

# Hidatidosis: la importancia del Estado en el control de las enfermedades

## Reportaje

a **Edmundo Larrieu**

por **Gustavo Viozzi y Mónica de Torres Curth**

La hidatidosis es una enfermedad bastante común en las regiones de producción lanar en la Patagonia. En la provincia de Río Negro, se llevó a cabo durante más de cuarenta años, un programa de control encabezado por Edmundo Larrieu, médico veterinario que formó parte, hasta su jubilación, del Ministerio de Salud provincial. Para enterarnos sobre las características de esta enfermedad, en qué consistió el programa y el estado de situación actual, Desde la Patagonia conversó con él.

**Desde La Patagonia (DLP):** Contanos qué es la hidatidosis.

**Edmundo Larrieu (EL):** La hidatidosis es una enfermedad que hoy en día se denomina equinococosis quística. Es lo que se llama una enfermedad zoonótica, o sea, transmisible de los animales al hombre. En su ciclo de vida están involucrados los perros y los rumiantes. Desde el punto de vista de la salud pública, en nuestra zona patagónica, las ovejas y las cabras son las más importantes, pero también el cerdo, la vaca o el caballo pueden ser parte del ciclo de vida. El perro tiene un parásito en su intestino cuyo nombre científico es *Echinococcus granulosus* y puede llegar a tener miles de estos parásitos, que son pequeñas tenias que no le hacen nada. Junto con la caca el perro elimina un segmento del parásito que tiene unos ochocientos o novecientos huevos. Estos huevos contaminan el agua y las pasturas, y son ingeridos por las ovejas o las cabras. Desde el intestino de estos animales el parásito pasa a la circulación sanguínea y se va a ubicar en el hígado o el pulmón -las dos vísceras más importantes- donde empieza a crecer formando uno o varios quistes hidatídicos que van lesionando el órgano. A estos quistes los pobladores rurales los llamaban "vejigas de agua". Son como globitos de carnaval, bien duros, con líquido en su interior, que crecen hasta destruir la víscera. Dentro del quiste hay nuevos parásitos en estado de larvas, que se llaman protoescolices. Cuando el perro se come ese quiste hidatídico, en su intestino se van a generar parásitos en su forma adulta y con la capacidad de producir huevos. Así que el perro contamina a la oveja y la oveja al perro, con dos formas distintas del parásito: es el mis-



Imagen: gentileza de E. Larrieu.

Edmundo Larrieu fue Jefe de Zoonosis del Ministerio de Salud de Río Negro y vicepresidente de la Asociación Internacional de Hidatidología. Es Profesor Consulto de las cátedras de Epidemiología y Salud Pública en las carreras de Veterinaria de las Universidades de La Pampa y de Río Negro.

mo bicho, en un caso con forma de gusano chiquito y en otro caso con forma de quiste que, aunque parecen tan distintos, son básicamente lo mismo. Hasta ahí es un problema del perro y de la oveja. El problema es que el hombre, accidentalmente, se comporta como la oveja cuando está en contacto con perros parasitados. Estos huevos, que están en las heces caninas, pueden quedar en el pelaje del perro o en la zona perianal y pueden contaminar el agua, la comida, las manos de quien está con el perro. Entonces el parásito ingresa por la boca al organismo humano y hace lo mismo que en la oveja: se ubica en el hígado o pulmón -los dos órganos más frecuentes, pero puede ir a cualquier lado- y ahí empieza a crecer y puede generar un daño muy grande con el crecimiento de muchos años. Crece lento en general, aunque no siempre, y si no es tratado la persona puede llegar a morir. Esto es básicamente el ciclo de la enfermedad y como tal, si estamos hablando de perros y ovejas es una zoonosis que sobre todo afecta a las zonas rurales y a la zona productora de lanares. Por eso la Patagonia es una zona con mucha presencia de la enfermedad. Así que, resumiendo,



Imagen: gentileza de E. Larrieu.

para dejar los conceptos claros, es una enfermedad zoonótica transmitida por el perro, a través de algo que elimina con la materia fecal y donde el hombre se enferma por el contacto con perros parasitados.

**DLP:** ¿Puede haber, además, contagio persona a persona?

**EL:** No, felizmente no. La única forma que tiene un ser humano de enfermarse es ingiriendo huevos de *Echinococcus* liberados por el perro al ambiente. Como dato anecdótico te diría que las personas pueden participar del ciclo completo, o sea "hacer de oveja", lo cual es una rareza obviamente, pero ocurre en una tribu africana, los turcanos, que dejan los cadáveres en el desierto, a la intemperie -que es su forma de disponer los cadáveres- y entonces los perros puede llegar a ingerirlos, razón por la cual hay un ciclo que va del hombre al perro, pero no hay contagio persona a persona.

**DLP:** Las personas ¿pueden ser asintomáticas?

**EL:** Si, la mayor parte. En el momento en que uno ingiere el huevo y éste pasa a la circulación general, no pasa nada. Se ubica en el hígado y generalmente tarda veinte o treinta años en generar síntomas. No es el único tipo de caso, tenemos casos de hidatidosis en chicos de un año con quistes grandes, o sea que no hay una regla de que crece un milímetro por año ni nada que se le parezca. En general todo ese tiempo la persona es asintomática, por eso antes el diagnóstico era muy tardío. Cuando iban a la consulta las perso-

nas ya tenían muchos síntomas. Hoy en día se pueden hacer diagnósticos cuando el quiste todavía es pequeño y no ha generado daños, lo cual ha cambiado toda la estrategia de diagnóstico y tratamiento. Pero eso sí, durante muchísimos años alguien puede tener un quiste y no estar enterado a menos que se haga una ecografía o una radiografía.

**DLP:** ¿Esto quiere decir que esta no es una enfermedad letal para las personas?

**EL:** Puede ser letal. En Río Negro, cuando nosotros empezamos a trabajar, en el año 80, se moría el 8% de las personas, porque el diagnóstico era muy tardío. Se detectaban cuando eran enormes masas quísticas que prácticamente llegaban a hacer que todo el hígado sea solamente quistes hidatídicos, porque se iban multiplicando en el interior del órgano y eso llevaba a la muerte, obviamente. Muchas veces eran inoperables o las personas se morían en la cirugía, porque era una cirugía tremendamente complicada que además se hacía, en los años cuarenta o cincuenta, sin anestésicos profesionales, con una enfermera que ayudaba en la administración de éter, cuando se operaba en el hospital de Jacobacci. En la actualidad y con variados métodos de detección temprana, no es mortal. Pero si no es tratada a tiempo puede llevar a la muerte.

**DLP:** ¿Cuáles son los tratamientos que habitualmente se usan para curarla?

**EL:** La hidatidosis siempre fue una enfermedad quirúr-

gica, de hecho, los congresos sobre hidatidosis, eran congresos de cirujanos, porque además quienes operaban hidatidosis, con estas grandes masas quísticas, eran maestros de la cirugía. Eran hígados destrozados que requerían cirugías muy complejas. Esto cambió cuando empezaron a aparecer los diagnósticos precoces. El primero fue una técnica serológica en sangre que se llamaba "doble difusión cinco" (DD5 para los amigos), que permitió detectar gente asintomática. Uno hacía esa prueba y aparecía un alto porcentaje de gente que era positiva a la serología. Después había que buscar el quiste. Esto funcionó mucho, yo recuerdo cuando iba al campo y empezamos a hacer grandes encuestas, catastros poblacionales, sacábamos sangre a todo el mundo en las poblaciones rurales. Llevaba una bioquímica conmigo para sacar sangre... ¡Éramos una máquina de sacar sangre! Luego había que buscar el quiste y se iba a la cirugía, ya sea que tuvieran un quiste grande o pequeño, todo iba a cirugía. Luego apareció la ecografía, que permitió detectar quistes cada vez más chicos, con la serología se detectaban quistes de cinco a diez centímetros, pero la ecografía permitió detectar quistes de dos centímetros, o sea muy incipientes. Inicialmente iban todos a cirugía. Incluso los que se diagnosticaban por ecografía se operaban, hasta que ya hace unos cuantos años, apareció una droga que es el albendazol. Hubo muchas pruebas con otras drogas, pero el albendazol fue el que cambió la estrategia, ya que a partir de esto la hidatidosis se transformó en una patología que podía ser tratada con medicamentos. Es muy efectivo, sobre todo en quistes pequeños y en niños. En general, los niños tienen quistes pequeños, se detectan por ecografía en forma temprana y con este tratamiento la enfermedad remite en casi el 100% de los casos. De hecho, hoy en día tenemos un 5% de los chicos enfermos operados por cirugía, el resto se los trata con drogas, cosa que le cambió la vida a la gente. Primero porque operamos quistes más pequeños -eso significa menos tiempo en el hospital, en pocos días vuelven a la casa- y así la hidatidosis prácticamente desapareció como causa de muerte. Es un cambio rotundo. Cuando los quistes son grandes porque se llegó tarde a la consulta y el quiste creció -esto se da sobre todo en pobladores rurales adultos o adultos mayores-, no hay más remedio que la cirugía. Pero el albendazol cambió la estrategia de tratamiento y esto -no en todos los casos, pero sí en muchos- puede solucionar el problema. Y otro problema más que se soluciona con albendazol es que antes todos estos grandes cirujanos operaban grandes quistes y solía haber caída de líquido en el abdomen, y no había buenas drogas que mataran los bichos que estaban en ese líquido, así que gran parte -un 20% de los operados- volvían a ser operados porque en algún momento les reaparecía el quiste hidatídico. Hoy en día, a toda persona

que se opera, se le da albendazol antes y después del tratamiento, durante varios días -puede ser hasta casi tres meses- y así prácticamente desaparecieron las reoperaciones.

**DLP:** ¿Cuál es la distribución de la enfermedad en la Patagonia?

**EL:** Está en toda la Patagonia. Digamos que si uno quiere saber dónde está la hidatidosis, tiene que ver dónde están las ovejas o las cabras. La única diferencia para que haya muchos o pocos casos tiene que ver con que haya mucha o poca población en la zona. La provincia de Santa Cruz, tiene muy pocos casos ¿por qué?, porque hay poca gente y la mayor parte de esa gente está en la ciudad de Río Gallegos, en el campo hay muy pocos. Pero en la provincia de Río Negro la enfermedad es endémica, sobre todo en nuestra Línea Sur. En la provincia de Neuquén también es endémica, sobre todo en la mal llamada zona precordillerana, que es de las más compleja porque ahí los huevitos viven muy bien con el frío y la humedad. Tierra del Fuego también tenía muchos casos. En Río Negro ha cambiado mucho el perfil de la hidatidosis, pero sigue siendo una enfermedad de las zonas ovejeras y cabriteras.

**DLP:** Es decir que la hidatidosis es una enfermedad que no tiene incidencia en las zonas urbanas, ¿es así?

**EL:** Hoy día se está urbanizando. Un dato importante que no dije, es que la existencia de la hidatidosis es culpa del hombre. No es culpa ni del perro ni de la oveja. En el campo el hombre tiene la costumbre de carnear animales para consumo y generalmente carnea capones, animales viejos. Los corderitos son para las fiestas. La costumbre en el campo es que cuando se carnea, las vísceras -el hígado, el pulmón-, se las tiran a los perros. Esa es la práctica habitual. Si la gente no tuviera esa práctica, la hidatidosis no existiría, sería un problema del zorro y la liebre, sería una "enfermedad selvática". Pero esa es la práctica que hace que se mantenga la enfermedad, y por eso está solamente en las zonas ovejeras. Porque, aunque las vacas tienen quistes hidatídicos, generalmente la gente no anda por el campo carneando una vaca y tirando las achuras al perro. O sea, la práctica de carnear y tirarle las achuras al perro está ligada a la oveja y a la cabra, no tanto a otros animales, por razones de tamaño del animal, de consumo de carne. ¿Y qué está pasando? Río Negro tenía un 20% de población rural, pero hoy en día tiene aproximadamente el 2%. La gente se urbaniza, se va del campo a la ciudad, todos se van. Los principales programas de salud pública que teníamos en el campo -además del de hidatidosis- eran por ejemplo la atención del niño, vacunación, control de niño sano y embarazada... era lo que más se hacía. Hoy en día si vas a nuestros campos en la



Imagen: gentileza de E. Larrieu.

Línea Sur, la zona de Jacobacci, Comallo, Ñorquinco, no hay chicos, no hay embarazadas. Se han ido todos y se han urbanizado. Y los principales programas hoy en día están relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles, porque los que quedan son viejos con sus problemas de diabetes e hipertensión. Cuando la gente se urbaniza se lleva las costumbres rurales, y no se ubica en el centro de las ciudades, se va a la periferia de Bariloche o a la periferia de Jacobacci o a ciudades que no son grandes: son pueblos-ciudad. A lo mejor se queda con el campito, donde va de vez en cuando con los perros y los perros vuelven infectados. O se trae ovejas para carnear o compra en el campo y carnea en el traspatio de su casa. Es así que empezamos a tener perros positivos en la periferia de las ciudades. En Bariloche no van a estar en el Centro Cívico probablemente, pero sí en toda la zona periurbana cercana. Eso lo hemos visto en Valcheta por ejemplo: en el campo directamente no queda nadie viviendo ahí, toda la gente se trasladó al casco urbano. Como las distancias son cortas, la gente viaja para ver el campo, a lo mejor todos los días, y ahí llevan a los perros. Y quizás carnean en el campo y los perros se infectan y vuelven al pueblo contaminados. Sumado a eso, en estos pueblos chicos como Maquinchao y otros, no hay matadero, entonces se carnea en forma urbana en carnicería. Digamos que allí eso va también a los perros. Así que actualmente tenemos menos casos en chicos de zonas rurales y hay un aumento en la frecuencia de casos en chicos de la periferia de las ciudades como Bariloche, por ejemplo.

**DLP:** Los zorros u otros animales silvestres, ¿pueden ser un reservorio de la enfermedad?

**EL:** Si, hay en zorros. El zorro actúa como perro y la liebre como oveja, se hace un ciclo selvático. En el caso del *Echinococcus granulosus*, que es el parásito, el ciclo es perro-oveja. Los otros pueden ingresar casualmente, un zorro quizás, pero no son un reservorio importante. Si uno elimina la echinococcosis en los perros, el zorro no implica problemas. Hay otro parásito, el *Echinococcus multilocularis*, que está en Estados Unidos, China y Europa, que tiene un ciclo totalmente selvático que involucra al zorro. Pero es otro parásito, es una enfermedad emergente en Europa. En Alemania casi no tenían, pero aumentaron los casos como consecuencia de las políticas de conservación. Como no se cazan, los zorros se han ido urbanizando, entonces es muy fácil encontrarse un zorro en el jardín de la casa y los zorros defecan... Entonces es una enfermedad que antes era totalmente selvática y hoy está trayendo serios problemas porque los zorros contaminan el ambiente domiciliario. El *Echinococcus multilocularis* tiene un ciclo totalmente selvático. El *Echinococcus granulosus* tiene un ciclo en el que la responsabilidad es del hombre, hay que tenerlo claro.

**DLP:** Contanos cómo empezaste con este programa de control de la hidatidosis y cómo se fue desarrollando.

**EL:** La verdad es que yo que llegué de casualidad a Rio Negro, en la época de la dictadura militar -como muchos otros- tratando de irme de Buenos Aires rápidamente y sin mirar para atrás. Yo quería hacer producción animal, pero por una serie de hechos fortuitos caí en Salud Pública, donde buscaban un veterinario para hacer un programa de control de la hidatidosis. Yo soy porteño y no me acordaba absolutamente nada de lo que era esta enfermedad, así que rápidamente me puse a leer, a estudiar. Me gustó la idea y después estar en Salud Pública, me encantó. Uno de los primeros lugares en los que pude entrenarme fue en Neuquén. En esa época Neuquén tenía uno de los mejores programas del mundo, que manejaba Omar de Zabaleta, así que estuve unos días con él. Me enseñó muchísimo de lo que había que hacer y arrancamos. En esa época justo apareció el praziquantel, un anti-parasitario muy efectivo para usar con los perros, así que empecé a recorrer campo por campo, casa por casa. Estaba solo, no había otro veterinario. Les dimos el praziquantel a los agentes sanitarios de los hospitales para que ellos repartieran y yo hacía lo que se llama la vigilancia -ver la infección-, que se hacía con una técnica usando bromhidrato de arecolina, un purgante. Se citaba a toda la comunidad rural, la gente aparecía a caballo en el medio del campo -una cosa insólita porque todos iban-. Se juntaban veinte, treinta, cuarenta perros en cualquier lugar que vos citarás y ahí se les daba la purga y se analizaba la materia fecal en terreno, un laburo -con el perdón del público- "de



Imagen: gentileza de E. Larriéu.

mierda”, porque hay que estar oliendo la materia fecal de un montón de perros que defecan todos juntos.

**DLP:** Y además el peligro de contagiarse, ¿no?

**EL:** Sí, pero uno va mejorando la técnica para hacerlo, fuimos aprendiendo... A medida que fuimos incorporando veterinarios lo que hacíamos era masivo: más o menos dos mil arecolinas al año, que son muchas, ¡realmente muy laborioso! Eso nos permitía, primero, estar en contacto con los pobladores rurales, con los agentes sanitarios, hacer educación... es una técnica muy educativa. El parásito es chiquitito, mide 2-3 mm, pero los perros tienen otros parásitos como es el caso de una tenia llamada *Taenia hidatigena*, que mide varios metros. Entonces cuando los perros largan eso, que también lo eliminan con la arecolina, la gente se impresiona. Así que era muy interesante. Yo, la verdad, vivía en el campo de gira, 20 o 30 días. A mí me encantaba, la gente en el campo es muy amable. Además, se fue incorporando más gente, fuimos mejorando la tecnología. Primero empezamos a hacer serología, que es una cosa que nos transfirió el Centro Panamericano de Zoonosis, fuimos de los primeros en masificarla. Después fuimos los primeros en el mundo en hacer ecografía rural, yo conocía a

Bernardo Frider, que me dijo “yo tengo un ecógrafo”. En Rio Negro no había ecógrafo en ningún hospital, no existía esa tecnología y él se vino con un ecógrafo portátil de su propiedad. Se pagó el pasaje y fuimos a hacer la primera ecografía. Es muy interesante porque la hicimos en las nevadas del '84, que fue la primer gran nevada que yo vi. Había tres metros de nieve en Pilcaniyeu, así que entramos atrás de un Unimog, una cosa muy surrealista... ahí se empezó a hacer ecografías. Así que teníamos una técnica diagnóstica en las personas y otra técnica diagnóstica en los perros, la arecolina y las pastillas de praziquantel, pastillas, pastillas. Te puedo decir que en las épocas de crisis en Rio Negro en todos estos años (como en el país), nos pagaban con papelitos -todos lo hemos pasado-, pero nunca faltaron pastillas para los perros. Ibas a un Centro de atención primarias de la salud y a lo mejor no había antibióticos, pero había pastillas para los perros, eso no faltó nunca. Después apareció la productora de medicamentos de Viedma, y nos empezó a hacer praziquantel con lo cual los costos se abarataron muchísimo. Actualmente, el programa se sigue basando en desparasitar perros. Pero, ahora no hacemos arecolina, porque no es una técnica bien vista, a la luz del bienestar animal y de la contaminación



Imagen: gentileza de E. Larrieu.

ambiental. Lo hemos reemplazado por técnicas moleculares, coproantígenos. Digamos que la ciencia va avanzando y se hacen cosas nuevas. Pero yo creo que el gran mérito de Río Negro ha sido, en primer lugar, conformar equipos, o sea mucha gente trabajando en esto. Y, en segundo lugar, la continuidad, porque nunca se paró de trabajar. Entonces las líneas siempre fueron las mismas: educación para la salud en las escuelas, una técnica de vigilancia en los perros y la desparasitación. Y ya hace diez años empezamos con la vacuna en los ovinos, que la aplicamos a pequeña escala en algunas reservas indígenas. Somos los únicos que utilizamos la vacuna en el ovino, que anda espectacularmente bien como forma de cortar el ciclo de vida del parásito, las ovejas no se infectan. Básicamente el programa ha sido eso, en el medio puedo decirte, muchos chivos comidos, mucha guitarreada y bastante vino porque eso es lo que tiene de lindo el campo: se trabaja como burro todo el día, pero a la noche siempre hay confraternidad y buen humor, la gente que trabaja en hidatidosis es gente que le gusta disfrutar de las cosas simples.

**DLP:** ¿Y qué dificultades encontraste para llevar el programa adelante?

**EL:** A veces es difícil para los que trabajamos muchos años en la administración pública lograr darle continuidad a las cosas, porque cambian ministros, cambian directores, cambian muchas cosas. En ciertas ocasiones viene alguno que cree que va a inventar

algo nuevo, que no le parece bien algo, no sé... Recuerdo que habíamos empezado a usar a los agentes sanitarios para desparasitar perros: ellos recorrían los campos, era su trabajo. Y un día llegó una directora nueva, salió a recorrer y cuando se enteró que los agentes sanitarios desparasitaban perros, en todos los hospitales dijo que no sigan trabajando, que eso no era tarea de ellos. O sea, esas cositas siempre complicaron, pero son cuestiones de los funcionarios, digamos así. También la plata es una limitante. Pero nunca fue un problema serio el recurso económico, porque hicimos un programa barato. Al principio, el praziquantel, cuando era patente de Bayer, era muy caro: valía cincuenta centavos de dólar cada pastilla y cada desparasitación requiere dos pastillas y media para cada perro cada cuatro meses, así que era muy caro. Pero una vez que el Laboratorio Provincial de Medicamentos (PROZOME) en Viedma empezó a fabricarlo, el praziquantel comenzó a ser muy barato. Durante los primeros años la vacuna nos la regalaba la Universidad de Melbourne, que era la encargada de fabricarla. Ahora la compramos, pero es poco lo que se compra. Así que económicamente nunca fue un problema tan grave y les diría que el mayor problema siempre fue la continuidad, que implica dar batalla. Porque si venía un director y decía "esto no se hace más", yo empezaba una guerra frontal de guerrillas, de sublevación, de lo que sea para que no se caiga. Yo lo corría atrás otra vez y les decía "vuelvan a desparasitar". Así que el desgaste siempre fue eso: pelear

Imagen: gentileza de E. Larrieu.



con funcionarios para que las cosas no se caigan Si te entregas mansamente no hay forma de darle continuidad a nada, esa es la verdad. Luchar, sobre todo contra la estupidez humana es el problema. A veces no es un problema el clima, el clima es lindo, te lo bancás. La nieve, el frío, los recursos -insisto-, no fueron una limitante importante, aún en épocas de crisis. Diría que el mayor problema es asegurar la continuidad con los funcionarios, que implica a veces un desgaste personal muy fuerte, porque después las cosas se personalizan.

**DLP:** Respecto de la cuestión operativa del proyecto, ¿cómo hacían para ir a todos los lugares, a los campos de toda la provincia?

**EL:** En realidad no hicimos toda la provincia. La zona endémica en Río Negro es la Línea Sur, que arranca en Bariloche y Bolsón y termina en Valcheta. Esa es la zona de producción ovina. Originalmente llegábamos hasta Maquinchao nada más y después lo extendimos hasta Valcheta. Salud Pública tenía -tiene todavía- pero más envejecida, una red de centros de salud y de agentes sanitarios. Así que prácticamente el 100% de esa zona rural, extensísima, tenía la visita de un agente sanitario. Cada agente tenía 200 viviendas asignadas y las recorría a caballo en algunos casos. Después les fuimos comprando motos a través de algún otro programa nacional y actualmente algún hospital lo hace

en camioneta. Pero digamos que la red de agentes sanitarios le da cobertura al 100% de la gente del campo. El sistema de salud es muy bueno en ese sentido, y cada paraje rural, por más remoto que sea, tiene un centro de salud que a su vez se referencia con un hospital. Entonces la parte de desparasitación siempre tuvo una cobertura buena, sobre todo al comienzo. Al principio, para hacer la vigilancia, yo viajaba 20 días, me quedaba en casa un mes y me iba otra vez un mes al campo. Iba paraje rural por paraje rural. Eran 20 días agarrando perro por perro, saliendo con los agentes sanitarios. Después fuimos teniendo más veterinarios: fuimos contratando algunos en los Menucos, otros en Bariloche, y así se fue ampliando... y siempre fue una presencia veterinaria muy fuerte en el campo porque el ojo del amo engorda el ganado: si vos dejás de ir, la gente deja de hacer cosas. También hay otros temas: el agente sanitario que hace hidatidosis, hace chagas donde hay, vacuna chicos, hace educación para la salud, hace cualquier cosa.

**DLP:** El agente sanitario ¿es un veterinario o algún profesional del sistema de salud?

**EL:** Los agentes sanitarios -sobre todo los rurales- son gente de la comunidad, o sea, tienen que ser de ahí porque van a recorrer y se meten en las casas. Así que la única forma de que los reciban es que sean de ahí. Uno no puede formar un agente sanitario en Vied-

ma y mandarlo a Anecón Grande, no se puede hacer eso, tiene que ser de Anecón Grande. Y no tienen formación profesional, inicialmente tienen un curso de capacitación de tres meses, en el que le enseñan cosas mínimas. Antes se les enseñaba enfermería básica, pero ahora no porque hay hospital. Cuando se empezó en el año '70 no había nada, y por eso tenían que hacer más cosas. Así que son personal no profesional, a quienes se le enseñan una serie de habilidades, sobre todo cómo entrar en una casa y preguntar y después derivar. Obviamente son promotores de la salud. Nosotros les dimos una tarea concreta que era la de desparasitar perros, pero también son los que van a las casas para darle de tomar la pastilla para la tuberculosis, si detectan que alguien se embarazó llaman al médico para que vaya a controlarla o la derivan al hospital. Los agentes sanitarios hacen de todo, pero son personal no profesional.

**DLP:** Durante el programa, ¿hicieron campañas de educación para evitar que se le den las achuras a los perros?

**EL:** Si, ahora se hace menos, pero cuando empezamos teníamos una fuerte campaña de educación. La educación es todo un tema, porque una cosa es educar y otra cambiar hábitos. Si fuera por educación, nadie fumaría, nadie tomaría y nadie se drogaria, y hablamos de gente que tiene formación e información. Entonces empezamos con una fuerte campaña de "no le dé achuras al perro", y la verdad es que fue un completo fracaso, porque es una cosa que hicieron toda su vida. Cambiar el hábito es otra cosa. Recuerdo que, en la época de más auge de la educación, presionamos mucho con las radios, con las maestras ilos volvíamos locos! Yo estaba todo el día con los pobladores, y uno le preguntaba al paisano, "y ¿qué le da de comer al perro?", y todos, el 100%, decía "sopita", todos hervían las achuras, no había uno que dijera "le doy las achuras crudas al perro". Pero si uno le aplicaba la purga al perro y aparecían parásitos les decía "ah, este no comió sopita", te contestaban "y... las ovejas muertas en el campo". O sea, sabían lo que tenían que responder. Además, uno estaba ahí, se quedaba a cenar, iban a carnear y les tiraban las achuras y decían "ah no, cierto que está usted" y entonces no le daban las achuras al perro. Es muy difícil cambiar hábitos, estamos hablando de población socialmente marginal y con costumbres ancestrales. Entonces uno va contra esas costumbres... Antes de jubilarme estábamos discutiendo sobre cambiar los mecanismos de educación y en lugar de decirles "no le dé las achuras crudas al perro", que es como remar contra la corriente, pensábamos imponer una cosa más positiva, porque la misma gente que era incapaz de cocinar una achura, te hacían diez leguas a caballo para traerte el perro y yo te puedo asegurar que venían como sea, estaba

nevando y venían igual. Aprendí rápidamente que, si decía que iba, tenía que ir, porque un día que se me rompió el auto (en una de las primeras giras) no fui y se habían juntado 150 perros. Cuando fui la segunda vez casi me matan. Hacían un esfuerzo participativo muy importante, pero sin embargo después eran incapaces de cocinar las achuras. Un cirujano de Bariloche, Salviti, un día dijo, "por qué no inventamos el "prazi-day" es decir "el praziquantel del día después": decirle a la gente que si carneaban, al otro día le dieran el praziquantel a los perros. ¡Era una excelente idea! ¡Ojalá se me hubiese ocurrido 40 años atrás! Me hubiera sido más útil eso: la gente se prende en las cosas nuevas que no van contra nada, más que tener que modificar la costumbre que hizo toda la vida.

**DLP:** O sea que el eje siempre fue, y sigue siendo, la desparasitación de los perros...

**EL:** Sí, la vacuna funciona bien hoy día y es un instrumento muy bueno. El problema es que, si se la quiere aplicar en escala, si se quisiera vacunar a todas las ovejas de la zona, es muy laborioso de hacer. Hace falta mucha gente, lo podría hacer SENASA pero no lo puede hacer Salud Pública con sus veterinarios. Nosotros estamos manejando unos 5.000 corderos en cuatro reservas indígenas y eso nos lleva una semana de trabajo en diciembre y una en enero. Es decir, son pocos corderos, es mucho esfuerzo y eso sí requiere recursos, porque hay que viajar y andar. Son dos veces al año nada más, a diferencia de los perros que son ocho veces al año. Pero la vacuna es cara si se la quiere aplicar a gran escala. Además, aplicarla requiere de una infraestructura en personal y vehículos que Salud Pública no tiene. Honestamente hay lugares muy difíciles como, Anecón Grande y Río Chico Abajo. Ahí demostramos que anda excelente, pero tiene ese pequeño problemita del precio y de la aplicación.

**DLP:** ¿Solamente se vacunan corderos o las ovejas grandes también?

**EL:** Hay varios modelos de vacunación. Cuando nosotros empezamos, con Marshal Lighttowers, un australiano que inventó la vacuna, discutimos un modelo con él y lo tomamos. La vacuna requiere tres dosis: dos iniciales (una a los tres meses de vida y otra un mes después). Se vacunan corderos, porque son aquellos ejemplares en los que tenés que generar inmunidad para que en el resto de su vida no se infecten. Vacunar de entrada a animales adultos no parece muy importante. Hay que evitar que se infecten, y si se infectan es cuando comienzan a comer pasto. Hay otras funciones: hay que vacunar a las madres para que generen anticuerpos calostrales y los corderos estén de entrada inmunizados. Como les decía, hay varios modelos, pero hay pocos aplicados al mundo "de verdad". El nuestro es uno, que con sus pros y contras hace 12 años que funciona.



**DLP:** Si una persona come carne de un cordero que está infectado, ¿adquiere la enfermedad, u obligatoriamente el parásito tiene que pasar por el perro?

**EL:** Aquí hay dos consideraciones que hacer. La primera es que uno se infecta del perro. Uno puede comerse un quiste hidatídico y no le pasa nada. Es una de las razones de por qué al paisano le cuesta cambiar sus costumbres. Ellos tienen una práctica que es tomar el hígado del animal, lo envuelven en los omentos, en la grasa digamos, lo hacen a la parrilla y les queda muy rico, y otro que es el *apol*, que se comen el pulmón. O sea, decirles que no pueden darle las achura a un perro, es relativo. Así que la enfermedad solamente se transmite a los humanos por los perros. La segunda consideración es que, cuando el cordero es recién nacido, los quistes son muy chiquititos o la infección es muy poca y todavía el quiste no es lo que se llama "fértil". Necesita un año de crecimiento para ser contagioso al perro. Digamos que si uno lo que está carneando son corderos, no van a transmitir hidatidosis ni siquiera a un perro.

**DLP:** Erradicar la hidatidosis, ¿fue un objetivo del proyecto?

**EL:** No, nunca. Toda la generación inicial de programas exitosos de control y erradicación fueron en islas, en Nueva Zelanda, en Tasmania y en Chipre, hasta ahí nomás...pero usaban una técnica que era masacrar a los perros... Sí, sí, mataron millones de perros, una locura...Además gringos, bien educados, les decían vamos a desparasitar los perros y salían con el perro a la callecita y ahí lo desparasitaban. Ellos lograron erradicarla. Cuando nosotros encaramos el programa no había ninguna experiencia de lo que se llamó la segunda generación, que son los programas continentales. La única experiencia era el programa que tenía de Zabaleta, en Huiliches (provincia de Neuquén), de trabajar en una zona donde se puede desparasitar al de acá, pero te infecta el de al lado. Siempre pensamos que era difícil erradicar, lo que pasa es que lo que nos enseñaron era sobre los programas que habían erradicado la enfermedad en islas, entonces teníamos en la cabeza que se podía cortar el ciclo de transmisión desparasitando ocho veces al año a los perros, o sea que nos vendieron que había que erradicar o por lo menos eliminar la enfermedad rápidamente. Pero empezaron a pasar los años y no eliminamos nada. Pero también rápidamente nos dimos cuenta que agarrar al 100% de los perros ocho veces al año es una misión imposible No hay forma, porque hay meses en los que nieva, llueve, que se enfermó el agente sanitario, vas al campo y el paisano esta de recorrida con los perros por el campo...O sea, hay ocho mil razones por las cuales no se puede hacer... Ahí nos dimos cuenta de que íbamos hacia un programa para siempre. Cuando empezamos teníamos un 40% de perros infectados

y en un año había bajado al 5%, así que estábamos agrandadísimos. Pero el segundo año fue del 6%, el tercer año del 5%, el cuarto año el 4%, y nunca más bajo de ahí. Bajarlo de ahí implica coberturas muy superiores, eso significa casi hacerlo desaparecer como enfermedad del hombre. Es cierto, mientras al índice lo tenés bajo, no hay casos en las personas, cortás el ciclo muy bien, muy efectivamente, pero es imposible de erradicar con esta cobertura y esa estrategia. Así que uno tiene que admitir que se encuentra frente a un programa para siempre, hasta que las condiciones sociales y la cultura cambien. En Uruguay prácticamente están en cero casos. Allí tenían más que nosotros, pero, en el campo de ese país, hoy nadie carnea. Van al supermercado, compran y tienen freezer en la casa, En las zonas más endémicas sacaron las ovejas y pusieron eucaliptus para las pasteras, entonces están en cero casos. El programa de ellos era muy bueno, pero además lo ayudó la economía, el desarrollo social, la cultura. Para en nuestro caso, las condiciones en la Línea Sur en la actualidad son iguales o peores que cuando se empezó nuestro programa en el '78.

**DLP:** Claro, pero de todas maneras se puede decir que el programa fue un éxito.

**EL:** ¡Sí! La verdad es que yo me jubilé muy feliz. Primero porque disfruté mucho todos los años de campo. Si hay algo que extraño en mi jubilación es no ir más al campo, realmente me encantaba. El programa es un éxito porque cuando empezamos teníamos casi un 8% letalidad y hoy no se muere nadie. Teníamos un 5% de chicos con quistes en la Línea Sur, y en algunos lugares como en Anecón Grande encontrabas casi un 20% de adultos con quistes. O sea que la hidatidosis era realmente algo dramático. Los que se operaban tenían 30 días de internación promedio por paciente, es decir, estaban meses en el hospital. Hoy tenemos dos o tres casos de chicos al año, ya no se muere nadie y la internación es de pocos días. Lo que va a cirugía son quistes pequeños, porque está montando todo un sistema de diagnóstico precoz con ecografías. Hoy en día todos los hospitales rurales pueden hacer ecografías, tenemos ecógrafos móviles...eso anda muy bien. Entonces, desde el punto de vista de salud pública, hoy el mayor problema que tiene el programa es que le sigan dando bola, porque dejó de ser un programa de salud, en términos de gravedad, de pacientes internados. Es una enfermedad más, que está ahí, de la que hay algunos casos, pero cuando querés gastar plata en esto te la retacean porque hay otros problemas que hoy en día son más importantes en la salud pública, aunque siga habiendo casos en chicos... Pero sí, el programa fue uno de los pocos exitosos en el mundo, basado en la continuidad. Chile tenía un programa fantástico, en las regiones XI y XII. Era el mejor del mundo porque bajó drásticamente la

infección. En la parte chilena de la isla de Tierra del Fuego la estaban por erradicar y en la región XI, que es una región muy parecida a la nuestra en cuanto a la geografía, había bajado drásticamente. Pero yo estaba en Chile el día en que el director nacional del Servicio Agrícola Ganadero (SAG), en una reunión de hidatidosis les dijo que el SAG no financiaba más el programa, que ya había bajado mucho la infección y que lo que quedaba era un problema de salud pública, que debían ocuparse ellos. Y así se cortó el programa. Hoy en día Chile está tratando de empezar un programa porque tuvo una explosión de casos, ya que el hospedador está sin inmunidad y los casos empiezan a subir. Lo que pasó en Chile es un ejemplo bárbaro, tenían el mejor programa y retrocedieron en cuanto al control de la enfermedad.

**DLP:** Claro... Nos preguntamos qué pasará con el futuro del programa en Río Negro, si depende de las personas que están ahora...

**EL:** Las acciones emprendidas contra la hidatidosis son como cualquier política de salud. Por una parte, las políticas de salud dependen de los políticos, del administrador del servicio, del ministro de salud, del director, en qué van a hacer hincapié, qué recursos va a asignar, y después de los técnicos que son los que tienen que generar estrategias y convencer a la autoridad. Por ejemplo, en Bariloche, el laboratorio de la Cuarta Zona Sanitaria era el único laboratorio que había en la Argentina, que era satélite del Malbrán. Desarrolló técnicas propias, ¡estaba súper! Ahora está cerrado, no hay ni químicos, ni técnicos, nada, no funciona. Eso, por ejemplo, es una pérdida catastrófica para el programa. Entonces lo único que puedo hacer de lejos es llorar porque ese laboratorio fue modelo en la Argentina y el trabajo que se hizo ahí, no sólo en hidatidosis sino también en chagas, fue realmente pionero. El Malbrán les transfería a ellos y era el único laboratorio en el interior del país que iba a la par del Malbrán, y bueno...

**DLP:** ¿Te gustaría agregar alguna cosa que te parezca importante que no te hayamos preguntado?

**EL:** ¡Si me pongo a hablar de hidatidosis puedo estar todo el día! Creo que para la gente está más o menos claro lo que se hizo, lo que se hace y lo que se va a hacer. La conclusión es que cuando en salud pública hay continuidad en lo que se hace y hay recursos, apoyo político y grupos técnicos empoderados de lo que hacen, hay resultados. Yo además, hago docencia, y siempre se lo digo a los alumnos: los veterinarios no entramos para hacer salud pública, entramos por clínica, por cualquier cosa, menos por salud pública. Pero la verdad es que, estar en salud pública, más allá de que uno sea empleado público, te permite tener una enorme capacidad de mejorarle la vida a la gente. Es



Imagen: gentileza de E. Larriéu.

una cosa muy importante que uno se tiene que dar cuenta, digamos dependiendo de lo que uno haga, genere y estructure en un programa, habrá gente que va a estar mejor, porque se va a dejar de enfermar. Pienso en todos los que no se murieron, pienso en todos los chicos que no pasaron por un quirófano y digo que vale la pena hacer esto. Entonces, la importancia de que las autoridades y los técnicos se den cuenta que no somos cajeros de banco que tenemos que mirar un expediente o ir a una reunión, o a alguna comisión a Buenos Aires. Tener en cuenta que de nuestro trabajo depende si los grupos más vulnerables van a vivir mejor o van a vivir peor. Creo que es ese el mensaje final, la salud pública tiene que estar al servicio de la gente y sobre todo en estas enfermedades que llamamos enfermedades del abandono y que se dan por esas condiciones, y nada más.

**DLP:** Muchas gracias por este trabajo de más de cuarenta años y gracias por tu tiempo para compartir todas estas cosas con nosotros y nuestros lectores.