método Altadír de planificación popular*
Carlos Matus, 2021

17. *Teoría del juego social*
Carlos Matus, 2021

16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*
Sonia Fleury, 2021

15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*
Jairnilson Silva Paim, 2021

14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

13. *Método Paideia: análisis y gestión de colectivos*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*
Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*
Matio Testa, 2020

10. *La salud mental en China*
Gregorio Bermann, 2020

9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*
Instituto de Salud Colectiva, 2020

8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*
Eduardo L. Menéndez, 2020

6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*
Josué de Castro, 2019

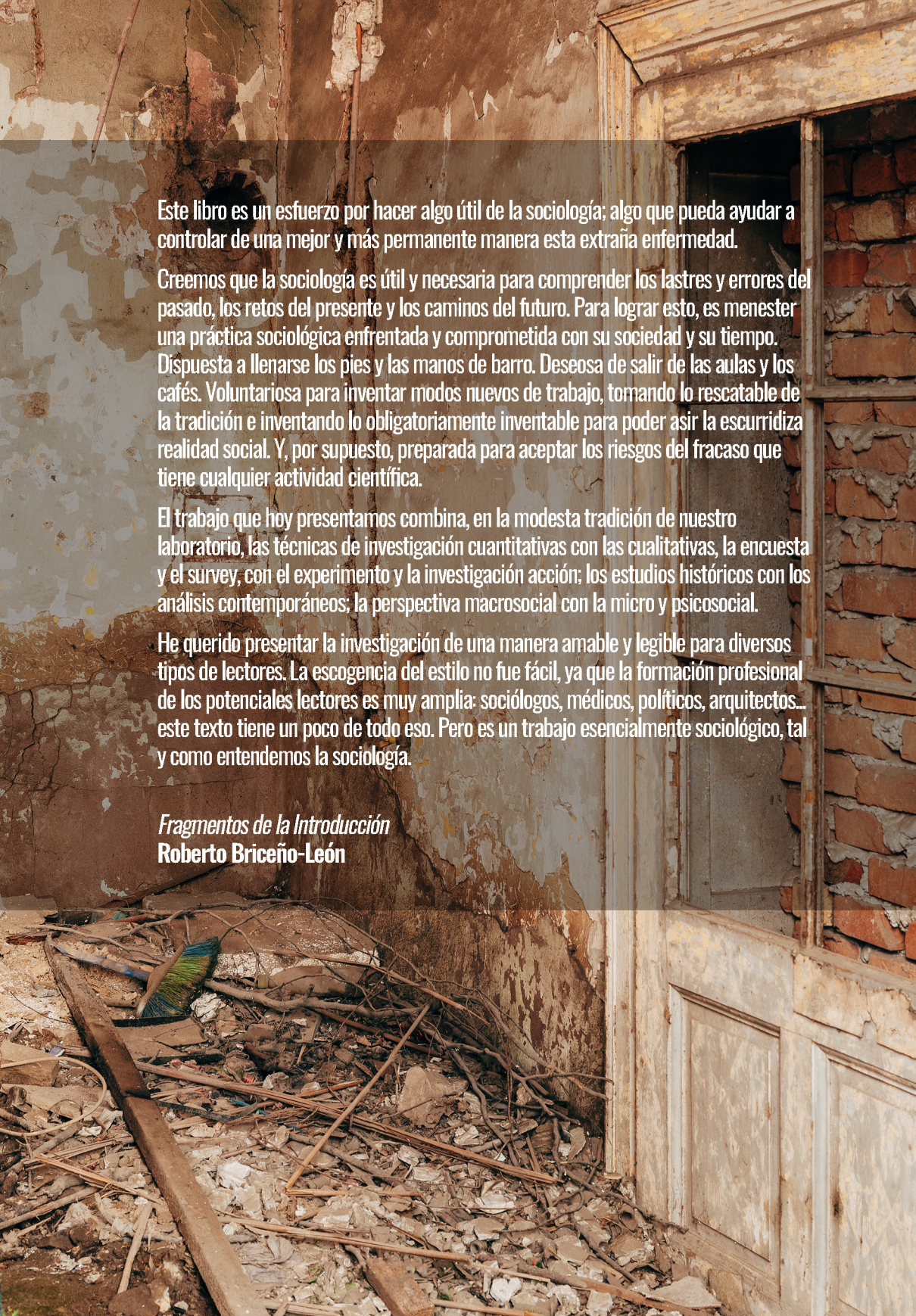
5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*
Marcelo Luis Urquía, 2019

2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*
Lilia Blima Schraiber, 2019

1. *Política sanitaria argentina*
Ramón Carrillo, 2018

The background image is a photograph of a building in a state of significant disrepair. The walls are covered in peeling, cracked, and stained paint, revealing a rough, brownish substrate. To the right, a doorway or window opening shows a glimpse of a brick wall. In the foreground, a large, messy pile of debris is scattered on the ground, consisting of broken wood, dry leaves, twigs, and other unidentifiable fragments. A broom with a green head and a wooden handle lies among the debris on the left side. The overall atmosphere is one of neglect and decay.

Este libro es un esfuerzo por hacer algo útil de la sociología; algo que pueda ayudar a controlar de una mejor y más permanente manera esta extraña enfermedad.

Creemos que la sociología es útil y necesaria para comprender los lastres y errores del pasado, los retos del presente y los caminos del futuro. Para lograr esto, es menester una práctica sociológica enfrentada y comprometida con su sociedad y su tiempo. Dispuesta a llenarse los pies y las manos de barro. Deseosa de salir de las aulas y los cafés. Voluntariosa para inventar modos nuevos de trabajo, tomando lo rescatable de la tradición e inventando lo obligatoriamente inventable para poder asir la escurridiza realidad social. Y, por supuesto, preparada para aceptar los riesgos del fracaso que tiene cualquier actividad científica.

El trabajo que hoy presentamos combina, en la modesta tradición de nuestro laboratorio, las técnicas de investigación cuantitativas con las cualitativas, la encuesta y el survey, con el experimento y la investigación acción; los estudios históricos con los análisis contemporáneos; la perspectiva macrosocial con la micro y psicosocial.

He querido presentar la investigación de una manera amable y legible para diversos tipos de lectores. La escogencia del estilo no fue fácil, ya que la formación profesional de los potenciales lectores es muy amplia: sociólogos, médicos, políticos, arquitectos... este texto tiene un poco de todo eso. Pero es un trabajo esencialmente sociológico, tal y como entendemos la sociología.

Fragmentos de la Introducción
Roberto Briceño-León